

Wat kunnen we leren van calamiteiten op de huisartsenpost?

Martijn Rutten, Jojanneke Kant, Paul Giesen

Inleiding Een calamiteit kan een enorme impact hebben op patiënten, nabestaanden en zorgverleners. Wanneer zorgverleners meer inzicht hebben in het (risico)profiel van een patiënt en de omstandigheden waarin een calamiteit plaatsvindt, zullen ze een naderende calamiteit beter kunnen herkennen. Een landelijke analyse van calamiteiten op huisartsenposten ontbreekt en daarom zijn de kenmerken van de bij calamiteiten betrokken patiënten op huisartsenposten en de omstandigheden waaronder deze plaatsvonden onderzocht.

Methode Een crosssectioneel retrospectief dossieronderzoek gedaan naar alle calamiteiten die huisartsenposten in 2012 bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) hebben gemeld. Drie huisarts-beoordelaars hebben patiëntkenmerken, zorgkenmerken, betrokken zorgverleners en de onderliggende basisoorzaken geanalyseerd.

Resultaten Binnen de algemene huisartsenpostpopulatie vonden calamiteiten relatief vaker plaats bij mannen, bij patiënten tussen de 45 en 74 jaar, gedurende de nachtelijke uren en bij mensen die vaker dan één keer contact met een HAP hadden opgenomen of die eerder reeds contact hadden gehad met de eigen huisarts. Bij ruim 20% van de calamiteiten had de patiënt eerst contact met de eigen huisarts gehad. Hart- en vaatziekten hadden een aanzienlijk aandeel in de einddiagnoses. Bij twee derde van de calamiteiten waren er tussen de vier en zeven hulpverleners betrokken. Bij 70% was het medisch-inhoudelijke handelen van de professionals de oorzaak, waarbij diagnosestelling (39%) en triage (23%) de belangrijkste factoren waren. De meest geformuleerde verbetermaatregelen waren coaching, scholing, casuïstiekbesprekingen en het aanpassen/opstellen van richtlijnen.

Conclusie Risicofactoren voor een calamiteit zijn meerdere contacten met de huisartsenpost, betrokkenheid van meerdere hulpverleners, nachtelijke contacten, en eerder contact met de eigen huisarts. Onderliggende oorzaken zijn vooral het medisch-diagnostisch handelen van de huisarts en in mindere mate triage en samenwerking. Inzicht in de meest voorkomende risicomomenten in de processen op de huisartsenpost kan de risico's mogelijk verlagen.

INLEIDING

Wanneer zorgaanbieders vermoeden dat er sprake is van een calamiteit zijn ze volgens de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht dit te melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ; voorheen: Inspectie voor de Gezondheidszorg).¹ Bij zo'n melding gaat het er niet om individueel disfunctioneren op te sporen, maar om te achterhalen hoe het komt dat kwaliteitssystemen niet goed hebben gefunctioneerd. In de calamiteitenanalyse die na een melding volgt zoekt men naar onderliggende oorzaken, om passende maatregelen te kunnen nemen die de zorg steeds veiliger moeten maken. Meer inzicht in oorzaken en risicofactoren kan helpen om calamiteiten in de toekomst te voorkomen.² Calamiteiten die plaatsvinden op de huisartsenpost (HAP) worden per organisatie gemeld en geanalyseerd.³ Een landelijke analyse van calamiteiten op de HAP ontbreekt en daarom hebben wij in samenwerking met InEen en de IGJ een analyse verricht van alle calamiteiten die huisartsenposten in 2012 bij

de IGJ hebben gemeld. Met de uitkomsten van dit onderzoek willen we een bijdrage leveren aan verdere kwaliteitsverbetering op de huisartsenpost.

Dit artikel is een samenvatting van het rapport, dat in 2017 onder alle huisartsenposten is verspreid.

METHODE

Het onderzoek betrof een crosssectioneel retrospectief dossieronderzoek van alle calamiteiten die huisartsenposten in 2012 bij de IGJ hebben gemeld. We hebben de volgende variabelen in kaart gebracht: patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht en reden van het contact), zorgkenmerken (aard van het contact, moment van het contact, diagnostiek en betrokken hulpverleners), basisoorzaken, geformuleerde maatregelen, type calamiteit en mogelijke risicofactoren.

Op een IGJ-locatie in het beveiligde informatiesysteem hebben 3 arts-beoordelaars (1 beoordelaar per dossier) de relevante dossiers beoordeeld (volgens de PRISMA-analyse,



Calamiteiten op de HAP vonden relatief vaker plaats bij mannen, patiënten tussen de 45 en 74 jaar, 's nachts en wanneer er vaker dan één keer contact met de HAP of met de eigen huisarts was geweest.

