

ONBEDOELD EN TE VOORKOMEN

Onderzoek naar onopzettelijke schade bij ziekenhuispatiënten

Op initiatief van de Orde is de veiligheid van ziekenhuispatiënten onderzocht. In 2004 liepen 76.500 patiënten iatrogene schade op. Ruim 1700 patiënten overleden zelfs door onbedoelde schade.

EVERT PRONK

Misschien heeft het nog het meeste weg van zelfkastijding om te laten uitzoeken hoeveel onnodige doden er vallen in Nederlandse ziekenhuizen. Toch heeft de Orde van Medisch Specialisten daartoe het initiatief genomen. Nu is het duidelijk: jaar-

lijks sterven ongeveer 1735 opgenomen patiënten als gevolg van onbedoelde en vermijdbare schade. Bij ongeveer 76.500 patiënten treedt tijdelijke of blijvende iatrogene schade op. Bij iets minder dan de helft van hen (30.000) was de schade waarschijnlijk te voorkomen geweest.

Het onderzoek is uitgevoerd door het EMGO instituut en het Nivel in het kader van het Onderzoeksprogramma

Patiëntveiligheid in Nederland. 'Tot nu toe konden we alleen maar raden hoe het in Nederland is gesteld met de iatrogene schade', zegt onderzoeksleider Cordula Wagner. 'Op initiatief van de Orde van Medisch Specialisten en het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO hebben we een groot dossieronderzoek verricht. Het is het eerste in Europa op deze schaal. Ziekenhuizen wilden over het algemeen graag meedoen. We hebben wel heel goed, en soms bij herhaling moeten uitleggen wat er openbaar zou worden van de gegevens.'

Aan het onderzoek namen elf algemene, zes topklinische en vier academische ziekenhuizen deel. Uit het ziekenhuisinformatiesysteem zijn met een aselecte steekproef zo mogelijk in elk ziekenhuis 200 dossiers van in 2004 ontslagen patiënten en 200 dossiers van in dat jaar in het ziekenhuis overleden patiënten gelicht. Het betreft alleen opnames en geen dagbehandeling. Vervolgens is gekeken of alle afdelingen in het ziekenhuis evenredig waren vertegenwoordigd. Zo niet, dan werd de procedure herhaald.

BEOORDELAARS

Elk geselecteerd medisch en verpleegkundig dossier werd in eerste instantie op schade beoordeeld door een ervaren, speciaal voor de studie getrainde verpleegkundige. De (ruim 50) verpleegkundigen namen de dossiers door vanaf een jaar vóór de opname tot een jaar erna, en screenen ze aan de hand van achttien internationaal gangbare criteria (zie het overzicht bij dit artikel op de website). 'We hebben eerder in een pilot bekeken

1. GEZONDHEIDSBEPERKING

	percentage	absolute aantal
geen gezondheidsbeperking of invaliditeit	25 %	19.000
minimale gezondheidsbeperking en/of herstel binnen een maand	34 %	26.000
matige gezondheidsbeperking, herstel binnen een halfjaar	16 %	12.000
matige gezondheidsbeperking, herstel binnen een jaar	10 %	8000
blijvende gezondheidsbeperking, invaliditeit tot 50 procent	4 %	3000
blijvende gezondheidsbeperking, invaliditeit meer dan 50 procent	1 %	760
overlijden	8 %	6000
niet te beoordelen	2 %	1500

Mate van gezondheidsbeperking bij patiënten bij wie tijdens de opname onbedoelde schade optrad. Bron: Onbedoelde schade in ziekenhuizen, EMGO Instituut, Nivel 2007. Percentages zijn omgezet in (afgeronde) absolute aantallen, uitgaande van het gegeven dat jaarlijks bij 76.500 patiënten tijdelijke of blijvende iatrogene schade optreedt.

2. OORZAKEN VAN ONBEDOELDE SCHADE

hoofdoorzaak	percentage van de gebeurtenissen*	hoge vermijdbaarheid	blijvende gezondheidsbeperking	overlijden
technisch	4	22	0	5
menselijk	56	61	5	8
organisatorisch	14	93	11	9
patiëntgerelateerd	39	30	5	9
overtreding	15	81	8	9
anders	6	32	7	7
niet te beoordelen	41	16	6	6

Hoofdoorzaken van onbedoelde schade. Per gebeurtenis met onbedoelde schade konden meerdere hoofdoorzaken worden aangegeven. Per hoofdoorzaak het percentage gebeurtenissen met hoge vermijdbaarheid, permanente gezondheidsbeperking en bijdrage aan het overlijden van de patiënt.

