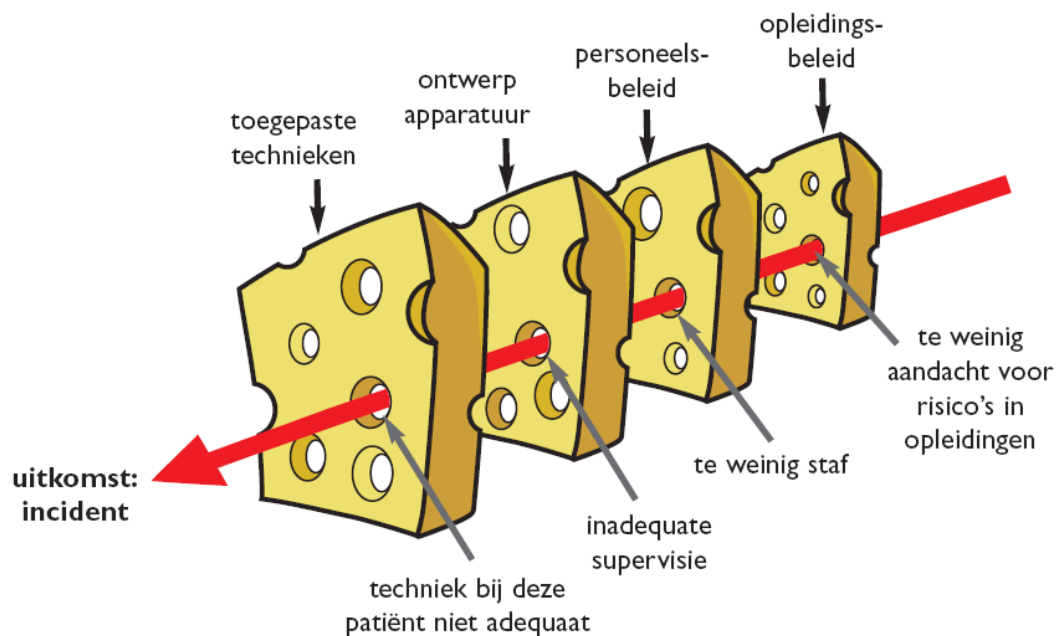


Patiëntveiligheid in de eerste lijn

Melden van incidenten door professionals op de huisartsenpost

Een belangrijke bron voor kwaliteitsverbetering



M. Gieben

Begeleider: Dr. Paul Giesen

UMC St. Radboud

IQ Healthcare

31 augustus t/m 8 december 2009

7195 woorden

© december 2009, Maaike Gieben
Scriptie behorend bij wetenschappelijke stage, studie geneeskunde, Radboud Universiteit Nijmegen
“Melden van incidenten door professionals op de huisartsenpost; een belangrijke bron voor
kwaliteitsverbetering”

Afbeelding kapt: Gatenkaas model van Reason ^{7,8}

Samenvatting

Achtergrond

Patiëntveiligheid op de huisartsenpost staat volop in de belangstelling en wordt gezien als een belangrijk knelpunt: Het betreft immers onbekende patiënten van wie het medisch dossier afwezig is, met een hogere à priori kans op ernstige aandoeningen vergeleken met de huisartsenzorg overdag. Bovendien zijn er steeds veel hulpverleners betrokken met meer kans op overdrachtsrisico's en fouten¹. Onveiligheid kan op verschillende manieren worden gemeten zoals klachtenanalyse van patiënten, het bestuderen van medische dossiers of het melden van incidenten door professionals. Over de laatste wijze van meten is geen onderzoek bekend.

Doelstelling

We deden onderzoek naar door professionals gemelde incidenten op de huisartsenpost, met als doel het beschrijven van de frequentie de aard, oorzaken, gevolgen en consequenties van deze incidenten.

Methode

Het betreft een inventariserende transversale analyse van gemelde incidenten uit kwaliteitsjaarverslagen. Deze kwaliteitsjaarverslagen betreffen het jaar 2008 en gaan over 18 huisartsenposten uit vier regio's met een totale adherentie van 2.999.000 inwoners en 689.809 verrichtingen in midden en Zuidoost Nederland. De in de kwaliteitsjaarverslagen gemelde incidenten werden geclassificeerd volgens het Eindhoven Classificatie Model waarbij de gevonden incidenten werden ingedeeld naar type, oorzaak en gevolg. Tevens werd de waarschijnlijkheid van schade beoordeeld. Sleutelpersonen van huisartsenposten (zoals medisch adviseurs) werden geïnterviewd voor aanvullende informatie.

