

PATIËNTVEILIGHEID

dr. Maarten van Aken

internist-endocrinoloog, afdeling Interne Geneeskunde, HagaZiekenhuis, Den Haag

dr. Maarten ten Berg

klinisch chemicus, afdeling Klinische Chemie en Hematologie, UMC Utrecht, Utrecht

dr. Gerrit Jager

expert patiëntveiligheid/radioloog, afdeling Kwaliteit en Veiligheid/Radiologie, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch

dr. Laura Zwaan

cognitief psycholoog, onderzoeker, Institute of Medical Education Research Rotterdam, Erasmus MC, Rotterdam

VEEL ZORGERELATEERDE SCHADE KOMT VOORT UIT VERKEERDE DIAGNOSTIEK

Diagnosefouten verdienen meer aandacht

Bij het terugdringen van vermijdbare schade en sterfte was er tot nog toe weinig aandacht voor diagnosefouten als oorzaak. Het is tijd dat daarin verandering komt, want diagnostiek is tegenwoordig risicovoller dan het medicatieproces.



GETTY IMAGES

De potentieel vermijdbare sterfte in ziekenhuizen is in 2015/2016 niet gedaald ten opzichte van de periode daarvoor. Deze bevinding uit het EMGO/Nivel-rapport over zorggerelateerde schade in de Nederlandse ziekenhuizen kreeg veel aandacht, toen het november vorig jaar verscheen.¹ De categorie ‘diagnosefouten’ werd in dit rapport voor het eerst specifiek benoemd als een van de belangrijkste oorzaken van zorggerelateerde schade. Tot voor kort kreeg diagnostiek als bron van schade aan de patiënt weinig aandacht. Reden hiervoor is onder andere dat diagnosefouten minder makkelijk te meten zijn. Wanneer heeft een patiënt een ziekte, wanneer kan de ziekte gediagnosticeerd worden en wanneer had de diagnose gesteld moeten worden? Ook spreken diagnosefouten minder tot de verbeelding dan bijvoorbeeld een ingreep aan het verkeerde been.

Een ander recent rapport – van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) – noemt het diagnostisch proces een van de drie grootste risico’s, terwijl het in 2012 niet eens ter sprake kwam.² Reden genoeg voor een nadere beschouwing: wat zijn diagnosefouten en hoe zijn ze te voorkomen?

Wanneer heeft een patiënt een ziekte?

Verkeerd labelen

Bij een diagnosefout ontbreekt een nauwkeurige en tijdige verklaring van de gezondheidsklachten van de patiënt óf wordt deze verklaring niet tijdig aan de patiënt gecommuniceerd. Voor het classificeren van diagnosefouten is een onderscheid gemaakt tussen enerzijds een suboptimaal of inadequaat diagnostisch proces en anderzijds verkeerd labelen van een ziekte (het stellen van de verkeerde diagnose of het vertraagd stellen van de juiste diagnose). Waar deze categorieën elkaar overlappen, is sprake van potentieel vermijdbare diagnosefouten. Het deel hiervan dat tot gezondheidsschade leidt, is zorggerelateerde schade door diagnostiek en vormt de focus voor maatregelen ter preventie van diagnosefouten. In de *tabel* staan voorbeelden van de verschillende categorieën diagnosefouten.

