

‘DE ZORG IS NIET BETROUWBAAR’

Voormalig klokkenluider gaat Nijmeegs kwaliteitsinstituut leiden

Na de crisis in het Nijmeegse Hartcentrum meldde anesthesioloog Johan Damen zich ziek.

Nu is hij terug om zich in te zetten voor de patiëntveiligheid in het UMC St Radboud.

ROBERT CROMMENTUYN

Het tragische verhaal van hoogleraar cardioanesthesiologie Johan Damen (60) is al vele malen breed uitgesponnen in de pers. Kort na zijn aanstelling in 2005 begon hij zich zorgen te maken over de kwaliteit

van het Nijmeegse hartcentrum. Volgens gegevens die hij had verzameld, was de sterfte na hartchirurgie in Nijmegen te hoog. In een mail aan zijn collega's liet Damen weten zelf niet in een dergelijk centrum te willen worden geopereerd. In eerste instantie werd Damens kritiek niet serieus genomen. Totdat de mail - buiten

zijn medeweten - uitlekte naar dagblad De Gelderlander. Toen brak de hel los: de Inspectie voor de Gezondheidszorg greep hard in, het Hartcentrum werd gesloten en de leiding werd vervangen. Ook de raad van bestuur van UMC St Radboud moest het veld ruimen. En Johan Damen meldde zich ziek, ontgoocheld als hij was door het gebrek aan veranderingsgezindheid van zijn collega's.

Nu, ruim een jaar na dato, is Damen weer aan het werk. Niet langer als hoogleraar cardioanesthesie, maar als hoogleraar anesthesiologie en perioperatieve patiëntveiligheid. Op voordracht van chirurg Leon Eijssman - door het ziekenhuis aangesteld als puinruimer bij het Hartcentrum - gaat de voormalige (en onvrijwillige) klokkenluider zich bezighouden met de patiëntveiligheid in het universitaire ziekenhuis. De plannen van de nieuwe bestuursvoorzitter Emile Lohman voorzien in de oprichting van een veiligheidsinstituut waarin Damen een belangrijke rol zal gaan spelen. In het beleidsplan 'Beter worden in het Radboud!' schrijft Lohman dat het instituut eigen taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden krijgt voor de controle op kwaliteit en veiligheid. Er komt een veiligheidsteam en een kleine groep interne consultants voor het ondersteunen van afdelingen. Het instituut zal ook audits uitvoeren en gevraagd en ongevraagd advies geven.

KRITISCHE NOTEN

Dat Damen ja zei tegen het aanbod, lag niet direct voor de hand. Zijn ervaringen in het St Radboud zijn immers niet allemaal positief. 'Tijdens mijn ziekteperiode heb ik goed nagedacht over de vraag of ik hier weer aan het werk zou

Johan Damen: 'We moeten de systemen in de zorg zo inrichten dat de kans op fouten minimaal is.'



BEELD: DE BEELENDING/ACTIE, BART NIJS



'Men vindt van mij dat ik een goede neus heb voor 'pluis' en 'niet-pluis'.'

<< willen. Terugkeren naar mijn oude stek was sowieso uitgesloten. Met een aantal van mijn oud-collega's bij cardio-anesthesiologie kan ik niet meer door één deur. Die hebben nog steeds moeite met het feit dat ik een aantal kritische noten heb gekraakt over de gang van zaken op de afdeling Hartchirurgie. Stoppen was ook geen optie. Daarvoor vind ik mijzelf nog te jong. Ik heb wel overwogen om in een ander ziekenhuis te gaan werken, en die mogelijk was er, maar uiteindelijk heb ik besloten om hier toch weer aan het werk te gaan.'

Als redenen noemt hij het grote belang dat hij hecht aan het verbeteren van de patiëntveiligheid en het feit dat de koers van de nieuwe Raad van Bestuur hem aanspreekt. 'Sinds de crisis is hier een heel bijzondere situatie ontstaan. Er is een echt gevoel van urgentie als het gaat om het verbeteren van de patiëntveiligheid. Dat geeft ons een voorsprong op andere ziekenhuizen.'

Hij is bovendien geknipt voor de functie. Damen: 'Men vindt van mij dat ik een goede neus heb voor 'pluis' en 'niet-pluis'. Anesthesiologen hebben bovendien een talent voor zaken die de patiëntveiligheid betreffen. Het is waarschijnlijk het veiligste medische specialisme ter wereld. Wellicht omdat we in ons vak te maken hebben met veel techniek en met het beheersen van complexe processen. Het is in ieder geval hoog tijd dat er in Nederland een hoogleraar

anesthesiologie is die patiëntveiligheid als aandachtsgebied heeft.'