Foto: iStock

zie [kader]). Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te bepalen, hebben 2 artsen 27 dossiers onafhankelijk van elkaar beoordeeld. Voor de dubbel beoordeelde dossiers hebben we per variabele het percentage overeenstemming en de kappa of intraclasscorrelatiecoëfficiënt (ICC) berekend. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de meeste beoordelingen was voldoende tot uitstekend (kappa en ICC > 0,60). We hebben beschrijvende analyses uitgevoerd en waar relevant en mogelijk hebben we de resultaten afgezet tegen landelijke populatiecijfers.

RESULTATEN

In totaal zijn er bij het IGG in 2012 260 meldingen van huis-

artsenposten binnengekomen, waarvan er bij 240 gevallen sprake was van een calamiteit. Afgezet tegen de circa 4 miljoen contacten die patiënten in 2012 met de huisartsenpost hadden komt dit neer op 6 per 100.000 contacten.⁴

Patiëntkenmerken

Binnen de algemene huisartsenpostpopulatie kwamen de meeste calamiteiten relatief vaak voor bij mannen (55%) en patiënten tussen de 45 en 74 jaar (51,0%).^{4,5} Er waren nauwelijks calamiteiten bij kinderen tussen de 0 en 4 jaar (3%). Van alle calamiteiten ging het in 60% van alle gevallen om 6 in de huisartsenpraktijk weinig voorkomende aandoeningen [tabel].⁶ Vooral het aandeel van hart- en vaatziekten is opvallend:

Tabel

De meest voorkomende waarschijnlijkheidsdiagnoses bij calamiteiten, afgezet tegen de frequentie van voorkomen op de HAP (n = 240)

Waarschijnlijkheidsdiagnose	% dossiers [n]	% populatie HAP*
Acuut myocardinfarct	30,4 [73]	0,08
Beroerte/CVA	7,9 [19]	0,45†
Geruptureerd aneurysma [AAA]	7,9 [19]	0,03‡
Sepsis	7,5 [18]	0,01
Longembolie	3,3 [8]	0,04
Meningitis	3,3 [8]	0,01

* Bron: NIVEL-zorgregistraties eerste lijn 2012: ICPC-codes. <http://www.nivel.nl/NZR/wie-heeft-welke-gezondheidsproblemen>

† Cerebrovasculair accident (CVA) [0,29%] en passagère cerebrale ischemie/TIA [0,16%]

‡ Andere ziekte(n) van het hart- en vaatstelsel

PRISMA-ANALYSE

PRISMA staat voor Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis. Met deze methode maken onderzoekers een visuele representatie van het incident, de zogeheten *oorzakenboom*. Bovenaan de boom staat de gebeurtenis die aanleiding geeft tot de analyse, bijvoorbeeld het overlijden van een patiënt. Onder deze topgebeurtenis komen alle directe oorzaken te staan, op basis van het antwoord op de vraag waarom de patiënt overleden is. Deze directe oorzaken kunnen ook weer een oorzaak hebben. Door telkens waarom-vragen te blijven stellen, komt men steeds dieper in de oorzaak-gevolgstructuur van de boom. Wanneer men geen antwoord meer kan geven, is men bij de basisoorzaak uitgekomen. Vervolgens classificeert men de basisoorzaken als technische, organisatorische en menselijke oorzaken, om op basis van deze classificatie verbetermaatregelen te formuleren.

bij een calamiteit betreft de diagnose in 30,4% van de gevallen een myocardinfarct, bij 7,9% een CVA en eveneens bij 7,9% een geruptureerd aneurysma.

Contactkenmerken

Gemiddeld hadden de patiënten bij wie er een calamiteit was opgetreden 1,8 contacten gehad met de huisartsenpost, variërend van 1 tot 6 contacten. Bij 21% van de gevallen had de patiënt binnen dezelfde ziekte-episode voorafgaand aan het contact met de huisartsenpost contact met de eigen huisarts gehad, duidelijk vaker dan binnen de algemene populatie van de huisartsenpost.⁷ Bij 2/3 van de calamiteiten (67,1%) waren er tussen de 4 en 7 hulpverleners betrokken (spreiding 1-16). Bij calamiteiten werd vaker dan bij de landelijke populatie een visite afgelegd (34% versus 10%).⁴ Hoewel het eerste contact bij 50% van de calamiteiten in de avond plaatsvond, waren er 's nachts door de lage contactfrequentie in de nacht relatief meer calamiteiten. De initiële urgentie van de contacten van patiënten bij wie er een calamiteit was opgetreden lag wat hoger dan de landelijke urgentiecijfers.⁴ De meest voorkomende initiële urgentie was U3 (42%).