* gewogen percentages

of er grote verschillen zijn tussen artsen en verpleegkundigen als beoordelaars', licht Wagner toe. 'Beide professies blijken in staat de relevante signalen eruit te halen.'

De verpleegkundige beoordeelde in eerste instantie het verpleegkundig dossier en vervolgens het medisch dossier. Als een dossier op een van de achttien punten voldeed aan de criteria, werd het opzij gelegd. Twee ervaren medisch specialisten beoordeelden die dossiers onafhankelijk van elkaar op onbedoelde of zelfs vermijdbare schade. 'In eerste instantie keken de specialisten naar cruciale onderdelen zoals het OK-verslag, medicatielijsten en testuitslagen om te zien of er sprake was van onbedoelde gebeurtenissen met schade, hoe ernstig die eventuele schade was, en of de schade het gevolg was van inadequate zorg.'

In 663 van de 7926 (8,4%) van de onderzochte dossiers was er sprake van onbedoelde schade. Hieruit leiden de onderzoekers af dat bij 5,7 procent (95%-betrouwbaarheidsinterval 5,1-6,4) van alle opnames in Nederland sprake is van onbedoelde schade. 'Dit percentage is lager door correctie voor het onevenredig hoge aantal dossiers van overleden patiënten in de steekproef', aldus Wagner. 'Hierop is immers geselecteerd. Daarnaast is er gecorrigeerd voor het grotere aantal complexe patiënten door de oververtegenwoordiging van academische ziekenhuizen.' De gewogen percentages onbedoelde schade in algemene, topklinische en academische ziekenhuizen zijn respectievelijk 4,8; 6,7 en 7,6 procent. Na extrapolatie naar alle opnames in Nederland hadden in 2004 ongeveer 76.500 opgenomen patiënten te maken met iatrogene schade.

BETER DAN GEMIDDELD

De onbedoelde schade leidde bij ongeveer 8 procent van de patiënten tot voortijdig overlijden (zie tabel 1). Bij 5 procent was sprake van blijvende gezondheidsbeperkingen. Bij de meeste patiënten was de schade minimaal. Wagner: 'De helft van de schade is bij ontslag weer verdwenen. De schade kan er wel voor hebben gezorgd dat de opname langer duurde.'

Internationaal scoort Nederland niet slecht. Studies in andere landen laten zien dat 2,9 tot 16,6 procent van de opnames gepaard gaat met schade. De 2,9 procent is afkomstig uit de Harvard Medical Practice Study (NEJM 1991; 324

(6): 370-6) aangehaald in het befaamde rapport *To err is human*. Methodologisch lijkt de Nederlandse studie volgens de onderzoekers meer op een Canadese dossieranalyse uit 2004 (Baker et al, CMAJ, 2004; 170 (11): 1678-86). Hierin wordt melding gemaakt van 7,5 procent. Wagner: 'Helemaal met elkaar te vergelijken zijn de studies niet. Toch geeft de 5,7 procent die wij vinden, aan dat het in

delaar. Tijdens de terugkomdagen van de beoordelaars werd veel tijd besteed aan hoe om te gaan met het oordelen met de kennis van achteraf. Het verantwoordelijkheidsgevoel was groot.'

Van de 663 dossiers met onbedoelde schade oordeelden de specialisten dat er 283 keer sprake was van vermijdbaarheid. Extrapolatie laat zien dat in 2,3 procent van alle opnames vermijdbare

Ruim 4 procent van de sterfgevallen was potentieel vermijdbaar



BEELD: SHUTTERSTOCK

Nederlandse ziekenhuizen waarschijnlijk beter is dan gemiddeld. Maar dat betekent niet dat er geen ruimte is voor verbetering. Daarom hebben we ook de vermijdbaarheid van de schade onder de loep genomen.'

De specialisten hebben de vermijdbaarheid op een schaal van 1 tot 6 beoordeeld. 'Het gaat bijvoorbeeld om het te laat stellen van een diagnose, het niet onderkennen van een complicatie of het inzetten van een behandeling zonder alle nodige tests te hebben uitgevoerd', somt Wagner op. 'De behandelingen zijn getoetst aan de professionele standaard. Alle wetenschappelijke verenigingen hadden een specialist beschikbaar die de beoordelaars konden consulteren. Om het effect van de retrospectoscoop te vermijden, hebben ze getracht zich te verplaatsen in de situatie van de behan-

schade plaatsvindt. Dit betekent dat bij 30.000 van de 76.500 opgenomen patiënten bij wie onbedoelde schade optreedt, dit had kunnen worden voorkomen. Dat is zo'n 40 procent.

