

## COMMENTAAR

# Veiligheidsproblemen in de huisartsgeneeskunde: belangrijke spelden in vele hooibergen

Dorien Zwart

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A3730

In navolging van de wetenschappelijke onderbouwing van patiëntveiligheid in ziekenhuizen is er nu onderzoek naar veiligheidsincidenten in de huisartsgeneeskunde beschikbaar. In dit nummer van het *Tijdschrift* publiceren van Gaal et al. cijfers over incidentie, ernst, oorzaken en gevolgen van potentieel vermijdbare incidenten in de zorgverlening door huisartsen in hun eigen praktijk en tijdens diensten.<sup>1</sup> In ongeveer 2,5% van de contacten blijkt zich een incident voor te doen, waarvan het merendeel geen consequenties voor de patiënt heeft. Menselijk falen is volgens de onderzoekers de meest voorkomende oorzaak van de incidenten. Ze concluderen dat de Nederlandse huisartsgeneeskunde relatief veilige zorg aan patiënten biedt.

Kwantificeren van veiligheidsproblemen bevordert de zichtbaarheid van patiëntveiligheid.<sup>2</sup> Bovendien identificeert onderzoek naar veiligheidsincidenten voorbeelden van en mogelijke deelgebieden met veiligheidsproblemen. Deze concrete data stimuleren de bereidheid om patiëntveiligheid in de praktijk te verbeteren. Het onderzoek van Gaal et al. draagt hieraan bij, maar er valt wel wat aan te merken op de resultaten.

## INCIDENTIE EN SOORT INCIDENTEN

Ondanks de beperkingen, beschouwen de onderzoekers dossieronderzoek als de meest grondige methode om het aantal incidenten betrouwbaar te meten.<sup>3</sup> Dat betekent echter niet dat de resultaten ook valide zijn, dat wil zeggen dat ze weergeven wat er werkelijk aan incidenten plaatsvindt in de huisartsenpraktijk. De in de studie gevonden incidentie van 1 incident per 40 contacten lijkt mij aan de lage kant met de gebruikte, brede definitie van incident, namelijk: 'elke onbedoelde gebeurtenis die heeft geleid, had kunnen leiden of nog kan leiden tot schade'. Studies waarin door middel van een meldingsprocedure

incidenten werden verzameld, vonden al hogere aantallen.<sup>4,5</sup> Daarnaast blijkt dat wanneer je verschillende onderzoeksmethoden tegelijkertijd toepast, er per methode andere incidenten gevonden worden.<sup>6,7</sup> Ook dat wijst in de richting van onderschatting van de incidentie met een dossierstudie alleen.

Zoals de onderzoekers zelf ook opmerken, zal het type incidenten dat gevonden is niet overeenkomen met de dagelijkse praktijk. Behalve dat je in een dossierstudie afhankelijk bent van de kwaliteit van dossiervoering, zullen er bijvoorbeeld geen incidenten gevonden worden die buiten de spreekkamer plaatsvinden, zoals het telefonisch niet bereikbaar zijn. Voor meer valide kennis van de incidentie en het soort veiligheidsproblemen in de huisartsgeneeskunde is een studie met een combinatie van detectiemethoden dus aangewezen.<sup>8</sup>

## GEVOLGEN EN OORZAKEN

De onderzoekers beoordeelden de gevolgen van de incidenten voor de patiënt, naar aanleiding van gegevens uit het dossier. Omdat artsen de consequenties voor patiënten vaak lijken te onderschatten,<sup>9</sup> zijn ook deze resultaten beperkt geldig.

Naar mijn mening gaat in deze opzet echter vooral de validiteit van de oorzakenstudie mank. Uit een dossier is namelijk niet te halen waarom iemand deed wat hij of zij deed, waar en met wie hij of zij dat deed en welke factoren meespeelden in een beslissing, een handeling of in het juist ontbreken daarvan. Dus de bevinding van Gaal et al. dat het merendeel van de incidenten het gevolg was van menselijk falen, is te kort door de bocht, en in ieder geval niet behulpzaam bij het zoeken naar verbetermogelijkheden. Ervaring met incidentanalyse leerde me dat de geschreven informatie in het dossier van een patiënt bij wie een incident had plaatsgevonden, heel weinig zegt over het scenario waarin het incident zich ontrolde. Ik vind dan ook dat onderzoekers zich dienen te onthouden van een oordeel over de oorzaken van het incident, zolang de betrokkenen – zowel de hulpverleners als de patiënt of familie – niet zijn geïnterviewd en hebben meegedacht in de analyse.

*Universitair Medisch Centrum Utrecht, divisie  
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen  
en Eerstelijngeneeskunde,  
afd. Huisartsgeneeskunde, Utrecht.  
Dr. D.L.M. Zwart, huisarts  
(d.zwart@umcutrecht.nl).*

### HUISARTSENPRAKTIJK VERSUS HUISARTSENPOST

Het is opmerkelijk dat de gevonden incidentie van veiligheidsproblemen in de huisartsenpraktijk (2,5%) en op de huisartsenpost (2,4%) vrijwel gelijk zijn. Voor huisartsen lijkt de huisartsenpost een risicovollere werkomgeving dan hun eigen huisartsenpraktijk. Extra 'foutenuitlokkende' factoren zijn vooral de wisselende samenstelling van het team van zorgverleners, de niet routinematige werkomgeving, de onbekende patiëntenpopulatie met meestal een andere epidemiologie dan in de eigen huisartsenpraktijk, een moeilijker stuurbare patiëntenstroom met meer acute problematiek en een grotere dichtheid aan ernstige ziektebeelden. Dit blijkt echter niet uit de studie; de distributie van typen incidenten op de huisartsenpost verschilt van de huisartsenpraktijk, maar de totale incidentie echter niet.

