



**Een diagnosefout zorgt voor leed op veel fronten. Het Eerstelijns Diagnose Collectief onderzoekt hoe de huisarts optimaal kan worden toegerust om het diagnostisch proces beter te laten verlopen.**

# Nieuw hoofdstuk in patiëntveiligheid

**D** iagnose stellen is een wezenlijk onderdeel van het huisartsvak. De verantwoordelijkheid voor een juiste diagnose ligt bij de huisarts. Vijf dagen wachten en dan nog eens kijken of luisteren? De arts bepaalt welke medicatie wordt voorgeschreven of dat wordt doorverwezen naar de tweede lijn – op basis van kennis, ervaring of een niet-pluis-gevoel. In de meeste gevallen klopt de diagnose of is er genoeg tijd om een diagnose aan te passen als blijkt dat deze niet correct is. Maar niet altijd. Want waar gewerkt wordt, worden fouten gemaakt, ook door artsen. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat 10 tot 15 procent van alle diagnoses niet geheel correct is.

Gelukkig gebeurt dit meestal zonder (noemenswaardige) gevolgen voor de patiënt, maar het kan desastreus uitpakken, zoals een (jarenlange) verkeerde behandeling, met verlies van levenskwaliteit of zelfs de dood tot gevolg. Ook voor de zorgprofessional is een diagnosefout een lijdensweg, weet Lilian Knol, risico-manager en senior-adviseur preventie bij VvAA. “Bij schadezaken zie ik alleen maar verliezers. Je bent totaal uit het lood geslagen als je te maken krijgt met een claim, klacht of tuchtzaak. Slapeloze nachten. Twijfel aan jezelf: hoe heb je dit over het hoofd gezien? Schuldgevoel. Artsen die het overkomt, raken niet zelden overspannen of ontwikkelen een burn-out.”

Knol vertelt dat VvAA zich in dezen richt zich op preventie en onderzoek. “Iedereen wil fouten liever voorkomen dan genezen en VvAA draagt daar graag

aan bij.” Met als resultaat het Eerstelijns Diagnose Collectief (EDC), dat is ontstaan uit een samenwerkingsverband van VvAA met het Institute of Medical Education Research Rotterdam (iMERR)/Erasmus MC en Intergo, een adviesbureau dat gespecialiseerd is in human factors ofwel ‘kennis over hoe mensen denken, handelen en beslissen’.

VvAA onderzocht schadedossiers van huisartsen van 2006 tot 2015. Bij ruim 60 procent van de claims was er sprake van het missen van de diagnose, een verkeerde of te late diagnose (delay) of een combinatie van deze drie. “Zestig procent is relatief veel”, zegt Knol. “Vooral wanneer je bedenkt dat wij als medische

aansprakelijkheidsverzekeraar slechts het topje van de ijsberg zien. Binnen de context van patiëntveiligheid is onderzoek van de schadedossiers een kans om schades te reduceren en de kwaliteit van zorg te verbeteren.”

## Geen laaghangend fruit

Aan een foute diagnose ligt zelden één aanwijsbare reden ten grondslag, weet Laura Zwaan, die zich als onderzoeker al tien jaar met het onderwerp bezighoudt, inmiddels bij het Erasmus MC. “Het kreeg tot nu toe weinig aandacht. Waarschijnlijk komt dat door de complexiteit ervan. Uitvinden hoe en waarom een diagnose gemist, te laat of verkeerd gesteld werd, is niet het laaghangende fruit voor verbeterinitiatieven.” Bovendien ligt het onderwerp gevoelig. Over fouten praten vindt niemand eenvoudig.

Doel van het EDC is de arts zodanig toerusten dat het diagnostisch proces beter kan verlopen. Zwaan benadrukt dat het meestal goed gaat. “Ik ben ervan onder de indruk hoe artsen uit een grote hoeveelheid informatie meestal tot de juiste diagnostische beslissing kunnen komen.”

Maar het gaat dus ook weleens fout. Een recent Amerikaans rapport van het toonaangevende Institute of Medicine leert dat de meeste mensen minstens één keer in hun leven een ziekte verkeerd, te laat of niet gediagnosticeerd krijgen. “Er zijn vaak allerlei factoren die een rol spelen bij het ontstaan van een diagnosefout”, aldus Zwaan van het Erasmus MC. “Het beslisproces van de arts speelt een rol en dat verloopt soms suboptimaal door gebrek aan voldoende specifieke kennis. “Dat blijkt bijvoorbeeld uit het toe- >

## Vertraagd, verkeerd of gemist?

Hoewel de term diagnosefout gevoelig ligt, is het een gangbare term die het beste de lading dekt.

De term kan terugslaan op drie soorten fouten:

**Een vertraagde diagnose** is een diagnose die te laat gesteld is (de benodigde informatie was al eerder beschikbaar).

**Een gemiste diagnose** is een diagnose die helemaal niet is gesteld (maar bijvoorbeeld pas bij autopsie aan het licht is gekomen).

