

Hoe heeft het kunnen gebeuren?

Beoordeling van fouten en bijna-ongelukken in een toetsgroep

A.M.M. VAN PELT-TERMEER
F.A. VAN DEN BERG

Van Pelt-Termeer AMM, Van den Berg FA. Hoe heeft het kunnen gebeuren? Beoordeling van fouten en bijna-ongelukken in een toetsgroep. Huisarts Wet 1995; 38(1): 7-9.

Samenvatting Na jarenlang op diverse wijzen intercollegiale toetsing bedreven te hebben besloot een toetsgroep fouten en bijna-ongelukken te bespreken. Elke deelnemer brengt maandelijks het voor hem meest indrukwekkende incident. De groep gaat aan de hand van een classificatielijst na welke factoren een rol hebben gespeeld bij het ontstaan. Bij de meeste gevallen is de oorzaak multifactorieel. 'Communicatie met de patiënt, 'attitude van de huisarts' en 'hanteren van medische gegevens' worden het meest aangegeven.

A.M.M. van Pelt-Termeer, huisarts;
F.A. van den Berg, huisarts.
Correspondentie: F.A. van den Berg,
Giessenburg 12, 4385 EM Vlissingen.

Inleiding

'Vergissen is menselijk', 'Iedereen maakt weleens fouten' en 'Van je fouten moet je leren' lijken dooddoeners, maar bezitten ook voor de huisarts een hoog waarheidsgehalte. Een fout kan in de geneeskunde verstrekkende gevolgen hebben. Patiënten accepteren moeilijk dat hun dokter fouten maakt; de dokter heeft vaak moeite met het onderkennen dat een incident op een fout berust.¹

Intercollegiale toetsing kan bijdragen tot kwaliteitsverbetering van het huisartsgeneeskundig handelen.² De duidelijkste effecten zijn het zich bewust worden van de sterke en zwakke kanten van de eigen werkwijze en het ontwikkelen van een kritischer houding ten opzichte van het huisartsenwerk.³ Er zijn verschillende manieren van intercollegiaal toetsen, variërend van het toetsen van een scherp omschreven praktisch onderwerp aan een protocol tot het bespreken van het persoonlijk functioneren en het analyseren van eigen fouten. De bedreiging voor de huisarts en hiermee de behoefte aan de vertrouwde binnen de toetsgroep nemen in deze volgorde toe. Toetsing lijkt voor artsen vooral acceptabel, als er geen verplichting toe bestaat, als de toetsing binnen de eigen beroepsgroep plaatsvindt en als bemoeienis van derden wordt uitgesloten.⁴

Het analyseren van eigen fouten is een waardevolle vorm van toetsing. Hierbij spelen protocollen geen grote rol: er wordt getoetst aan een ad hoc groepsnorm. Er bestaat verschil tussen toetsing en het opsporen van medische fouten.⁵

In onze toetsgroep hebben wij ons sinds enige tijd beziggehouden met het systematisch bespreken en classificeren van fouten en bijna-ongelukken die worden ingebracht door de groepsleden. De groep bestaat uit zes deelnemers, vijf mannen en een vrouw, allen huisarts. De meeste deelnemers zijn 10 tot 15 jaar werkzaam als huisarts. De groep functioneert sinds 1985; drie van de zes deelnemers zijn later lid geworden.

Destijds werd begonnen met het toetsen van eenduidige praktische onderwerpen, zoals de inhoud van de praktijktas en ver-

wijsbrieven, en het opstellen van eigen protocollen, zoals voor diabetes mellitus en schildklierziekten. Met de komst van de landelijke standaarden werd de behoefte hieraan minder. In de groep was inmiddels een dusdanige vertrouwde ontstaan, dat ook meer bedreigende onderwerpen bespreekbaar werden. In deze fase werd naar begeleiding gezocht, die werd gevonden in de persoon van een ex-huisarts die als psychotherapeute werkzaam is bij het Riagg.