Diagnosefouten

	OMSCHRIJVING	VOORBEELD
1	Suboptimaal diagnostisch proces, maar een correcte diagnose en geen gezondheidsschade	Patiënt wordt opgenomen met een pneumonie. Hij is bij opname tevens tachycard maar er wordt geen ecg verricht. Volgende dag wordt alsnog ecg gemaakt, blijkt sinustachycardie in kader van koorts.
2	Suboptimaal diagnostisch proces resulterend in gezondheidsschade, maar een correcte diagnose	Bij echo van de hals in verband met slikklachten, kleine schildkliernodus gevonden (kleiner dan 1 cm, behoeft geen verdere diagnostiek). Toch nadere diagnostiek met een cytologische punctie verricht. Hierbij echter onvoldoende materiaal, waarop hemithyreoidectomie (helpt schildklier operatief verwijderd). Uitslag pathologisch onderzoek: goedaardige schildkliernodus.
3	Vermijdbare incorrecte of vertraagde diagnoses zonder gezondheidsschade	Hoogbejaarde patiënte met koorts, urineonderzoek toont leucocyturie, diagnose urineweginfectie. Volgende dag blijkt sprake van gezwollen pijnlijke knie, diagnose jicht. Bij opname geen volledig lichamelijk onderzoek plaatsgevonden.
4	Vermijdbare, incorrecte of vertraagde diagnose resulterend in gezondheidsschade.	Man komt op SEH vanwege pijn bovenbuik. Werkdiagnose acute pancreatitis, opname mdl. Volgende dag blijkt: acuut onderwandinfarct, met inmiddels uitgebreide myocardschade, geen optie meer voor acute interventie ter beperking van schade. Bij opname is geen ecg verricht. Vrouw met gemiste tumor bij mammografie; twee jaar later alsnog ontdekt, nu gemetastaseerd.
5	Een correct proces en een incorrecte of vertraagde diagnose, zonder gezondheidsschade	Patiënt wordt opgenomen met kortademigheid en hoesten, op X-thorax consolidaties beide zijden, diagnose <i>community-acquired</i> pneumonie. Behandeling met antibiotica brengt geen verbetering, waarop nadere evaluatie o.a. middels CT-thorax. Uiteindelijke diagnose bronchiolitis obliterans met organiserende pneumonie. Na behandeling volgt herstel.
6	Ondanks een correct proces een incorrecte of vertraagde diagnose resulterend in gezondheidsschade	Patiënt met chronische buikklachten geduid als prikkelbaredarmsyndroom. Uitgebreide anamnese en lichamelijk onderzoek gedaan; uitgebreid lab-onderzoek, echo abdomen en colonoscopie gedaan, zonder afwijkingen. Diagnose drie jaar later: neuro-endocriene tumor van de dunne darm. Patiënte met pijnklachten bovenbuik. Uitgebreide anamnese en lichamelijk onderzoek verricht. Lab en echo toonden geen bijzonderheden. Patiënte is een week later plots overleden. Bij obductie blijkt sprake van een geruptureerd thoracaal aneurysma.

De conclusie in het EMGO/Nivel-rapport is dat 11 procent van alle zorggerelateerde schade het gevolg is van diagnosefouten; 79 procent hiervan zou potentieel vermijdbaar zijn. Onderzoek laat echter een grote variatie zien in het vóórkomen van diagnosefouten, mede door verschillende definities en onderzoeksmethoden. Volgens schattingen van experts is 10 tot 15 procent van de gestelde diagnoses niet geheel correct. Niet in al deze gevallen is sprake van schade aan de patiënt, of van vermijdbare schade. Als er sprake is van schade aan de patiënt dan is deze wel vaak ernstig.

High priority

De meesten van ons krijgen ooit te maken krijgen met een diagnosefout, soms met ernstige gevolgen. Een diagnosefout betreft vaak veelvoorkomende aandoeningen, zoals kanker, hartinfarct en longembolie. Ook in de eerste lijn zijn diagnosefouten een relevant probleem. In een recente Amerikaanse studie werd een percentage van 5 procent incorrecte diagnoses in de eerste lijn gevonden en gezien het grote volume van deze zorg krijgen veel mensen hiermee te maken.³ Wereldgezondheidsorganisatie WHO beschouwt diagnosefouten in de eerste lijn dan ook als 'high priority topic'.