Resultaten

In totaal werden 187 door professionals gemelde incidenten gevonden. Daarvan werden er 76 ingedeeld naar type, oorzaak, gevolg en waarschijnlijkheid dat schade op zal treden. De meeste voorkomende incidenten zijn van het type communicatie (44,7%) en organisatie (25%). In totaal werden aan de 76 incidenten 108 ECM (Eindhoven Classificatie Model) codes gekoppeld. De meest voorkomende oorzaak is een menselijke oorzaak (56/108, 52%) en dan met name het (medisch) menselijk redeneren (25/56), daarna volgen de organisatorische oorzaken (27%) en de patiënt gerelateerde oorzaken (12%), de kleinste categorie is de technische oorzaken (9,3%). De meeste incidenten (46%) resulteren niet in schade voor de patiënt. 20% van de incidenten heeft de patiënt niet bereikt, 5,3% resulteerde in emotionele schade en 1,3% leed tijdelijke schade. In 2,6% van de incidenten is de patiënt overleden. In totaal treedt er bij 32% van de gemelde incidenten enige vorm van schade of overlijden op. Als we deze gegevens terugrekenen naar de populatie dan is de kans op schade of overlijden 54 incidenten (met schade of overlijden) per 1.000.000 patiëntencontacten. Bij 89% van de incidenten is de kans op ernstige schade of overlijden onwaarschijnlijk, bij 9% waarschijnlijk en bij 2% zeer waarschijnlijk.

Conclusie

De meeste incidenten vallen voor op het gebied van communicatie. De meest voorkomende oorzaak is het (medisch) menselijk redeneren. Communicatie en medisch redeneren kan verbeterd worden met nascholingen. Aan de hand van deze cijfers lijkt de zorg op de huisartsenpost veilig, maar er bestaat waarschijnlijk een grote onderrapportage. Gemelde incidenten vormen een belangrijke bron voor kwaliteitsverbetering. Het melden dient bevorderd te worden door invoering van een veilig melden systeem. Dit onderzoek kan gezien worden als opmaat voor een landelijk uniform meldsysteem voor huisartsenposten.

Dankwoord

Voor aanvang van deze stage had ik niet veel ervaring met wetenschappelijk onderzoek, althans het zelf doen ervan. Aangezien ik juist het patiëntencontact zo aantrekkelijk vind van het beroep van (huis)arts, zag ik een beetje op tegen de dagen achter de computer zonder ook maar een patiënt te zien. Dit is mij echter heel erg meegevallen en mede door het literatuuronderzoek ben ik nog beter in staat om literatuur te zoeken en te interpreteren. En doordat ik bij mocht dragen aan het dossieronderzoek heb ik het contact met de huisartsenpraktijk niet geheel verloren.

Door de prettige begeleiding van dr. Paul Giesen heb ik veel geleerd over het doen van wetenschappelijk onderzoek en kijk ik terug op een leerzame, leuke periode. Tijdens het schrijven van mijn scriptie heeft hij zeer veel bruikbare tips gegeven zodat ik snel verder kon. Hierbij wil ik Paul Giesen daarvoor van harte bedanken.

Voor haar kritische blik en het zeer vlotte tempo waarin ze mijn scriptie mede heeft gecorrigeerd, wil ik graag Marleen Smits heel erg bedanken.

Verder wil ik heel graag Sabine Verheggen, Sibert Holla, Wim Verstappen, Sonja Oomkens bedanken voor de samenwerking en de verstrekking van gegevens. Verder wil ik Eimert de Feijter, Vera Renaud en Brian Kerssemeijer bedanken voor de prettige samenwerking en de analyse van de incidenten. Mirjam Harmsen wil ik graag bedanken voor de kritische blik naar de resultaten en haar statistische analyses. Ook wil ik graag de afdeling IQ Healthcare van het UMC St. Radboud bedanken.