VERMIJDBAAR

Een deel van het onderzoek was gericht op sterfte in Nederlandse ziekenhuizen. Uit de analyse blijkt dat onder patiënten die in het ziekenhuis overlijden, ongeveer twee keer zo vaak onbedoelde schade voorkomt. In 447 van de 3983 onderzochte dossiers oordeelden de specialisten dat er sprake was van onbedoelde schade. Het gewogen percentage onbedoelde schade is 10,7. In nagenoeg de helft van deze gevallen (49%) is er sprake van vermijdbare schade. De onderzoekers becijferen dat bij 4,1 procent van de patiënten die in een zie- >>

<< kenhuis overleden, er sprake is van potentieel vermijdbare sterfte. Geëxtrapoleerd naar het totaal van ruim 42.000 patiënten die in 2004 in het ziekenhuis zijn overleden, gaat het om 1735 patiënten (95%-betrouwbaarheidsinterval 1482-2032) die door vermijdbare schade zijn overleden.

‘Het gaat hierbij niet alleen om heel oude patiënten die drie dagen later toch al zouden overlijden’, zegt Wagner. ‘De specialisten hebben bij overlijden met vermijdbare schade namelijk ook een schatting gemaakt van de levensverwachting bij opname van de patiënt. De meerderheid had zonder de vermijdbare

Schade door gemiste, te late of inadequate diagnostiek komt minder vaak voor (6%), maar scoort hoog als het gaat om vermijdbaarheid (84,4% vermijdbaar). Bij problemen die samenhangen met een inadequaat ontslag van een patiënt (1,4%) oordeelden de specialisten zelfs dat het altijd vermijdbaar was.

Een opvallende bevinding in het rapport is dat geen van de deelnemende ziekenhuizen statistisch significant afwijkt van het landelijk gemiddelde. Het ‘beste’ ziekenhuis had na correctie voor patiëntkenmerken en ziekenhuiskenmerken een percentage opnames door vermijdbare schade van 1 procent. Voor

In het rapport staat een lijst (zie blz. 723) met aanbevelingen. Hiermee zijn investeringen gemoeid. De onderzoekers beramen dat aan de vermijdbare schade een prijskaartje hangt van 167 miljoen euro. Dit betreft ongeveer 1 procent van het ziekenhuisbudget van 15,5 miljard euro in 2004. Er is dus ‘ruimte om de investeringskosten die worden gemaakt voor het terugdringen van vermijdbare schade terug te verdienen.’

In de aanbevelingen wordt een opvallende rol toebedeeld aan het dossier. Een van de adviezen is, dan ook het beoordelen van dossiers op te nemen in de opleiding. Wagner: ‘De medisch specialisten die de dossiers hebben geanalyseerd merkten op dat dit heel leerzaam is.’

Een tweede advies is de dossiervoering zelf te verbeteren. Want ook dat concludeerden de beoordelaars. Het medisch dossier was in maar 76 procent van de gevallen adequaat, tegen 90 procent van de verpleegkundige dossiers. Dossiers waarin onbedoelde schade werd gevonden, waren bovendien minder vaak op orde. ‘Het standaardiseren van dossiers ligt voor de hand’, vindt Wagner. ‘Dan kun je al in de opleiding artsen trainen in adequate dossiervoering. Het uitpluizen van sommige dossiers was echt geen pretje.’ ■

BEELD: BRAND X



Meeste schade bij chirurgische ingrepen

schade een levensverwachting van meer dan zes maanden. De totale geschatte levensverwachting van alle 1735 patiënten was ruim 5300 jaar. Een hoge leeftijd is wel een risicofactor, maar verklaart niet alles.’

CHIRURGIE

Wagner en haar collega's hebben alle 744 in de dossiers gevonden gebeurtenissen (in sommige dossiers werd meer dan één keer gewag gemaakt van onbedoelde schade) gerubriceerd naar klinische deelprocessen. Hieruit blijkt dat de meeste onbedoelde schade plaatsvindt bij chirurgische ingrepen (54%). Deze schade is in een derde van de gevallen vermijdbaar, oordelen de specialisten. Wagner: ‘Dit is ook een kwestie van volume, de chirurgen zien relatief veel patiënten. Het betekent wel dat er in de chirurgie veel winst valt te behalen.’

