

Marthel Bos

inspecteur, Inspectie voor de Gezondheidszorg

Ian Leistikow

inspecteur, Inspectie voor de Gezondheidszorg, onderzoeker beleid en management in de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit

BETROKKENEN REALISEREN ZICH SOMS NIET HET BELANG VAN HUN EIGEN ROL

Links-rechtsverwisseling hardnekkig fenomeen

Verwisselingen of het achterblijven van operatiemateriaal komt nog steeds voor in onze ziekenhuizen. Inspecteurs Bos en Leistikow onderstrepen aan de hand van enkele casussen de functie van de perioperatieve richtlijn en het belang van nóg alerter teamwerk.

Tussen 2014 en 2016 zijn precies honderd gevallen van perioperatieve verwisselingen of achtergebleven materiaal als calamiteit bij de inspectie gemeld (zie *overzicht* op blz. 20 en de *kaders* voor enkele voorbeelden). Bij bestudering van de calamiteitenrapportages bleek dat er altijd een beginmoment was aan te wijzen dat doorwerkte naar de rest van het perioperatieve proces. Bijvoorbeeld: geen patiëntverificatie, onvoldoende controle van het implantaat, ontbreken van een markering, informatieverlies bij overdracht, materiaal niet genoteerd. Voor de meeste casussen geldt dat het team deze afwijking bijtijds had kunnen ontdekken en herstellen. Het aantal gevallen waarbij zorgverleners bewust de richtlijn negeren, is zeer schaars. De meeste aandacht vragen die casussen waarbij de richtlijn correct werd uitgevoerd, maar desondanks een verwisseling plaatsvond of materiaal achterbleef. Wat kunnen we leren?

Na de time-out

In de elf casussen waarbij verwisseling van zijde plaatsvond ondanks het doorlopen van de richtlijn, vond het initiërend moment plaats na de time-out. Eén casus betrof een patiënt met een niet-ingedaalde testis. Eerst werd een laparoscopie gedaan op aanwezigheid van een testis waarna een open procedure volgde. De operateur stond voor de scopie aan de contralaterale zijde, maar liep niet om voor de open procedure. Dit had, achteraf gezien, opgemerkt kunnen worden door het operatie-

team. In vier casussen vond het startmoment plaats nadat het handelen van de operateur niet meer toetsbaar was voor de rest van het team. De operateur manoeuvreerde in de patiënt, letterlijk buiten het zicht van de teamleden. Voorbeelden hiervan zijn het plaatsen van een dubbel-J-katheter waarbij de operateur, pas na het uitvoeren van de time-outprocedure, buiten het zicht van het team, al opererend naar de verkeerde zijde gaat. In zes casussen kon de calamiteitencommissie achteraf, ook na ondervraging van alle leden van het ok-team, niet reconstrueren hoe de verwisseling had plaatsgevonden.

Bij vier casussen ontstond de vergissing bij het afdekken van een extremititeit. Een lid van het team verrichtte zelfstandig een handeling met grote gevolgen voor het verdere verloop van het proces. Opmerkelijk is dat deze vergissing niet werd gezien door de rest van het team. De calamiteitencommissies noemen vaak als oorzaak hiervoor dat het operatieteam haar focus verloor tussen het moment van afronden van de time-outprocedure en de daadwerkelijke start van de chirurgische ingreep, bijvoorbeeld doordat leden van het operatieteam in beslag werden genomen door hun functiespecifieke taken.

VERKEERDE VINGER

Patiënt werd onder plexusanesthesie geopereerd aan een triggerfinger op het poliklinische operatiecentrum. De verwijzend huisarts had op de verwijsbrief triggerfinger digitus 3 rechts geschreven, de vinger waar inderdaad de afwijking zat. De specialist schreef echter digitus 4 rechts in het dossier. Tijdens de time-outprocedure werd uitdrukkelijk gevraagd welke zijde geopereerd moest worden, maar niet specifiek besproken om welke vinger het ging. De patiënt was zeer angstig voor de operatie en durfde zelf niet te kijken toen de specialist navroeg of de goede vinger werd vastgepakt. De patiënt werd aan de verkeerde vinger geopereerd.



