

Toetsing en foutenanalyse

In de dagelijkse praktijk verlopen consulten goed of minder goed, zijn er voorbeelden van fraai en minder fraai medisch handelen. In een aantal gevallen verloopt het niet zoals beoogd door de (huis)arts: er is dan sprake van fouten in het medisch handelen.

Over fouten wordt in het algemeen weinig gerapporteerd. Dit kan worden gezien als gevolg én als oorzaak van het taboe dat rust op het maken van fouten. Toch zullen velen waarschijnlijk de ervaring kunnen delen van deze auteur, dat fouten in het medisch handelen waarvoor men zelf verantwoordelijk is, waardevolle leerpunten vormen.

Een eerste punt waarover echter meer duidelijkheid moet worden verkregen, is de definitie: wanneer is er sprake van een fout? Een gangbare omschrijving ontbreekt vooralsnog. *Conradi e.a.* konden wél vaststellen dat de door hen ondervraagde huisartsen een duidelijk beeld voor ogen hadden bij het woord 'fout'. In de praktijk blijken de volgende elementen belangrijk: de kwalijke gevolgen voor de patiënt en het potentieel vermijdbare beloop, met name waar het de rol van de (huis)arts daarbij betreft.¹ De nadruk ligt bij het *produkt* van de behandeling, maar in de door de huisartsen naar voren gebrachte voorbeelden blijkt er een nauwe samenhang te bestaan met de *werkwijze*. In de literatuur over toetsing is dit onderscheid eveneens bekend.² Daar ligt de nadruk op het beoordelen van het *proces* van de hulpverlening, vooral omdat het vrijwel onmogelijk is de *uitkomst* te meten.

Bij het beoordelen van het proces van de hulpverlening spelen protocollen en richtlijnen een belangrijke rol. Het is gewenst om een duidelijk onderscheid te maken tussen 'toetsing' en het opsporen van 'medische fouten'. Uiteraard is een analyse van eigen fouten een waardevolle wijze van toetsing. Maar niet iedere afwijking in de werkwijze of in het behaalde resultaat is gelijk te stellen aan een fout. Een van de bezwaren tegen een protocollering van het medisch handelen vloeit voort uit de vrees dat deze simplificatie op den duur zal gaan prevaleren.

Het lijkt verstandig beide begrippen uit elkaar te houden. Bij toetsing gaat het om het *beschrijven* van het handelen en het *vergelijken* met een norm. Deze norm kan bestaan uit een feitelijk niet te realiseren ideaal of uit de gangbare praktijk, terwijl zowel het proces als het produkt het onderwerp kunnen vormen. Het predicaat 'medische fout' kan het best

worden gereserveerd voor het *resultaat* van een behandeling, wanneer dat afwijkt van hetgeen te verwachten was (consequenties voor de patiënt), en wanneer daarbij in de betrokkenheid van de (huis)arts aspecten kunnen worden aangegeven die redelijkerwijs anders hadden kunnen uitvallen (potentieel vermijdbaar). Een analyse van de gevolgde werkwijze speelt daarbij een belangrijke rol, evenals de getrokken conclusies en de gemaakte interpretaties.

Het is duidelijk dat er daarnaast tekortkomingen in de werkwijze kunnen worden vastgesteld die niet hebben geleid tot consequenties voor de patiënt. Dit soort tekortkomingen kan gerekend worden tot de 'bijna-ongelukken'. Ook een analyse hiervan kan leiden tot belangrijke correcties van de eigen routines, al is het lot de patiënt in zo'n geval goed gezind geweest. Huisartsen blijken deze tekortkoming te onderscheiden van wat hierboven als 'medische fout' is gedefinieerd: fouten worden doorgaans met de patiënt of diens familie besproken, terwijl bijna-ongelukken vrijwel uitsluitend tot zelfreflectie aanleiding geven.³

Ervaring leert dat een aantal situaties zich dankbaar leent voor een analyse van het eigen handelen, omdat de kans op bijna-missers relatief groot is. 'Weinig voorkomende ziekten', met name maligniteiten, kunnen hiertoe worden gerekend, omdat daarbij de vraag vrijwel altijd actueel is of er geen nodeloze vertraging in het stellen van de diagnose is opgetreden: zijn er vroegtijdige signalen en symptomen over het hoofd gezien, was de nadere diagnostiek adequaat en *to the point*?