Met deze wetenschappelijke stage heb ik de studie geneeskunde afgerond. In maart 2010 begin ik aan de volgende fase en zal ik starten met de huisartsenopleiding. Hopelijk word ik een goede huisarts met aandacht voor patiëntveiligheid.

Maaïke Gieben

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Dankwoord.....	4
Inhoudsopgave.....	5
Voorwoord.....	6
Inleiding.....	7
Doel en vraagstelling.....	11
Materiaal en methode.....	12
Resultaten.....	14
Discussie en conclusie.....	22
Literatuurlijst.....	27

Bijlagen

Bijlage 1: Literatuurstudie.....	29
Bijlage 2: PRISMA methode en het Eindhoven Classificatie Model.....	35
Bijlage 3: International Taxonomy of Medical Errors in Primary Care.....	39
Bijlage 4: Urgentie classificatie.....	40
Bijlage 5: Voorbeelden MIP formulieren.....	41
Bijlage 6: Voorbeelden incidenten.....	45

Voorwoord

De studie geneeskunde wordt afgesloten met een wetenschappelijke stage. De wetenschappelijke vorming is naast de meer concrete beroepsvoorbereiding een belangrijke pijler in het medisch onderwijs.

In het kader van mijn wetenschappelijke stage heb ik vanaf september tot en met half december 2009 mee gewerkt aan het VWS project: Patiëntveiligheid in de eerste lijn. Ik heb hierbij meegewerkt aan de deelstudie patiëntveiligheid op de huisartsenpost door middel van het onderzoeken van gemelde incidenten.

Patiëntveiligheid staat in het middelpunt van de belangstelling en is een belangrijk onderdeel van de huisartsgeneeskundige zorg. Dat is één van de redenen waarom ik voor dit onderwerp heb gekozen. Ook ik als aankomend collega zal met incidenten te maken krijgen. Ik vind het belangrijk om inzicht te krijgen in de aard en frequentie van incidenten om zo te voorkomen dat ze optreden.

Tijdens deze stage werd ik begeleid door dr. Paul Giesen van IQ Healthcare van het UMC St. Radboud.

Nijmegen, december 2009

Maaïke Gieben

Inleiding

Huisartsenpost

Tot aan de jaren '60 zorgde elke huisarts zelf voor zijn patiënten buiten kantooruren, dientengevolge had de huisarts de meeste tijd bereikbaarheidsdienst. Daarna vormden huisartsen kleine groepen van vijf tot tien huisartsen om diensten te doen. Dit zorgde voor vermindering van de werkdruk, maar nog steeds was deze erg groot. De diensten buiten kantoortijden was de belangrijkste reden voor een burn-out.

Als antwoord op de ervaren problemen (zie bijlage) hebben huisartsen grootschalige huisartsenposten opgezet. Een belangrijk element in deze reorganisatie is de introductie van telefonische triage door verpleegkundigen of doktersassistenten. Sinds 2000 zijn 130 huisartsenposten opgezet en zijn praktisch alle huisartsen daarbij aangesloten.¹

Box 1: Kenmerken huisartsenpost

- Dagelijks van vijf uur 's middags tot acht uur 's ochtends en het gehele weekend
- Populatie van 100.000 tot 500.000 patiënten
- Afstand tot 30 km
- Huisartsenpost doorgaans gesitueerd naast ziekenhuis
- Toegang via één regionaal telefoonnummer
- Telefonische triage door verpleegkundigen of doktersassistenten
- Chauffeurs in herkenbare huisartsen auto's die volledig zijn uitgerust (bv. Zuurstof, infusen, AED)
- Informatie en communicatie technologie ondersteuning, inclusief een elektronisch patiëntendossier en internetverbinding
- 50-250 huisartsen met 4 uur dienst gemiddeld per week
- Huisartsen draaien diensten van 6 tot 8 uur
- Huisartsenposten zijn meestal ondergebracht in een grotere organisatie met meerdere posten: de huisartsendienstenstructuur (HDS).

