

Fouten in de huisartspraktijk

1. De fouten

M. H. CONRADI, J. SCHULING EN H. MULDER

In een exploratief onderzoek onder zeventien huisartsen is door middel van open interviews inzicht verkregen in aard en gevolgen van fouten van huisartsen. Zestien huisartsen vertelden fouten gemaakt te hebben. In totaal zijn 80 eigen fouten verteld en 21 fouten van andere artsen. Veertien van de zeventien huisartsen vertelden fouten met dodelijke of invaliderende gevolgen gemaakt te hebben. Waarschijnlijk maken de meeste huisartsen fouten, maar het maken van fouten houdt niet in dat de betreffende huisarts voortdurend slecht functioneert; fouten hebben een incidenteel karakter. Onderscheid wordt gemaakt tussen medisch-technische fouten, waarbij de regels betreffende correct medisch handelen worden overschreden, en verkeerde beslissingen waarbij dit niet het geval is, maar de patiënt toch schade ondervindt. Daarnaast worden relationele fouten en zorgvuldigheidsfouten onderscheiden.

Inleiding

Waar geen woorden voor zijn, daarover kan men niet spreken. Dat geldt in belangrijke mate voor het onderwerp van dit artikel. Huisartsen praten onderling weinig over fouten en er is ook weinig over bekend in de literatuur. Het lijkt of er onder artsen niet over fouten gepraat mag en kan worden.

Voor beide observaties zijn aanwijzingen te vinden: de meeste artsen zijn van mening dat fouten niet in de openbaarheid gebracht mogen worden, en er is geen hanteerbare terminologie voor dit soort gebeurtenissen.^{2 3} Wél is er de laatste jaren in de media steeds meer aandacht voor fouten van artsen. Meestal gaat het dan om fouten die in ziekenhuizen zijn gemaakt; van fouten van huisartsen wordt nauwelijks melding gemaakt. In de wetenschappelijke literatuur is dat niet anders: de meestal uit de Verenigde Staten afkomstige artikelen gaan over het algemeen over fouten van specialisten. In Nederland zijn echter de laatste jaren ook enkele artikelen over fouten van huisartsen verschenen.

Tempelaar heeft onderzocht bij hoe-

veel overleden patiënten in zijn praktijk er (tevens) sprake was van iatrogene schade. Een deel van de iatrogene schade was veroorzaakt door fouten van hemzelf en van specialisten.⁴ Casuïstiek van fouten is te vinden in de twee delen 'Valkuilen'^{5 6} en een enkele maal in de rubrieken 'Praktijkperikelen' in *Medisch Contact* en 'Struikelblok' in *Huisarts en Wetenschap*. Lamberts en Janssens deden een onderzoek naar het voorkomen van defensief handelen bij een aantal huisartsen. Van defensief handelen is sprake, wanneer de huisarts 'vindt dat hij duidelijk anders handelt dan hij gewoon is te doen en dan naar zijn mening huisartsgeneeskundig de voorkeur zou verdienen, dit uit vrees voor verwijten of klachten van de patiënt of diens familie'. Zij vonden dat 2 procent van alle aangeboden problemen door de huisarts defensief behandeld was.⁷ De huisarts maakt eigenlijk in eigen ogen een fout, om in de ogen van de patiënt maar geen fout te maken.

Andere artikelen over fouten in de huisartspraktijk zijn beschouwend van aard. *Freriks* heeft in 1981 een aantal omschrijvingen van fouten gegeven. Op die manier kan volgens hem makkelijker over fouten gepraat worden. Hierdoor kan de betrokken arts een en ander beter verwerken, en kunnen de collegae ervan leren.⁸ *Brouwer* heeft in zijn afscheidsrede als hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Limburg grote waardering uitgesproken voor de auteurs van 'Valkuilen', en stelt dat er 'alles aan moet worden gedaan om het menselijk falen en de nadelige effecten daarvan tot een minimum te reduceren'.⁹ De vorig jaar overleden inspecteur van de eerstelijnsgezondheidszorg Vrij heeft in 1987 eveneens opgeroepen tot meer openheid over fouten, opdat andere huisartsen daarvan kunnen leren.¹⁰

Bij de meeste auteurs komt impliciet of expliciet naar voren dat het moeilijk is om het begrip 'fout' te omschrijven. Juridische en formalistische omschrijvingen zijn er natuurlijk te over, maar omschrijvingen van wat (huis)artsen in

de dagelijkse praktijk onder 'fout' verstaan zijn schaars. Uit onderzoek onder internisten en psychiaters in de Verenigde Staten is gebleken dat deze het woord fout niet hanteren. Gevraagd naar hun fouten moesten zij 'fout' eerst in gedachten vertalen. Het door hen gehanteerde concept 'fout' bleek vervolgens alleen betrekking te hebben op het proces van zorgverlening: als daarin niet volgens de regelen der kunst was gehandeld, was dit een fout. Het resultaat van dat handelen voor de patiënt hield hier geen enkel verband mee. Deze begripshantering komt in extreme mate tot uiting in de bekende frase 'operatie geslaagd, patiënt overleden'.³

Welke (impliciete) concepten huisartsen hanteren, wat zij fout vinden is niet bekend. In de literatuur komen twee punten steeds aan de orde: aan de ene kant een oproep om in het kader van de kwaliteitsverbetering van de huisartsgeneeskundige zorg meer openheid te betrachten over fouten, zodat men van elkaars fouten kan leren; aan de andere kant onduidelijkheid over wat onder 'fout' verstaan moet worden.