### BELANG VOOR DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

De studie van Gaal et al. is een eerste objectief onderzoek naar aantallen incidenten in de huisartsgeneeskunde, maar met een te beperkte blik; het laat namelijk alleen zien hoe vaak en welke incidenten zijn terug te vinden in het huisartsgeneeskundig elektronisch medisch dossier. Niettemin, stel dat de resultaten de werkelijkheid niet onderschatten, ook dan ontslaan ze huisartsen niet van de verantwoordelijkheid om systematisch naar veiligheidsrisico's in hun praktijk te blijven zoeken.

Er zijn huisartsen die zich afvragen of ze het wel beter kunnen doen; 'het bedrijven van geneeskunde is nu eenmaal risicovol'. Ook worden bezwaren aangevoerd tegen de brede definitie van incident: is een verwijfsbrief die niet klaarligt wel een veiligheidsprobleem?<sup>10</sup> En veiligheidsmanagement an sich bijt al met de dagelijkse praktijk: natuurlijk wil niemand de verkeerde pillen voor-

schrijven, maar dat loopt in de praktijk meestal met een sisser af. Dus, hoeveel tijd van de dag moeten we investeren in het nalopen en bijwerken van lijsten met herhaalmedicatie, terwijl die tijd ook besteed kan worden aan een patiënt?

Deze argumenten weerspiegelen mijns inziens de wrijving tussen de veiligheidskundige blik en de huisartsgeneeskundige blik. Veiligheidskundig gezien zijn alle, ook de kleinste, onbedoelde voorvallen van belang. In elk incident, hoe onbeduidend ook, zit informatie om risico's in de toekomst uit te sluiten. De huisarts daarentegen, werkt met beperkte tijd en middelen en richt zich op het zo veilig mogelijk behandelen van het meest essentiële probleem. En daarmee calculeren huisartsen een risico op incidenten in, en lijkt 'veiligheidsmanagement' niet altijd zinvol. Gaal et al. geven voor deze discussie een belangrijke overweging mee: ook in de laagrisico-omgeving van de huisarts ontstaat aanzienlijke onbedoelde schade door diens grote aandeel in de Nederlandse gezondheidszorg; de onderzoekers schatten dat rond de 60.000 ziekenhuisopnames per jaar met incidenten te maken hebben, en dat bij 20% hiervan opname zelfs vermijdbaar zou zijn geweest. Huisartsen zouden zich dit moeten aantrekken en zich inspannen om passende methoden te ontwikkelen die de patiëntveiligheid in hun praktijk bevorderen.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 24 augustus 2011

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A4021

 [Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

### LITERATUUR

- Gaal S, Smits M, Verstappen W, Giesen P, Wensing M. Veiligheidsincidenten in de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2011;155: A3730.
- Leistikow IP, Kalkman CJ, de BH. Why patient safety is such a tough nut to crack. *BMJ.* 2011;342:d3447.
- Gaal S, Verstappen W, Wolters R, Lankveld H, van WC, Wensing M. Prevalence and consequences of patient safety incidents in general practice in the Netherlands: a retrospective medical record review study. *Implement Sci.* 2011;6:37.
- Elder NC, Vonder MM, Cassedy A. The identification of medical errors by family physicians during outpatient visits. *Ann Fam Med.* 2004;2:125-9.
- Zwart D, Molendijk H. Dat ging even mis. Huisartsen en assistenten registreren incidenten.. *Medisch Contact.* 2005;60:981-3.
- Tam KW, Kwok KH, Fan YM, Tsui KB, Ng KK, Ho KY, et al. Detection and prevention of medication misadventures in general practice. *Int J Qual Health Care.* 2008;20:192-9.
- Wetzels R, Wolters R, van WC, Wensing M. Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: a prospective observational study. *BMC Fam Pract.* 2008;9:35.
- Olsen S, Neale G, Schwab K, Psaila B, Patel T, Chapman EJ, et al. Hospital staff should use more than one method to detect adverse events and potential adverse events: incident reporting, pharmacist surveillance and local real-time record review may all have a place. *Qual Saf Health Care.* 2007;16:40-4.
- Kuzel AJ, Woolf SH, Gilchrist VJ, Engel JD, LaVeist TA, Vincent C, et al. Patient reports of preventable problems and harms in primary health care. *Ann Fam Med.* 2004;2:333-40.
- Zwart DL, Steerneman AH, van Rensen EL, Kalkman CJ, Verheij TJ. Feasibility of centre-based incident reporting in primary healthcare: the SPIEGEL study. *BMJ Qual Saf.* 2011;20:121-7.