Bron: Giesen 2007

De zorg op de huisartsenpost is bedoeld voor hulpvragen die niet tot de volgende dag kunnen wachten. Maar zijn alle hulpvragen van patiënten op de huisartsenpost wel zo urgent? Sommige huisartsen hebben het gevoel dat de huisartsenpost fungeert als 'avondwinkel' van de dagelijkse huisartsenzorg.¹

Triage

De doktersassistenten of verpleegkundigen aan de telefoon doen de triage om zo de huisarts zo efficiënt mogelijk in te zetten. Het beantwoorden van de telefoon op een huisartsenpost is complexer dan in de huisartsenpraktijk overdag, vanwege meer levensbedreigende hulpvragen en de onbekendheid met de patiënt en de achtergrond van de klacht. Om de triagisten te helpen hun steeds zwaarder wordende taak verantwoord uit te voeren, heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) een Telefoonwijzer ontwikkeld.²

Uit onderzoek op een huisartsenpost in het Oosten van Nederland blijkt dat van de ruim 20.000 onderzochte patiëntencontacten (telefonische consulten, consulten en visites) er meer dan 75% in de laagste urgentieklasse valt. De hoogste urgentieklasse werd afgegeven in minder dan 1% van de gevallen. De meeste klachten zijn dus geclassificeerd als niet urgent.¹

Patiëntveiligheid

Uit onderzoek blijkt de zorg op huisartsenposten van goede kwaliteit. Patiënten zijn positief tot zeer positief en de huisartsen werken grotendeels volgens de richtlijnen uit NHG standaarden.¹ Op het terrein van de veiligheid van de zorg is nog weinig onderzoek gedaan. Onderzoek hiernaar is zeer relevant, want er wordt

namelijk verondersteld dat juist veiligheid een belangrijk knelpunt is op huisartsenposten. Het betreft onbekende patiënten van wie het medisch dossier afwezig is, met een hogere à priori kans op ernstige aandoeningen vergeleken met de huisartsenzorg overdag, bovendien zijn er steeds veel hulpverleners betrokken met meer kans op overdrachtsrisico's en fouten. ¹

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voert IQ Healthcare, UMC St. Radboud een onderzoek uit naar de patiëntveiligheid in de Nederlandse eerstelijnszorg. Als we het over de eerste lijn hebben dan bedoelen we daarmee de huisartspraktijk, de huisartsenpost, de tandartsenpraktijk, de verloskundigenpraktijk en de paramedische zorg. Dit verslag betreft het deelonderzoek over de huisartsenpost. Ik zal eerst een algemeen kader trachten te schetsen rond het thema patiëntveiligheid en daarna zal ik dit thema toespitsen op de huisartsenposten.

Sinds de publicatie van het rapport 'To err is human' van het Amerikaanse Institute of Medicine is internationaal binnen de medische wereld het bewustzijn gegroeid dat er op het terrein van patiëntveiligheid veel te winnen valt. Het Institute of Medicine benadrukt dat het registreren en analyseren van incidenten belangrijk is om de gezondheidszorg te verbeteren. ³ In het artikel van Habraken worden de cijfers van 'To err is human' vertaald naar Nederlandse begrippen, er zouden jaarlijks tussen de 1500 en 1600 mensen sterven door medische fouten ⁴. Inmiddels is deze schatting achterhaald door het onderzoek 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen' van het NIVEL. In dat rapport staat namelijk dat per jaar 76.000 gevallen van onbedoelde schade bij een ziekenhuisopname, waarvan 10.000 met blijvende onbedoelde schade. In totaal 30.000 gevallen van onbedoelde schade waren waarschijnlijk vermijdbaar. 1735 overleden patiënten, die zijn overleden tijdens een ziekenhuisopname zijn potentieel vermijdbare sterfgevallen. ⁵

Box 2: definitie patiëntveiligheid

Onder patiëntveiligheid wordt verstaan: het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem

Bron: NIVEL

Een onderdeel van patiëntveiligheid is het voorkomen van incidenten. In de gezondheidszorg is de belangstelling voor het melden en analyseren van incidenten sterk gegroeid. ⁶

Box 3: definitie incident

Een incident is een onbedoelde gebeurtenis die heeft geleid tot schade, of had kunnen leiden tot schade, of nog zal leiden tot schade

Bron: LHV

Elke huisartsenpost is in het kader van kwaliteitszorg verplicht om een incidentenregistratiesysteem te hebben. Dit is per huisartsenpost geregeld. (Vereniging Huisartsenposten Nederland) Er is een wettelijke verplichting tot het melden van een calamiteit.