Terwijl het team voorbereidingen trof verliet de snijdend specialist de operatiekamer

GETTY IMAGES

ANDERE KNIE

Patiënt werd aan de rechterknie geopereerd in plaats van de linkerknie. Tijdens het eerste pre-operatieve polibezoek vermeldde de orthooped in het dossier dat de klachten de linkerknie betroffen. Echter bij de conclusie en de operatie-indicatie gaf hij aan dat de rechterknie geopereerd moest worden. Op de holding werd doorgesproken voor welke operatie de patiënt kwam. De patiënt zette een pijl op zijn linkerknie, gesuperviseerd door de holding-verpleegkundige. Niemand van het operatieteam had door dat er een discrepantie tussen de operatieplanning en de te opereren zijde bestond. Zij maakten de operatiekamer klaar voor een operatie aan de rechterknie en plaatsten een beensteun aan de rechterkant van de operatietafel. Bij de time-out-procedure waren de omloop en de instrumenteren de nog druk bezig met hun functiespecifieke taken. Wat dat betreft voldeed de time-outprocedure niet aan het protocol. Tijdens de time-outprocedure benoemde de patiënt dat het om de linkerknie zou moeten gaan. Terwijl het team verdere voorbereidingen trof voor de operatie verliet de snijdend specialist de operatiekamer. Pas toen de patiënt onder algehele anesthesie was kwam de specialist terug op de operatiekamer en begon met het aanleggen van de bloedleegte en het desinfecteren van het rechterbeen. Er was een laken over het linkerbeen gelegd en aan de rechterkant was nog steeds de beensteun bevestigd waarop de te opereren knie zou moeten liggen tijdens de ingreep. In plaats van de linkerknie werd de rechterknie geopereerd zonder dat iemand van het team zich bewust was van deze vergissing. Dit besef kwam pas na de ingreep, toen de patiënt inmiddels bijgekomen was.

Soms speelde mee dat de chirurg op dat moment kort de operatiekamer verliet. Ook dienstwissel en wisseling van operatiekamer zijn beschreven als factoren die de focus van het team negatief beïnvloedden.

De situaties waarin materiaal achterbleef terwijl wel een juiste telprocedure werd gevolgd, blijken moeilijker te duiden. Achtergebleven materiaal wordt vaak pas geruime tijd na de operatie gevonden, wat het voor calamiteitencommissies moeilijk maakt om de omstandigheden tijdens de ingreep voldoende te reconstrueren. Uit de calamiteitenrapportages komt dan ook onvoldoende naar voren welke systeemorzaken hierin een rol speelden en de conclusie blijft vaak steken op

‘menselijke fouten’. Het zou goed zijn als ziekenhuizen deze situaties beter zouden leren duiden, zodat we verder komen dan het holle advies om de volgende keer beter op te letten.

Voortdurende alertheid

Er komen nog steeds calamiteiten voor die, als de richtlijn was nageleefd, voorkomen hadden kunnen worden. Deze casussen benadrukken het belang van adequate opvolging van de perioperatieve richtlijn, die niet bedoeld is als een serie stopmomenten die je passief ondergaat, maar als een proactief hulpmiddel om onder wisselende omstandigheden een stabiele kwaliteit van

