

## 'Patiëntveiligheid is belangrijk, vooral ook bij de diagnostiek'

In januari promoveerde Sander Gaal op zijn proefschrift *Patient Safety in Primary Care*. In het juninummer van H&W kon u zijn onderzoeksartikel al lezen. Ditmaal vertelt hij in een interview over de aspecten van zijn onderzoek die van belang zijn voor het dagelijks werk van de huisarts.

### Erst de promotie

Gaal volgde een wat ongebruikelijk traject: hij heeft eerst zijn promotieonderzoek afgerond en begon pas daarna aan zijn opleiding tot huisarts. 'Ik wist al wel dat ik graag huisarts wilde worden, maar ik raakte min of meer bij toeval in dit onderwerp terecht. Ik deed hier in het Radboud mijn stage en interviewde daarvoor huisartsen over wat zij nu eigenlijk onder patiëntveiligheid verstonen. Na die stage ging ik hier werken; ik deed een dossieronderzoek, een project, nog een project, en zo alles bij elkaar opgeteld werd dat een promotieonderzoek. Ik heb heel veel geluk gehad dat alles zo voorspoedig verliep.



Dat stageonderzoek was bovendien heel leuk; drie maanden lang toerde ik door Nederland en sprak ik huisartsen in dertig verschillende praktijken die allemaal de patiëntveiligheid op een andere manier aanpakten.'

### Weinig ernstige incidenten

'Het Veilig Incident Melden is heel belangrijk', meent Gaal, 'maar dat gebeurt natuurlijk altijd pas achteraf. Ik hoop dat we naar een situatie toe groeien waarin we incidenten kunnen voorkómen, vandaar mijn focus op patiëntveiligheid. Waar kunnen we deze nog verbeteren? Jammer is dat je pas ziet waar de risico's zitten als er al dingen mis zijn gegaan. Bovendien is het signaleren van risicovolle situaties in de huisartsenpraktijk lastig, omdat er maar heel zelden incidenten voorkomen die een echt ernstige afloop hebben. De kans op een tuchtzaak is bij huisartsen slechts 1 op de 70.000 patiëntencontacten per jaar. Wij onderzochten 8400 patiëntencontacten, ofwel 1000 patiëntjaren, en vonden daarin geen enkel incident waarbij er sprake was van blijvende schade. Natuurlijk vonden we wel incidenten, in totaal 211, waarvan 58 met voor de patiënt merkbare schade, maar niets daarvan was dus blijvend.'

Gaal vervolgt: 'Gelukkig lopen incidenten in de huisartsenpraktijk dus vaak goed af, maar dat wil niet zeggen dat je als huisarts achterover kunt gaan leunen met je benen op je bureau. Het is toch goed om te kijken of iets beter kan vóór er iets fout gaat, ook al is de kans op schade klein. Accreditatie is daarvoor misschien een goed instrument.'

### Lastige grenzen

In de huisartsenpraktijk zijn maar weinig aspecten aan te wijzen waar níets kan misgaan met schade voor de patiënt als gevolg. Gaal: 'Het is een erg breed onderwerp; in ons onderzoek noemden huisartsen 274 verschillende aspecten in hun werk en hun praktijkvoering die met patiëntveiligheid te maken hebben. Dat is dus echt heel veel. En waar begin je dan aan, wat pak je als eerste op? Bovendien, wat is

eigenlijk een incident? In veel gevallen kun je ook een rol toebedelen aan de patiënt en dan is het vervolgens de vraag waar de verantwoordelijkheid van de huisarts begint en ophoudt. Moet je bij ieder consult vragen of de patiënt zijn medicijnen wel inneemt? Moet je een signaleringssysteem hebben als er niet tijdig herhaalmedicatie wordt aangevraagd? Moet je vervolgens achter de patiënt aan bellen om hem daarop te wijzen? Die grenzen zijn heel lastig te bepalen.'

### Risico's bij diagnostiek

'Als je aan huisartsen vraagt wat risicovolle situaties zijn, noemen ze vaak de medicatievoorschriften en soms ook communicatieaspecten of oudere patiënten', vertelt Gaal. 'Maar uit ons onderzoek blijkt dat verreweg de meeste tuchtzaken tegen huisartsen gaan over de diagnostiek. We zouden ons daar dus op moeten richten als we zoeken naar vermindering van risico's. Uitgangspunt is daarbij: wat wil je als huisarts echt niet wat er gebeurt? Dat is natuurlijk dat je niet wilt dat de patiënt ernstige schade ondervindt en dat nog snel ook, want als het langzaam gaat kun je meestal nog wel ingrijpen. Dus hoe herken je wél die sepsis of die pijn op de borst die ernstig is? Je kunt nu eenmaal niet iedereen naar het ziekenhuis sturen, maar misschien kunnen we nog wel ons diagnostisch arsenaal verbeteren.'