Gedurende een jaar waren de bijeenkomsten gewijd aan bespreking van fouten uit het verleden die de deelnemers dwarszaten. Deze werden globaal vastgelegd in een lijst met oorzakelijke factoren. Hierna volgde een leerzame en geanimeerde periode waarin wij elkaars huisartsgeneeskundig handelen toetsten via geluids- en videobanden. Hiervoor werd aanvankelijk een willekeurige patiënt van het spreekuur genomen, maar uiteindelijk bleek een probleempatiënt voor alle betrokkenen interessanter. Bij de eindevaluatie werd besloten om opnieuw fouten te bespreken, maar nu systematischer en op basis van een duidelijker classificatie.

In deze bijdrage onderzoeken wij welke factoren hebben bijgedragen aan het ontstaan van de besproken fouten en bijna-ongelukken in de periode oktober 1993 t/m mei 1994.

Methode

Over de definitie van 'medische fout' is uitgebreid gefilosofeerd door *Freriks*.⁶ *Van Weel* omschrijft een 'medische fout' als het resultaat van een behandeling die negatieve gevolgen voor de patiënt heeft en waarbij bepaalde aspecten van de werkwijze van de huisarts potentieel vermijdbaar zijn geweest. Als tekortkomingen in de manier van handelen niet tot consequenties voor de patiënt leiden, gaat het om 'bijna-ongelukken'. Bij een incident kan vaak pas na uitvoerige analyse oordeeld worden of er sprake was van een vermijdbare en eventueel verwijtbare fout.¹ Wij hebben een fout of bijna-ongeluk als volgt gedefinieerd: een incident, al dan niet met schadelijke gevolgen voor de

patiënt, dat volgens de deelnemer in de ogen van hemzelf of de patiënt vermijdbaar was geweest.

Afgesproken werd dat alle deelnemers 'de fout van de maand' of 'de misser waar men het meest mee zat' zouden inbrengen. Om de oorzaak van de fouten zo volledig mogelijk te analyseren, werd de bestaande classificatielijst uitgebreid (tabel). Er werd gescoord op een driepuntsschaal (+, ±, -). Verder werd aangegeven of het ging om een fout of bijna-ongeluk volgens de patiënt, volgens de arts of volgens beiden.

Tijdens de maandelijkse bijeenkomst kreeg iedere deelnemer een kwartier om de fout in het kort te vertellen, in de groep te bespreken en op de lijst te scoren. De uiteindelijke score is de uitkomst van consensus binnen de groep.

Resultaten

Tijdens acht bijeenkomsten werden 40 casus besproken, variërend van vier tot tien per huisarts. Naar het oordeel van de groep berustte één fout uitsluitend op verkeerd beleid van de specialist. Deze blijft hier verder buiten beschouwing.

Van de overige 39 was er volgens de huisarts sprake van een fout of bijna-ongeluk in de ogen van hemzelf bij 24, in de ogen van de patiënt bij 5 en in de ogen van beiden bij 10 casus.

Geen van de fouten leidde rechtstreeks tot de dood van de patiënt, hoewel in twee gevallen een verband met voortijdig overlijden niet uit te sluiten is. In drie gevallen is wellicht vermijdbare somatische schade bij de patiënt opgetreden. Niet één casus leidde tot een aanklacht. Het ging dus om tamelijke gewone fouten en bijna-ongelukken.

Per casus scoorde de groep gemiddeld vier (spreiding 1-13) factoren die bij het ontstaan van de fout of het bijna-ongeluk een rol hadden gespeeld.

Voor de analyse werden ± en + per factor bij elkaar genomen.

Uit de tabel blijkt dat arts-, patiënt- en communicatiefactoren aanmerkelijk vaker werden gescoord dan factoren met betrekking tot achterwacht/assistentie en praktijkvoering. Bij beschouwing van de

Tabel Factoren die bijdroegen tot het ontstaan van de 39 incidenten. Aard en aantal