Dat huisartsen net als iedereen fouten maken, wordt door niemand betwijfeld. Dat elke huisarts fouten maakt en 'zijn eigen kerkhofje heeft', wordt in de populaire media en ook in de wetenschappelijke literatuur voetstoots aangenomen. Een empirische onderbouwing hiervan ontbreekt echter. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat alleen slechte huisartsen fouten maken.

Al met al was er alle aanleiding voor een exploratief onderzoek naar fouten van huisartsen. In dit eerste artikel staan twee vragen centraal:

- Wat vinden huisartsen een medische fout?
- Welke fouten maken huisartsen?

Dit artikel handelt derhalve voornamelijk over de fouten. Het tweede artikel gaat over de verwerking van een fout door de huisarts en over wat er verder na een fout gebeurt.

Een uitvoeriger verslag van dit onderzoek is gepubliceerd als rapport van de vakgroep Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen.¹

Rijksuniversiteit Groningen. Drs. M.H. Conradi, medisch socioloog, destijds vakgroep Gezondheidswetenschappen en Instituut voor Huisartsgeneeskunde, thans vakgroep Voorlichtingskunde van de Landbouwwetenschappelijke Universiteit Wageningen; J. Schuling, huisarts, coördinator beroepsopleiding Instituut voor Huisartsgeneeskunde; Drs. H. Mulder, medisch socioloog, vakgroep Gezondheidswetenschappen.

Correspondentie: Drs. M.H. Conradi, Zwanebloemweg 38, 9753 JJ Haren (Gr).

Methode

Omdat er weinig bekend is over fouten van huisartsen, hebben wij gekozen voor een exploratief, inventariserend onderzoek. Hierdoor was het niet noodzakelijk een representatieve steekproef van huisartsen te benaderen. Omdat voorts te vrezen viel dat weinig huisartsen bereid zouden zijn over dit heikel onderwerp te praten, hebben wij om

te beginnen contact gezocht met een groep van dertien huisartsen – de meesten op de een of andere wijze verbonden aan een huisartseninstituut – van wie wij verwachtten dat zij zouden willen meewerken. Met elf van hen is het tot een gesprek gekomen. Omdat deze respons zo hoog was, is daarna toch een groep van elf huisartsen benaderd die *at random* geselecteerd was. Zes van hen waren bereid tot een gesprek.

Van de 24 benaderde huisartsen bleven uiteindelijk dus 17 over. Dit was een wat sekse, leeftijd, ervaring en praktijkvorm betreft zeer heterogene groep. Het gemeenschappelijke kenmerk was de bereidheid over eigen fouten te praten. Dit zal waarschijnlijk voor een vertekening gezorgd hebben, in die zin dat apert slechte huisartsen niet meegedaan zullen hebben.

Met de zeventien huisartsen is een

Synopsis

Conradi MH, Schuling J, Mulder H. Mistakes in general practice. 1. The mistakes. *Huisarts Wet* 1988; 31: 222-7.

Introduction GPs among themselves talk little about mistakes and there is little on the subject to be found in the literature. It seems as if among doctors mistakes must not and cannot be discussed. The media, on the other hand, in recent years have shown an increasing interest in doctors' mistakes. This then concerns mostly mistakes made in hospitals; GPs' mistakes are almost never mentioned. In the professional literature the situation is the same; the articles, mostly in US periodicals generally concern specialists' mistakes.

No one doubts that GPs make mistakes just as anybody else. In the mass media as well as in the professional literature it is accepted out of hand that every GP makes mistakes and that each of them 'has a little graveyard of his own'. No empirical substantiation has ever been provided, however.

Method Little being known about GPs' mistakes, we have opted for an exploratory, inventorial study among a small number of GPs. We approached 24 GPs and found 17 of them willing to talk to us. With each of these, a conversation was conducted in the form of an open interview. The mean duration of the interviews was 90 minutes. The general line for the interviews was laid down by the following two questions: 'What is a medical mistake in your view?' and 'Have you yourself ever made a mistake? If so, do you want to talk about it?' The interviews were audiotaped and transcribed verbatim. This yielded 500 pages of text which were subjected to a simple contents analysis.

Results 'What is a medical mistake in your view?' The opening question elicited highly divergent answers. The first thing to occur to most GPs was the patient's death. Subsequently, mention was made of mostly somatic and occasionally psychic damage to the patient. It was often added that courses of events in which something goes wrong that does not, however, lead to damage to the

patient are not really regarded as mistakes. In relating examples of their own mistakes, many GPs slightly adjusted their definition of a mistake. Mostly they added that an actual mistake can only be said to have been made when damage results from departing from the rules. Older and more experienced GPs mentioned mistakes in the relational area, as well.

The worst mistakes in the GPs' view are those resulting from working carelessly or 'with a bad intention'. When the intention was good, sufficient care was taken, the doctor-patient interaction was satisfactory to both and all professional rules were observed, but the diagnosis, treatment or prognosis is in retrospect nevertheless found to be faulty, no real mistake is involved in most GPs' opinion.

