

Bij de casus over omgaan met (bijna-)fouten: Balancerend op de randjes

In de kennistoets blijken de huisartsen uit een hagro jaarlijks aandacht te besteden aan fouten, bijna-fouten en de achteraf verkeerde beslissingen die zij in de praktijk hebben meegemaakt. Zij hopen daarvan te leren en waar mogelijk maatregelen te kunnen nemen om herhaling te voorkomen. Ze maken daarbij gebruik van het NHG-cahier 'Aii..., neem me niet kwalijk! Over het omgaan met fouten en klachten'.¹

Voor aanvang van de hagro-bijeenkomst bespreken de huisartsen bij de koffie enkele recente voorvallen die in de wandelgangen circuleren. Maar liefst drie huisartsen noemen een voorbeeld waarbij op de dokterspost een casus aanvankelijk is afgedaan als hyperventilatie, terwijl er later toch iets ernstigs aan de hand bleek te zijn. In één geval betrof het een 25-jarige vrouw die belde met klachten van kortademigheid. De assistente hoorde haar aan de telefoon duidelijk hyperventileren. Ze stelde geen verdere vragen, maar adviseerde de vrouw in een zakje te ademen en na tien minuten terug te bellen. Toen dat gebeurde waren de hyperventilatie en kortademigheid onveranderd. Er bleek sprake te zijn van een anafylactische reactie waarvoor onder meer behandeling met adrenaline en tavegil noodzakelijk was.

De andere twee casus gaan over 30-jarige mannen bij wie de klachten aanvankelijk waren geduid als hyperventilatie, maar die later een hartinfarct bleken te hebben.

Bespreking van de drie casus

Omdat de huisartsen (toevallig) niet zelf betrokken waren bij deze voorvallen, is het relatief gemakkelijk om over dit onderwerp te spreken; de casus zijn dan niet zo emotioneel beladen. Anderzijds is er minder informatie aanwezig. Ze bespreken een aantal aspecten die betrekking hebben op deze (bijna-)fouten.

– *Welke situatie van de patiënt, triageassistent of huisarts kan hebben bijgedragen aan de inschattingfouten?*

Misschien was het voor de assistente lastig om de dienstdoende huisarts te consulteren, bijvoorbeeld omdat deze te druk of afwezig was. Misschien ook speelde de angst om afgewezen te worden een rol. Echter, huisarts én assistente moeten zich bewust zijn van de verantwoordelijkheid van de assistente en de controleplicht van de huisarts. In Nijmegen zijn daarover afspraken gemaakt.² De op de huisartsenpost aanwezige assistentes moeten daar bijvoorbeeld op elk gewenst moment een beroep kunnen doen op een altijd aanwezige 'telefoonarts'. Deze controleert en accordeert alle contacten tussen patiënt en assistente, en is direct beschikbaar voor consultatie of overname van de telefoon. Ook is afgesproken dat de triageassistent een tweede telefoontje binnen een ziekte-episode altijd direct aan de telefoonarts meldt en dat een tweede verzoek om visite als regel wordt gehonoreerd. De huisartsen en assistentes zijn getraind in samenwerken, in het geven van feedback en in juridische aspecten met betrekking tot delegeren.

– *Wat voor soort fout is het geweest: medisch-technisch, relationeel, gebrek aan zorgvuldigheid, of een achteraf gezien verkeerde beslissing?*

De huisartsen discussiëren over het te voeren beleid bij patiënten die klagen over acute hyperventilatie (als dat al zo mag worden benoemd). Dat hyperventilatie niet meer wordt gezien als een op zichzelf staande diagnose, is bij de aanwezige huisartsen wel bekend. Maar om goed te beschrijven hoe veilig kan worden gehandeld zonder enorme overdiagnostiek is niet zo eenvoudig.

De huisartsen besluiten dat een aantal van hen een voorstel voor het beleid bij deze symptomen zullen uitwerken. Dan kunnen ze in de eigen praktijk nagaan of het werkbaar is en het beleid vervolgens inbrengen op de huisartsenpost.

Ze vragen zich af of de triageassistentes over voldoende expertise beschikken. Het lijkt een goed idee over het onderwerp een keer scholing te geven aan de assistentes van de huisartsenpost. De angst een infarct of andere ernstige diagnose te missen is herkenbaar voor iedereen. En al is een honderd procent garantie niet mogelijk, het belang van voldoende kennis en alertheid is groot. Het is essentieel om assistentes op vaste tijdstippen te scholen in ongewoon verloopende, veelvoorkomende aandoeningen en potentieel ernstige ziekten. Dan kunnen ook de beschikbare of zelf ontwikkelde telefoonprotocollen worden doorgenomen. Ook training in telefonische consultvoering is zinvol.

– *Hoe kunnen dergelijke fouten in de toekomst worden voorkomen?*

Tijdens de bespreking valt op dat de huisartsen eigenlijk niet weten of de informatie over de 'einddiagnose' als feedback terugkomt bij degenen die contact hadden met de patiënt. Het lijkt zinvol om dit aan te kaarten op de huisartsenpost, zodat feedback over het eigen handelen onderdeel wordt van het kwaliteitssysteem. Ook de continuïteit van zorg en dus van informatieoverdracht is van belang. Daarbij hoort een goed bijgehouden elektronisch medisch dossier op de huisartsenpost, met een vaste registratiesystematiek en snelle geautomatiseerde berichtgeving naar de eigen huisarts. In Nijmegen kan de eigen huisarts in de centrale computer van de post direct verschijnende memo's schrijven bij terminale patiënten en bij complexe problematiek. In de nabije toekomst is inzage in het EMD van de eigen huisarts mogelijk, ook tijdens de visites.

*Margriet Bouma, huisarts,
wetenschappelijk medewerker NHG*

¹ Huisarts en Patiënt. Cahiers over Communicatie en attitude. Nr. 7. Utrecht: NHG, 1999.

² Voor de voorbeelden van afspraken op de huisartsenpost is gebruikgemaakt van: Giesen P, Van der Wilden-van Lier E, Schers H, Schreuder J, Busser J. Telefonisch advies en triage tijdens de dienst. Huisarts Wet 2002;45(6):299-302.