**Een verkeerde diagnose** is een incorrecte diagnose die is gesteld voordat de correcte diagnose gesteld is.





## ‘De schuldvraag doet er voor ons niet toe’

Intergo ‘vanuit menselijk oogpunt en kennis over human factors naar een diagnosefout kijkt. Hoe gaat de huisarts precies te werk? Waar zitten de risico’s? “Als dokters fouten maken, stellen mensen de vraag: hoe kan dat nou? Maar die vraag is nooit simpel te beantwoorden”, zegt Gert-Jan Kamps. “Voor ons doet de schuldvraag er niet toe. Wij onderzoeken hoe de omgeving kan worden aangepast, zodat het niet nog een keer gebeurt. Als iemand een fout maakt, kun je zeggen: je moet beter opletten. Maar dat werkt niet. Wat wel werkt, is

### Congres Diagnostic Error in Medicine

Op 30 juni en 1 juli vindt bij het Erasmus MC in Rotterdam een congres plaats over diagnosefouten: *Diagnostic Error in Medicine*. Het is de eerste keer dat dit congres van de Amerikaanse Society to Improve Diagnosis in Medicine in Europa plaatsvindt. Accreditatie is aangevraagd bij de European Accreditation Council for Continuing Medical Education.

**Voor meer informatie over programma en kosten:**  
[improvediagnosis.org/eurodem](http://improvediagnosis.org/eurodem)

> nemende aantal gemiste diagnoses van hand- en polsletsel bij de huisartsenpost”, aldus Lilian Knol van VvAA. “Voorheen kwamen deze patiënten naar de Spoedeisende Hulp waar meer specifieke kennis is. Doordat de huisarts meer tweedelijns zorgtaken uitvoert, neemt het risico op misdiagnoses toe.”

“Of vanwege cognitieve bias”, zegt Zwaan. Dat gebeurt als een dokter een ziekte direct meent te herkennen, waardoor andere diagnostische mogelijkheden onvoldoende worden onderzocht. Daarnaast speelt de omgeving van de huisarts een belangrijke rol. Is de informatie voldoende toegankelijk? Hoe is de werkbelasting?”

Hier valt veel winst te behalen, denkt het Collectief. Doel van het eerste onderzoeksproject is daarom uit te zoeken welke factoren de werkbelasting en de kwaliteit van de diagnose beïnvloeden. “Werkbelasting kan variëren van nul tot honderd. De uitersten zijn ongezond en gevaarlijk, maar een bepaalde mate van werkbelasting zorgt dat de zorgprofessionaal lekker kan werken”, vertelt Gert-Jan Kamps, adviseur bij gespecialiseerd adviesbureau Intergo. “De vraag is: hoeveel werkbelasting zorgt ervoor dat iemand goed kan functioneren en de juiste beslissingen neemt?” Om hierachter te komen, krijgen vijf huisartsen gedurende het onderzoeksproject de hele dag *wearables* om die huidgeleiding en hartslagvariabiliteit meten. “Deze fysiologische parameters combineren we met informatie over de taak en omgeving. Daarna kijken we wat de invloed hiervan is op de kwaliteit van het werk en de kans op fouten.”

#### Verkeerde spoor

Uit de studie van de VvAA-dossiers blijkt dat diagnosefouten vaak liggen op het vlak van maligniteit, het bewegingsapparaat, cerebrovasculair accident, hartfalen en longembolieën. Het Collectief zoomt in een tweede project in op de kwaliteit van het diagnostisch proces bij maligniteiten. “Hoe komt het dat de arts juist in deze gevallen op het verkeerde spoor wordt gezet? Dat is onderwerp van onderzoek”, aldus Knol.

Incidenten, taken en processen worden systematisch geanalyseerd, waarbij

bekijken welke omstandigheden van invloed waren op de mindere prestatie. Je moet weten hoe het zit om het te kunnen verbeteren.”

Volgens Kamps is schade bij patiënt en zorgverlener als gevolg van fouten niet uit te sluiten. “Maar de kans op een fout is wel te minimaliseren. Hierin vormen de mens, de processen en de techniek samen een integraal systeem. Wij willen het bewustzijn daarover vergroten.”

#### Meer oefenen

Mogelijke oplossingsrichtingen liggen dus in zowel cognitieve vaardigheden als systeemfactoren. De cognitieve vaardigheden zouden beter getraind kunnen worden tijdens de opleiding. Zwaan van het Erasmus MC: “Meer oefenen met op elkaar lijkende, dus lastige, diagnoses zal bijdragen aan het beter kunnen onderscheiden van deze diagnoses. Een patiënt die zich presenteert met rugpijn tussen de schouderbladen na inspanning kan ‘gewone’ rugklachten hebben, maar het kan ook een hartinfarct zijn”, noemt ze als voorbeeld. Ook het krijgen van meer feedback zou de cognitieve vaardigheden kunnen aanscherpen. “Een arts krijgt niet altijd terug dat een diagnose niet goed was”, legt ze uit. “En gaat er dus ten onrechte van uit dat de juiste diagnose werd gesteld.” Daarnaast kan de werkbelasting opnieuw worden ingericht of kan het systeem of de zorgorganisatie worden aangepast om het diagnostisch proces beter te faciliteren.

Het mooie aan het collectief met VvAA en Intergo vindt Zwaan dat de wetenschappelijke bevindingen direct kunnen worden vertaald naar concrete verbeterpunten. Dat onderstreept Knol van VvAA: “Samen met zorgprofessionals werken we aan verbeteringen. Wij nodigen geïnteresseerde huisartsen en andere betrokken partijen van harte uit om mee te denken over het voorkomen van diagnosefouten.” <

Wilt u in een pilot meewerken aan het verder voorkomen van diagnosefouten of bent u anderszins bereid om aan dit onderwerp een bijdrage te leveren? Neem dan contact op met Lilian Knol, [lilian.knol@vva.nl](mailto:lilian.knol@vva.nl)