

Hoe moeten medische professionals met fouten omgaan?

DEBAT LUX NIJMEGEN

Horen zien en zwijgen: hoe moeten medische professionals met fouten omgaan?

Datum: 3 september 2007

Lokatie: Lux, zaal 7, Nijmegen

Bezoekers: 175

In samenwerking met het UMC St. Radboud

Sprekers

- Alice Fuldauer, journalist en schrijver van o.a. Hoe overleef ik de zorg?
- Harry van Hulsteijn, voorzitter raad voor wetenschap, opleiding en kwaliteit raad Orde van Medisch Specialisten
- Marjan Kaljouw, voorzitter Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- Cordula Wagner, programmaleider Kwaliteit en Organisatie van het NIVEL
- Hub Wollersheim, hoofd bureau Kwaliteit van Zorg en internist aan het UMC St. Radboud

Gespreksleider

Piet-Hein Peeters, programmacoördinator afdeling debat Lux

Verslag

Gerard Zeegers

Medische fouten staan plotseling hoog op de politieke agenda. Aanleiding voor de aandacht op het onderwerp is het rapport Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen, uitgevoerd door onderzoeksinstituut NIVEL in opdracht van de Orde van Medisch Specialisten. Was het tot het verschijnen van het rapport in april van dit jaar gissen naar precieze aantallen medische fouten in Nederland, nu zijn de getallen helder. Uit een groot patiëntendossieronderzoek blijkt dat jaarlijks 1.735 mensen overlijden en zo'n 30.000 mensen blijvend letsel overhouden als gevolg van vermijdbare medische fouten.

Ondanks het feit dat de cijfers meevallen in vergelijking met de scores in het buitenland en eerdere schattingen op basis van buitenlands onderzoek, is patiëntveiligheid plotseling in het brandpunt van de belangstelling komen staan. Vooral omdat veel van de fouten onopgemerkt blijven, omdat medische professionals ze niet melden.

Hoeveel fouten worden er gemaakt? Waarom verzwijgen medische professionals hun medische fouten? En is er eigenlijk nazorg voor de slachtoffers?

Op 3 september 2007 debatteerden in Lux een aantal woordvoerders uit de medische wereld met elkaar over 'medische missers'. Voordat Cordula Wagner, die het NIVEL-onderzoek voor de Orde van Medisch Specialisten uitvoerde, de resultaten uiteenzet, vraagt debatleider Piet-Hein Peeters aan de zaal of er ook slachtoffers van medische

fouten aanwezig zijn. Die zijn er zeker en voorafgaande aan het debat deelde de groep SIN.nl (Slachtoffers Iatrogene Nalatigheid Nederland) al flyers uit. Sophie Hankes is zelf slachtoffer en is kwaad omdat ze na zeven jaar nog steeds niet weet wat er is gebeurd en waarom ze in een rolstoel zit. SIN streeft naar meer informatie voor patiënten, maar volgens Hankes wordt dat tegengewerkt. Hankes zou tevreden zijn als deze discussie concrete oplossingen oplevert.

Vermijdbare schade

In Wagners presentatie zijn onbedoelde en vermijdbare schade sleutelbegrippen. Wanneer iemand in een shock raakt in het ziekenhuis en medicijnen krijgt toegediend waarvoor die persoon allergisch is, dan is dit onvermijdbaar, omdat het ziekenhuispersoneel dit niet wist. Wanneer het wel in een dossier staat, maar dat is onvolledig of niet gelezen, dan is het vermijdbaar en is de schade te wijten aan het ziekenhuispersoneel. Wanneer deze schade later heeft geleid tot sterfte en dit kan worden bewezen, dan is het een potentieel vermijdbaar sterfgeval.

De methode van het onderzoek leidde Wagner af van buitenlands onderzoek. Verpleegkundigen en specialisten bestudeerden vierduizend dossiers van ontslagen patiënten en vierduizend dossiers van overleden patiënten werden als steekproef genomen. Hoofdoorzaak van onbedoelde schade zijn organisatorische problemen. De risico's bij mensen boven de 80 jaar en bij snij-ingrepen liggen een stuk hoger, zo bleek uit het onderzoek. Redelijk eenvoudige en goedkope oplossingen om het aantal fouten te verminderen zouden meer intervisie en reflectie zijn. Dat kost niet meer personeel of investeringen, maar meer aandacht en actie van ziekenhuispersoneel. De aanbevelingen van Wagner zijn tenslotte: maak het functioneren van afdelingen inzichtelijker, monitor het personeel beter en zorg voor standaardisering van de dossiers, die nu niet altijd even inzichtelijk zijn.

De eerste vraag uit de zaal gaat over de betrouwbaarheid van het onderzoek. Het onderzoek blijkt namelijk uitsluitend uitgevoerd op basis van dossiers. Dit is volgens Wagner gecompenseerd in het onderzoek, maar leidt er wel toe dat het moeilijk is om dit onderzoek over vijf jaar weer te herhalen.