Many GPs mentioned a difference of opinion between themselves and the patients about what constitutes a mistake. Most then regard their own opinion as decisive.

'Have you ever made a mistake yourself?' The second question was answered in the affirmative by 16 GPs. In all, they told about 101 mistakes: 80 made by themselves and 21 made by other GPs or specialists. Only the mistakes made by the GPs themselves are discussed below.

The consequences of the mistakes for the patients varied greatly. In some cases the patient died, in other cases the patient had not noticed the mistake at all and was just grateful that the doctor had dropped by so often (to correct the mistake). These minor mistakes (without consequences for the patient) were not mentioned often; apparently they are not remembered for long and are not regarded as particularly important.

Mistakes that had caused lasting damage to the patient were remembered far longer. Some of these mistakes had been made twenty years or longer ago. In discussing these mistakes the fact emerged that in most cases it is very difficult to establish if there had or had not existed a causal relationship between the mistake and the patient's deterioration or death. In retrospect it is hardly ever possible to be certain what the patient's state of health would have been if

the mistake had not been made. This applies, for instance, to missing a diagnosis. In this study, the missed diagnoses referred to mostly concerned infarctions (7 times) and carcinomas (14 times).

Some GPs in telling about a mistake doubt if it actually was one: colleagues in the same situation would probably have done the same. In other cases, another GP would probably have realized the seriousness of the situation. It was interesting to note that younger GPs mostly only mentioned mistakes that had caused somatic damage to the patient. The more experienced GPs also mentioned an entirely different type of mistake, viz. those that had led to impairment of the doctor-patient relationship.

A total of fourteen of the seventeen GPs stated that they had made mistakes that might reasonably be assumed to have been (part of) the cause of a patient's death or serious somatic or psychic damage:

- entirely as the consequence of mistakes at least four patients had died and two others were severely handicapped;
- partly as the consequence of mistakes, e.g. due to a delay that diminished the patient's chances, at least eleven patients had died and two others suffered severe somatic or psychic damage.

Discussion The suspicion that all GPs – and not just the bad ones – make mistakes appears to be confirmed by this study. The majority of the group studied had made mistakes with serious consequences, and it seems plausible to assume that these GPs did not function worse than the average GP. Nine of them are or were connected with a university department of general practice as instructors or tutors, so that they are/were reviewed regularly.

An analysis of how the 17 GPs interpret the concept of 'mistake' shows that they distinguished either implicitly or explicitly: medical-technical mistakes, mistakes of judgement, relational mistakes and mistakes due to carelessness.

Key words Family practice; Mistakes.

Correspondence M.H. Conradi, Zwambloemweg 38, 9753 JJ Haren, The Netherlands.

gesprek gevoerd, dat de vorm van een open interview had. De gemiddelde duur van de gesprekken was anderhalf uur. Leidraad voor de gesprekken waren de volgende twee vragen:

- Wat is volgens u een medische fout?
- Heeft u zelf weleens een fout gemaakt? Zo ja, wilt U daarover vertellen?

In het vervolg van de gesprekken kwamen nog andere onderwerpen aan de orde. Deze worden in het volgende artikel behandeld.

Met nadruk moet gezegd worden dat gedurende de interviews geheel aan de huisarts werd overgelaten te bepalen wat fout is. De opzet was om zoveel mogelijke concrete fouten, en het gedrag van huisartsen naar aanleiding van die fouten, te verzamelen.

De gesprekken zijn op audioband opgenomen en letterlijk uitgewerkt. Dit leverde 500 bladzijden gesproken woord op. Hierop is een eenvoudige inhoudsanalyse uitgevoerd. In dit artikel zijn alle citaten uit deze gesprekken tussen aanhalingstekens geplaatst.

Resultaten

'Wat is volgens u een medische fout?'

De openingsvraag leverde zeer uiteenlopende antwoorden op. Het eerste dat bij veel artsen opkwam was het overlijden van de patiënt: 'De echte fouten zijn de fouten met desastreuze gevolgen. Dus iemand die doodgaat'.

Vervolgens werd meestal andere somatische en een enkele keer psychische schade voor de patiënt genoemd. Veel huisartsen voegden daaraan toe dat gebeurtenissen waarbij iets misgaat zonder dat daar schade voor de patiënt uit voortvloeit, voor hun gevoel geen fouten zijn: 'Ik acht het nauwelijks een fout als je een foute beslissing neemt, bij een verkoudheid of zoiets onbenulligs, waarvan de consequenties ook minimaal zijn'.

Bij het vertellen van de voorbeelden van eigen fouten werd de eerste omschrijving van wat fout is vaak genuanceerd. Er werd meestal aan toegevoegd dat het pas echt fout is als de schade ontstaat doordat er niet volgens de regels der kunst is gehandeld: 'als er iets gebeurt, wat voor de patiënt kwalijke gevolgen heeft, en wat je op de een of andere manier eigenlijk wel had kunnen weten, uit hoofde van je opleiding en ervaring'.

Oudere en meer ervaren artsen noemden daarnaast ook nog fouten in de relationele sfeer: 'Je wilt toch een goede relatie met je patiënten onder-

houden. En als die door een opmerking van mij verstoord is, dan is er toch iets fout geweest.'