1 Arts				
a kennis	- somatisch	10	c beoordelingsfout	2
	- psychologisch	2	d informeert huisarts onvoldoende	2
b attitude		20	e bejegening patiënt	1
c vaardigheid	- somatisch	6	Totaal	6
	- psychologisch	8		
d gesprekstechniek		4	4 Praktijkvoering	
e hanteren medische gegevens		12	a bereikbaarheid	0
f preventief handelen		4	b registratie medische gegevens	2
g voorlichting/instructie		3	c uitrusting praktijk	0
h somatiseren		0	d te rommelige organisatie	4
i medicaliseren		0	e te strakke organisatie	3
j standaard ten onrechte niet toegepast		1	f opleidings situatie	1
k privé problemen		1	Totaal	11
Totaal		71		
2 Patiënt				
a chronisch klaaggedrag		9	5 Communicatie	
b eisend gedrag		8	a met patiënt	
c somatische fixatie		5	- niet open	8
d vooroordeel		2	- onvoldoende meta-	
e achterhouden informatie		5	communicatie	5
f misleidende informatie		5	- verschillend denkkader	12
g geen rekening houden met praktijkregels		1	b met associé	0
Totaal		35	c met specialist	10
3 Achterwacht/assistente			d met fysiotherapeut	0
a neemt te veel verantwoordelijkheid		1	e met wijkverpleegkundige	0
b neemt te weinig verantwoordelijkheid		0	f met maatschappelijk werkende	0
			g met waarnemer	1
			i met assistente	2
			j met familie van patiënt	1
			k met verzekeringsdeskundige	1
			Totaal	41

factoren apart blijkt dat 'communicatie met de patiënt', 'attitude van de arts' en 'hanteren medische gegevens' meer dan tien maal gescoord werden. 'Attitude' werd overigens ruim geïnterpreteerd. Hieronder vielen factoren als desinteresse, moeheid en weinig sympathie voor de patiënt.

Beschouwing

Conradi et al. stelden in 1988 vast dat er nog weinig geschreven was over de aard en gevolgen van fouten in de huisartspraktijk.^{7,9} Dit is sindsdien weinig veranderd, getuige het geringe aantal bruikbare arti-

kelen die we via Medline vanaf 1985 onder de trefwoorden 'family practice', 'peer review' en 'medical mistake', 'fault' of 'error' hebben gevonden. Wél verscheen recent in *Huisarts en Wetenschap* een verslag van een onderzoek naar verschillende systemen waarmee fouten in de huisartspraktijk kunnen worden gemeld.⁹

Het zinvol bespreken van fouten en bijna-ongelukken kan alleen in een toetsgroep waarin voldoende veiligheid heerst.¹⁰ Eén manier waarop dit bereikt kan worden, is het als groep doorlopen van een aantal stadia met minder bedreigende wijzen van toetsing, een andere manier is het in de arm nemen van een psychothera-

Patiënt A is een licht-zwakbegaafde jongeman, bij wie zijn huisarts een atheroomextirpatie verricht. Enkele dagen later bezoekt hij het spreekuur. Het is die dag druk, zodat de huisarts bij het zien van deze patiënt opgelucht meent zich te kunnen beperken tot het verwijderen van de hechtingen. Hij verzoekt de patiënt direct in de behandelkamer plaats te nemen. Nadat twee van de vijf hechtingen verwijderd zijn, beginnen de wondranden te wijken. Hierop vraagt de huisarts de patiënt enkele dagen later terug te komen, omdat de wond nu nog onvoldoende genezen is. Het antwoord van de patiënt is, dat hij al een afspraak heeft en niet had verwacht dat de hechtingen vier dagen na de ingreep al verwijderd zouden worden. Hij kwam namelijk voor hoest. De toetsingsgroep wees vier factoren aan die bij het ontstaan van deze fout een rol hadden gespeeld: 1b, 1d, 1e en 5a.

Patiënt B is een man van 76 jaar. Sinds hij een drietal TIA's heeft doorgemaakt, gebruikt hij Marcoumar. Verder is hij bekend met een beginnende multi-infarct-dementie. Op een middag komt hij met de fiets te vallen, waarbij hij enkele flinke schaafwonden aan gelaat en linkerhand oploopt. Bij onderzoek blijkt hij compos mentis. Er zijn geen nieuwe neurologische afwijkingen. De wonden worden behandeld. De volgende dag treft de huisarts de patiënt comateus in bed aan, een toestand die volgens zijn vrouw in de loop van de nacht geleidelijk was ontstaan. Bij opname bleek de TTO 195 sec. Een CT-scan laat een groot cerebraal hematoom rechts zien. De huisarts was zich bewust van de noodzaak ontstolling te onderbreken na een trauma capitis, maar had zich bij deze patiënt niet gerealiseerd dat hij ontstold was. De toetsingsgroep noteerde hier één factor als oorzaak: 1e.

peut ter begeleiding. Pas dan wordt foutenbespreking een goede invalshoek voor toetsing en wordt het gemakkelijker fouten met de patiënt te bespreken.