Een andere vraag heeft betrekking op de rol van patiënten in het onderzoek. De beleving van de patiënten is niet meegenomen. Wagner geeft toe dat klachtenregistratie eventueel een aanvullende informatiebron zou kunnen zijn voor toekomstig onderzoek.

Dan stelt gespreksleider Piet-Hein Peeters een vraag aan de vele medische professionals in de zaal: "Wie praat er wekelijks over fouten en evaluatie op de afdeling?" Daarop steekt slechts een persoon zijn hand op.

Reputatieschade

Journaliste Alice Fuldauer, schrijfster van het boek met de prikkelende titel Hoe overleef ik de zorg? vindt dit beeld tekenend. Volgens haar verloopt het merendeel van de behandelingen prima. Toch vond zij het hoogtijd voor een boek als, Hoe overleef ik de zorg?

"Aan het begin van deze eeuw ontstond meer openheid over medische fouten door o.a. actualiteitenprogramma's als Nova en Zembla en artikelen in kranten en tijdschriften.

Dat waren vaak schokkende berichten. Ik wilde in een leesbaar, helder boek op een rij zetten hoe het gesteld is met de (on)veiligheid in de Nederlandse en Westerse gezondheidszorg. En, wat de burger zélf kan doen om zijn eigen veiligheid te vergroten; dat gereedschap ontbrak. Er gebeuren geregeld nare dingen, waarbij de opvang van zorg-gedupeerden ernstig tekort schiet."

Volgens Fuldauer hebben artsen er grote moeite mee toe te geven dat er iets fout is gegaan. Eén van de redenen is dat er geen eensluidende, duidelijke uitvoerbare wetgeving is die recht doet aan de situatie van slachtoffers in de zorg, én aan de positie van het medisch personeel. Fuldauer vindt dat het systeem zelf gehandicapt is.

Meldingen blijven doorgaans binnenskamers omdat artsen bang zijn voor reputatieschade of om voor de tuchtraad te verschijnen. Patiënten voelen vaak wel dat er iets niet klopt, maar zitten de problemen vaak uit - of overlijden.

Fuldauer vraagt zich af of de 30.000 mensen die in 2004 vermijdbare schade opliepen, alsook de families van de 1735 vermijdbare sterfgevallen, hierover zijn ingelicht? Volgens Wagner is dit niet gebeurd. Fuldauer verbaast zich ook over de verschillen tussen de cijfers van het onderzoek en het aantal ingediende schadeclaims bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen: in 2005 ontvingen ze slechts 67 claims, terwijl het onderzoek van NIVEL duidelijk maakte dat er in 2004 30.000 gevallen van vermijdbare schade waren. .

"Je kunt reflecteren over fouten tot je een ons weegt. Zonder helder, eenduidig beleid en wetgeving over wat artsen wel en niet kunnen zeggen, zonder dat ze meteen worden vervolgd, verandert er weinig. De 'tools' om openheid te creëren staan leuk op papier, maa, functioneren in de praktijk nog altijd gebrekkig, tot op heden werken ze amper of niet ." - Alice Fuldauer

Hub Wollersheim is hoofd Bureau kwaliteit van zorg van het UMC St. Radboud. Als voorbeeld van kwaliteitsverbetering noemt hij de analyse die iedere afdeling elke maand gezamenlijk doorvoert. Dat gebeurt sinds driekwart jaar naar aanleiding van het functioneren van de afdeling hartchirurgie. Volgens Wollersheim is training van artsen de eerste stap die kan worden gezet. Nu is er nog geen onderricht aan artsen over wat er moet worden gedaan bij fouten. Zij moeten juist hun fouten kunnen analyseren en daarvan leren. Sinds kort is er dan ook een verplichte cursus 'omgaan met fouten'.

Harry van Hulsteijn is praktiserend internist en voorzitter van de raad Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit van de Orde Medisch Specialisten. Hij is het roerend eens met Wollersheim. "Je bent pas een ware professional wanneer je je fouten op een juiste wijze meldt. Net als bij de luchtvaart moet je foutmeldingen stimuleren, omdat dat kan leiden tot structurele verbetering". Van Hulsteijn pleit voor een cultuuromslag waarbij je niet wordt nagewezen na een fout. Angst voor reputatieschade leidt namelijk tot verzwijgen.

Een arts-assistente uit de zaal meldt dat ze wordt afgebrand door haar supervisor wanneer ze een fout maakt. Haar wordt juist op het hart gedrukt dat ze geen fouten mag maken. Zij vindt dat de oudere artsen anders handelen dan haar op de opleiding wordt verteld. "De frustratie over het generatie-verschil en de macho-cultuur van oudere artsen is een van de oorzaken dat jonge artsen zo vaak last hebben van burn-out." Van Hulsteijn doet deze laatste opmerking af met een sneer dat burn-out 'voorkomt in alle intellectuele beroepen'.

