

Naar preventie van fouten in de huisartspraktijk

Een vergelijking van verschillende meldingssystemen

MARC CONRADI
MIEKE DE BRUIJN
JAN SCHULING
ET AL.

Conradi M, De Bruijn M, Schuling J, Broer J, Meyboom-de Jong B. Naar preventie van fouten in de huisartspraktijk. Een vergelijking van verschillende meldingssystemen. Huisarts Wet 1994; 37(9): 381-6.

Samenvatting In de huisartspraktijk zijn geen registratiesystemen voor incidenten. In ziekenhuizen bestaan deze wel, maar op hun functioneren bestaat veel kritiek. Om een meldingssysteem voor incidenten in de huisartspraktijk voor te bereiden, zijn verschillende meldingsvormen getest en is onderzocht wat de respons was en welke factoren hierop van invloed waren. In totaal namen 49 artsen deel aan het experiment, van wie er 22 samen 50 incidenten meldden. De gemelde incidenten waren zeer divers van inhoud. De belangrijkste bevorderende factoren voor het melden bleken het zich door regelmatige confrontatie met het begrip 'incident' bewust worden van eigen incidenten, en het vertrouwen van de melders in de anonimiteit en vertrouwelijkheid van de meldprocedure. Leren praten over incidenten zal bevorderend zijn voor de bewustwording en het daadwerkelijk melden. In de huisartsopleiding wordt hier al enige aandacht aan geschonken.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde,
Rijksuniversiteit Groningen.
Drs. M. Conradi, medisch socioloog;
M. de Bruijn, huisarts; Dr. J. Schuling,
huisarts; Prof.dr. B. Meyboom-de Jong,
hoogleraar huisartsgeneeskunde.
GGD Groningen Stad en Ommelanden:
J. Broer, arts-epidemioloog.
Correspondentie: M. Conradi, Helmerdijk 2,
9765 JA Paterswolde.

Inleiding

In de gezondheidszorg worden fouten gemaakt, ook door huisartsen.¹⁻³ Om fouten in de huisartspraktijk te voorkomen, is het noodzakelijk inzicht te krijgen in aard en aantal van deze fouten. Een van de mogelijkheden hiertoe is huisartsen zelf de gemaakte fouten te laten registreren, maar hiermee is nog geen ervaring opgedaan.

In ziekenhuizen zijn voor dit doel FONA-commissies* ingesteld, maar er is veel kritiek op hun functioneren.⁴⁻⁶ De meeste meldingen worden door verpleegkundigen gedaan, en deze hebben voor het overgrote deel betrekking op valpartijen en verkeerd uitgedeelde medicijnen.⁷ Volgens velen vormen deze meldingen slechts het topje van de ijsberg.^{4,8}

De oorzaken van het niet-optimaal functioneren van de FONA-commissies worden gezocht in een slecht omschreven taakstelling en een ondoorzichtig functioneren. Ook bestaat onduidelijkheid over geheimhouding en verschoningsrecht in relatie tot tucht- en strafrechtzaken.^{9,10} Bovendien is er binnen de onderzoekstaak van de commissie vaak een (ogenschijnlijke) vermenging van vermijdbaarheid en verwijtbaarheid.¹¹ De naam FONA, waarin over *fouten* gesproken wordt, is daarom ook veranderd in het neutralere MIP,* waarin men het heeft over *incidenten*.¹² Andere kritiek heeft betrekking op de samenstelling van de commissies en het lang of zelfs geheel uitblijven van feedback over hun bevindingen.⁷

Wie een MIP- of FONA-commissie in de huisartspraktijk wil introduceren, zal lering moeten trekken uit de ervaringen in de ziekenhuizen en rekening moeten houden met de wensen van huisartsen. Daarom hebben wij – in samenspraak met huisartsen – een aan de huisartsensituatie aangepaste vorm van melden ontwikkeld. Hierdoor werd de introductie niet van bovenaf opgelegd, maar kwam zij voort uit de huisartsen zelf.

Voor de ontwikkeling van een MIP-commissie in de huisartspraktijk hebben wij, ondersteund door LHV en NHG, onder meer een opinie-onderzoek onder huisartsen uitgevoerd. Hierin hebben we

de bereidheid incidenten te melden gepeild, en de wensen ten aanzien van de werkwijze van een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg Huisartspraktijk gebundeld.¹³ Tegelijkertijd zijn we al gestart met kleinschalige experimenten met verschillende vormen van melden.