De meesten van ons krijgen ooit te maken krijgen met een diagnosefout

Diagnosefouten geven tevens regelmatig aanleiding tot tuchtzaken, claims en berichten in de media. Uit analyse van tuchtzaken tegen huisartsen in de periode 1997-2007 bleek in 23 procent van de zaken sprake van een diagnosefout. Het eerdergenoemde rapport van de IGJ concludeerde dat diagnosefouten de tweede oorzaak vormen van vermijdbare sterfte en dat diagnostiek tegenwoordig risicovoller is dan het medicatieproces.² Tevens constateerde de IGJ dat er momenteel geen gestructureerde registratie of rapportage van diagnosefouten plaatsvindt en dat initiatieven ontbreken om dit probleem aan te pakken.

Menselijke fouten

Oorzaken voor het optreden van diagnostische fouten zijn divers en niet altijd eenvoudig aanwijsbaar. Uit het EMGO/Nivel-rapport blijkt dat diagnosefouten vaak meer oorzaken hebben dan andere typen zorggerelateerde schade. Zoals bij vrijwel alle typen fouten zijn er zowel systeemfactoren als menselijke factoren die een rol spelen. De menselijke factoren zijn een gebrek aan kennis of redeneerfouten, of een gebrekkige waarneming. Zo zijn binnen de radiologie 60 tot 80 procent perceptiefouten en 20 tot 40 procent cognitieve fouten. Systeemfactoren liggen vaak in de

tijdige beschikbaarheid van informatie en in de informatieoverdracht. Ook patiëntfactoren spelen een rol als ziektes zich atypisch presenteren.

Menselijke fouten blijken vaak de grootste rol te spelen in het ontstaan van diagnosefouten. Gebrek aan kennis uit zich vaak in de onjuiste interpretatie van laboratoriumuitslagen. Denkfouten vormen een andere potentiële bron van diagnosefouten, zoals eerder in Medisch Contact beschreven.⁴

Onderkenning

De eerste stap bij het reduceren van diagnosefouten is het onder de aandacht brengen van deze problematiek en het onderkennen ervan. Uit onderzoek is bekend dat artsen zichzelf overschatten als er gevraagd wordt naar hun diagnostische kwaliteiten.⁵ Zij dienen zich te realiseren dat diagnosefouten inherent zijn aan het complexe diagnostische proces, met herkenning van situaties waarin dit risico groot is. De organisatie van de dagelijkse praktijk moet erop gericht zijn om diagnosefouten tijdig te herkennen, te herstellen en het beleid hierop aan te passen, om schade te voorkomen. Een deel van de diagnosefouten is immers onvermijdbaar, zodat follow-upstrategie uitkomst moet bieden.

Adequate kennis, zowel van ziektebeelden als van diagnostische onderzoeken en de interpretatie ervan, vormt uiteraard een basisvoorwaarde. Onderwijs dient gericht te zijn op patroonherkenning en kennis over de pathofysiologie van aandoeningen en besliskundige principes. Eenmaal werkzaam in de praktijk, is het belangrijk om te leren van je eigen diagnosefouten. In de huidige praktijk ontbreekt deze diagnostische feedback veelal; dit biedt ruimte voor verbetering.

Valkuilen

Het optreden van cognitieve fouten in het diagnostisch proces blijkt lastiger te ondervangen. Kennis over deze valkuilen helpt niet bij het omzeilen ervan, doordat ze een wezenlijk onderdeel zijn van het denkproces. Daarom moet in het zorgsysteem goede follow-up en kritische herbeoordeling een vaste plaats krijgen, om cognitieve fouten tijdig te herstellen. Beslissingsondersteunende informatietechnologie kan mogelijk bijdragen aan het optimaliseren van het diagnostisch proces, hoewel toepassing hiervan vooralsnog lastig blijkt.

Ook het monitoren van en rapporteren over het diagnostisch proces kan helpen. In meldingssystemen zoals het Veilig Incident Melden (VIM) komen diagnosefouten zelden voor. De medisch-specialistische beroepsverenigingen zullen hiertoe zelf met initiatieven moeten komen, met oog voor relevantie en haalbaarheid van deze meetinstrumenten.