De ergste fouten zijn volgens de huisartsen die waarin met onvoldoende zorg gewerkt is - 'Dat is de meest verwijtbare fout vind ik, gebrek aan zorg' - of waarbij er 'met een slechte intentie gewerkt wordt'.

Indien de intentie goed is, er voldoende zorgvuldig gewerkt wordt, de interactie met de patiënt naar beider tevredenheid verloopt, en er gehandeld wordt volgens de regels der kunst, maar de diagnose, therapie of prognose achteraf toch verkeerd blijkt, zijn de meeste artsen van mening dat er eigenlijk geen sprake is van een fout: 'Kijk je maakt natuurlijk ook beoordelingsfouten. Logisch. Je weegt af, en als het dus inderdaad echt in afweging gebeurt, och daar heb ik nou niet zo erg veel problemen mee. Want dat gebeurt natuurlijk toch vrij veel.'

Enkele huisartsen signaleerden een verschil in opvattingen over wat fout is, tussen hen en de patiënten. De eigen opvatting hierover is meestal doorslaggevend: 'Als ik naar mijn gevoel consciëntieus en schematisch gewerkt heb in een consult, maar de patiënt gaat toch om een of andere reden ontevreden weg, dan vind ik dat niet fout van mij. Dan kan de patiënt dat wel fout vinden, maar dan vind ik dat niet fout.'

'Heeft u zelf weleens een fout gemaakt?'

De tweede vraag is door 16 huisartsen bevestigend beantwoord. Eén huisarts wist geen voorbeeld van een eigen fout. In totaal zijn 101 fouten verteld: 80 die men zelf had gemaakt, en 21 die men bij collega (huis)artsen had opgemerkt. Hieronder wordt alleen op de eigen fouten ingegaan.

De gevolgen van de fouten voor de patiënten liepen zeer uiteen. In sommige gevallen overleed de patiënt, in andere gevallen had de patiënt niets gemerkt van de fout, en was hij enkel dankbaar dat de arts zo vaak langs was gekomen (om de fout te herstellen). Deze kleine fouten (zonder gevolgen voor de patiënt) zijn niet veel genoemd; men herinnert ze zich blijkbaar niet lang. Een paar huisartsen noemden kleine fouten die zeer recent gebeurd waren. Een arts had bijvoorbeeld medicijnen verwisseld; inplaats van Insidon® had hij Incidal® voorgeschreven. Een ander vergat weleens herhalingsrecepten klaar te leggen. En een derde had kort daarvoor een injectie in een ellebooggewricht op een verkeerde wijze toegediend; de pa-

tiënt had daardoor enige uren een verlamde arm.

Deze fouten vond men niet zo belangrijk: 'Kijk, als iets geen consequenties heeft, dan kun je jezelf een keer een schop geven en een keer een boek na gaan lezen, maar dan is het natuurlijk in wezen niet zo gigantisch interessant, dan hou je er verder geen complex aan over'.

Fouten waardoor de patiënt wel blijvende schade had ondervonden, herinnerde men zich veel langer. Sommige van deze fouten waren minstens twintig jaar geleden gebeurd. Bij deze fouten kwam naar voren dat een causale relatie tussen een fout en het verslechteren of overlijden van de patiënt in de meeste gevallen zeer moeilijk is vast te stellen. Het is achteraf bijna nooit met zekerheid te zeggen hoe de gezondheid van de patiënt zou zijn geweest, als de fout niet gemaakt was. Dit kan bijvoorbeeld bij het missen van een diagnose het geval zijn. In dit onderzoek werden als gemiste diagnose vooral infarcten (7 maal) en carcinomen (14 maal) vermeld. Casus 1 is zeer karakteristiek. Hierbij kan niet met zekerheid gezegd worden dat de patiënt niet zou zijn overleden als de huisarts het knobbeltje twee maanden eerder wel zou hebben gevoeld.

Een aantal artsen vraagt zich bij het vertellen van een fout af of dit nu eigenlijk wel fout was: waarschijnlijk zouden collegae in dezelfde situatie hetzelfde hebben gedaan. Bij casus 2 is dit heel duidelijk. Bijna elke huisarts zou bij dit patiëntje in deze situatie hetzelfde hebben gedaan.

Anders is dat bij casus 3; een andere huisarts zou de ernst van de situatie waarschijnlijk wél hebben herkend. Het lijkt erop dat deze huisarts verstrikt is geraakt in (voor)oordelen en moeite had nog objectief waar te nemen. De kans hierop lijkt groter bij een al enigszins verstoorde arts-patiënt relatie of bij een langdurige ziektegeschiedenis.

Er is verder een bepaald type patiënt dat, zoals iedere huisarts weet, een extra risico loopt om de dupe van dit soort fouten te worden: de 'klager'. De 'klager' komt regelmatig op het spreekuur en de arts kan nooit een lichamelijke oorzaak van de klachten vinden. Bij deze patiënten is het vanuit een oogpunt van preventie van somatische fixatie ongewenst dezelfde klacht steeds opnieuw geheel uit te (laten) zoeken; daarom moet de huisarts vaak op zijn klinische blik afgaan. En deze faalt weleens. Casus 4 verhaalt hier over.