Met betrekking tot het melden hebben we de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Om de introductie van een FONA- of MIP-commissie in de huisartspraktijk niet bij voorbaat te laten mislukken, hebben we gekozen voor de neutrale term 'incident'. Deze term wordt in de VS gehanteerd en is in Nederland geïntroduceerd door de Geneeskundige Inspectie.¹⁴ Een incident is 'een ongelukkige gebeurtenis die onder optimale condities geen deel uitmaakt van het beloop van een ziekte of de behandeling daarvan en die tot schade heeft geleid voor de patiënt en/of de arts-patiënt relatie'.
- 'Near accidents' of bijna-ongelukken hebben we niet laten melden, omdat we in eerste instantie wilden onderzoeken of zaken die werkelijk fout gingen, gemeld werden.

In onze experimenten hebben we geprobeerd antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- In welke mate melden huisartsen incidenten, wat is de inhoud van die incidenten, en in hoeverre is er behoefte aan feedback?
- Wat zijn de ervaringen met een aantal verschillende meldingsstructuren?

Methode

Op drie manieren is huisartsen gevraagd incidenten te melden:

- meteen na een incident melding doen aan een 'vertrouwens-huisarts'; dit gebeurde in drie verschillende groepen;
- via een wekelijks in te vullen standaardformulier binnen een peilstationproject;
- retrospectief door middel van een enquête.

* FONA = Fouten, Ongelukken, Near Accidents; MIP = Melding Incidenten Patiëntenzorg.

Drie groepen

1 Een huisarts-onderzoeker introduceerde het project bij een *groep huisartsen-opleiding*. Deze twaalf haio's kregen eerst het onderwijsprogramma 'omgaan met fouten' gepresenteerd.¹⁵ Daarna werden zij mondeling uitgenodigd tot deelname; zij kregen daarbij een meldingsformulier en het meldprotocol uitgereikt. Incidenten konden schriftelijk of mondeling, zowel telefonisch als vis-à-vis, aan de onderzoeker worden gemeld. Naar behoefte kon de betreffende haio feedback van de onderzoeker krijgen.

Na drie en vijf maanden ontvingen de haio's een tussentijds verslag en werden zij aangemoedigd door te gaan met melden.

2 Een huisarts-onderzoeker introduceerde het onderwerp in de eigen *waarneemgroep*, bestaande uit zeven huisartsen. Indien incidenten hadden plaatsgevonden, en indien degene die bij het incident betrokken was dit wenste, werd het incident besproken in het wekelijks waarneemoverleg. De melding geschiedde daarna schriftelijk aan een andere huisarts-onderzoeker, die geen deel uitmaakte van de waarneemgroep.

Deze groep ontving ook na drie en vijf maanden een tussentijds verslag. In de waarneemgroep werd het onderwerp regelmatig expliciet aan de orde gesteld door de huisarts-onderzoeker die deel van deze groep uitmaakte.

3 Een huisarts-onderzoeker verzocht elf

'losse' huisartsen uit tien verschillende praktijken mondeling incidenten te melden. Deze huisartsen waren uitgezocht op basis van persoonlijke bekendheid en een inschatting van hun betrokkenheid bij het onderwerp. Allen waren als *opleider* betrokken bij de huisartsopleiding; verder was er geen bindende factor. Na toezegging tot deelname ontvingen deze huisartsen het meldprotocol en enkele meldingsformulieren. De meldprocedure en het tussentijds verslag waren hetzelfde als voor de haio-groep.

Na een half jaar werd aan alle leden van deze drie groepen een kort evaluatieformulier verzonden met open vragen over de redenen van niet-melden en eventuele problemen bij het wel melden. Hiermee werd de meldperiode afgesloten. Omdat de onderzoekers direct of indirect betrokken waren bij deze groepen, was het bovendien mogelijk op informele wijze ervaringen met betrekking tot het (niet) melden te verzamelen.

Peilstationproject

Het Huisartsen-peilstationproject Groningen is een samenwerkingsproject van de GGD Groningen Stad en Ommelanden, de RHV-Groningen en Omstreken en de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. Telkens gedurende een jaar worden vier of vijf onderwerpen geregistreerd door de deelnemende huisartsen. In 1992 was 'incident in de

patiëntenzorg' een van die onderwerpen; de andere onderwerpen waren: 'werkonderbreking en gepresenteerde klachten', '(verdenking op) reumatoïde artritis', 'acute, onverwachte natuurlijke dood' en '(poging tot) suïcide'.

