

# ’Het gebeurt iedere psychiater’

Michiel Hengeveld is psychiater. Sinds 2001 is hij hoogle­raar en hoofd van de afdeling psychiatrie van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam. In de jaren tachtig pleegde een patiënte van hem zelfmoord. Het was een collega die als hoofdverpleegkundige in hetzelfde ziekenhuis werkte.

**Joop Bouma**

Het was op mijn verjaardag, ergens halverwege de jaren tachtig. Ik was rond de 40, denk ik. Ik werkte als psychiater in een academisch ziekenhuis. Op de Spoedeisende Hulp kwam ’s ochtends een vrouw bij ons binnen die voor een trein was gesprongen. Ze was slechts licht gewond geraakt. Dat is heel bizar want als je voor een trein springt, dan is het meestal meteen afgelopen. Ik geloof dat ze alleen haar arm had gebroken. Misschien heb ik daardoor onvoldoende beseft hoe gevaarlijk haar suïcidepoging was geweest. Anderzijds, ze had het wel gedaan op een stille plek waar niemand haar van haar daad had kunnen weerhouden. En iemand die voor een trein springt, die wil door­gaans echt dood op zo’n moment.

Normaal doet een arts-assistent de beoordeling van een patiënt op de Spoedeisende Hulp, maar ditmaal deed ik het omdat de vrouw hoofd­verpleegkundige was in ons ziekenhuis. Ik kende haar overigens niet. Ze zal een jaar of vijftig zijn geweest en er was sprake van een behoorlijk ernstige depressie. Ze was alleen, haar leven was anders gelopen dan ze had gewild.

In dit soort situaties laat je iemand opnemen in het psychiatrisch zie­kenhuis. Wij kunnen als psychiaters dan een in-bewaring-stelling vragen aan de burgemeester. Maar zij smeekte mij om haar niet gedwongen op te nemen. Zij was bang dat zij na een psychiatrische opname nooit meer aan het werk zou kunnen in het ziekenhuis.

Dat klinkt misschien gek, iemand die net een serieuze poging tot suïcide heeft gedaan, en zich vervolgens zorgen maakt of ze na de behandeling nog wel aan het werk kan. Maar dat zien we vaker, daaruit kun je niets afleiden over de ernst van de doodswens. Mensen zijn daar altijd heel ambivalent in.

Als mensen horen dat je vindt dat ze moeten worden opgenomen, dan komen ze natuurlijk met allerlei redenen waarom dat niet kan. ‘Wie zorgt er dan voor de poes’, dat soort argumenten. Ik heb er nooit veel moeite voor gehad om mensen tegen hun zin op te nemen. Het stigma van een psychiatrische opname is uiteindelijk ondergeschikt aan het belang van een goede behandeling, zelfs al moet dat onder dwang. Dat stigma van de psychiatrie, daar had ik wel een gevoel bij in die tijd. Dat heeft te maken met mijn generatie. In de jaren tachtig mocht je als psychiater nauwelijks gedwongen behandelen, het was de tijd van de antipsychia-

trie. Ik ben in mijn vak opgegroeid met de boeken van Jan Foudraïne. Pillen geven en dwangopnamen waren toen beslist niet in de mode. We zijn nu een stuk radicaler, ik zelf ook, hoewel ik tegenwoordig niet zo veel patiënten meer behandel, ik ben vooral een opleider.

Maar zij was dus heel stellig in haar vrees voor opname. Omdat het een collega was uit mijn eigen ziekenhuis, kon ik mij beter verplaatsen in haar angst voor dat etiket van psychi­atrische patiënt. Dat heeft wel een rol gespeeld, denk ik. Wij hadden toen een eigen, kleine crisisafdeling met vier bedden, maar die was be­doeld voor een lichtere categorie patiënten. Het was een open afdeling. Je kon er zo in en uit lopen. Ze bezwoer me dat ze geen nieuwe suï­de­poging zou doen. Daarom heb ik daar toen opgenomen. Daarna ben ik naar huis gegaan, ik had die middag vrij genomen vanwege mijn verjaardag, ik wilde op tijd weg.

Ik hoorde pas de volgende morgen wat er was gebeurd. Ze is later die dag van haar afdeling gelopen en is in het open trappenhuis op de vierde verdieping op een brede richel gaan liggen achter het lage hek. Een arts-assistent heeft heel lang op haar ingepraat. Maar hij heeft niet kunnen voorkomen dat ze zich onder zijn ogen van die richel heeft laten vallen. Die avond is ze aan haar letsel overleden.

