

Over fouten

In dit nummer doen *Conradi et al.* verslag van een onderzoek naar verschillende systemen waarmee fouten en ongelukken in de huisartspraktijk kunnen worden gemeld.¹ Dat is een goede aanleiding om stil te staan bij een aantal vragen dit gebied. Wat is een fout? Wanneer is een medische handeling niet *lege artis* uitgevoerd? Hoe gaan huisartsen om met fouten?

Wat is een fout? (I)

Volgens *Reason* zijn er drie universele ingrediënten voor fouten en ongevallen: alle mensen nemen zo nu en dan verkeerde beslissingen en begaan fouten; alle door mensen gemaakte machines herbergen latente gebreken in meerdere of mindere mate; alle menselijke inspanningen houden een zeker risico in.²

Artsen zijn mensen en maken dus ook fouten. Meestal met kleine gevolgen, soms met grote. Vaak onopgemerkt, maar niet altijd. Doorgaans vermijdbaar, soms verwijtbaar. Zelden leidend tot een klacht.

Maar wat is een fout? Artsen doen niet altijd wat het beste is voor de patiënt, noch baseren zij zich daarbij op de laatste stand van de wetenschap.³ Er zijn tal van medische ingrepen waarvan nooit goed is vastgesteld of ze effectief zijn, maar die toch op grote schaal werden of worden toegepast. Is dat fout?

Ja en nee. Achteraf bezien was aderlaten inadequaat medisch handelen, evenals het plaatsen van trommelvliesbuisjes bij kinderen met vochtophoping in het middenoor. Dergelijk collectief handelen op onvoldoende bewijsgrond valt de individuele arts echter moeilijk aan te rekenen. Maar er zijn meer aanwijzingen dat artsen niet altijd het beste voor hun patiënt doen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de grote inter-doktervariatie.⁴⁻⁶ Weliswaar zijn er meer wegen die naar Rome leiden, maar lang niet alle wegen zijn even snel, even comfortabel en even veilig. Ongepast of niet-passend gebruik van medische verrichtingen komt op grote schaal voor, en dat geldt eveneens voor defensief handelen, ook in de Nederlandse huisartspraktijk.^{7,8}

Grote groepen artsen handelen dus soms op onjuiste indicatie. In zekere zin schenden zij daarmee het vertrouwen in de medische stand, maar dat valt hen lang niet altijd aan te rekenen. Het ontbreekt hen in veel situaties aan de benodigde informatie. Zestien jaar geleden al signaleerde *Winkler* de 'explosie van onkunde' als gevolg van uitbreiding en veroudering van kennis en specialisatie.⁹ Dit treft een generalist als de huisarts het meest. Mondiaal worden elk uur 340 medisch-wetenschappelijke artikelen gepubliceerd.¹⁰ Met richtlijnen voor medisch handelen wordt getracht de explosie van onkunde te lijf te gaan; het standaardbeleid van het NHG is hiervan een goed voorbeeld.

Toch houden lang niet alle artsen zich aan de voor hen bedoelde richtlijnen. Is dat fout?

Van der Wal G. Over fouten [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1994; 37(9): 378-80.

Ja en nee. Richtlijnen zijn er niet voor niets, maar het hangt ervan af hoe ze tot stand zijn gekomen: de mate van consensus tussen experts, het draagvlak binnen de beroepsgroep, de wetenschappelijke verantwoording, de bewezen effectiviteit. Er kunnen goede redenen zijn om ervan af te wijken. En voor de meeste klinische problemen bestaan nog helemaal geen richtlijnen.

De medisch-professionele standaard

Een medische handeling is niet *lege artis* uitgevoerd indien zij niet voldoet aan de medisch-professionele standaard. *Leenen* formuleert deze standaard als volgt: 'zorgvuldig [...] handelen als een gemiddeld bekwaam arts van gelijke medische categorie in gelijke omstandigheden met middelen die in redelijke verhouding staan tot het concrete behandelingsdoel'.¹¹ De jurist spreekt hier dus van 'gemiddeld bekwaam', omdat men in het algemeen van een arts niet mag verwachten dat hij aan de hoogste normen voldoet. Een arts behoeft niet elke nouveauté meteen toe te passen; hij mag – moet soms – wachten tot er een zekere ervaring mee is verkregen. Bij experimenten, bij nieuwe of geavanceerde behandelwijzen moet de norm hoger worden gesteld.