In een eerste introductie in de groep werden deze onderwerpen besproken en konden de deelnemers enige invloed uitoefenen op de manier van registreren. vervolgens werd een maand op proef geregistreerd. Daarna werden de gesignaleerde problemen betreffende het registreren besproken en werd met de definitieve registratie begonnen.

Elf huisartsen leverden gedurende het gehele jaar wekelijks een registratieformulier in. Over elk onderwerp waren gesloten en open vragen opgenomen. Over 'incident in de patiëntenzorg' waren vragen opgenomen over de patiënt (leeftijd en geslacht), dag van de week, tijdstip, door wie de huisarts zich bewust werd van het incident, wie bij het incident betrokken waren, de aanleiding tot het incident en de nadelige gevolgen. Op de laatste vier vragen konden twee of meer antwoorden ingevuld worden. Voor een korte omschrijving van het incident was één regel op het formulier beschikbaar.

Enquête

Tenslotte is, zonder mondelinge introductie, aan 22 huisartsen (die betrokken waren geweest bij een afgesloten Delphi-procedure over dit onderwerp) een enquête ge-

Casuïstiek

Een patiënte van 44 jaar met verschillende chronische aandoeningen en een hoge medische consumptie, brengt 's morgens vanwege buikklachten een flesje urine. De urine blijkt schoon, wat haar tussen de middag op het telefonisch spreekuur wordt meegedeeld. In verband met de aanhoudende buikklachten belooft de dokter aan het eind van de middag even langs te komen. Die middag is het erg hectisch in de praktijk en het spreekuur loopt uiteindelijk uit tot zeven uur 's avonds. De arts

heeft geen dienst en moet onmiddellijk na het spreekuur naar huis om op zijn kinderen te passen. In al deze praktijken privé-drukte vergeet hij de patiënte te bezoeken. 's Avonds om negen uur wordt hij door de waarnemer gebeld die hem op de vergeten visite wijst. De visite is niet meer nodig, want de waarnemer heeft de patiënte inmiddels laten opnemen in het ziekenhuis. De patiënte blijkt een streng-ileus te hebben waaraan ze geopereerd wordt. Er zijn geen restverschijnselen.

Een patiënt van 38 jaar oud, komt op het spreekuur wegens een wratie naast de mediale linker ooghoek. De huisarts stipt het element aan met vloeibare stikstof. Na drie en zes maanden komt de patiënt nog eens terug, omdat er een klein recidief is ontstaan; de behandeling wordt herhaald. Een jaar later komt hij opnieuw terug en nu stuurt de huisarts hem door naar de dermatoloog, die een basaalcelcarcinoom constateert. Dit wordt verwijderd.

stuurd. In deze enquête waren vier voorbeelden van incidenten vermeld. Deze voorbeelden hadden betrekking op:

- een verschrijving in een recept;
- ongecontroleerde herhalingen van een recept;
- het niet honoreren van een verzoek om een visite;
- het twee jaar lang missen van een basaalcelcarcinoom.

Na elk voorbeeld was een formulier opgenomen waarop de huisarts melding kon maken van een incident dat hij zich had herinnerd. De formulieren konden naar een huisarts-onderzoeker teruggestuurd worden.

Verschillen

De grootste verschillen tussen de meldmogelijkheden waren:

- De mate waarin de huisartsen geattendeerd werden op de mogelijkheid incidenten te melden. In het peilstationproject gebeurde dit zeer frequent, doordat wekelijks een registratieformulier moest worden ingestuurd. In de waarneemgroep gebeurde dit tijdens het waarneemgroepoverleg. De deelnemers in de haio-groep en de opleidersgroep werden uitsluitend na drie en vijf maanden nogmaals geattendeerd op de meldmogelijkheid.
- De tijd die inmiddels verstreken was: in de retrospectieve enquête konden ook gebeurtenissen van langer geleden worden gemeld; in de andere gevallen ging het om recente incidenten.