In de casus 1 en 3 zijn de huisartsen

Casus 1

'Dat was heel naar, dat was een vijftigjarige vrouw, die bij de fysiotherapie was en zij klaagde over een klein knobbelte in de borst. Ik heb gekeken en gevoeld en ik vond niks. Twee maanden later klaagde zij weer over een knobbelte in de borst en toen vond ik wel wat. Toen had ik inderdaad een delay op m'n brood van twee maanden. Dat is een aperte fout. En die vrouw is dan ook na een zeer dramatisch ziekbed, een amputatie, een collega die zich ermee ging bemoeien, cytostatica, operaties en hormonale therapieën, overleden. Gelukkig heb ik die zaak altijd goed open kunnen houden. Ik heb ook precies gezegd dat het aannemelijk is dat het er twee maanden eerder ongetwijfeld gezeten moet hebben. Dus mijn fout.'

Casus 2

'Een medische fout of eigenlijk inschattingsfout. Kind met mazelen, dacht ik. Komt namelijk, daar was een mazelenepidemie. Word 's middags om vier uur nog bij dat kind geroepen. Waren aardige mensen, een jong kind van twee jaar, koorts, hoge koorts. Ik kijk het kind na, kon eigenlijk niks vinden dan rooie oogjes en wat vlekjes in de keel, dacht ik. Ook dikke wangen. Dus ik zeg tegen die moeder: ik denk dat het mazelen wordt, kijk het even aan tot morgen, en als je kind vlekjes krijgt, bel me dan even. 's Avonds belt ze me op en zegt: 'Ja hij krijgt nu dus vlekjes, maar is nog goed ziek'. Ik zeg: Nou, dat zal wel afzakken. 's Morgens tegen een uur of zes word ik gebeld, een helemaal oversture moeder, gillend voor de telefoon: 'Direct komen, hij is dood!'. Dus ik daar spoorlags heen. Ja hoor, kind overleden en ik zag het zo: een Waterhouse-Friedrichsen. Toevalligwijze heb ik tijdens mijn studententijd op de P.A. gezeten en dat een paar keer gezien, dus ik herkende het beeld in één keer. Je kunt er ook weinig aan doen, ja misschien hele hoge doses prednisolon geven. Maar daar sta je wel even te kijken hoor. Ja, wat had je moeten doen, had je er 's avonds toch weer heen moeten gaan? Dan zag je toch weer die vlekjes.'

Casus 3

'Dat gaat om een mevrouw waar ik de nodige moeite mee had. Er was ook al eens wat voorgevallen in het verleden, toen was ze buiten mij om naar de

specialist gegaan. Terwijl ik een heel beleid had uitgestippeld met haar. Was ze me ontglipt naar de specialist en mijn hele beleid lag in het water. Nou wordt die vrouw twee jaar later weer ziek, buikpijn, braken en ik word er bij geroepen. Ik constateer bij haar een gastroenteritis. Het was een vrouw met wat teatraal gedrag. Ik heb haar geïnstrueerd dat ze op dieet moest, ik heb voorgesteld wilt u opgenomen worden, dat wou ze beslist niet. Ik gaf haar medicijnen en ben er de volgende dag weer heengegaan. Toen was de toestand eigenlijk erger geworden, ze lag te krimpen van de pijn en ze zag er slecht uit. Beneden zaten de kinderen, om met mij te praten over het beleid. Die zeiden: 'ja dokter moet je nou eens horen, moeder houdt zich helemaal niet aan het dieet, moet u nou eens kijken wat er in de ijskast staat, daar klopt niks van'. Dus we waren allemaal verontwaardigd over het optreden van hun moeder, die ook nu de zaak weer leek te flessen. Wat een irritatie en spanning gaf en daardoor mijn beoordelingsvermogen vertroebelde. Toen brak de vrijdag aan en toen kwam ik daar en ik zei: nou, het gaat niet zo goed, maar ik wil maandag terugkomen en ik wou toch maar met deze behandeling doorgaan. Ik was er niet helemaal gelukkig mee en er was een gespannen sfeer, die vrouw zei weinig en beneden beschuldigden de kinderen haar. Niet een gezonde atmosfeer was daar, niet zoals dat therapeutisch moet zijn. Zaterdag had ze nog meer last en de weekend-arts werd geroepen. Die zei: 'maar die vrouw moet opgenomen worden, die is totaal uitgedroogd'. De vrouw werd opgenomen, in de loop van de zondag ontstond er anurie en maandag avond overleed ze in het ziekenhuis. Ik denk: dit is fout, helemaal niet goed gezien. Ik had mij laten troubleren door mijn vooroordeel, mijn emotionele irritatie ten opzichte van die vrouw. Dus ik denk: wat moet ik nou doen, ik heb het fout gedaan, fout aangepakt, ik heb het niet gezien en ik heb er ook niet voldoende bovengestaan. Ik ben in de drabbigheid van die emotionele spanningen gedoken en ik ben daar niet vrij van gebleven'.