'Van gelijke medische categorie' wil zeggen dat het een cardioloog zwaarder mag worden aangerekend als hij een hartinfarct mist dan een huisarts. 'In gelijke omstandigheden' differentieert naar de situatie waarin de medische handeling moest worden verricht: driehoog-achter is geen intensive-care-afdeling. Een 'redelijke verhouding tussen doel en middelen' impliceert dat een kies niet onder algehele anesthesie wordt getrokken als het ook onder lokale verdoving kan. 'Zorgvuldig' betekent dat een arts nauwgezet zijn best doet volgens de medisch-professionele standaard.

Daarmee is de cirkel rond. De medisch-professionele standaard is geen 'foutendetector'; zij is een bruikbaar stramien waarmee artsen zelf, peers, inspecteurs en rechters vragen omtrent goed of fout medisch handelen kunnen benaderen.

Wat is een fout? (II)

Een bruikbare definitie van een medische fout zou kunnen zijn: 'elke schade die door medisch handelen is opgetreden – of had kunnen optreden – als gevolg van onzorgvuldig handelen inclusief het nemen van onvoldoende voorzorgsmaatregelen'. Het gaat om een 'incident', een onvoorziene gebeurtenis, waarvan vaak pas na uitvoerige

analyse gezegd kan worden of er sprake was van een vermijdbare en eventueel verwijtbare fout. 'Complicaties' zijn incidenten die niet-vermijdbaar voortvloeien uit medisch handelen. 'Niet-vermijdbaar' is uiteraard een arbitrair begrip. Er is een grijs gebied tussen 'fout' en 'complicatie'. Artsen hebben de neiging om 'incidenten' eerder een complicatie dan een fout te noemen.

De meeste fouten komen niet aan het licht. Er worden veel fouten gemaakt die niet tot letsel leiden, of waarbij het verband tussen fout en letsel niet wordt opgemerkt. Patiënten zijn doorgaans niet in staat te beoordelen of er fouten zijn gemaakt. Daarom wordt steeds meer getracht bewaking en verbetering van de kwaliteit van zorg te bereiken door risicomangement en de ontwikkeling van kwaliteits- en veiligheidssystemen. Daarbij hoort dat artsen en andere werkers in de gezondheidszorg leren van incidenten en fouten.

Fouten in de huisartspraktijk

In enkele publikaties komt het omgaan met fouten door huisartsen aan de orde.¹²⁻¹⁸ De meeste artsen vinden het moeilijk om fouten te erkennen en te herkennen, ook huisartsen. Het kost hen moeite er professioneel over te praten. Het blijkt dat ze moeilijk kunnen omschrijven wat fout is. Er worden afweermechanismen ontwikkeld: door ontkennen, vergeten en verdringen worden gemaakte fouten niet als zodanig ervaren. Ook gebeurt het wel dat de schuld op de patiënt of de omgeving wordt geprojecteerd. Fouten bestaan dan niet meer, zij het dat de angst ervoor voortdurend aanwezig blijft – angst voor eigen falen en voor het verdriet en de verwijten van het slachtoffer of de nabestaanden. Soms wordt een fout ontkend uit (ongegronde) vrees voor aansprakelijkheid.¹⁹ Ook bestaat er angst voor een klacht bij de inspectie of tuchtrechter. Dat is begrijpelijk, want een dergelijke klacht betekent doorgaans een zware belasting voor de huisarts, en een aantasting van zijn professionele prestige.

Overigens is er weinig objectieve grond voor het gevoelen onder huisartsen dat zij nogal eens ten onrechte zwaar worden beoordeeld door het tuchtcollege. Dit geldt zeker voor de huisartsen als groep, aangezien slechts een fractie van de onvrede van patiënten bij het tuchtcollege terechtkomt en ongeveer 80 procent van deze klachten ongegrond wordt verklaard.^{18,20} Maar ook in individuele gevallen zijn naar mijn mening de tuchtuitspraken in het algemeen zeer redelijk (controleerbaar voor zover gepubliceerd). Uiteraard kan een tuchtcollege weleens een minder gelukkige afweging maken, maar dan is er nog de mogelijkheid van beroep. Overigens heeft de ervaring geleerd dat veel klachten niet zouden zijn ingediend als gemaakte fouten vroegtijdig en ruimhartig zouden zijn erkend.¹⁸

Leren van fouten

In de gezondheidszorg is er geen cultuur waarin fouten door de arts zelf, door collega's of door anderen aan de orde worden gesteld.²¹ Een enkele keer is er een *coming out* in een tijdschrift of worden anoniem missers publiek gemaakt.²²⁻²⁴ Een cultuuromslag is nodig. (Huis)arts-zijn is immers een ingewikkeld vak dat vele onzekerheden met zich meedraagt. Fouten horen bij de geneeskunde. Feilbaar zijn is niet verwijtbaar – wel dat niet erkennen, gemaakte fouten niet kunnen of willen onderkennen en er geen lering uit trekken. Een kritische instelling, ook ten aanzien van het eigen handelen, is een betere waarborg voor kwaliteit van zorg dan 'veelweterij'.