Vertrouwelijkheid

De vertrouwelijkheid van de meldingen in de groepen en in de enquête was geoptimaliseerd, doordat de meldingen gedaan werden aan een 'vertrouwens-huisarts', die de gegevens geanonimiseerd doorgaf aan de andere projectleden. Bij de werving van de deelnemers was bovendien afgesproken dat afzonderlijke incidenten niet geopenbaard zouden worden; het ging ten slotte om het melden zelf, niet om de preventie van de gemelde incidenten. Ter illustratie hebben we op *pagina 382* enkele gemelde incidenten beschreven; de betrokken huisartsen hebben hiervoor toestemming verleend. Daarnaast kunnen we

op geaggregeerd niveau iets over de inhoud van de incidenten vermelden, met name over de incidenten die in het peilstationproject zijn gemeld.

In het peilstationproject was de vertrouwelijkheid op dezelfde wijze geregeld als bij de andere onderwerpen. De formulieren werden wekelijks opgestuurd naar de GGD, waar ze onder strikte geheimhouding werden verwerkt.¹⁶

Resultaten

Deelname

- In de *groepen* wilde iedereen meedoen, behalve één haio die het aanzien van de beroepsgroep niet wilde schaden, en één opleider die het te druk had (*tabel*). Van de evaluatieformulieren die na een half jaar aan deze 28 huisartsen werden verzonden, zijn er vijf teruggestuurd.
- In het *peilstationproject* stuurden de elf huisartsen allen gedurende het gehele jaar (behalve tijdens hun afwezigheid) wekelijks de formulieren in.
- Van de aan de 22 huisartsen verzonden *enquêteformulieren* kwamen er tien terug. Op vijf formulieren waren incidenten ingevuld.

Aantallen gemelde incidenten

In totaal werden 50 incidenten gemeld door 22 van de 49 deelnemers (*tabel*). In de drie groepen meldden 8 van de 28 huisartsen (in opleiding) samen 10 incidenten; 3 van de 4 meldingen van opleiders waren afkomstig van twee huisartsen uit dezelfde praktijk. Negen van de 11 huisartsen van het peilstationproject meldden in totaal 30 incidenten; het maximum aantal meldingen per huisarts bedroeg 8. Op geleide van de voorbeelden in de enquête meldden 5 huisartsen samen 10 incidenten; 5 andere huisartsen zeiden zich geen incidenten te herinneren.

Inhoud van de incidenten

- *Groepen*. Drie incidenten hadden betrekking op fouten met de medicatie: twee verkeerde voorschriften, eenmaal de toediening van een verkeerde stof. In twee gevallen was een verkeerde diagnose ge-

steld. Twee keer was er sprake van een melding over een collega-arts (beiden geen huisarts). Eenmaal was een behandeling niet correct toegepast en eenmaal was de huisarts vergeten een patiënt te bezoeken. Eenmaal was de aard van het incident niet eenduidig uit de melding op te maken.

De gevolgen voor de patiënt varieerden van geen gevolgen tot een delay van 2,5 jaar. Geen van deze incidenten had blijvende schade voor de patiënt tot gevolg gehad.

- *Peilstationproject*. De meldingen betroffen:

- bedreiging door een junk;
- patiënt vindt dat huisarts hem naar verkeerde specialist stuurde (verkeerd behandeld);
- patiënt eist fysiotherapie, huisarts weigert;
- patiënt verwijt huisarts gebrek aan belangstelling;
- overleden ondanks visites;
- na ongeval op de röntgenfoto geen afwijking; later bleek er toch een fractuur te zijn.

Uit de beschrijvingen van de incidenten blijkt dat er geregeld sprake was van een conflictsituatie. In 12 van de 30 gevallen worden woorden gebruikt die hiernaar verwijzen: twee keer was er sprake van 'ruzie', drie keer 'verweet' een patiënt een huisarts iets, twee keer 'eiste' een patiënt iets van een huisarts en verder was een patiënt 'boos', 'woedend', 'des duivels', 'gedroeg zich onbehoorlijk' of 'bedreigde' de huisarts.

Er waren precies evenveel mannelijke als vrouwelijke patiënten bij de gerapporteerde incidenten betrokken. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 49 jaar. Twaalf van de dertig patiënten waren ouder dan 60 jaar.

Zestien van de dertig incidenten vonden op donderdag en vrijdag plaats, en één incident in het weekend. Vijf incidenten gebeurden buiten kantooruren (na 18.00 uur en voor 8.00 uur).