### Tuchtzaken tegen huisartsen

Zijn er bevindingen geweest in zijn onderzoek die Gaal hebben verbaasd? 'Ik vond het verrassend dat we maar weinig aantreffen wat echt ernstig is. Dat is weliswaar geruststellend, maar toch vind ik dat dit niet betekent dat we op onze lauweren kunnen gaan rusten. Want er gáán wel degelijk dingen mis; ook bij huisartsen zijn er ernstige incidenten. Per jaar zijn er zo'n 350 tuchtzaken tegen huisartsen, waarvan circa eenderde gegrond wordt verklaard. We werken nu eenmaal in de gezondheidszorg en daar wegen fouten zwaar. Het zal je vader of moeder maar zijn, of jijzelf, bij wie die ernstige diagnose is ge-

mist of bij wie een incident plaatsvindt met blijvende schade als gevolg.’ In zijn onderzoek heeft Gaal geanalyseerd wat de redenen waren voor tuchtzaken tegen huisartsen. ‘Bijna altijd is er dan sprake van ernstige schade, want de meeste mensen stappen heus niet zomaar naar het Tuchtcollege. De hoofdgroep van redenen om een tuchtzaak aan te spannen was het missen van de diagnose van ernstige ziekten, gevolgd door het verlenen van onvoldoende medische zorg. Ook bij de gegronde verklaarde zaken waren dit de belangrijkste klachten.’

### **Snelle schade**

Het moge duidelijk zijn: wie de patiëntveiligheid hoog in het vaandel heeft, moet op zoek naar verbeteringen op het gebied van de diagnostiek, en dan vooral als het gaat om ziektebeelden waarbij het snel mis kan gaan en er ernstige schade optreedt als je ze niet vroeg genoeg herkent. Gaal: ‘We hebben het dan vooral over een hartinfarct, sepsis, beroerte of maligniteit; daarbij zien we ook de tuchtzaken. We zouden dus op zoek moeten gaan naar diagnostische oplossingen, bijvoorbeeld een sneltest die aantoonst of er al dan niet sprake is van een hartinfarct. Aan de andere kant moeten we als huisarts ook leren leven met de werkelijkheid dat we altijd wel moeilijke diagnoses als een meningitis of een hartinfarct zullen blijven missen. Je moet alleen die kans zo klein mogelijk maken. Maar wat is de nullijn? Wat is nog acceptabel? Dat ene kind in de zoveel jaar met meningitis, hoe haal je dat eruit? Misschien helpt daarbij je pluis/niet-pluisgevoel. En verder blijft het toch altijd een kwestie van goed lichamenlijk onderzoek doen. Ook het Tuchtcollege zegt niet dat je altijd elke diagnose correct moet stellen; als je maar goed lichamenlijk onderzoek doet en je de verslaglegging goed op orde hebt, dan is je niets te verwijten.’

### **Dure patiëntveiligheid**

Heeft Gaal ook zijn gedachten laten gaan over de kosten die met optimale patiëntveiligheid gepaard zouden gaan? ‘De tijdsgeest is dat er in de gezond-

heidszorg steeds meer moet gebeuren, dus is het belangrijk om de kosten in de gaten te houden. Preventie kan vaak wel kostenefficiënt zijn, omdat het oplossen van complicaties in een later stadium heel duur is. Maar je kunt natuurlijk niet zekerheidshalve elke patiënt met pijn op de borst maar naar het ziekenhuis sturen, want dat wordt veel te duur. Vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid moet je hoe dan ook een patiënt zo lang mogelijk buiten het ziekenhuis zien te houden, want daar is de kans op incidenten en complicaties alleen maar groter.’

### **Wat kan nog beter?**

De belangrijkste conclusie die Gaal op grond van zijn onderzoek trekt, is dat een huisarts altijd zou moeten openstaan voor de gedachte: wat valt in mijn zorg of praktijk nog te verbeteren? ‘Dat zal voor iedere huisarts en in elke praktijk iets anders zijn, maar het is belangrijk om er altijd open naar te blijven kijken. Je kunt nu eenmaal niet van buitenaf zeggen: als je het zó doet gaat er nooit meer iets mis, want elke situatie is weer anders. Dus moet je zelf je eigen patiëntveiligheid in de gaten houden en is het goed om eens in de zoveel tijd even bewust stil te staan bij je werk en je praktijkvoering. Bijvoorbeeld omdat een klein incident vaker voorkomt of heel hinderlijk is. Of ga eens bij de assistentes te rade; die zien en horen heel veel. En ook al weten we dat cultuur op de werkvloer bijna niet te veranderen is, deze is wel heel belangrijk! Kijk naar die aspecten, het hoeft soms maar heel klein te zijn.’

### **Hoe dieper hoe leuker**

Na zijn promotie is Gaal begonnen aan de huisartsenopleiding. Hoe is deze wat ongebruikelijke volgorde hem bevallen? ‘Ik ben er heel tevreden over dat ik eerst mijn onderzoek heb afgerond en daarna pas aios ben geworden. Het onderzoek heeft me drie jaar gekost en nu moet ik nog drie jaar de opleiding doen; dat levert me dus wel wat tijdswinst op vergeleken met het aiotho-traject.’

Denkt Gaal later nog weer terug te keren in het wetenschappelijk on-

derzoek? ‘Ik zal in elk geval zeker als huisarts aan de slag gaan, maar ik wil daar wel iets naast doen. Dat kan iets zijn met onderzoek, maar bijvoorbeeld ook met kwaliteitsverbetering. Ik kijk wel wat er op mijn pad komt, er zal zich heus wel weer iets aandienen. Want als ik tijdens mijn promotieonderzoek iets heb geleerd, dan is het wel dat naar-mate je je ergens meer in verdiept, het steeds leuker wordt.’ ■

*Ans Stalenhoef*