zorg te kunnen leveren. De casussen laten tegelijkertijd zien dat voortdurende alertheid van het gehele team vereist is, maar ook dat dit in de praktijk soms moeilijk is. Er zijn veel redenen om de richtlijn niet volledig te volgen. Een veelvoorkomende is dat leden van het operatieteam nog bezig zijn met de individuele taken als hun aandacht gevraagd wordt voor een stopmoment. Hoewel het op dat moment efficiënt lijkt om op de eigen taak te focussen, is dit risicovol gedrag dat door de rest van het team moet worden herkend en gecorrigeerd. In het belang van de collega en in het belang van de patiënt. Ook zijn er situaties waarbij het team als geheel de focus verliest. Bijvoorbeeld bij een onverwacht lange tijdsperiode tussen time-out en incisie. Het team kan de kans op focusverlies verkleinen door dergelijke omstandigheden te herkennen en op dat moment te benoemen als risico voor het maken van fouten. In de situaties waarbij het team onbedoeld van de richtlijn afwijkt ligt de uitdaging in het identificeren van de verstoringen. Op basis daarvan kan men de omstandigheden zodanig aanpassen dat het vanzelfsprekender wordt om de richtlijn correct te doorlopen. Wellicht zou het helpen om meer aandacht te besteden aan situaties waarbij een fout, zoals het achterblijven van materiaal,



HOLLANDSE HOOGTE

VERKEERDE KANT BIJ HERNIA-OPERATIE

Een wakkere patiënt met een volledig uitgevoerde time-outprocedure werd aan de verkeerde zijde geopereerd tijdens een HNP (hernia nuclei pulposi)-procedure. Een van de oorzaken was dat bij neurochirurgische ingrepen in dit ziekenhuis alleen links-rechtsmarkering plaatsvond bij extremiteiten en niet bij ingrepen aan de rug. Ook werd hierbij tijdens de time-outprocedure niet standaard de te opereren zijde hardop benoemd. Tevens was geen extra stopmoment mogelijk om nogmaals de te opereren zijde te verifiëren, omdat er geen projectie-monitor aanwezig was om de röntgenfoto's op te projecteren, noch de mogelijkheid aanwezig was om bij twijfel peroperatief te doorlichten om zo de aangedane zijde te kunnen bevestigen.

OVERZICHT	AANTAL
Verwisseling patiënt/gegevens/ verkeerd implantaat (totaal 19)	
• Richtlijn niet goed uitgevoerd:	17
- geen patiëntverificatie	6
- implantaat niet aanwezig, stopmoment 2 (planning)	2
- geen controle aanwezigheid juiste implantaat bij time-out	9
• Wisseling van personeel op het moment dat juiste implantaat nodig is	2
Verwisseling te opereren zijde (totaal 41)	
• Richtlijn niet volgens protocol uitgevoerd:	26
- operatieaanvraag al links-rechtsverwisseling	5
- geen markering, markering afgedekt	13
- geen stopmoment 4a, preoperatief (pretime-out)	3
- geen time-outprocedure uitgevoerd	5
• Richtlijn goed uitgevoerd:	15
- alle voorwaarden aan voldaan, toch verkeerde zijde	11
- vergissing tijdens afdekken	4
Achterblijven gazen/instrumenten (totaal 40)	
• Sign-outprocedure (stopmoment 5) niet juist uitgevoerd of niet geteld	14
• Door hectiek tijdens operatie wordt aangegeven van materiaal niet genoteerd	2
• Vele wisselingen operatiepersoneel, zonder goede overdracht	2
• Sign-out [5] gedaan, toch achtergebleven	17
• Afgebroken materiaal (meestal als gevolg van oneigenlijk gebruik) niet herkend of niet mogelijk om te verwijderen	5

Analyse van
bijna-calamiteiten
kan inzicht geven
in de zwakke én
sterke schakels

BIJNA DE VERKEERDE TESTIS VERWIJDERD

Patiënt moest worden geopereerd voor een niet-ingedaalde testis links. De uroloog had van tevoren besproken een laparoscopie te doen en als de testis atrofisch zou blijken te zijn, deze meteen via een incisie in de lies te verwijderen. De operateur stond bij de laparoscopie aan de rechterkant van de patiënt om de linkerkant goed te kunnen inspecteren. Bij het zien van een atrofische testis besloot hij zoals afgesproken een incisie in de lies te maken om de testis te verwijderen. Hij vergat echter om te lopen naar de linkerkant en opereerde de rechterzijde. Er werd bij de wisseling van een scopische procedure naar een open procedure geen extra stopmoment ingelast om de te opereren zijde te verifiëren. De uroloog realiseerde zich zijn fout, sloot de incisie en vervolgde de ingreep aan de juiste zijde.