De informatie die ertoe leidde dat de huisarts zich bewust werd van het incident, was achttien maal door de patiënt gegeven en twee keer door diens omgeving. 'De huisarts zelf' werd zes keer in-

gevuld, 'de assistente', 'collega-huisartsen' en 'specialisten' elk drie keer, 'anderen' eenmaal.

De personen die bij dit incident waren betrokken, waren de eigen huisarts (24 keer genoemd), de assistent(e) (6), een andere huisarts (5), een specialist (5) en overigen (1).

De aanleiding tot een incident was meestal een probleem in de communicatie (19), een onjuiste diagnose (6) of een probleem in de organisatie (5). Een interventie (3) of juist het nalaten ervan (2) vormde in mindere mate aanleiding tot het incident. Er werden vijf overige aanleidingen genoemd. Bij problemen in de communicatie waren met name de huisarts (14) en de assistente (5) betrokken. Tweemaal ging het om een communicatieprobleem tussen de patiënt en een specialist, en tweemaal tussen de patiënt en iemand anders.

De gevolgen van de incidenten waren vooral gelegen in een verstoring van de arts-patiënt relatie (17). In acht gevallen was er sprake van onnodig tijdverlies (doctor's delay); in zeven gevallen lagen de gevolgen voor de patiënt op het lichamelijke, in zes gevallen op het psychische vlak.

• *Enquête.* Zes incidenten werden gemeld naar aanleiding van de twee voorbeelden die betrekking hadden op medicatie: verkeerd voorgeschreven medicijnen of ongecontroleerde herhaalreceptuur. Tweemaal had een huisarts een carcinoom niet (op tijd) herkend; één patiënt was hieraan overleden. Eén huisarts herinnerde zich een keer ten onrechte niet op een verzoek voor een huisbezoek te zijn ingegaan; het patiëntje bleek later meningitis te hebben en heeft hieraan mogelijk restverschijnselen overgehouden. Tenslotte was er een incident waarbij een assistente een verzoek voor een visite niet op korte termijn kon honoreren, waarna de patiënt zelfstandig naar het ziekenhuis ging.

Behoeftte aan feedback

Geen van de huisartsen (in opleiding) vroeg om feedback. Uit schriftelijke en mondelinge opmerkingen hierover bleek dat het voor de meldende artsen zonneklaar was wat de oorzaak van het incident was geweest, en of (en hoe) dit in de toekomst te voorkomen zou zijn.

Ervaringen met het melden

• *Groepen.* Vier van de vijf deelnemers die het evaluatieformulier hadden gere-

tourneerd, hadden geen incidenten gemeld, omdat ze in het voorafgaande halfjaar geen incidenten hadden gesignaleerd. De vijfde had het erg moeilijk gevonden het incident kort en bondig te verwoorden. Bovendien vond hij het begrip 'incident' verwarrend en lastig te hanteren.

In de haio-groep werden op de wekelijkse onderwijsdagen tijdens het 'spuien' geregeld gebeurtenissen besproken die wij 'incident' zouden noemen. Uit informele gesprekken bleek dat de haio's er moeite mee hadden een incident 'officieel' binnen de opleiding te melden, ondanks de toegezegde anonimiteit.

• *Peilstationproject.* Bij de introductie werd duidelijk dat dit onderwerp gevoelig lag bij de registrerende huisartsen. Na enig wikken en wegen werd besloten geen incidenten van collega's (specialisten en huisartsen) te registreren, maar uitsluitend 'eigen' incidenten. Ook de mogelijkheid dit onderwerp helemaal niet te registreren werd aan de orde gesteld. Het draagvlak voor dit onderwerp was dus niet erg groot; tijdens de registratieperiode lieten sommige huisartsen dit ook merken.