Casus 4

'Een man die bekend stond als een zeurpiet, die altijd wat had, altijd in de ziekte-wieliep en die altijd rugklachten had. Op een gegeven moment had ie weer rug-

klachten, vrij oppervlakkige, maar goed; asperientjes gegeven of zo. Na drie maanden nog rugklachten, foto's laten maken. Toen bleek het een wervelmeta-tase van een of ander gezwel te zijn, dus toen had ie inderdaad een wervelmeta-tase. Terwijl die al jaren rugklachten had. Nou ja goed, daarvan zeg ik: ja daar ben ik ingetrapt, maar daar zou iedereen intrappen. Iemand die altijd rugpijn heeft en altijd maar zeurt over van alles, nou, daar trap je vroeg of laat in als ie wel wat heeft. En dan zegt de familie: 'nou, zie je wel, vader had het al jaren in de rug, dat had u eerder moeten zien'. Terwijl dat waarschijnlijk een proces van een half jaar geweest is.'

Casus 5

'Een fout in de relationele sfeer. Een hele aardige patiënte, een verschikkelijk aardig mens. Die kreeg een mamma-operatie. Ze had al eens een reconstructie gehad en die was indertijd mislukt. Ze was dus weer opgenomen geweest en nu was ze weer terug. En dat was uit mijn administratie geglipt. Toen ik haar weer een keer zag voor iets anders, zei ze bij het weggaan: 'toch vind ik het vervelend dat u niet bij mij geweest bent in het ziekenhuis.' [...] Zo iemand, die met zoiets geweldig psychisch belast wordt, als je die in de steek laat, want dat was het eigenlijk een beetje, dat vind ik verschrikkelijk rot.'

Casus 6

'D'r was een oude man met een rood oog en die bleek een glaucoom te hebben. Dat oog dat is die man uiteindelijk ook kwijtgeraakt, tenminste, niet het oog kwijtgeraakt maar wel het gebruik van z'n oog. Waar zat hem de fout: deze man komt hier bij ons eens in de drie weken voor een injectie. En dan komt ie tussendoor tijdens het spreekuur. En wat zei die man zo nu en dan: 'ik heb ook last van m'n oog dokter'. Omdat ie altijd op een heel ongelukkig moment kwam, altijd om tien uur, dan zit hier altijd de boel vol, en hij nooit voor zichzelf een eigen afspraak maakte, keek ik dan eventjes zoef, vlot bij het oog. Ik zei: ja, het is een rood oog, er komt wat rommel uit. Ik heb wat druppeltjes voorgeschreven, en weg was meneer weer. Doordat ik op zo'n manier steeds op die man reageerde, kwam ik nooit tot een diagnose. Daardoor verliest die oude man wel degelijk het gebruik van het oog.'

waarschijnlijk afgeweken van wat onder collegae gebruikelijk is. In casus 2 en waarschijnlijk ook bij casus 4 is dit niet het geval. Achteraf blijkt pas dat de diagnose niet juist was. Op het moment dat deze verkeerde diagnose werd gesteld, zouden andere huisartsen bij deze patiënten in deze situatie waarschijnlijk hetzelfde hebben gedaan. Achteraf gezien is er dus een verkeerde beoordeling gemaakt.

Opvallend was dat de jongere huisartsen meestal alleen dit soort fouten noemden, fouten waardoor de patiënt somatische schade had opgelopen. De meer ervaren huisartsen noemden daarnaast ook fouten waarbij de relatie tussen arts en patiënt verstoord raakte. Casus 5 is hier een goed voorbeeld van. Vooral de ervaren artsen beschouwden dit soort voorvallen als fout en trokken zich zo'n fout ook erg aan. Als verklaring werd hierbij een paar keer gesteld, dat iedere huisarts weleens een keer een diagnose mist of een verkeerde beslissing neemt, en dat dit ook onvermijdelijk is en inherent aan het vak. Fouten die worden gemaakt binnen de arts-patiënt relatie zijn echter fouten in het persoonlijk functioneren van de arts.

De ergste fouten die de huisartsen zich voor konden stellen, waren fouten die te maken hadden met de intentie en de zorgvuldigheid waarmee het vak wordt uitgeoefend. Hierin systematisch te kort schieten werd het ergste gevonden: het meest fout, het meest verwijtbaar. Voorbeelden die hierbij werden genoemd, zijn: een herhaald verzoek voor een visite niet honoreren, en het niet bijhouden van de literatuur, zodat patiënten niet de behandeling krijgen die tegenwoordig mogelijk is. De genoemde voorbeelden betroffen echter altijd fouten van anderen; de 17 huisartsen zouden dit soort fouten zelf niet hebben gemaakt.

Niettemin vertelden sommige huisartsen over voorvallen waarbij zij zelf onzorgvuldig hadden gehandeld. Dergelijke fouten deden zich vooral voor onder ongewone omstandigheden, bijvoorbeeld als een patiënt buiten de dienst om of 'even tussendoor' de arts consulteerde. Van dit laatste is casus 6 een voorbeeld.

Veertien van de zeventien huisartsen vertelden fouten te hebben gemaakt die waarschijnlijk hebben bijgedragen tot de dood van de patiënt dan wel tot ernstige somatische of psychische schade:

– geheel ten gevolge van fouten overleden ten minste vier patiënten en werden twee anderen ernstig invalide;

– gedeeltelijk ten gevolge van de fouten, bijvoorbeeld bij een delay waardoor de kansen van de patiënt verminderden, overleden ten minste elf patiënten, en leden twee patiënten ernstige somatische of psychische schade.