Niet-chirurgische ingrepen zoals katheterisatie, endoscopieën en het plaatsen van een pacemaker hebben de twijfelachtige eer met 17 procent de tweede plek te bezetten. Daar is de schade in iets meer dan een kwart van de gevallen vermijdbaar. Schade door bijwerkingen of allergische reacties met medicijnen maakte 15 procent van de gebeurtenissen uit (31% vermijdbaar).

het ‘slechtste’ ziekenhuis is 3,1 procent genoteerd. Tussen afdelingen onderling zijn de verschillen veel groter. Wagner: ‘In andere onderzoeken is nooit gedifferentieerd tussen invloeden van het ziekenhuis en die van de afdeling. Overigens is wel openbaar welke ziekenhuizen hebben meegewerkt, maar de informatie is niet herleidbaar tot ziekenhuis, afdeling, behandelaar of patiënt. Het onderzoek was vooral bedoeld om landelijke cijfers te genereren.’

MENSELIJKE FOUTEN

In een volgend onderzoek, de zogeheten oorzakenstudie, wordt achterhaald wat aan de schade ten grondslag ligt. De specialisten die het dossieronderzoek verrichtten, hebben wel aangegeven welke factoren in hun ogen bijdragen aan de ontstane schade. Menselijke fouten werden hierbij verreweg het meest genoemd, gevolgd door patiëntgerelateerde factoren als comorbiditeit, leeftijd en therapietrouw (zie tabel 2). De artsen gaven aan dat vanuit preventief oogpunt kwaliteitsbewaking of intercollegiale toetsing, reflectie en training het belangrijkste zijn om herhaling van het optreden van schade te voorkomen. Verbeteringen in de communicatie werden slechts in 10 procent van de gevallen genoemd.

Het rapport over patiëntveiligheid en het overzicht met criteria vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.



BEELD: ISTOCK PHOTO

‘DIT GETAL MOET OMLAAG’

Inspecteur-generaal Van der Wal vindt dat het beter moet



BEELD: DE BEELDREDAKTIE, INGE VAN MILT

Inspecteur-generaal Gerrit van der Wal gebruikt de gegevens uit het onderzoek naar vermijdbare schade en sterfgevallen om ziekenhuizen veiliger te maken. Simpele interventies, die bewezen effectief zijn, moeten ervoor zorgen dat minder patiënten de dupe worden van medische fouten.

MENSJE MELCHIOR

Als onderzoeker bij het EMGO Instituut werkte Gerrit van der Wal nog mee aan het onderzoek naar onbedoelde schade in ziekenhuizen. Toen hij bij de inspectie begon, vertelde hij Medisch Contact dat met de cijfers over onnodige sterfgevallen en gezondheidsschade de tijd van vrijblijvendheid

voorbij is: ze moeten zorgen voor een gevoel van urgentie om verbeteringen door te voeren. Nu blijkt dat in 2004 1735 patiënten stierven na fouten tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Tot nu toe werd er, op basis van internationaal onderzoek, altijd van uitgegaan dat in Nederland daardoor tussen de 1500 en 6000 patiënten stierven. Ook wat betreft de vermijdbare gezondheidsschade zit Nederland aan de lage kant (zie blz. 720).

Nederland doet het dus helemaal zo slecht nog niet. Blijft er nog voldoende gevoel van urgentie over?

‘Uiteraard moeten we onze zegeningen tellen en blij zijn dat we het in verhouding tot internationale cijfers helemaal niet zo slecht doen. Nu we het getal weten, zijn we niet meer afhankelijk van speculatieve extrapolaties. Om dit getal kun je niet meer heen. Maar elke dode is er een te veel. Dit getal moet >>

AANBEVELINGEN UIT HET RAPPORT ‘ONBEDOELDE SCHADE IN ZIEKENHUIZEN’

- Afdelingen moeten meer inzicht krijgen in de eigen probleem- en risicogebieden om gerichte verbeterinitiatieven te kunnen opzetten.
- Een necrologiecommissie bestaande uit een chirurg, een internist, een radioloog en een vierde specialist, moet alle sterfgevallen in het ziekenhuis systematisch beoordelen.
- Laat medisch specialisten periodiek dossiers beoordelen om onbedoelde schade te inventariseren en kritisch naar het medisch handelen te kijken.
- De raad van bestuur en de medische staf moeten samen zwakke afdelingen identificeren en deze ondersteunen bij het doorvoeren van verbeteringen.

