

DAT GING EVEN MIS

Huisartsen en assistenten registreren incidenten

Tien werkdagen lang registreerden huisartsen en doktersassistenten in een gezondheidscentrum 'alles wat niet de bedoeling was'. Het leverde tal van ideeën op voor een betere organisatie van de praktijk.

DORIEN ZWART
HARRY MOLENDIJK

In ziekenhuizen is het nut van het systematisch benaderen van fouten in een blamefree-omgeving steeds duidelijker merkbaar. De grotere samenwerkingsverbanden in de huisartsgeneeskunde maken ook de eerste lijn geschikt voor een dergelijke systeembenadering van fouten. Dit blijkt uit verschillende publicaties over dit onderwerp en uit een proef met veilig melden van fouten voorgevallen in een gezondheidscentrum zoals beschreven in dit artikel.

Bij het systematisch benaderen van fouten gaat het om wát er fout ging en niet om de vraag wie de fout maakte, zoals bij de persoonsgerichte benadering. Uitgangspunten bij de systematische benadering zijn dat mensen nu eenmaal fouten maken én dat het systeem waarin ze werken zo moet zijn gemaakt dat deze fouten worden voorkomen of ontdekt voordat ze schade aanrichten. Dit zal de veiligheid voor de patiënt verhogen.

Om als organisatie van fouten te leren, moeten personen binnen die organisatie fouten kunnen melden. Vervolgens moeten deze meldingen zorgvuldig worden geanalyseerd op (basis)oorzaken, waarna preventieve maatregelen kunnen worden genomen.¹⁻⁴ Voorwaarde voor het melden van fouten is een open cultuur waarin fouten bespreekbaar



zijn en waarin personen zich veilig voelen om te melden: een blamefree-omgeving.

ZOEKTOCHT

In Australië, Engeland en Canada zijn de eerste schreden op het gebied van veiligheid in de eerstelijnszorg gezet. Wij maakten een zoektocht in de literatuur uit deze landen naar de frequentie van fouten in de huisartsenpraktijk, naar methoden om fouten te registreren en naar de aard van de fouten.^{5,6} Internationale literatuur waarin de volgende stappen van de systematische benadering worden beschreven (oorzakenanalyse

van de meldingen en de hieruit volgende preventieve maatregelen) vonden we niet.

In Nederland promoveerde Conradi in 1995 op fouten van huisartsen.⁷ Hij onderzocht wat huisartsen fout vonden, welke fouten ze maakten, hoe ze ermee omgingen en hoe fouten zijn te voorkomen. Op grond van experimenten met meldingssystemen schatte hij dat huisartsen 1 à 2 meldingen per jaar zouden doen als er voor hen een MIP-commissie zou bestaan. Veel onderzochte huisartsen waren voorstander van zo'n meldingscommissie. De analyse die Conradi maakte van verzamelde >>

<< incidenten uit de huisartsenpraktijk toonde inderdaad aangrijpingspunten voor preventie.

PROEF ONDER HUISARTSEN

Om enig idee te krijgen van frequentie en aard van meldingen in een huisartsenpraktijk verrichtten wij een proef met 'veilig incidenten melden' in een gezondheidscentrum met 8250 patiënten. Er werken zes huisartsen (totaal 3 fte), een

dagen in augustus 2004 geregistreerd op een eenvoudig formulier. De meldingen zijn geteld en gerubriceerd naar de taxonomie van medische fouten in de eerste lijn zoals gepubliceerd door Dovey c.s.⁵

PROCESMELDINGEN

De doktersassistenten meldden gemiddeld per assistente per gewerkte dag bijna tweemaal 'iets wat niet de bedoeling was'. In de tien registratiedagen

(parttime werkende) huisartsen werkten in de registratieperiode samen totaal 26,5 dagen en meldden 25 maal een fout of bijna-fout (zie tabel). Van de meldingen hadden er 19 (76%) betrekking op het werkproces en 6 (24%) op kennis en vaardigheid.

Van de procesmeldingen waren er 9 over registratie en administratie, bijvoorbeeld over de planning van afspraken of over het niet-noteren van gegeven zorg. Andere procesmeldingen: driemaal over medicatie uitschrijven en tweemaal over communicatieproblemen met patiënten of met niet-collega's (ook tweemaal). Voorbeelden van kennis- en vaardighedenfouten waren: driemaal een verkeerde diagnose en driemaal een fout in de uitvoering van een klinische taak.

AANTAL MELDINGEN

De frequentie van meldingen is niet goed te vergelijken met internationaal onderzoek hiernaar. We kozen als indicator voor de meldingsfrequentie het aantal meldingen per persoon per dag omdat dit het meest 'beeldende' getal leek, passend bij het doel van deze proef. Rubin spreekt van een *overall error rate* van 75 per 1000 afspraken in de huisartsenpraktijk.⁶ Hierin zitten de meldingen van artsen en administratief personeel uit de praktijken. Onduidelijk blijft welke afspraken allemaal worden meegerekend. In onze proef hebben we het aantal afspraken in het hele gezondheidscentrum in die tien dagen niet bijgehouden, zodat we deze *overall error rate* niet kunnen geven.