Het type calamiteit

Van de calamiteiten was 70% gerelateerd aan het medisch-inhoudelijke handelen van de professionals, 25% aan communicatie, overleg en samenwerking (COS) tussen professionals, en 3% aan organisatie, materiaal en logistiek (OML) op de HAP. Van de medisch-inhoudelijke calamiteiten hing 39% samen met de diagnosestelling van de huisarts, 23% met de triage en ruim 20% met het medisch-inhoudelijke handelen van de huisarts op het callcenter. Wat betreft de triage ging het vooral om de urgentiebepaling en de toekenning van het soort contact. Van de COS-calamiteiten ging het meestal om de COS tussen huisarts en triagist (34%) en die met externe partijen (22%), zoals de meldkamer van de ambulancedienst.

Basisoorzaken van de calamiteit

Bij 39% van de calamiteitenonderzoeken was de oorzakenanalyse voldoende diepgaand gedaan om nader onderzoek mogelijk te maken. Aan deze 93 calamiteiten lagen 532 basisoorzaken ten grondslag. Van de basisoorzaken was 57% menselijk en 31% organisatorisch van aard, was 8% patiëntgerelateerd en hing 3% samen met technische aspecten; 1% viel in de categorie overig. Van de menselijke basisoorzaken had 50% betrekking op professioneel redeneren en 19% op verificatie. De organisatorische oorzaken hadden in 33% van de gevallen te maken met de cultuur op de post, bij 29% met de kwaliteit en beschikbaarheid van protocollen, bij 18% met kennisoverdracht aan nieuwe of onervaren medewerkers en bij 18% met managementprioriteiten.

Maatregelen na de calamiteit

In 96% van de 93 nader geanalyseerde dossiers vonden we door de huisartsenpost zelf voorgestelde maatregelen. Deze betroffen voornamelijk het coachen van de betrokken zorgverlener, het opstellen van een persoonlijk leerplan, het organiseren van scholing, het bespreken van casuïstiek en het aanpassen of opstellen van protocollen en richtlijnen.

BESCHOUWING

In 2012 hebben huisartsenposten bij 6 van de 100.000 contacten een calamiteit gemeld. Calamiteiten kwamen relatief vaak voor bij mannen, bij patiënten in de leeftijdscategorie 45 tot en met 74 jaar, bij contacten in de nacht en bij patiënten die vaker dan 1 keer contact met een HAP opnamen of die eerder reeds

WAT IS BEKEND?

- Een calamiteit is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en tot ernstige schade bij of de dood van een patiënt heeft geleid.
- In de calamiteitenanalyse die na een melding volgt zoekt men naar onderliggende oorzaken, om passende maatregelen te kunnen nemen die de zorg steeds veiliger moeten maken.
- Meer inzicht in oorzaken en risicofactoren kan mogelijk helpen om calamiteiten in de toekomst te voorkomen.

WAT IS NIEUW?

- Wij presenteren een landelijke analyse van alle calamiteiten die in 2012 door de huisartsenposten bij IGZ [thans IGJ] zijn gemeld.
- Het vroegtijdig onderkennen van de risicoverhogende momenten in de processen op de huisartsenpost kan mogelijk helpen calamiteiten te voorkomen.
- Risicofactoren zijn meerdere contacten met de huisartsenpost, betrokkenheid van meerdere hulpverleners, nachtelijke contacten, en eerder contact met de eigen huisarts.

contact hadden gehad met de eigen huisarts. Bij 2/3 van de calamiteiten waren er tussen de 4 en 7 hulpverleners betrokken. Het medisch-inhoudelijke handelen van de professionals, de triage en de samenwerking op de huisartsenpost blijken belangrijke onderliggende oorzaken te zijn bij een calamiteit. De gemelde calamiteiten zijn beoordeeld door getrainde huisarts-onderzoekers en bij het deel van de dossiers die dubbel beoordeeld zijn was er sprake van een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (kappa of ICC).⁸ Mogelijk is er bij de melding van calamiteiten door de huisartsenpost sprake van onderrapportage.