<< dus omlaag. Bovendien is het aantal doden nog twee keer zo hoog als in het verkeer. En om het aantal verkeersdoden in Nederland terug te brengen, wordt jaarlijks wel 30 miljoen uitgetrokken.'

De inspectie gaat een campagne opzetten om de schade terug te dringen. Wat kunnen we verwachten?

'We willen de campagne "Voorkom Schade, werk veilig" lanceren tijdens het inspectiesymposium over patiëntveiligheid van 12 juni. Nu overleggen we nog



Vlak voordat je begint met opereren even stoppen om alles te controleren

met alle partijen uit de ziekenhuissector, zoals de Orde, de vereniging van ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra over wat de campagne precies gaat behelzen.'

Uit het rapport is niet echt op te maken wat de oorzaken zijn. Dat is onderwerp van een volgend onderzoek. Het lijkt me lastig om zonder die resultaten een verbetercampagne te lanceren.

'We zijn inderdaad een beetje gehandicapt doordat dit geen oorzakenstudie is. Op basis van deze studie kun je niet zeggen: "Als we dit doen, worden de getallen lager". Maar uit internationaal onderzoek weten we natuurlijk wel iets over oorzaken. Via een drieslag willen we de patiëntveiligheid gaan verbeteren: met de invoering van het veiligheidsmanagementsysteem in alle ziekenhuizen, onderwijs en onderzoek en een aantal interventies.'

Welke interventies moeten de vermijdbare schade terugbrengen?

'Dat zullen interventies van Sneller Beter zijn, maar ook voorbeelden uit het buitenland. Neem bijvoorbeeld procedures om postoperatieve infecties te voorkomen. Die infecties zijn waarschijnlijk voor een belangrijk deel verantwoordelijk voor iatrogene gezondheidsschade. Gedisciplineerd handen wassen, op tijd antibiotica geven, zeer zorgvuldig zijn met de hygiëne. Dat kan allemaal veel gezondheidsschade voorkomen.

Ook een time-outprocedure kan schade voorkomen: vlak voordat je begint met opereren even stoppen om alles te controleren. Het lijkt voor de hand liggend, maar dat is voor de meeste interventies het geval.'

Simpele procedures zorgen voor de meeste winst?

'Inderdaad. Neem decubitus, dat komt nog te veel voor omdat er te weinig aan preventie gebeurt. Of centrale lijninfecties die vaak tot bloedinfecties

leiden. Dat kun je allemaal met heel eenvoudige procedures voorkomen. Ook medicatiefouten moeten we terugbrengen. Het grootste deel daarvan vindt plaats bij opname van de patiënt en later bij het toedienen (zie voor voorbeelden blz. --). Ook daarvoor kun je simpele controleprocedures opzetten.'

Hoeveel van die interventies moeten ziekenhuizen doorvoeren?

'Waarschijnlijk zal de inspectie met partijen uit de ziekenhuissector zes tot tien interventies kiezen die evidence-based zijn. Het moet bewezen zijn dat deze interventies ook echt effectief zijn. De ziekenhuizen mogen er bijvoorbeeld twee kiezen, en elk jaar daarna weer twee. Zo kunnen we stapsgewijs de schade terugbrengen.'

Twee per jaar, is dat niet al te voorzichtig?

'Nou ja, misschien vergroten we onze ambities nog wel en worden het er vier per jaar. Maar het gaat er vooral om dat de interventies daadwerkelijk worden ingevoerd. Daarom is twee per jaar een goed streven.'

Het rapport komt met heel andere aanbevelingen dan de interventies die u noemt (zie kader). Kan de inspectie nog iets met de tips van de onderzoekers?

'In het rapport staan heel verstandige aanbevelingen, waar we zeker iets mee moeten. Maar waarschijnlijk zullen

ze geen onderdeel van de campagne vormen. Het is namelijk nog niet onderzocht of deze aanbevelingen ook echt helpen.'

Wat vindt u bijvoorbeeld zo'n verstandige aanbeveling?