Drie huisartsen meldden geen fouten waardoor een patiënt was overleden of ernstige psychische of somatische schade had ondervonden.

Beschouwing

Hoeveel fouten huisartsen maken en wat de gevolgen daarvan aan sterfte en ernstige invaliditeit zijn, kan op grond van dit onderzoek niet worden gezegd. Het betrof immers door de huisartsen zelf gerapporteerd gedrag. Het vermoeden dat elke huisarts fouten maakt, en niet alleen de slechte, lijkt echter te worden bevestigd. Het merendeel van de ondervraagde groep had fouten met ernstige gevolgen gemaakt, en het lijkt aannemelijk dat deze huisartsen niet slechter functioneren dan de gemiddelde huisarts. Negen van hen zijn of waren als huisartsopleider of begeleider verbonden aan een huisartseninstituut, en worden dus geregeld gevisiteerd. Het (incidenteel) maken van een ernstige fout betekent dus niet per definitie dat de betreffende huisarts voortdurend slecht functioneert.

Een belangrijk kenmerk van een fout is dat deze gesignaleerd moet worden: iemand moet een bepaalde gebeurtenis zo betitelen. Degene die dit kunnen doen, zijn in eerste instantie de meest betrokkenen: de huisarts en de patiënt (of, als die overleden is, de nabestaanden).

Een analyse van wat de 17 huisartsen onder het begrip 'fout' verstaan, maakt het mogelijk twee hoofdcategorieën te onderscheiden:

• *Medisch-technische fouten* Hierbij is het handelen van de huisarts in strijd met de norm die door de beroepsgroep wordt gesteld als maatstaf voor goed medisch-technisch handelen. Onder medisch-technisch handelen moet worden verstaan: dat deel van het huisartsgeneeskundig handelen dat bewust wordt uitgevoerd met de intentie een verandering in de lichamelijke en/of geestelijke toestand van de patiënt te verwezenlijken, dan wel deze toestand vast te stellen. Casus 3 is daar een duidelijk voorbeeld van. Ook het defensief handelen zoals dat door *Lamberts en Janssens* is omschreven, kan tot deze categorie worden gerekend. Opvallend

is overigens dat er bij geen van de vertelde fouten sprake was van defensief handelen. Een enkele huisarts waarschuwde hoogstens voor overbehandeling. Voorbeelden hiervan zijn niet verteld. Waarschijnlijk wordt dit toch niet als een ernstig fout ervaren.

• *Verkeerde beoordelingen* Deze blijken pas als het resultaat van de behandeling, of de uiteindelijke diagnose bekend is. Er zijn hierbij echter geen regels betreffende professioneel medisch handelen overtreden. De huisarts heeft volgens de regelen der kunst gehandeld. Iedere andere huisarts zou bij dezelfde patiënt, in dezelfde situatie hetzelfde gedaan hebben. Casus 2 is hier een voorbeeld van, casus 4 waarschijnlijk ook.

Daarnaast zijn er twee minder duidelijk te onderscheiden soorten fouten:

• *Relationele fouten* Hierbij wordt de relatie tussen de huisarts en de patiënt verstoord. Deze verstoring komt niet door het medisch-technisch handelen van de arts, maar door zijn gedrag als mens; hij schiet te kort in normale menselijke beleefdheid, omgangsvormen, belangstelling of zorgzaamheid. Casus 5 is hier een voorbeeld van. Het zal duidelijk zijn dat de omschrijving van deze categorie voornamelijk subjectief is, en afhankelijk van de gevoeligheid van de huisarts. En van zijn ervaring, zoals we zagen. Er zijn huisartsen die de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de arts-patiënt relatie geheel bij zichzelf leggen; hierdoor is iedere verstoring daarvan in hun ogen een relationele fout.

• *Zorgvuldigheidsfouten* Deze hebben betrekking op de zorgvuldigheid en de intentie waarmee de huisarts het werk doet. Casus 6 is een voorbeeld van minder zorgvuldig handelen.

Overigens kan de ene fout de andere uitlokken. Als er bijvoorbeeld relationele fouten zijn gemaakt, kan dit tot gevolg hebben dat de huisarts ook minder zorgvuldig handelt.

In de eigen omschrijving van fouten staat voor de meeste artsen somatische schade voor de patiënt centraal. Dit is dus een resultaat van de zorgverlening. Er wordt bij het vertellen van de fouten wel genuanceerd en gerefereerd aan de regelen der kunst die misschien wel of niet zijn overtreden, maar anders dan bij internisten en psychiaters – die alleen het proces van medisch handelen evalueren – evalueren huisartsen ook het resultaat daarvan, en betrekken zij dat in meerdere of mindere mate in hun definiëring en beleving van fouten.³

Het lijkt niet gewaagd te veronderstellen dat dit in overeenstemming is met het belang en de mening van de patiënten. Patiënten zullen het resultaat van het handelen eveneens het belangrijkste vinden. Sommige – vooral oudere – huisartsen vonden echter psychische schade minstens zo belangrijk. Huns inziens zijn fouten met somatische schade voor de patiënt inherent aan het vak en dus onvermijdelijk. Jongere huisartsen hebben deze houding nog niet geïncorporeerd.