De verplichting elke maand een incident te melden, heeft tot gevolg dat het gaat om 'gewone' fouten. De 39 fouten zijn qua ernst niet vergelijkbaar met de door *Conradi et al.* genoemde.^{7,8} Het aantal fouten en bijna-ongelukken (12 per huisarts per jaar), dat op de hier beschreven wijze boven water is gekomen, is dan ook veel groter dan bij andere wijzen van registreren het geval was (1 per huisarts per jaar).⁹

Naar het oordeel van de groep waren de meeste fouten multifactorieel bepaald. Hierbij kunnen de volgende kanttekeningen worden geplaatst:

- het is niet uitgesloten dat collectieve 'distancing mechanisms'⁸ tot een ander oordeel hebben geleid bij de groep dan bij een onafhankelijke beoordelaar het geval zou zijn geweest;

- sommige factoren kunnen elkaar overlappen of met elkaar samenhangen.

Uit het onderzoek valt op te maken dat minder 'harde' factoren als communicatie, attitude en omgaan met medische gegevens veel belangrijker waren bij het optreden van alledaagse fouten dan kennis, vaardigheid en standaarden. Deze uitkomst komt overeen met bevindingen van *Grol et al.* bij toetsgroepen in het algemeen.²

Binnen de meest genoemde factor 'communicatie met de patiënt' bleek 'verschillend denkkader' het meest voor te komen. Patiënten raadplegen artsen, omdat dezen anders denken over ziekten dan zijzelf. Een van de functies van het consult is het zinvol omgaan met dit verschil. Dit hangt af van een goede communicatie. Leidt het verschil in denkkader tot een fout, dan wordt de kloof tussen beide denkwerelden onvoldoende overbrugd.

Dat 'attitude' een belangrijke factor bleek, kan veroorzaakt zijn door de wijze waarop de casus geselecteerd werden: de

huisarts voelt zich misschien het meest bezwaard door fouten als gevolg van een verkeerde houding ten opzichte van een patiënt of in een bepaalde situatie. Het zou interessant zijn op vergelijkbare wijze fouten te beoordelen die door derden (zoals een supervisor) geselecteerd zijn.

Een verrassende factor was het hanteren van 'medische gegevens'. Vaak bleek de huisarts zich niet bewust van een aantal gegevens uit het patiëntendossier of kon door herschikking een ander beeld van de ziekte ontstaan. Deze factor is zo duidelijk vermijdbaar, dat de huisarts de casus wellicht om die reden als een ernstige fout zag.

Dankbetuiging

Met dank aan de overige leden van de toetsgroep I te Walcheren: P.F. de Doelder, R.R. Lankhorst, J.C. Ponten, R. Ubels en de begeleidster L. Kapteijn-Snijders.

Literatuur

- 1 Van der Wal G. Over fouten [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1994; 37: 378-80.
- 2 Grol R, Mookink H, Schellevis F. The effects of peer review in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1988; 38: 10-3.
- 3 Grol R, Van Eijk J, Mesker P, Schellevis F. Audit: A project on peer review in general practice. *Fam Pract* 1985; 2: 219-24.
- 4 Roth RR, Porter RJ, Bisbey GR, May CR. The attitudes of family physicians toward the peer review process. *Arch Fam Med* 1993; 2: 1271-5.
- 5 Van Weel C. Toetsing en foutenanalyse. *Huisarts Wet* 1988; 31: 280-1.
- 6 Freriks JP. Omgaan met fouten. *Huisarts Wet* 1981; 24: 20-2.
- 7 Conradi MH, Schuling J, Mulder H. Fouten in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1988; 31: 222-7.
- 8 Conradi MH, Schuling J, Mulder H. Fouten in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1988; 31: 288-307.
- 9 Conradi M, De Bruijn M, Schuling J, Broer J, Meyboom-de Jong B. Naar preventie van fouten in de huisartspraktijk. Een vergelijking van verschillende meldingssysteem. *Huisarts Wet* 1994; 37: 381-6.
- 10 Grol R. Peer review in primary care. *Quality Assurance in Health Care* 1990; 2: 119-26.

Abstract on page 29.