Samenwerking

Ook goede samenwerking kan bijdragen aan het voorkómen van diagnosefouten. Mede door steeds verdere specialisatie, treedt fragmentatie op, ook van de diagnostiek. Elke specialist voert zijn eigen onderzoek uit en coördinatie ontbreekt. Onlangs werd de jaarlijkse conferentie van de Amerikaanse Society to Improve Diagnosis in Medicine (SIDM) geheel gewijd aan het belang van teamwork bij diagnostiek. Naast de evidente voordelen van werken in een team, waaronder een bredere kennisbasis, verdelen van taken, en mogelijkheden voor feedback, blijkt teamwork bij te dragen aan betere diagnostiek. Een voorbeeld van diagnostisch teamwork is het concept van het 'diagnostic management team' (DMT) voor adequate en efficiënte laboratoriumdiagnostiek. Fouten bij het aanvragen van testen en het interpreteren van testuitslagen maken deel uit van de belangrijkste oorzaken van diagnostische fouten. Een DMT legt gezamenlijk de diagnostische puzzel en ondersteunt de behandelend arts bij de selectie van diagnostische testen en de interpretatie van uitslagen.

Nieuwe uitdagingen

De snelle ontwikkelingen op het gebied van diagnostische onderzoeken zullen het risico op diagnosefouten mogelijk vergroten en bovenstaande problematiek complexer maken. Met het laagdrempelig en snel beschikbaar komen van een haast oneindige lijst bloedtesten en beeldvormende technieken, is overdiagnostiek nu al een reëel probleem. De mogelijke opkomst van zelfdiagnostiek zal andere, nieuwe uitdagingen brengen. Aangezien diagnosefouten een relevante en onderschatte oorzaak van zorggerelateerde schade vormen, dient dit onderwerp hoog op de zorgagenda te worden gezet. ■

congres

In augustus 2018 organiseert de SIDM haar tweede Europese congres over diagnosefouten in de geneeskunde. Voor meer informatie zie de link onder dit artikel op medischcontact.nl.

contact

l.zwaan@erasmusmc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

VELDWERK

DE CHIRURG



MARTIJN MÖLLERS is werkzaam in ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten

Balansdag

Na de meivakantie maakte de weegschaal mij pijnlijk duidelijk dat de rek er na mijn 40ste wel uit is. De balansdagen – vroeger sporadisch nodig – komen nu steeds vaker voor en inmiddels weet ik van vrijwel alles wat ik eet hoeveel kilocalorieën het bevat. Bewust hiermee bezig zijn voelt goed en houdt mijn gewicht binnen de perken.

In diezelfde vakantie had ik tijdens een etentje een discussie met een goede vriendin, zorginkoper bij een zorgverzekeraar. We verschilden van mening over de mogelijke oplossingen, maar waren het eens dat ons zorgsysteem uit zijn jasje knapt. Zorgkosten drukken te zwaar op de weegschaal van ons stelsel en ook hier moeten we de broekriem aanhalen. Ik vertelde trots dat de Friese ziekenhuizen efficiënt gezamenlijk inkopen en dat ik bij een laparoscopische appendectomie de appendix niet in een speciaal zakje verwijderd maar in de afgeknipte vinger van een handschoen. Hoeveel geld ik

daarmee bespaar wist ik eerlijk gezegd niet, net zo min als ik op ok weet wat een hecht-draad, lab-aanvraag of PA-onderzoek precies kost.

Raar eigenlijk: in de supermarkt staat toch ook op iedere verpakking de voedingswaarde en prijs? De praktijk

IN DE
SUPERMARKT
STAAT TOCH
OOK OVERAL
DE PRIJS OP?

op de ok is echter het tegenovergestelde. Op geen enkele verpakking of aanvraagformulier staat een prijs of zelfs maar een prijscategorie. En dat terwijl kostenbewustzijn, zeker bij ons, de gebruikers van materialen en aanvragers van onderzoeken, broodnodig is. Alle beetjes helpen nietwaar? Wie de handschoen (zojuist opgezocht: onsteriel zeven cent, steriel zestig cent) past, trekke hem aan: vanaf nu ook in het ziekenhuis een balansdag?