In dit onderzoek is afgegaan op wat huisartsen zelf wilden vertellen. Hierdoor zullen ongetwijfeld aspecten niet aan bod zijn gekomen. Niettemin lijkt ons bovenstaande categorisering praktisch bruikbaar. Met een dergelijke in-

deling wordt het misschien makkelijker onderling over fouten te spreken, waardoor men ook van elkaars fouten kan leren. Het uitbannen van incidenteel slechte zorg en het voorkomen van fouten is waarschijnlijk een effectievere en efficiëntere manier om de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg te verhogen dan het nog verder verbeteren van alle goede aspecten van de huisartsgeneeskundige zorg.

¹ Conradi MH. Fouten van huisartsen. Groningen: Vakgroep Gezondheidswetenschappen Rijksuniversiteit Groningen, 1987.

² Tijssen IMJG, Boersma LH, Persoon J. De medische professie: een heterogene beroepsgroep. Enige structurele en cultu-

rele kenmerken. *Gezondheid & Samenleving* 1985; 1: 4-12.

³ Stelling J, Bucher R. Vocabularies of realism in professional socialization. *Soc Sc Med* 1973; 7: 661-75.

⁴ Tempelaar AF. Sterfte en iatrogene schade. *Huisarts Wet* 1986; 29: 34-7.

⁵ Anoniem. Valkuilen in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1978.

⁶ Anoniem. Valkuilen in de huisartspraktijk 2. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

⁷ Lamberts H, Janssens PMH. Defensief handelen door huisartsen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 598-602.

⁸ Freriks JP. Omgaan met fouten. *Huisarts Wet* 1981; 24: 20-2.

⁹ Brouwer W. Vallen en opstaan. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.

¹⁰ Vrij A. Het huisbezoek revisited. *Med Contact* 1987; 43: 337-8.

Schipperen met kwaliteit op maat

Afscheidscollege Prof. dr. K. Gill

Op 17 juni 1988 heeft Prof. dr. K. Gill afscheid genomen als gewoon hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden. Met het uitspreken van zijn afscheidscollege 'Schipperen met kwaliteit op maat' markeerde hij een belangrijk punt in zijn 35-jarige professionele carrière. Sinds 1953 was hij werkzaam als huisarts in Zwammerdam; de laatste acht jaar lag het hoofddaccent echter op activiteiten in universitair verband. Bovendien was hij onder meer lid van de Gezondheidsraad, in welk verband hij optrad als vicevoorzitter van de Beraadsgroep Huisartsgeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap* kent Karel Gill niet alleen als lid en voorzitter van de redactiecommissie (1973-1985), maar ook als nog immer produktief auteur. Zijn typerende stijl en onderwerpskeuze weerspiegelde zich, hoe kan het ook anders, in zijn afscheidscollege, waarvan hier een korte samenvatting volgt.

Schipperen betekent met beleid te werk gaan, handelen naar de omstandigheden. Dit begrip wordt in verband gebracht met de kwaliteit van de zorg van artsen en de kwaliteit van het leven van de individuele patiënt. Aan de hand van twee voorbeelden uit de praktijk van een huisarts en een specialist wordt de kwaliteit van zorg besproken. Vervolgens worden enkele proposities opgesteld naar aanleiding van het feit dat in de voorbeelden niet aan de verwachtingen is voldaan:

- De eerste propositie heeft – met enkele restricties – betrekking op de woorden van Cicero (106-43 v.C.): 'Als wij elk uur van de dag getuige moeten zijn van afschuwelijke gebeurtenissen, verliezen zelfs de zachttaardigsten onder ons

door de eindeloze reeks pijnlijke indrukken tenslotte elk gevoel van menselijkheid'.

- Het vervullen van de rol van dokter heeft waarschijnlijk in alle tijden de aspecten van heldendom en macht in zich gedragen. Hieraan ontleent hij het hoge prestige dat hij geniet, maar het is tevens belastend. Ten aanzien van macht weet iedere dokter dat zijn werk meer met onmacht dan met macht te maken heeft.

- In de geneeskunde gaat het naast een goede diagnostiek en begeleiding om informatie aan de patiënt, het geven van richtlijnen, begeleiding en steun, en daarvoor de tijd nemen.

- Nogal eens valt de menselijke neiging te bespeuren een slecht-nieuwsgesprek te vermijden of voor zich uit te schuiven.

- Een slecht bericht aan een arts vergt een moment van bezinning wat hem te doen staat. Eigen angst, zorg en onzekerheid kunnen daarin een plaats vinden. Daarna zal men beter in staat zijn het slechte bericht onder woorden te brengen.

- Artsen kunnen voorbij gaan aan het feit dat het lichaam de trouwe bondgenoot is van de gezonde, maar dat de zieke het conflict met zijn lichaam kent en voor kleine dingen een nieuw zintuig heeft gekregen. Door het veronachtzamen van de persoon wordt voorbijgegaan aan het veranderde zelfbeeld en de geschonden autonomie en identiteit van de patiënt.

- De patiënt in de Westerse wereld, die vanaf ongeveer 1970 mondiger is geworden, houdt ons in toenemende mate de spiegel voor.