Ook in de medische opleiding wordt daar nog te weinig rekening mee gehouden. Eén mogelijkheid is de behandeling van casuïstiek uit de praktijk van het medisch tuchtrecht.²⁵ In enkele beroepsopleidingen tot huisarts fungeren reeds programma's over omgaan met fouten. Het is verdienstelijk van *Conradi c.s.* dat zij voor het omgaan met fouten al enige jaren aandacht vragen en nu ook enkele proeven hebben uitgevoerd met het melden van incidenten in de huisartspraktijk.

Dr. G. van der Wal
Geneeskundig Inspecteur

- 1 Conradi M, De Bruijn M, Schuling J, et al. Een eerste stap naar preventie van fouten in de huisartspraktijk. Vergelijking van verschillende meldingssystemen. *Huisarts Wet* 1994; 37(9): 381-7.
- 2 Reason JT. The human factor in medical accidents. In: Vincent C, Ennis M, Audley RJ. *Medical accidents*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- 3 Borst-Eilers E. Geneeskunde op recept? [Inaugurale rede]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993.
- 4 Payer L. *Medicine and culture*. New York: Holt, 1988.
- 5 Mackenbach JP. Regionale verschillen in de frequentie van enkele veel voorkomende operaties. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 953-7.
- 6 Morkink HGA. *Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [Dissertatie]*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
- 7 Rigter H. Passend gebruik van het begrip 'gepast' in discussies over de gezondheidszorg. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 4-7.
- 8 Lamberts H, Janssens PMH. Defensief handelen door huisartsen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 598-602.
- 9 Winkler KC. *De explosie van onkunde of de strijd om het verstaan [Afscheidsrede]*. Utrecht: Bunge, 1978.
- 10 Buller HR, Dyserinck HC, Vreeken J, Bakker S. Handleiding of touroperator: wie gidst de clinicus bij het literatuuronderzoek? *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 797-800.

- 11 Leenen HJJ. Gezondheidszorg en recht. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1981.
- 12 Freriks JP. Omgaan met fouten. Huisarts Wet 1981; 24: 20-1.
- 14 Tempelaar AF. Sterfte en iatrogene schade. Huisarts Wet 1986; 29: 34-7.
- 14 Vrij A. Het huisbezoek revisited of: hoe gaan artsen met klachten en fouten om? Med Contact 1987; 42: 337-8.
- 15 Tudor Hart J, Humphreys C. Be your own coroner: an audit of 500 consecutive deaths in a general practice. BMJ 1987; 294: 871-4.
- 16 Conradi MH, Mulder H, Schuling J. Fouten in de huisartspraktijk 1. De fouten. Huisarts Wet 1988; 31: 222-7.
- 17 Conradi MH, Mulder H, Schuling J. Fouten in de huisartspraktijk 2. Na de fout. Huisarts Wet 1988; 31: 288-92.
- 18 Van der Wal G. Klachten over huisartsen. In: Jaarboek Huisartsgeneeskunde 1988. Utrecht: Bunge, 1988.
- 19 Touw HJ. Patiëntenletselverzekering kost veelvoud van huidige schaderegelingspraktijk. Staatscourant, maandag 21 mei 1990.
- 20 Verkruijsen WG. Dissatisfied patients: their experiences, interpretations and actions [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1993.
- 21 McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. BMJ 1983; 287: 1919-23.
- 22 Hilfiker D. Facing our mistakes. New Engl J Med 1984; 310: 118-22.
- 23 Anoniem. Valkuilen in de huisartspraktijk I. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1978.
- 24 Anoniem. Valkuilen in de huisartspraktijk II. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- 25 Chin A Paw-van der Sloot P. Medische tuchtklachten. Casuïstiek in het medisch onderwijs? Medisch Contact 1993; 48: 1053-6.