Peeters komt later terug op deze korte opmerking omdat dit klinkt als een opmerking van een oude macho-specialist. Van Hulsteijn: "Ik moet mezelf blijven en ik ben ook van die generatie. Maar ik houd niet van cretologie, ik wil juist de angstcultuur tegengaan." Een opleider uit de zaal geeft toe dat er veel oudere artsen zijn die zo denken over fouten maken, maar dat dit langzamerhand afneemt. Volgens Wollersheim worden artsen die zich niet sociaal opstellen tegenover collega's en patiënten daarop aangesproken. Bovendien worden de opleiders geëvalueerd door de studenten.

Marjan Kaljouw is de derde debater en voorzitter van de Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. Zij onderschrijft de opmerkingen over macho-specialisten,

maar benadrukt tegelijkertijd dat er samen naar oplossingen moet worden gekeken, zoals gezamenlijke colleges over hetzelfde onderwerp voor verpleegkundigen en artsen.

“Een oorzaak voor veel medische missers zijn communicatieproblemen tussen verpleegkundigen en artsen. Nog steeds komt het voor dat een verpleegkundige ‘s nachts om drie uur een specialist niet durft te bellen, omdat die dan ‘een grote bek opzet’.” - Marjan Kaljouw

Verpleegkundigen zouden iets weerbaarder moeten zijn en toch die specialist moeten bellen wanneer het nodig is.”

Dan veert een patiënt in de zaal op en neemt het woord over ernstige fouten die haar kind zijn aangedaan, waardoor dit nu gehandicapt is. Zij vindt dat verpleegkundigen meer zeggenschap moeten hebben, omdat die langer aanwezig zijn bij patiënten.

Kaljouw reageert: “De rol van verpleegkundigen hoeft niet dominant te worden, maar ook niet ondergeschikt zoals nu het geval is. Als voorbeeld van een ‘best practice-ziekenhuis’ kan ik het Oogziekenhuis in Rotterdam noemen. Daar kwamen veel ‘links-rechts fouten’ voor. Men heeft toen een protocol opgesteld dat bij elke patiënt wordt gevolgd. Er worden een paar vragen gesteld waarop iedereen ‘ja’ moet antwoorden. Daar is een 100 % foutreductie gehaald zonder extra kosten.”

Nazorg

Peeters: “Waarom wordt niet overal ingevoerd wat goed werkt?”

Wollersheim: “Veel afdelingen zijn autonoom op het gebied van de zorg en veranderingen krijg je niet zo makkelijk doorgevoerd. Inmiddels zijn er wel verschuivingen; de afdelingen zijn opener naar elkaar toe. De ideeën over een lerende organisatie druppelen langzamerhand het ziekenhuis binnen.”

Van Hulsteijn: “De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het ziekenhuis en moet top-downbeleid hanteren, dus gewoon boven de afdelingen gaan staan. Een arts is individueel verantwoordelijk tegenover de patiënt, maar moet verder geïntegreerd zijn in het ziekenhuis dat een product levert.”

Van Hulsteijn vertelt verder dat met het aanscherpen van de dossiers veel winst behaald zou kunnen worden. Ze zijn volgens hem vaak onvolledig en niet toevallig zijn dat ook die waarin de meeste fouten zijn gemaakt. “Er moet worden vastgesteld wat er minimaal in een dossier moet zitten en eigenlijk zou er dagelijks in het dossier moeten worden geschreven. In mijn maatschap kan een patiënt alleen overgedragen worden als het dossier is goedgekeurd.”

Kaljouw valt Van Hulsteijn bij: “We zouden samen dossiers moeten maken. Nu heb je twee dossiers van artsen en verpleegkundigen die niet op elkaar zijn afgestemd. Bovendien schrijft iedereen erin met soms onleesbare handschriften. Dat gaat dus gewoon niet goed. We zouden zo snel mogelijk het elektronische dossier moeten invoeren.” Iemand in de zaal roept dat er al sinds 1999 over wordt gesproken, maar dat dit nog steeds niet is gebeurd.

Sophie Hankes is niet tevreden over de discussie en wil terug naar de genezing van de patiënt. Zij hoort veel mooie woorden en heeft al jarenlang gepraat met de Orde van Specialisten. Zij wil een concessie dat er wordt overlegd over een vertel- en herstelprotocol. Aan het einde van de avond bekennen alle deelnemers dat nazorg voor de patiënten waarbij iets is misgegaan een ‘stiefkindje’ (Van Hulsteijn) of ‘nihil’ (Wollersheim) is. ‘Het behoort tot de ethiek van de zorg dat burgers die onverhoopt schade oplopen goed worden ingelicht en opgevangen.’ (Fuldauer). Ze hoort geregeld dat de zorg voor gestrande treinreizigers beter moet, maar zelden iets

over de nazorg van de gestrande zorgconsument.

De drie gasten vinden dat hier iets aan moet worden gedaan en beloven zich hiervoor in te spannen. Ze zeggen er alleen wel bij dat zij er zelf niets aan kunnen doen en dat de afzonderlijke ziekenhuizen daarvoor zullen moeten zorgen.

Bron:<http://www.letsel.nl/Praktijkvoorbeelden/Praktijkvoorbeelden1/Fouten/tabid/81/Default.aspx>

www.SIN-NL.org