• *Enquête.* Volgens signalen die wij van deze respondenten ontvingen, was het feit dat ze reeds langdurig hadden deelgeno-

Tabel De verschillende meldingssystemen in kerngetallen: aantal aangeschreven en deelnemende huisartsen, meldperiode, aantal meldingen, aantal huisartsen dat incidenten gemeld heeft, gemiddeld aantal meldingen en spreiding in aantal meldingen per huisarts

meldingsstructuur	aangeschreven huisartsen	aantal deelnemers *	meldduur in maanden	tot. aantal meldingen	meldende huisartsen	aantal meldingen per deelnemende huisarts	
						gem./jaar	min.-max.
Groepen							
- haio-groep	12	11	6	2	2	0,4	0-1
- waarneemgroep	7	7	6	4	3	1,1	0-2
- opleiders	11	10	6	4	3	0,8	0-2
Peilstationproject	11	11	12	30	9	2,7	0-8
Enquête	22	10	eenmalig	10	5	†	0-4
Totaal	63	49		50	22	1,0	

* Dit is het aantal huisartsen dat toezegde deel te nemen, niet het aantal huisartsen dat daadwerkelijk meldde. Bij de enquête, is dit het aantal retourgezonden enquêtes.
† Het aantal meldingen per jaar is hier niet te berekenen. Het aantal gemelde incidenten per aangeschreven huisarts is 0,5.

men aan een Delphi-procedure over dit onderwerp, zeker debet aan de non-respons. Men was het onderwerp enigszins moe.

Beschouwing

De bereidheid tot deelname in de groepen was groot; de meeste deelnemers waren erg enthousiast over het onderwerp. In het peilstationproject was het enthousiasme minder groot, maar besloot men het onderwerp toch te registreren. De respons op de retrospectieve enquête was iets lager dan de gemiddelde respons op enquêtes onder huisartsen;¹⁷ de respons op de evaluatie was zeer laag.

De wijze van verzamelen en de aantallen gemelde incidenten maken dat we zeer voorzichtig moeten zijn met het trekken van conclusies. De conclusies die we hieronder formuleren, moeten dan ook gezien worden als zeer voorlopig; nader onderzoek zal licht moeten werpen op hun geldigheid.

Aantal meldingen

In totaal werden door de 38 huisartsen en 11 haio's 50 incidenten gemeld. Van de huisartsen meldde meer dan de helft een incident, van de haio's slechts twee. Als we ons beperken tot de groepen en het peilstationproject, gaat het om 17 van de 39 deelnemende huisartsen (in opleiding) die samen 40 incidenten meldden. Omgekeerd komt dat neer op ruim één melding van een incident per huisarts per jaar. In Noord-Nederland (waar deze experimenten zijn uitgevoerd) zou dat meer dan 1000 meldingen per jaar betekenen. De huisartsen die aan deze experimenten hebben meegedaan, waren echter extra gemotiveerd.

Uit de experimenten blijkt het volgende:

- De potentiële melders moeten vertrouwen hebben in de absolute geheimhouding van de gemelde incidenten.
- De frequentie van incidenten is zo laag, dat hierdoor niet snel een meldroutine ontstaat. Regelmatig een herinnering sturen, lijkt noodzakelijk.
- Onduidelijkheid over wat precies onder

een incident verstaan moet worden, heeft een belemmerende rol gespeeld. Uit ander onderzoek is echter bekend dat (huis)artsen zelf geen duidelijke en eenduidige terminologie hebben voor fouten, missers, incidenten en dergelijke.^{3 18 19}

- Een mogelijke verklaring voor de grote inter-doktervariatie in het aantal gemelde incidenten kan gelegen zijn in psychologische verdedigingsmechanismen, zoals ontkenning en verdringing.²⁰

Aard van de gemelde incidenten

Uit de gemelde incidenten zijn de volgende gevolgtrekkingen te maken:

- Niet alle meldingen waren volgens onze definitie incidenten, bijvoorbeeld omdat er geen sprake was van schade aan de patiënt of de arts-patiënt relatie.
- De ernst van de schade van de incidenten lijkt in de retrospectieve enquête groter dan in de overige meldstructuren. Ondanks verdringing en ontkenning, zijn het misschien juist de fouten met de ernstigste gevolgen die de arts het langst bijblijven. De incidenten die in de groepen en het peilstationproject zijn gemeld, zullen waarschijnlijk een betrouwbaarder beeld geven van wat er dagelijks misgaat in de huisartspraktijk.