net op tijd voorkomen werd. De *'fix and forget'*-reflex onderdrukken en een diepgaande analyse uitvoeren naar aanleiding van deze bijna-calamiteiten kunnen inzicht geven in zowel de zwakke als de sterke schakels van het operatieve proces. De situaties waarbij een verwisseling ontstaat ondanks het correct doorlopen van de richtlijn, vertonen overeenkomsten. Het moment waarop het misgaat, is niet zichtbaar voor het team en ontstaat vaak na de laatste time-out. Wanneer de operateur op zo'n moment hardop uitspreekt wat hij doet, krijgt het team de kans om afwijkingen bijtijds te herkennen en te benoemen.

Onvoldoende bewustzijn bij betrokkenen, van de situatie én van het belang van de eigen rol hierin, is een rode draad bij de meeste calamiteiten die in het perioperatieve proces plaatsvinden. Mensen worden afgeleid, of kunnen geen bijdrage leveren omdat de procesafwijking voor hen niet zichtbaar is. Het is aannemelijk dat het merendeel van dit soort situaties niet uitmondt in een calamiteit. De inspectie roept operatieteams op om juist ook deze situaties te analyseren en ervan te leren. Dit kan het situationeel bewustzijn van alle deelnemers aan het operatief proces verder vergroten en de perioperatieve zorg nog beter en veiliger maken. ■

contact

me.bos@igz.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE HUISARTS



JOS VAN BEMMEL is
praktijkhouder in Amersfoort

AED

Ik heb me verzet tegen de AED. Maar de sectie fysiotherapie wilde er een om europunten te scoren bij de zorgverzekeraar. Relatie met de fysiotherapie won het van principes. Nu hangt of ligt het ding ergens. Dat betekent wel dat alle medewerkers van ons centrum regelmatig op AED-cursus moeten. Stel je voor: er blijft iemand dood en je gebruikt je AED niet. Tuchtzaak. Dus stonden we laatst weer te luisteren naar het bekende EHBO-verhaal. Mijn gedachten dwaalden af. Ik dacht aan het frêle dametje wier laatste snijtang het ballonnetje van de ingebrachte tube lek prikte waardoor ze – 95 jaar – gelukkig overleed. En aan de oude dame die jaren geleden lang had moeten wachten op haar huisarts. Na een uur – er waren spoedgevallen geweest – was ze aan de beurt. Ze zat strak ingeklemd tussen twee andere wachtenden voor zich uit te staren toen

mijn collega haar naam omriep. Ze reageerde niet. Ze bleek zittend en wachtend overleden te zijn. Mijn collega sloeg alarm: 'Alle patiënten de wachtkamer uit!'

'ALLE PATIËNTEN DE WACHTKAMER UIT!'

Mevrouw op de grond. Endotracheale tube erin (jawel, ex-tropenarts) en het hele circus. Geen AED. Wel een kamerscherm om de wachtkamer aan het gezicht te onttrekken. En reanimeren maar. Ik keek op omdat ik iemand hoorde kuchen. Een man had plaatsgenomen in de wachtkamer en zat ons reanimatieschouwspel gade te slaan. Blijkbaar langs het scherm geglipt. 'Wat doet u hier?!' schreeuwde ik. 'Ik had een afspraak om half elf', antwoordde hij. Na een handvol verwensingen verdween hij met de staart tussen de benen. Mevrouw bleek niet meer te redden. Had een AED haar geholpen? Misschien. In ieder geval ben ik sinds onze laatste oefening wel blij met onze AED. Het ding praat zo bemoedigend – ga door, goed zo – als je op de startknop hebt gedrukt. En dat is veel waard.