## ’Ik zocht zelfs geen contact met de nabestaanden’

**Michiel Hengeveld**

Ik heb de arts-assistent de volgende ochtend nog even gesproken. Hij vertelde mij dat hij al een gesprek had gehad met de professor, het hoofd van de afdeling en hij liet eigenlijk merken dat dat voldoende was geweest. Hij was een stevige, autonome man. Ik heb het daarbij gelaten. Volgens mij hebben we het gebeuren zelfs niet meer besproken in een staf­beraad.

Pas nu ik er weer over ben gaan na­denken, heb ik me gerealiseerd dat ik zelfs geen contact heb gezocht met nabestaanden. Ik hoop maar dat het afdelingshoofd wel met de familie heeft gesproken.

Mijn handelen als psychiater was klachtwaardig. Het had zomaar een tuchtzaak kunnen worden. Maar het is niet gebeurd. Achteraf neem ik het mijzelf vooral kwalijk dat ik die arts-assistent nooit meer heb gesproken over dit incident. Ik voelde me vooral schuldig naar die collega, die in zijn eentje had getracht deze vrouw van haar daad af te houden.

Het gebeurt natuurlijk vaker dat iemand toch kans ziet suïcide te plegen. Dat is de mortaliteit van mijn beroepsgroep en die is niet gering, de sterfte. Het kan zomaar gebeuren en het overkomt iedere psychiater. Ik kon me in dit geval nog wel verzoenen met de gedachte dat deze vrouw uiteindelijk wellicht toch een einde had gemaakt aan haar leven.



Michiel Hengeveld is psychiater. Een van zijn patiënten wierp zich voor de trein.

Anderzijds kun je ook stellen dat ze een kans had moeten hebben, die ik haar niet heb gegeven. Ik wist heel goed dat ik fout zat. Ik had haar gedwongen moeten laten opnemen, ik kan het niet anders formuleren.

Als psychiater ben ik door dit voorval veel gespitster geworden op de signalen. Ook op mijn rol als les­gever heeft dit zeker invloed gehad. Samen met anderen heb ik vrij veel onder­zoek gedaan naar het herkennen van suïcidaal gedrag in het ziekenhuis, dus na een opname vanwege een eerdere suïcidepoging. Dat is een uitvloeisel van die gebeurtenis.

Dat dokters een tuchtzaak zo erg vinden heeft, denk ik, te maken met de permanente onzekerheid van het vak. Het gaat in medisch werk toch altijd om kansen van het individu. Je kunt alles volgens de regels van wat wetenschappelijk bewezen is doen, je kunt nog zo nauwgezet de richtlijnen volgen, het gaat toch altijd om kansen. Je kunt je nooit indekken tegen het sluipende risico dat je een patiënt verkeerd inschat. Een fout ligt altijd op de loer en dat maakt ons kwetsbaar: soms gaat het om leven en dood. Ik weet zeker dat iedere arts die een klacht krijgt, gaat twijfelen aan zijn medisch handelen. Je weet het nooit helemaal zeker. Ik heb me schuldig gevoeld, maar ik schaam me niet voor mijn fout. Het kan iedereen overkomen.”

**De kracht van openheid**

## De kracht van openheid

In het boek ‘Dit nooit meer’ vertellen twaalf artsen vrijmoedig en vrij moedig over de medische fout die hun altijd is bij­geleven. De uitgave van het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, verschijnt vandaag in het kader van Week van de Patiëntveiligheid.

Iedereen maakt fouten, ook in de gezondheidszorg. „Je kunt je nooit indekken tegen het sluipende risico dat je een patiënt verkeerd inschat. Een fout ligt altijd op de loer en dat maakt ons kwetsbaar: soms gaat het echt om leven en dood”, zegt de psychiater, die een patiënte die hij onder dwang had moeten opnemen, verloor door zelfmoord.

„Achteraf kun je stellen dat we te overmoedig zijn geweest”, zegt de chirurg die een fout maakte bij een experimentele kijkoperatie, en vervolgens tien jaar lang deze ingreep vermeed.

Openheid over medische fouten is onontbeerlijk op weg naar een veiliger patiënten­zorg, aldus de samen­stellers, Ian Leistikow, staf­lid van de raad van het bestuur van het Universitair Medisch Centrum Utrecht en Harry Molendijk, neonatoloog in de Isala Klinieken in Zwolle.

De kracht van openheid is volgens hen drieledig: het is de enige manier om het vertrouwen met de patiënt te herstellen als er iets misgaat; het helpt de zorgverlener bij de verwerking van zijn eigen schuldgevoelens; en je leert van de fouten die bespreekbaar worden gemaakt.