PREGNANT PROBLEEM

Door zijn jarenlange interesse voor het thema heeft Damen een uitgewerkte visie op patiëntveiligheid ontwikkeld. 'Het probleem in de zorg is dat de processen niet betrouwbaar zijn. Neem de patiënt met een hartinfarct. Daarover zegt een richtlijn dat hij drie pillen moet krijgen: een aspirine, een ACE-remmer en een bètablokker. In de praktijk blijkt dat nog

'Sinds de crisis is hier een bijzondere situatie ontstaan'

geen 60 procent van alle patiënten die ervoor in aanmerking komen, alle drie de pillen inderdaad krijgt. Dat proces is dus onbetrouwbaar. Dat zie je overal in de zorg. En hoe complexer het zorgproces, hoe pregnanter het probleem.'

Bij de Nijmeegse crisis in het hartcentrum, en ook eerder bij structurele problemen in bijvoorbeeld de ziekenhuizen van Weert, Boxmeer en Meppel bleek er sprake te zijn van een of meer disfunctionerende artsen. Toch vindt

Damen dat het verbeteren van patiëntveiligheid zich in eerste instantie niet moet richten op individuele artsen. 'Uit onderzoek is bekend dat minder dan 5 procent van de artsen disfunctioneert. Bij het publiek leeft de gedachte dat je problemen in de zorg oplost door dergelijke rotte appels eruit te gooien, maar dat is een misvatting. In de praktijk blijkt dat menselijk falen zich in patronen voordoeft en dat vaak juist de meest gemotiveerde professionals fouten maken. Dat komt niet overeen met het idee van een rechtvaardige wereld zoals de meesten dat koesteren.'

GATENKAAS

Volgens Damen ontstaan fouten door een keten van onzorgvuldigheden. 'Elke stap in een zorgproces heeft zijn veiligheidswaarborgen. Het gaat pas echt fout als de waarborgen in achtereenvolgende stappen niet werken. Vergelijk het met een Zwitserse gatenkaas. Normaal loopt een gat in de kaas dood. Pas als alle gaten op één lijn liggen, kun je er doorheen. Wat we in de zorg moeten doen, is de systemen zo inrichten dat de kans op fouten minimaal is.'

Volgens Damen behelst die visie een fundamenteel andere inrichting van de zorg dan die we nu kennen. Het huidige systeem resulteert immers niet in het bereiken van een hoog betrouwbaarheidspercentage van zorgprocessen. In de industrie is dat anders. 'Daar werkt men bijvoorbeeld met het *six sigma*-concept'. Dat kwaliteitsmanagementprogramma is ontwikkeld door Motorola en General Electric. Het programma kent een sterk statistische onderbouwing. 'Sigma' staat voor standaardafwijking en 'zes sigma' betekent dat het aantal defecten is beperkt tot 3,4 fouten per miljoen producten. 'In organisaties zonder kwaliteitsverbeteringsprogramma - zoals de meeste ziekenhuizen - is de proceskwaliteit drie sigma, wat overeenkomt met 67.000 fouten per miljoen producten.'

BERG INFORMATIE

Om kwaliteit en patiëntveiligheid op een hoger niveau te krijgen, zijn verschillende stappen nodig, meent Damen. 'Om te beginnen moet er aandacht aan dit onderwerp worden besteed in het onderwijs. Zowel in het basiscurriculum als daarna. Daarnaast moet er veel onderzoek worden gedaan. 'We weten nog heel veel niet. We zullen samen met andere disciplines naar de processen in de zorg moeten kijken om gezamen-

lijk problemen te analyseren. Ik stel mij bijvoorbeeld voor dat je samen met een bedrijfskundige de gang van zaken op een IC doorlicht. Of dat je een cognitief psycholoog laat uitzoeken waarom artsen protocollen niet naleven. Ik ben ervan overtuigd dat je met gedegen onderzoek antwoorden vindt die van belang zijn. Als je vervolgens de onderzoeksresultaten kunt vertalen in de praktijk, dan kun je de patiëntveiligheid ook daadwerkelijk verbeteren.'

