

Medische fouten: een kans om de praktijk te verbeteren, een uitdaging voor EBM

“Eigen aan het werk van artsen is het onherstelbare van sommige dingen”¹

Gilles Henrard, Département de Médecine Générale, Université de Liège

De New England Journal of Medicine publiceerde in 2013 een artikel over medische fouten waarin de auteurs discreet de discussie aanboren over de communicatie met patiënten over medische fouten van collega-artsen². In de medische literatuur is hier weinig over terug te vinden. In tegenstelling tot andere risicodomeinen zoals de nucleaire industrie en het vliegwezen³, doet de geneeskunde blijkbaar zeer weinig aan opsporing, preventie en herstel van fouten. Nochtans staat de patiënt tijdens de zorg enorm bloot aan risico's, en vergissingen zijn een onderdeel van deze risico's. De stilzwijgendheid hierover roept veel vragen op.

Niet alle medische fouten leiden tot ongewenste gevolgen en nog minder tot schade. Sommige fouten blijven zonder gevolgen of worden later ontdekt en hersteld. In het Engels spreekt men in dit geval over 'near miss', wat betekent dat de eventuele nadelige gevolgen op tijd werden onderkend en gecorrigeerd. Daartegenover vinden niet alle ongewenste gebeurtenissen hun oorsprong in een fout. Door het ontbreken van gegevens over de incidentie van fouten, kunnen we aannemen dat de zorggerelateerde ongewenste gebeurtenissen bij benadering een beeld kunnen geven: ze komen frequent voor⁴, de incidentie blijft stabiel in de tijd⁵ en ze kunnen ernstige gevolgen hebben⁶.

Het kwantitatieve aspect is één element. Het lijkt ook moeilijk om te communiceren over medische fouten en dat zegt heel wat over ons beroep⁷. In de zorgverlening zien we vaak individualisme, bureaucratie en versnippering van de zorg. Daarnaast heerst er soms een cultuur van onfeilbaarheid. Volgens Eric Galam⁸ zijn zorgverleners opgeleid met het beeld van perfectie waarbij fouten eerder aanzien worden als een schande. Daarom zijn ze totaal niet voorbereid op eventueel dramatische omstandigheden waarbij volgens Christensen⁹ schuldgevoel, angst en isolement een grote rol spelen. Taboe? Voor de patiënt leidt de vraag naar erkenning van schade door een mogelijke fout soms tot een regelrechte strijd. Zelfs initiatieven zoals het Fonds voor Medische Ongevallen¹⁰ die zorgen dat de patiënt de medische fout niet meer moet bewijzen om schadeloosstelling te verkrijgen (en de arts niet moet erkennen dat hij verantwoordelijk is), blijven marginaal.

De rol van EBM?

Zorg verstrekken op basis van evidentie is één van de criteria voor de kwaliteit van de zorg. Is het verstrekken van EBM (doelstelling van Minerva) een hulpmiddel om fouten te vermijden? Dat is weinig onderzocht. De meeste fouten zijn niet te wijten aan inadequate kennis, maar eerder aan de kwetsbaarheid van ons menselijk redeneren onder complexe, onzekere omstandigheden, en zeker onder tijdsdruk¹¹. Sinds de publicatie einde jaren 90 van het beroemde rapport 'To err is Human – Building a safer health system'⁴ weten we ook dat zorggebonden medische fouten kunnen verband houden met de orga-

nisatie van de zorg, met te weinig veiligheidscultuur. We moeten afstappen van individuele stigmatisatie (fout betekent incompetentie) en evolueren naar een zorgverlening waar men fouten bespreekbaar maakt en er lessen uit trekt.

Om de zorgkwaliteit te verbeteren volstaat het dus waarschijnlijk niet om wat we vinden aan EBM door te geven aan zorgverleners. Betekent dit dat EBM maar een miniem onderdeel is van de zorgkwaliteit? Of ligt er hier juist een uitdaging? Naast de elementaire, noodzakelijke evaluatie van de werkzaamheid van moleculen, is er nog meer EBM-onderzoek wenselijk naar het effect van interventies die rekening houden met belangrijke aspecten van klinische beslisgeving: bv. onderzoek naar het effect van een herorganisatie van het werk door het invoeren van een procedure of een checklist¹² of naar het invoeren van hulpmiddelen voor klinische, bij voorkeur patiëntgerichte besluitvorming^{13,14}. De implementatie is dus een tweede belangrijke stap en dat is ook een doelstelling van EBMPracticeNet. Ten slotte is er nog meer aangepast onderzoek nodig (bv. kwalitatief) naar de kwaliteit van het klinisch denken en naar de factoren die een rol spelen bij het volgen van richtlijnen, twee belangrijke maar soms verwaarloosde elementen. Kortom EBM kan zich verder toeleggen op nog meer pedagogisch en operationeel onderzoek.

De uiteindelijke doelstelling van EBM is kwaliteitsverbetering van de praktijk. Voor een goede inbedding zal EBM dieper moeten ingaan op de enorme complexiteit van de praktijk. Het aspect medische fouten kan hier een goede ingangspoor zijn.

Referenties

- Hilfiker D. Facing our mistakes. *N Engl J Med* 1984;310:118-22.
- Gallagher TH, Mello MM, Levinson W, et al. Talking with patients about other clinicians' errors. *N Engl J Med* 2013;369:1752-7.
- Croskeny P, Cosby KS, Schenkel SM, Wears RL. Patient safety in emergency medicine. Wolters Kluwer Health. August 2008.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. 'To err is Human: Building a safer health system', Consensus Report of Institute of Medicine (USA), Nov. 1999; Free Brief report.
- de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008;17:216-23.
- Michel P, Lathelize M, Domeco S, et al. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé: fréquence, évitabilité et acceptabilité. Etudes et Résultats n° 761. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), mai 2011.
- L'erreur en médecine. *Pratiques* N° 59, décembre 2012.
- Galam E. Annoncer un dommage: pas si simple. *Pratiques* 2012;59:67.
- Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* 1992;7:424-31.
- Fonds voor Medische Ongevallen. <http://www.fmo.fgov.be/nl/about-us/foundation/index.html>
- Scott IA. Errors in clinical reasoning: causes and remedial strategies. *BMJ* 2009;338:b1860.
- Gawande A. The Checklist Manifesto: how to get things right. Profile Books, Jan 2011.
- La Rédaction Minerva. Patiëntgerichte besluitvorming: betere gezondheidsuitkomsten? *Minerva online* 15/04/2014.
- Weiner SJ, Schwartz A, Sharma C, et al. Patient-centered decision making and health care outcomes: an observational study. *Ann Intern Med* 2013;158:573-9.