'Neem het idee voor necrologiecommissies die sterfgevallen systematisch moeten beoordelen. Dat is een leuke, goede aanbeveling. Maar dan moet er wel iets meer gebeuren. Vervolgens moet je die beoordeling bespreken met de mensen die erbij betrokken waren. En eigenlijk zou je dan ook moeten nagaan of betrokken artsen en verpleegkundigen ook echt iets van necrologiebeoordelingen leren. De necrologiebespreking is de oudste vorm van kwaliteitsbewaking in de ziekenhuiswereld. Maar niet alle gevallen worden nu systematisch besproken. Als een ziekenhuis dat doet, vergt dat nogal wat. Een beetje ziekenhuis heeft enkele honderden sterfgevallen per jaar. Een steekproef is misschien een beter idee.'

En wat vindt u van het idee om medisch specialisten periodiek dossiers te laten beoordelen?

'Ik weet nog goed dat specialisten die voor dit onderzoek dossiers beoordeelden, zeiden "had ik dit maar eerder gedaan". Ze denken allemaal dat specialisten heel veel kunnen leren van het beoordelen van dossiers. Maar wat er echt van blijft hangen, is natuurlijk niet duidelijk.'

Zijn er nog aanbevelingen waarvan u wel zonder reserves enthousiast wordt?

'Meten is weten. Daarom moeten ziekenhuizen inderdaad weten hoe goed hun dossiervoering is, hoeveel schade zij per afdeling hebben en hoe het met de sterftcijfers zit. Het probleem is dat men dat nog niet weet.'

Wat gaat de IGZ doen om te zorgen dat ziekenhuizen dat gaan meten?

'Voor een deel is dat te bereiken via prestatie-indicatoren voor patiëntveiligheid. Die zijn er nu al, bijvoorbeeld voor decubitus of postoperatieve wondinfecties. Voor sterfte zouden ze er ook moeten komen. Een ziekenhuis kan daaraan afmeten of een afdeling of maatschap goed werk levert en of er een vermindering van sterfte is. Dat moeten ziekenhuizen gewoon willen weten. Alleen als ze dat registreren, weten ze of ze afwijken van het gemiddelde of van de norm.'



ORDE-VOORZITTER VIERHOUT: 'HIËRARCHIE GEEFT DISCIPLINE'

Maakt de inspectie die sterftecijfers dan ook per ziekenhuis openbaar?

'Dat is de volgende stap. Je kunt geen gegevens openbaar maken die kwalitatief nog niet goed zijn. De kans op reputatieschade is dan groot, dat snap ik heel goed. De meetmethode moet goed zijn en de data gevalideerd. Daar moeten we met z'n allen hard aan werken. Maar uiteindelijk moet openbaarheid wel het streven zijn.'

Minister Klink van Volksgezondheid vindt dat ziekenhuizen openbaar moeten maken hoe vaak complicaties optreden en hoe ernstig die zijn. Zo zouden patiënten beter kunnen kiezen tussen verschillende ziekenhuizen en specialisten.

'Daar moeten we heel genuanceerd mee omgaan. Aan de ene kant hebben we het systeem van veilig melden, dat voor 100 procent blamefree moet zijn. Die informatie moet dus geanonimiseerd worden en is er om van te leren. Iets anders is dat je op een gegeven moment op ziekenhuis- of afdelingsniveau openbare informatie wilt hebben, die iets zegt over de kwaliteit of veiligheid. Die informatie moet wel betrouwbaar zijn.'

Sommige artsen vinden Klinks voorstel niet zo'n goed idee. Zij zeggen dat de specialisten of ziekenhuizen die gecompliceerde patiënten behandelen, slechtere cijfers zullen hebben.

'Als de cijfers ongecorrigeerd naar buiten komen, zijn we niet goed bezig. Maar als de techniek zo gevorderd is dat we het eerlijk kunnen doen, zie ik niet waarom we het zouden laten. Het moet dan gaan om de openbaarmaking van onbedoelde schade die vermijdbaar was. De vraag is natuurlijk wel wanneer iets vermijdbaar is. Iets wat tien jaar geleden niet vermijdbaar was, is dat nu wel. We moeten accepteren dat er een grijs gebied bestaat, maar dat we dat gebied in de loop van de tijd kunnen ophelderen.' ■

Voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten Pieter Vierhout is niet werkelijk geschrokken van de bevindingen van het onderzoek waar zijn beroepsvereniging het initiatief

toe heeft genomen. 'Na dertig jaar in de praktijk weet je wat er speelt. Het zijn herkenbare punten. Neem naadlekkage. Uit eigen ervaring weet ik dat het moeilijk kan zijn om te beslissen of je een patiënt in een vaak slechte conditie opnieuw een grote operatie aandoet. Dat is nog moeilijker als het niet je eigen patiënt betreft. Pas achteraf weet je of je de juiste beslissing hebt genomen.'

