

Dieper kijken bij calamiteiten op de HAP

Sander Gaal, Olaf Ouwendijk

Calamiteiten op de huisartsenpost (HAP) zijn nooit helemaal uit te bannen. Het is goed dat er nu een landelijk overzicht is gemaakt met waardevolle suggesties om ze te voorkomen. Maar we zijn er nog niet en we moeten nog een slag dieper kijken. Er is vooral behoefte aan gevalideerde beslisondersteuning voor triagisten en dokters.

Op onze HAP zien we telkens weer hoe groot de impact van een calamiteit is op alle betrokkenen. Het zijn altijd heftige gebeurtenissen, die meestal een onverwacht overlijden tot gevolg hebben. We doen ons uiterste best om zulke gebeurtenissen te voorkomen en we melden alle leerpunten bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), maar we weten niet wat collega-huisartsenposten melden en wat zij geleerd hebben. Het is daarom goed dat Rutten en collega's voor het eerst hebben kunnen kijken naar de landelijke verzameling van calamiteiten die de IGJ in haar bezit heeft.¹

De indeling naar frequentie van calamiteiten die Rutten maakt (myocardinfarct, cerebrovasculair accident, geruptureerd aneurysma, sepsis), zien wij terug op onze HAP. Dat is logisch, want het zijn ziektebeelden die atypisch kunnen verlopen en waarbij de voorafkans op ernstige schade het hoogst is binnen de eerste lijn. Hierover geen discussie. Maar als het erom gaat nieuwe calamiteiten te voorkómen, is de praktijk helaas weerbarstiger, al geven de onderzoekers enkele waardevolle suggesties. Op onze HAP zijn zo ongeveer alle aanbevelingen geïmplementeerd die in het artikel genoemd worden, maar wij zien geen evidente daling van het aantal calamiteiten. Nieuwe calamiteiten hebben vaak nét weer andere oorzaken dan voorgaande calamiteiten.

Bij de helft van de calamiteiten had de patiënt maar eenmaal contact met de HAP. Dit maakt het advies om de patiënt te beoordelen bij het tweede contact minder waardevol. Het advies om in de nacht alert te zijn is prima, maar hoe dan? Zoals het ook waardevol is om over een actueel dossier te beschikken via het Landelijk Schakelpunt, maar er zijn ook calamiteiten waarbij het herkennen van ABCD-instabiliteit het probleem was. Dan moet je juist niet het hele dossier doorpluizen.

Kortom, we zijn er nog niet en we moeten nog een slag dieper kijken hoe we calamiteiten echt kunnen voorkómen, zonder het risico te lopen op overtriage en overdiagnostiek. Wij zien het meeste in beslisondersteuning die de triagist en de dokter beter in staat stellen de juiste beslissing te nemen. Te denken



We zijn allemaal feilbaar en calamiteiten, hoe vervelend ook, zijn nooit helemaal te voorkomen.

Foto: iStock

valt aan het maken van gevalideerde beslisregels bij bijvoorbeeld sepsis en myocardinfarct, uitbreiding van aanvullende (bloed-beeldvormende) diagnostiek. Verder ook een verbeterde toegang tot het dossier van de patiënt en verbeteringen in de triage met bijvoorbeeld beeldbellen. Ten slotte kan scholing om de awareness voor risicosituaties te verhogen helpen, zoals casuïstiekbespreking van calamiteiten. Al deze potentiële verbeteringen dienen wel onderbouwd te worden met onderzoek. Maar bovenal moeten we beseffen dat we allemaal feilbaar zijn en dat calamiteiten, hoe vervelend ook, nooit helemaal te voorkomen zijn. ■

LITERATUUR

1. 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.

Gaal S, Ouwendijk O. Dieper kijken bij calamiteiten op de HAP. *Huisarts Wet* 2018;61(6):47. DOI:10.1007/s12445-018-0154-8.

Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer: dr. S. Gaal, huisarts en medisch adviseur, s.gaal@cihn.nl, O. Ouwendijk, huisarts en medisch adviseur.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.