Conradi noemt één à twee meldingen per jaar.⁷ Deze frequentie is echter bepaald uit weinig meldingen en met een veel smallere definitie van fouten. Bij onze proef is de brede definitie 'alles wat niet de bedoeling was' bewust genomen om het melden zo gemakkelijk mogelijk te maken en om kleine fouten of bijna-fouten te laten registreren. Dit is belangrijk omdat in bijna-fouten net zoveel informatie zit als in echte fouten.⁸

Er is een opvallend verschil in aantal meldingen bij de huisartsen. De huisarts met het hoogste aantal meldingen is schrijver van dit artikel. Dit suggereert het optreden van meldingsbias: 'Hoe meer je ermee bezig bent, hoe meer je er ziet.' Dit fenomeen beschrijft Conradi ook in zijn proefschrift. Tel je echter het hoogste en het laagste aantal meldingen per huisarts niet mee, dan blijft het

Het gaat om wát er fout ging en niet wie de fout maakte

haio, zes doktersassistenten (3,5 fte) en een praktijkondersteuner (0,3 fte). Er is een directe samenwerking in het pand met een diëtiste, twee maatschappelijk werkers en een eerstelijnspsycholoog. Regelmatig houden fysiotherapeuten, een psychiater en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige spreekuur in het gezondheidscentrum.

De vijf huisartsen (tijdens de proef was één huisarts met vakantie) en de zes doktersassistenten kregen het verzoek 'alles wat niet de bedoeling was' te registreren. Bij de toelichting is benadrukt dat elke fout en bijna-fout, hoe klein die ook lijkt, ongeacht betrokkene(n), ongeacht of de (bijna-)fout binnen of buiten de praktijk is ontstaan, kon worden geregistreerd zonder dat dit zou leiden tot negatieve gevolgen voor de melder. Er werd gedurende tien werk-

waren er gemiddeld drie doktersassistenten aanwezig, die samen 54 meldingen deden. De drukte op de werkdagen was normaal.

Over een fout of bijna-fout in het werkproces (procesmeldingen) gingen 52 meldingen, 1 melding had betrekking op kennis en vaardigheden, en 1 melding had geen passende categorie. Van de 52 procesmeldingen hadden er 27 betrekking op registratie en administratie. Van deze 27 waren 13 foutmeldingen bij het maken van afspraken. Een andere belangrijke categorie procesfouten lag bij de medicatie: drie meldingen hadden betrekking op medicatie uitschrijven of bestellen en acht meldingen gingen over de uitvoering van medicatiebestellingen of medicatievoorschriften.

De huisartsen deden bijna één melding per huisarts per gewerkte dag. Alle

VEILIG INCIDENTEN MELDEN

	werkdagen	patiënten-contacten	meldingen	meldingen/ 1000 patiënten- contacten (afgeronde getallen)
HA 1	3	142	0	0
HA 2	8	315	11	35
HA 3	6	203	4	20
HA 4	5,5	236	4	17
HA 5	4	126	6	48
totaal	26,5	1022	25	25

Aantal meldingen van fouten en bijna-fouten van de vijf deelnemende huisartsen aan een proef met veilig incidenten melden.

gemiddelde ongeveer hetzelfde, namelijk één melding per huisarts per dag.

Hoewel de informatie vooraf aan de deelnemers minimaal was, zijn er redelijk veel meldingen gedaan. De deelnemers vonden het aantal meldingen in deze proef verrassend; het maakte hen nieuwsgierig naar meer registratie-experimenten en het opzetten van een databank met alle meldingen. Het idee is daarmee meer zicht te kunnen krijgen op de aard en frequentie van fouten en bijna-fouten in de praktijk. Analyse van de veelvoorkomende en/of ernstige meldingen kan dan systematisch gebeuren, waardoor de organisatie ervan kan leren.

ZWART OP WIT

De aard van de meldingen: 76 procent procesfouten en 24 procent kennis- en vaardighedenfouten bij de huisartsen, en bijna 100 procent procesfouten bij de doktersassistenten is wel vergelijkbaar met getallen uit het onderzoek van Makeham en Dovey in het kader van de internationale studie naar fouten in de eerste lijn.⁹ Zij vonden voor alle landen

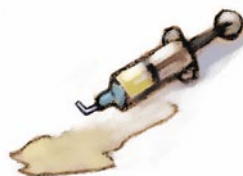
Dit was niet een nieuw probleem, maar nu stond het wel zwart op wit. De ernst van de gevolgen werd echter laag ingeschat en de gedachte dat het systeem niet deugt omdat personen deze fouten nu eenmaal maken en het systeem ze zou moeten voorkómen, werd niet unaniem gedeeld. Dat beperkt de veranderingsbereidheid.