Vierhout waakt ervoor het, naar eigen zeggen 'zeer degelijk uitgevoerde dossieronderzoek' te bagatelliseren. 'Ik ben blij dat we met 1735 vermijdbare doden onder de internationale cijfers zitten, maar het zijn er echt te veel. Het valt niet uit te leggen. Het rapport maakt ook duidelijk dat er nog veel winst is te behalen. Zo is de dossiervorming onvoldoende. Dat moet dus met meer discipline worden ingevuld. Punt. Of neem de in het rapport opgetekende te late diagnose van een luxatie van een kop-halsprothese met een verlengde opname en vervroegde euthanasie tot gevolg. Dit is niet alleen vermijdbaar, maar ook verwijtbaar. Zo'n foto moet volgens protocol direct na de operatie worden gemaakt.'

Het niet volgen van een protocol heeft volgens Vierhout alles te maken met betrokkenheid van de arts bij zijn patiënt. 'Betrokkenheid die onder druk staat door de versnippering van de zorg door deeltijdwerk en verdergaande specialisering. De onderzoeksaanbeveling dat er meer aandacht moet zijn voor de overdracht en communicatie deel ik dan ook volledig.'

Hoewel geen expliciete aanbeveling in het rapport, denkt Vierhout dat er ook winst is te behalen met verdere protocollering en standaardisatie. 'Als je werkt volgens standaardprocedures heb je nooit een links-rechtsverwisseling. Ik deed soms wel 18 kijkoperaties op een dag. Dat lijkt wellicht saai, maar ik maakte er een sport van om het vooronderzoek zodanig precies te doen, dat ik bijna zeker wist wat er mis was. Dat maakte de kijkoperatie spannend. Dan wist je of je goed had gediagnosticeerd.'

De voorzitter van de Orde vindt tevens dat de ziekenhuishygiëne moet worden aangescherpt. 'De term wondinfectie komt veelvuldig in het rapport voor. De hoofdverpleegkundige moet uit de vergaderkamer en weer de scepter op de afdeling zwaaien. Hiërarchie geeft discipline.'

Wondinfecties zijn volgens Vierhout ook tekenend voor het gegeven dat specialisten niet alleen verantwoordelijk zijn voor het terugdringen van onbedoelde schade in de zorg. 'Een chirurg kan een prachtige operatie uitvoeren, maar wat als de patiënt vervolgens naast een vuile patiënt wordt neergelegd en een zorgverlener zonder handen te wassen van de ene patiënt naar de ander gaat? Daarom is de Orde nu in overleg met de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra, de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de patiëntenbond NPCE, de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg over snel te nemen maatregelen.'

'Met een aantal punten uit het rapport, zoals het monitoren van prestaties, het registreren van ziekenhuisinfecties, meer reflectie op het handelen en het analyseren van incidenten zijn we al goed op weg,' vervolgt Vierhout. 'De aanbeveling van het systematisch analyseren van alle sterfgevallen door een necrologiecommissie vind ik evident.'

Dat er alleen maatregelen moeten worden genomen als ze bewezen werkzaam zijn zoals inspecteur-generaal Van der Wal bepleit, vindt Vierhout niet. 'Evidence-based is belangrijk, maar je moet het gezond verstand niet uitschakelen. Laten we vooral pragmatisch zijn. De Orde is er voorstander van het onderzoek over drie jaar te herhalen, zodat we zien hoeveel vooruitgang er is geboekt.'

Vierhout beseft dat met nieuwe maatregelen de bureaucratie kan toenemen. 'Dat moeten we zo veel mogelijk voorkomen. Maar dat het energie gaat kosten, is geen excuus om verbeteringen in de gezondheidszorg niet door te voeren. We moeten de vermijdbare schade zo veel mogelijk terugdringen. Bovendien, als er minder onbedoelde schade is, vallen er ook zaken af. Rechtszaken bijvoorbeeld.' << EJP

Een eerder MC-interview met Van der Wal en MC-artikelen over sterftecijfers en het terugdringen van complicaties vindt u via onze website: www.medischcontact.nl/dezeweek.