Voor de klinische praktijk is het tenslotte van groot belang dat bestaande onvolkomenheden ook worden gesignaleerd. Het UMC St Radboud introduceert daarom in het hele ziekenhuis een systeem van veilig incidenten melden (VIM). Een aantal afdelingen is al aan het proefdraaien. 'Met het systeem van veilig melden gaan we de gaten in de kaas opsporen', aldus Damen. 'Al moet je er bij de introductie van een dergelijk systeem op bedacht zijn dat VIM een enorme berg informatie genereert. Daar zul je vervolgens wat mee moeten. In de eerste plaats prioriteiten vaststellen. Maar dat is dokters wel toevertrouwd. Die zijn immers bekend met het concept triage.'

ROUW

Dat goed onderzoek en een systeem van veilig melden systeemfouten aan het licht brengen die vervolgens via gerichte actie kunnen worden opgelost, is in tegenpraak met de ervaringen die Damen zelf had bij het Hartcentrum. De anesthesioloog had hele goede gegevens over

de resultaten van de afdeling. Hij sprak er zijn collega's op aan, maar vervolgens bleef het stil. De zaak kwam pas echt in beweging toen het hele verhaal in de krant kwam. 'Dat moet ik toegeven. Als het niet in de krant was gekomen, dan waren de veranderingen hier nooit zo snel tot stand gekomen. Daaruit leer ik dat een gevoel van urgentie essentieel is.'

Damen vindt de vraag gerechtvaardigd waarom toegewijde professio-

'We gaan de gaten in de kaas opsporen'

nals in zorginstellingen het onderwerp patiëntveiligheid zo laat en zo moeizaam oppakken. 'Ik verwijs dan naar de psychiater Elisabeth Kübler-Ross. Die heeft beschreven hoe mensen reageren op ingrijpende ervaringen. Dat verloopt in vijf fasen. In eerste instantie ontkennen ze de kwestie, dan zijn ze boos, dan gaan ze onderhandelen met het lot. Als dat niet helpt, volgen vaak depressieve gevoelens en tot slot acceptatie. Dat zie je bij scheidingen, en dat zie je ook bij incidenten in het ziekenhuis. Bij professionals in de zorg komt de rouw voort uit het besef dat ze schade aanrichten terwijl ze denken goed te doen. *Grief of performance failure*

noemt de Amerikaanse kwaliteitsgoeroe Charles Denham dat. Volgens hem moet elke individuele zorgverlener en elke zorgorganisatie door dit proces heen om patiëntveiligheid werkelijk op waarde te schatten.'

Denham zegt ook dat er een crisis nodig is om dit proces van de grond te krijgen. Sommige ziekenhuizen die nu vooroplopen met kwaliteitsbeleid, hebben iets naars meegemaakt. Er zijn zelfs voorbeelden van ziekenhuizen waar verbeterprocessen pas op gang kwamen nadat een familielid van een bestuurslid slachtoffer werd van een medische fout. Damen ziet dat precies zo. 'Het proces komt pas op gang als je erop geattendeerd wordt dat je schade aanricht.' Ondanks de slechte persoonlijke ervaringen die Damen ermee had, pleit hij dus eigenlijk voor meer klokkenluiders. 'Vooral van belang is dat ziekenhuizen beschikken over goede leiders die de angst om incidenten te melden kunnen wegnemen.' Spijt over zijn eigen handelen heeft hij in elk geval niet. 'Mijn kritiek was het medicijn, ook al waren de bijwerkingen vervelend.' ■



Meer informatie over het Six sigma-concept, een artikel van Charles Denham en het beleidsplan 'Beter worden in het Radboud!' vindt u via onze site: www.medischcontact.nl/dezeweek.

PRAKTIJKPERIKEL

DBC als drijfveer om behandeling te staken



Helaas ben ik als patiënt terechtgekomen in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (AVL). Niks mis met het AVL, ook niks mis met mijn ziektekostenverzekering. Behalve de nodige, kennelijk onvermijdelijke, maar mijns inziens, onterechte perikelen met WAO, arbeidsongeschiktheidsverzekering en levensverzekeringen, is alles prima betaald.

Maar nu maak ik mij zorgen of dat wel zo zal blijven. Kreeg ik in 2004 voor de jaarlijkse controle (beetje lab, X-thorax, even bij de oncoloog) nog een rekening van 164,16 euro. Een jaar later kreeg ik voor dezelfde controle een nota DBC 'ziekenhuiszorg' van 1.464,24 euro. De controle is dus negen keer zo duur geworden. Is het de bedoeling dat ik kostenbewust de controles staak? ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.