ANALYSE

Volgens de veiligheidskunde is veelvuldig vóórkomen van hele kleine foutjes wel reden tot nadere, systematische, analyse, omdat het actuele gevolg geen voorspellende waarde heeft voor de afloop van het volgende voorval met exact dezelfde genese. Met andere woorden: een kleine procesdeviatie kan ernstige gevolgen hebben en die kans wordt groter als het vaker voorkomt.

Analyse zou kunnen plaatsvinden volgens de methode van systematische incidentreconstructie en -evaluatie (SIRE).¹⁰ Leerpunt naar aanleiding van onze proef was dus dat voor zo'n grondige en tijdrovende analyse eerst meer

Vaak gaat het om voor de hand liggende foutjes



uit de studie 79 procent procesfouten en 21 procent fouten bij kennis- en vaardigheden.

Bij bespreking van de aard van de meldingen in het gezondheidscentrum bleek dat de melders een groot deel van de meldingen beschouwen als 'voor de hand liggende, dagelijkse foutjes', die ze ad hoc oplossen. Ook de kennis- en vaardighedenfouten die werden gemeld én gemaakt, werden ad hoc besproken, geëvalueerd en naar tevredenheid opgelost.

Leerzaam van het categoriseren van de meldingen was dat heel duidelijk werd dat in het afsprakensysteem van de praktijk wel veel 'foutjes' worden gemaakt.

discussie en voorlichting over de zin en achtergrond hiervan binnen het gezondheidscentrum moest plaatsvinden. Om aan deze discussie inhoud te geven hebben we in het gezondheidscentrum een eerste SIRE-analyse toegepast op een incident dat ná de meldingsproef plaatsvond. De uitkomst hiervan gaf leerzame en bruikbare informatie over de organisatie van de praktijk. Enkele leerpunten waren dat het onderling overleg niet sluitend is en dat de vraaggerichte instelling risico's heeft die in de organisatie zijn op te lossen. Voor de huisartsen van het gezondheidscentrum was deze analyse reden te meer om een vervolg te

SAMENVATTING

- *Veilig incidenten melden is mogelijk in de huisartsenpraktijk.*
- *Het aantal fout- en bijna-foutmeldingen in deze pilot is bijna één per huisarts per gewerkte dag.*
- *De aard van de meldingen bevat informatie om de organisatie van de praktijk te verbeteren.*
- *De systematische benadering van fouten lijkt ook toekomst te hebben in de eerste lijn.*

Andere MC-artikelen over het melden van fouten vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.



willen geven aan de meldingsproef. Er wordt nu gewerkt aan de opzet van een experiment waarbij melden van fouten én analyse ervan volgens SIRE een plaats gaat krijgen.

Al met al zijn met weinig middelen en summiere uitleg vóór de registratie interessante meldingen naar voren gekomen. Om structureel te leren van de fouten in de praktijk is analyse noodzakelijk, maar een stap hiervóór is verhogen de meldingsbereidheid en de verrijningsbereidheid door voorlichting over de genese van fouten en wat een systematische benadering kan betekenen om van fouten te leren. Ook is het creëren van een veilige meldingsomgeving een belangrijke voorwaarde. ■

drs. D.L.M. Zwart,
huisarts en staflid huisartsopleiding, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht

dr. A. Molendijk,
kinderarts-neonataloge, afdeling Kindergeneeskunde, subafdeling neonatologie, Isala klinieken Zwolle, locatie Sophia

Correspondentieadres: dzwart@umcutrecht.nl

Referenties

1. Schellekens WMLCM, Blijham GH. Deltaplan voor een verborgen probleem. *Medisch Contact* 2003; 58 (10): 387-90.
2. Molendijk A, Borst K, Dolder R van. Vergissen is menselijk. *Medisch Contact* 2003; 58 (43): 1658-61.
3. Willems R et al. Hier werk je veilig of je werkt hier niet. Sneller Beter - De veiligheid in de zorg. Eindrapportage Shell Nederland, november 2004.
4. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768-70.
5. Dovey SM et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 233-8.
6. Rubin G, George A, Chinn DJ, Richardson C. Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 443-7.
7. Conradi MH. Fouten van huisartsen. 1995 uitgeverij Boom Amsterdam.
8. Barach P and Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ* 2000; 320: 759-63.
9. Makeham MAB, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *MJA* 2002; 177: 68-72.
10. Leistikow IP, Blijham GH. Nieuw licht op incidenten. Een methode voor risico-analyse in de patiëntenzorg. *Medisch Contact* 2004; 59 (25): 1022-4.