Klinische implicaties

Het vroegtijdig onderkennen van de risicoverhogende momenten in de processen op de huisartsenpost kan mogelijk helpen calamiteiten te voorkomen. Ons onderzoek heeft een aantal van deze risicoverhogende factoren aan het licht gebracht. Ten eerste kunnen we stellen dat meerdere contacten, zowel met de eigen huisarts als met de HAP, als een alarmsignaal moeten worden gezien. Ons advies is om op elke huisartsenpost protocollair vast te leggen dat de huisarts een patiënt fysiek moet beoordelen wanneer deze patiënt binnen 48 uur voor de tweede maal contact opneemt met een zorgverlener, dus ook als de patiënt al contact heeft gehad met de eigen huisarts. Inzage in het dossier van de eigen huisarts en een pop-up bij een tweede contact met de huisartsenpost kunnen dit beleid ondersteunen.

Een tweede risicofactor vormt een zorgcontact tijdens de nachtelijke uren. Het is cruciaal dat zorgverleners zich ervan bewust zijn dat calamiteiten eerder kunnen optreden wanneer de zorgverlener vermoeid is, zeker als de patiënt ook nog potentieel ernstige en urgente klachten heeft.

Het zal niet verrassen dat het contact met het callcenter een risicoverhogend moment is, zowel als het gaat om de triage, als om het medisch-inhoudelijke handelen van de aanwezige arts. Dit geldt ook voor de diagnosestelling van de huisarts. Wij denken dat deze risico's verlaagd kunnen worden wanneer de zorgverlener op de HAP inzage heeft in het dossier van de huisarts van de patiënt. Zo kunnen triagist en huisarts de persoonlijke, contextuele factoren beter interpreteren en meewegen bij hun beslissingen. Daarnaast dient er aandacht besteed te worden aan het gevaar van een tunnelvisie en het klakkeloos voortborduren op de diagnose of het beleid van een collega, twee factoren die ten grondslag lagen aan een aanzienlijk deel van de calamiteiten. Verder blijken de meest voorkomende diagnoses bij calamiteiten juist weinig voor te komen in de totale populatie van de huisartsenposten.³ Het is dan ook waarschijnlijk dat triagisten en huisartsen deze

ziektebeelden minder snel zullen herkennen.⁶ Scholing en het delen van calamiteitencasusistiek kunnen hier mogelijk nuttig zijn. Een meerjarige analyse kan ontwikkelingen in de aard en het voorkomen van de calamiteiten aan het licht brengen.

CONCLUSIE

Er bestaat niet zoiets als *de* risicopatiënt. Wel zijn er risicoverhogende factoren waar zorgverleners op huisartsenposten bij de beoordeling van patiënten rekening mee moeten houden: meerdere contacten met de huisartsenpost, betrokkenheid van meerdere hulpverleners, nachtelijk contact met de huisartsenpost en eerder contact van de patiënt met de eigen huisarts. Onderliggende oorzaken omvatten vooral het medisch-inhoudelijke handelen en in mindere mate de triage en de samenwerking met andere zorgverleners. Inzicht in de meest voorkomende risicomomenten in de processen op de huisartsenpost, inzage in het patiëntendossier en scholing over weinig voorkomende, maar potentieel ernstige ziektebeelden kunnen risicoverlagend werken. ■

LITERATUUR

1. Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Staatsblad van het Koninkrijk der Nederland. Gepubliceerd 7 Oktober 2015
2. Stappendel R, Van der Woude M. Leren van calamiteiten kan beter. *Med Contact* 2017;40:32-4.
3. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Huisartsenzorg in de avond-, nacht- weekenddienst. www.igj.nl/zorgsectoren/huisartsenzorg/huisartsenposten.
4. InEen. Benchmark bulletin Huisartsenposten. Utrecht: InEen, 2015.
5. NIVEL Zorgregistraties eerste lijn 2012. Utrecht: NIVEL, 2013.
6. Van de Lisdonk EH. Ziekten in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Bunge, 2008.
7. Huibers L, Thijssen W, Koetsenruijter J, Giesen P, Grol R, Wensing M. GP cooperative and emergency department: an exploration of patient flows. *J Eval Clin Pract* 2013;19:243-9.
8. Habraken M. Beter analyseren van incidenten. PRISMA-methode biedt de inspectie meer inzicht in medische missers. *Med Contact* 2005;22:940-3.
9. Smits M, Hanssen S, Huibers L, Giesen P. Doktersassistent mist soms hoogurgente hulpvraag. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:D412.

Rutten MH, Kant J, Giesen P. Wat kunnen we leren van calamiteiten op de huisartsenpost? *Huisarts Wet* 2018;61(6):DOI:10.1007/s12445-018-0155-7.
Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences, Scientific Center for Quality of Healthcare [IQ healthcare], Nijmegen: M.H. Rutten, kaderhuisarts spoedzorg, Martijn.rutten@radboudumc.nl; J. Kant, kaderhuisarts spoedzorg; P.H.J Giesen, huisarts, senior onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.