- Er zijn veel incidenten gemeld waarbij de arts-patiënt relatie of de medicatie in het geding was. Bij beide soorten incidenten kan de schuld gedeeld worden met een ander – respectievelijk de patiënt en de apotheker. Hierdoor zijn dergelijke incidenten waarschijnlijk minder bedreigend om te melden. Anderzijds is denkbaar dat deze incidenten hierdoor vertekend weergegeven zijn.²⁰ Bij medicatiefouten speelt verder een rol dat het hier eigenlijk om 'gewone verschrijvingen' gaat.²¹

Hier dringt zich een analogie met de ziekenhuissituatie op: daar worden veel valpartijen en medicatiefouten gemeld, in de huisartspraktijk veel conflicten en medicatiefouten. Bij valpartijen speelt de patiënt – net als bij conflicten – ook een rol, al is die wat minder actief. Gezien de frequentie waarmee medicijnen uitgedeeld of voorgeschreven worden, is het onvermijdelijk dat daarbij fouten worden gemaakt.

Factoren die met incidenten samenhangen

Uit het peilstationproject kan een aantal conclusies over de gemelde incidenten worden getrokken:

- De patiënt was meestal degene die de huisarts bewust maakte van het incident.
- De betrokken patiënten waren ouder dan gemiddeld. Dit komt overeen met observaties uit ander onderzoek over het voorkomen van incidenten.²²
- De meeste incidenten vonden aan het einde van de week plaats. Wellicht speelt vermoeidheid hierbij een rol.
- De meeste incidenten zijn het gevolg van problemen in de communicatie. Relatief vaak is er sprake van een conflictsituatie tussen patiënt en huisarts. Ook de gevolgen zijn meestal gelegen in een verstoring van de arts-patiënt relatie.

Feedback

Het feit dat geen enkele maal om feedback is gevraagd, vormt een indicatie voor de mate waarin de oorzaak en mogelijke preventie van de gemelde incidenten voor de betrokken huisartsen duidelijk waren. Er kan echter ook sprake zijn van blinde vlekken bij de huisartsen, waardoor eigen feiten niet herkend worden en het incident onvoldoende wordt geanalyseerd. Ook kunnen verdedigingsmechanismen een rol spelen.

Aanbevelingen

- In de huisartsopleiding moet aandacht besteed worden aan communicatieve vaardigheden. In dat kader is een training in de afhandeling van incidenten wenselijk.
- Het onderwerp moet regelmatig onder de aandacht van artsen worden gebracht.
- Van het melden mag geen enkele bedreiging uitgaan; geheimhouding moet gegarandeerd zijn.
- Er moet duidelijkheid zijn over wat er wel en niet gemeld kan worden. Daarbij valt te overwegen ook 'near accidents' te melden; het schadecriterium kan dan vervallen. Bovendien vinden 'near accidents' vaker plaats en kan het efficiënt zijn om te analyseren welke factoren

maken dat een 'near accident' zich niet ontwikkelt tot een schadelijke gebeurtenis.²³

- Een groot aantal huisartsen zou de mogelijkheid moeten krijgen om structureel fouten te melden. Op deze wijze kunnen gegevens verzameld worden voor verder onderzoek.
- In de beroepsopleiding zou na de presentatie van het onderwijsprogramma 'omgaan met fouten' ook werkelijk over gemaakte 'fouten' moeten worden gesproken.* Ervaringen die nu 'gespuid' worden, kunnen dan als fout benoemd en besproken worden. Hierdoor kan een volgende generatie huisartsen gemakkelijker over fouten praten en er lering uit trekken.

* Dit onderwijsprogramma is verkrijgbaar bij de Centrale Onderwijsbank (Samenwerkingsverband Huisartsen Opleiding) in Utrecht. Momenteel wordt aan een nieuwe versie gewerkt.

