

Focus op fout

Niet alle klachten komen door een medische fout en niet alle fouten leiden tot een klacht. Toch krijgt elke arts een keer met een klacht te maken. En gegrond of niet, klachten zijn nooit leuk. De overtreffende trap van een reguliere klacht – een medische tuchtzaak – wens je niemand toe. In dit nummer analyseert Sander Gaal 250 tuchtrechtsklachten tegen huisartsen.

Leren van incidenten en fouten

Van die 250 klachten ging maar liefst 69% over de zorg in de huisartsenpraktijk en slechts 18% over de zorg tijdens diensturen. Opvallend, want huisartsen ervaren de huisartsenpost vaak als een risicovollere werkplek door de hogere incidentie van potentieel bedreigende aandoeningen bij een onbekende patiëntenpopulatie. De jaarcijfers van de klachtenregeling in mijn regio laten echter dezelfde cijfers zien. Het merendeel van de klachten is tegen de eigen huisarts gericht. Vroegtijdige bemiddeling door de klachtenfunctionaris van de huisartsposten speelt hierbij waarschijnlijk een rol.



Wat kunnen we nu met deze informatie? Maar één ding: leren. Gaal et al. definieerden in een eerder artikel een incident als 'een onbedoelde gebeurtenis gedurende het zorgproces die heeft geresulteerd, of nog kan resulteren in schade voor de betrokken patiënt'. In H&W 5 las u al over het veilig melden van incidenten. Het moeilijke is dat niet elk incident tastbaar is, en ook niet uit retrospectief dossieronderzoek te halen is. Veel incidenten gebeuren in ons hoofd tijdens het diagnostisch proces. Zo miste ik recent een instabiele angina pectoris. Mijn beleid zat eigenlijk al in mijn hoofd na tien zinnen. Toch liet ik me afleiden door de ontwijkende persoonlijkheid en angst van de patiënt. Ik ging erin mee en zorgde voor het doctor's delay. Het infarct volgde kort daarna tijdens het tuinieren. Ik had een echte knoop in mijn buik. De patiënt diende geen klacht in. Integendeel, hij was heel tevreden. Reacties uit mijn omgeving dat dit soort zaken gebeuren in ons vak, zorgden niet dat de knoop wegging. Een gesprek met een inspirerende opleider wel. We focusten op wat er in mijn hoofd gebeurde. We analyseerden zin voor zin en we benoemden vooral wat er misging. Zelden zoveel geleerd. We leren van fouten. Toedekken helpt niet, het analyseren van de gebeurtenis wel.

Communicatie en diagnostiek

Tuchtzaken leren ons dat de pijn bij de klagende partij vaak zit in de communicatie voor, tijdens of na het voorval. Wellicht ligt daar ook de sleutel tot het voorkómen van veel klachten. Ondertussen helpt ons dat niet om acuut bedreigende aandoeningen uit de vijver met onschuldige aandoeningen te vissen. De kans op een gegrond verklaarde tuchtklacht is één op de drie miljoen contacten. De kans om een ernstige aandoening te missen is vele malen groter. Want zo geruststellend is onze diagnostiek bij potentieel levensbedreigende aandoeningen in de huisartsenpraktijk nog lang niet. Atul Gawande schreef: 'Be willing to recognise the inadequacies in what you do and to seek solutions. As succesfull as medicine is, it remains deplete with uncertainties and failure. This is what makes it human, at times painful, and also so worthwhile.' Dat vind ik een inspirerende samenvatting én streven voor de huisarts en de wetenschap in de praktijk.

Jochen Cals