



Paul van der Valk
longarts, Medisch Spectrum Twente

Verwisseling zit in een klein hoekje

Verwisseling van en bij patiënten is een van de hoofdthema's als het erom gaat vermijdbare schade in ziekenhuizen terug te dringen. Bekende risicofactoren zijn slechte planning, tijdsdruk, onduidelijke en onvolledige dossiervorming en onvoldoende vaststelling van de naam van de patiënt. Het voorbeeld hieronder (alweer van een tijdje geleden) laat zien hoe makkelijk zo'n verwisseling kan gebeuren.

Op de Spoedeisende hulp arriveert een man van 45 jaar. Hij heeft sinds enige weken malaiseklachten en koorts tot 38°C. Hij geeft zeer vies sputum op, soms bakken vol en af en toe gemengd met streepjes bloed. Daarbij is hij sterk afgefallen, volgens hem door slecht eten wegens kiespijn. Hij durft echter niet naar de tandarts. Deze alleenstaande, gescheiden en werkloze patiënt rookt af en toe een jointje naast zijn dagelijkse twintig shagjes. Hij zegt niet meer te drinken. Verdere anamnese levert geen bijzonderheden op, met name geen reizen of verblijf in het buitenland. Wel zou zijn moeder ver voor zijn geboorte voor tuberculose hebben gekuurd.

Isoleren

Lichamelijk onderzoek laat een doorrookte patiënt zien met bruinverkleurde vingers. Hij is broodmager. Vroeger woog hij 65 kg, nu nog maar

45 kg bij 1,70 m lengte. De temperatuur is 38,5°C. Hij is slecht verzorgd en heeft een enorm carieus gebit. Over de longen wordt een concert van alle longgeluiden gehoord.

De longfoto is dramatisch: een long vol met emfyseem en ook een groot gat. Voor de differentiaaldiagnose kan je het hele leerboek longziekten gebruiken, van longkanker tot tuberculose. De verdenking van (besmettelijke) tuberculose betekent in ieder geval opname in isolatie. Onderzoek van het sputum levert echter bij herhaling geen enkele aanwijzing voor tuberculose op. In overleg met de tbc-coördinator wordt de isolatie dan ook opgeheven.

Rep en roer

De kweken tonen een *Streptococcus milleri*, een bekende veroorzaker van een abscederende longontsteking. Met het nodige kunst en vliegwerk lukt het patiënt's conditie te verbeteren, de koorts verdwijnt, hij komt weer aan. De longfoto verbetert. Dan volgt de controle sputumkweek. Die leidt tot grote paniek en boosheid bij de verpleging op de afdeling: de kweek is nu ZN 3+. Iedereen in rep en roer, er is immers al wekenlang een niet afgeschermd bron op de longafdeling.

Voordat de tbc-coördinator het calamiteitenteam bijeenroept, spreekt hij toch nog eens zijn vertwijfeling uit bij de microbioloog. Hoe is dit nu weer

mogelijk? Wekenlang een ZN 3+er op de afdeling. Er is toch bij herhaling gekweekt, bij nader inzien nu vals-negatief, maar wel duidelijk positief voor een *S. milleri* bij een inmiddels opknappende patiënt.

Gestikkerd...

Dan valt het dubbeltje: op de kamer naast ligt een patiënt met longtuberculose. Diens kweek was steeds ZN 3+ en zijn op dezelfde dag ingeleverde sputum was juist ineens negatief. De sputumpotjes waren door de avonddienst al voor de volgende dag klaargemaakt... maar dan wel met een verkeerde naamsticker. Naamsverwisseling dus. Dankzij enig puzzelen is dit probleem gelukkig in de kiem gesmoord. Een tbc-coördinator moet dus alert zijn op 'rare' uitslagen.

Deze geschiedenis leert ons echter vooral dat systematische identificatie van de patiënt en verificatie van de gegevens tijdens de verschillende fasen van het medische proces bijdragen aan een veiliger zorg. Patiënten mogen inmiddels knettergek worden van het steeds terugkerende vragen naar hun naam en geboortedatum: toch maar gewoon (blijven) doen. 📌