Het hier aangebrachte onderscheid is vooral bedoeld om de gedachtenwisseling over medische fouten zo zakelijk mogelijk te voeren. De persoonlijke betrokkenheid van de foutenmaker heeft tot gevolg dat elke discussie snel in een defensieve sfeer dreigt te verzanden. Ook de bevindingen van *Conradi e.a.* wijzen in deze richting: in de verwerking blijkt er vooral aandacht voor de invloed van de gemaakte fout op de kwaliteit van de arts-patiënt relatie.³ Onduidelijk is welke consequenties de door de huisartsen beschreven fouten hebben (gehad) voor hun toekomstig handelen. Dit laatste vormt uiteraard de sluitsteen van het geheel.

In dat verband zijn nog twee punten van belang.

Het eerste is het al aangestipte redelijkheidsbeginsel. Een serieuze analyse van een ongewenst verlopen ziekte-episode zal steeds in aanmerking moeten nemen of alternatief handelen onder de gegeven omstandigheden werkelijk mogelijk zou zijn geweest. Daarbij moet het verloop van de episode zo nauwkeurig mogelijk vanuit de op dat moment beschikbare en bereikbare gegevens worden beoordeeld. Er dient rekening te worden gehouden met de vertekening die optreedt, doordat men terugblikt vanuit een positie waarin de afloop bekend is. Dit appel op de redelijkheid is wenselijk, omdat getoetst wordt met een moreel sterk beladen norm: artsen *behoren* geen fouten te maken.

In dit verband zij ook nog opgemerkt, dat het 'defensief handelen' van (huis)artsen⁴ een minder negatief beladen beoordeling verdient. De moraal van het verhaal is immers dat het vermijden van fouten op zichzelf een loffelijk streven is.

Een tweede opmerking geldt de sterke verwevenheid van het maken van medische fouten en de arts-patiënt relatie. In de huisartsgeneeskunde neemt deze relatie een bijzondere plaats in, zowel naar duur (continuïteit van zorg) als gezien het belang van het verdisconteren van psychosociale factoren bij diagnostiek en behandeling. Voorkennis lijkt een wezenlijke rol te spelen in de wijze waarop huisartsen werken.⁵ Er is sprake van een positieve invloed op de diagnostische vaardigheden.⁶ Wat in het algemeen een positieve factor is, kan onder omstandigheden negatief uitpakken - inherent aan ieder werkzaam middel.⁵ Waar voorkennis uitvloeit in vooroordeel, neemt de kans op een foutieve beoordeling sterk toe.

Relaties tussen mensen zijn niet altijd optimaal en

huisartsen kunnen aan deze betreuenswaardige menselijke beperkingen niet ontsnappen. Dientengevolge oefenen huisartsen hun vak nogal eens uit onder in dit opzicht sub-optimale omstandigheden. Dat daaruit problemen voortvloeien, ligt in de verwachting. Waar de bron van foutief handelen in de kwaliteit van de relatie met de patiënt moet worden gezocht, gebiedt de redelijkheid te stellen dat in feite twee partijen voor deze relatie verantwoordelijk zijn. Het is zeker positief te noemen dat huisartsen hun fouten in het algemeen aan de betreffende patiënten of hun familie voorleggen en bespreken. Dit opent de weg om lering te trekken en herhalingen te voorkomen.

Patiënten kunnen niet verwachten dat huisartsen geen fouten maken. Wel mag men erop rekenen, dat gemaakte fouten worden geanalyseerd en dat er wordt gestreefd naar preventie. Het onderzoek van *Conradi e.a.* geeft een eerste aanzet tot een belangwekkende, tot nu toe onderbelichte strategie ter verbetering van de kwaliteit van de zorg.

C. van Weel

¹ Conradi MH, Schuling J, Mulder H. Fouten in de huisartspraktijk. 1. De fouten. Huisarts Wet 1988; 31: 222-7.

² Grol R. Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.

³ Conradi MH, Schuling J, Mulder H. Fouten in de huisartspraktijk. 2. Na de fout. Huisarts Wet 1988; 31: 288-92, 307.

⁴ Lamberts H, Janssen PMH. Defensief handelen door huisartsen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 598-602.

⁵ Meijman FJ. Voorkennis: werkzaam middel of placebo? [Redactioneel commentaar]. Huisarts Wet 1988; 31: 250-1.

⁶ Hofstra ML, Hobus PPM, Boshuizen HPA, Schmidt HG. De invloed van voorkennis op diagnostische prestaties van huisartsen. Huisarts Wet 1988; 31: 282-4.