Literatuur

- 1 Vincent CA. Research into medical accidents: a case of negligence? *BMJ* 1989; 299: 1150-3.
- 2 Tudor Hart J, Humphryes C. Be your own coroner: an audit of 500 consecutive deaths in a general practice. *BMJ* 1987; 294: 871-4.
- 3 Conradi MH, Schuling J, Mulder H. Fouten in de huisartspraktijk. 1. De fouten. *Huisarts Wet* 1988; 31: 222-7.
- 4 Visser APh. Opinions over 'Kwaliteit van zorg en fouten': opvattingen van de deelnemers aan het symposium en de reacties van de forumleden. In: Boon L, red. Fouten in de Gezondheidszorg. Amstelveen: Sympoz, 1988: 91-104.
- 5 Grijm R, Minderop CFJ, Schweizer ATh. De Meldings-(FONA) Commissies in Ziekenhuizen. Leiden: Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, 1988.
- 6 Touw PPJ. Zijn de meldingscommissies in ziekenhuizen effectief bij het voorkomen van ongewenste gebeurtenissen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1581-83.
- 7 Casparie AF. Fouten in ziekenhuizen. *Med Contact* 1989; 44: 147-9.
- 8 Krol LJ. De beste stuurlied dempen de put. In: Grijm R, Minderop CFJ, Schweizer ATh, eds. De Meldings-(FONA) Commissies in de Ziekenhuizen. Leiden: Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, 1988: 77-81.
- 9 Van der Mijn WB. Verschoningsrecht: een zaak van zorgvuldig afwegen. *Med Contact* 1986; 38: 1205-7.
- 10 Poelman AJM. Hebben leden van een FONA-commissie een volstrekte geheimhoudingsplicht? *Med Contact* 1986; 38: 1203-4.
- 11 Casparie AF. FONA's en kwaliteit van zorg. In: Boon L, red. Fouten in de Gezondheidszorg. Amstelveen: Sympoz, 1988: 19-23.
- 12 Van Es JC. Meldingscommissies. *Med Contact* 1986; 38: 1199.
- 13 Conradi M, Schuling J, De Bruijn M. Melding incidenten patiëntenzorg huisartsgeneeskunde. Eindverslag. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1992.
- 14 Siemons GHA. Risicomanagement als onderdeel van kwaliteitszorg. *Med Contact* 1990; 45: 1443-4.
- 15 Van Amerongen HL, Freriks JP. Omgaan met fouten [Onderwijsprogramma voor de beroepsopleiding tot huisarts]. Rotterdam: Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Erasmus Universiteit, 1988.
- 16 RHV Groningen en Omstreken, GGD Groningen Stad en Ommelanden. Huisartsenpeilstation Groningen. Jaarverslag 1992. Groningen: GGD Groningen Stad en Ommelanden, z.j.
- 17 Van der Wouden JC, Hingstman L, Elzinga AJ. De medewerking van huisartsen aan postenquêtes. *TSG* 1988; 66: 379-81.
- 18 Stelling J, Bucher R. Vocabularies of realism in professional socialization. *Soc Sci Med* 1973; 7: 661-75.
- 19 Mizrahi T. Managing medical mistakes: ideology, insularity and accountability among internists-in-training. *Soc Sci Med* 1984; 19: 135-46.
- 20 Conradi MH, Mulder H, Schuling J. Fouten in de huisartspraktijk. 2. Na de fout. *Huisarts Wet* 1988; 31: 288-92, 307.
- 21 Neville RG, Robertson F, Livingstone S, Crombie IK. A classification of prescription errors. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 110-2.
- 22 Meyboom-de Jong B. Bejaarde patiënten, een onderzoek in 12 huisartspraktijken. Leystad: Meditekst, 1989.
- 23 Van der Schaaf TW. Near miss reporting in the chemical process industry [Dissertatie]. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven, 1992. ■

Abstract

Conradi M, De Bruijn M, Schuling J, Broer J, Meyboom-de Jong B. Towards prevention of errors and accidents in general practice. An evaluation of some systems for reporting incidents. *Huisarts Wet* 1994; 37(9): 381-6.

In general practice there are no registration systems for errors and accidents, so-called incidents in patient care. In hospitals they do exist as EANA (Errors, Accidents and Near Accidents) Committees or Committees of Inquiry, but the way in which they function meets with a lot of criticism. In order to prepare such a system of reporting incidents in general practice, we have tested various forms of reporting and investigated what the response was and which factors influenced this response. Of the 63 (trainee) general practitioners who were approached 49 participated. Of these 49 physicians 22 reported a total number of 50 incidents. More than half of the general practitioners reported incidents, compared to only one sixth of the trainees. The content of the reported incidents varied considerably. Becoming aware of one's own incidents by regularly being confronted with the concept of 'incident' and the confidence of those reporting in the anonymity and confidentiality of the reporting procedure appeared to be the two most important factors that promoted reporting. If a Committee of Inquiry were introduced into general practice, each general practitioner might be expected to report one to two incidents a year. Learning to discuss incidents will advance the process of becoming aware of incidents and actually reporting them. In the training of general practitioners this aspect is already paid some attention to.

Key words Family practice; Medical accidents.

Correspondence M. Conradi MA, Helmerdijk 2, 9765 JA Paterswolde, The Netherlands.