Box 4: definitie calamiteit

Een calamiteit is iedere niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis in de gezondheidszorg, die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid

Bron: LHV

Ontstaan van incidenten

Reason ontwikkelde het gatenkaasmodel (zie bijlage en kaft). De plakken kaas vormen de barrières om fouten te vermijden of de effecten van fouten te verminderen binnen het systeem. In elk van deze plakken zullen echter

altijd gaten bestaan. Elk individueel gat hoeft niet onmiddellijk tot een incident te leiden, maar als de gaten van de verschillende plakken op één lijn komen, ontstaat er een doorgang die tot een incident leidt.^{7,8}

Veiligheid in de huisartsenpraktijk

In de huisartsenpraktijk zal de kans dat een patiënt onbedoeld schade oploopt kleiner zijn vergeleken met een ziekenhuis, waar sprake is van een complex proces van onderzoek, behandeling, verpleging en verblijf.⁹ Het vinden van incidenten hangt in hoge mate af van de gekozen methode, om valide gegevens te krijgen kan het best een combinatie van methoden gebruikt worden. Geen enkele methode is op zichzelf superieur.¹⁰

In 2009 is een Nederlands onderzoek van Wetzels et al. gepubliceerd.¹¹

Er werd op twee manieren naar incidenten gezocht in de huisartspraktijk. Allereerst werd de huisartsen gevraagd om gedurende een periode van 5 maanden incidenten te melden. Daarnaast werden per huisarts gerandomiseerd geselecteerde dossiers onderzocht op incidenten. (zie bijlage)

De auteurs concluderen het volgende:

- Initiatieven om patiëntveiligheid te vergroten in de eerste lijn moeten zich niet alleen focussen op schade. In plaats daarvan moeten incidenten die potentieel grote gezondheidsrisico's met zich mee brengen het onderwerp worden van patiëntveiligheidsprogramma's.
- Methoden voor het registreren en analyseren van incidenten die gebruikt worden in de tweede lijn kunnen niet automatisch worden omgezet voor gebruik in de eerste lijn.
- Meestal zijn de incidenten geassocieerd met weinig schade voor de betrokken patiënt.
- Geleden schade lijkt niet de beste uitkomst om effectiviteit van patiëntveiligheidsinterventies te evalueren. De beste uitkomst is onnodige verlenging of verergering van symptomen.

Incidenten melden

De belangstelling voor het melden en analyseren van incidenten is sterk gegroeid.⁶ Het melden van fouten en incidenten heeft geen zin als het slechts bij wijze van ritueel gebeurt. Pas als meldingen gekoppeld worden aan het leren van fouten en secundaire preventie voegt melden iets toe. Het is van belang te achterhalen wat er mis gaat middels een incidenten-meldsysteem en daaruit te achterhalen hoe de incidenten voorkomen hadden kunnen worden, zodat hieruit lering kan worden getrokken.

Veilig melden

Van doorslaggevend belang voor het slagen van een meldingssysteem is het bestaan van een veiligheidscultuur binnen instellingen. In een dergelijke open cultuur zijn hulpverleners zich bewust van het risicovolle karakter van het eigen handelen en zijn zij bereid incidenten en bijna-incidenten te melden en te bespreken om daarvan te leren.⁶ Uitgangspunt is dat melders niet bevreesd hoeven te zijn voor op het individu gerichte sancties. Dit wordt 'veilig melden' genoemd. De gedachte hierachter is dat een systeem van veilig melden de bereidheid om incidenten en fouten te melden en te bespreken verhoogt, waardoor gegevens beschikbaar komen die in belangrijke mate kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid.⁶

Het SPIEGEL-project van UMC Utrecht laat zien dat met Veilig Incident Melden het aantal gemelde incidenten zeer sterk is gestegen. Het nam toe van 4 à 5 meldingen per jaar in de voorafgaande jaren naar 108 in het jaar van de pilot.¹²

In de handreiking van de LHV over patiëntveiligheid wordt dan ook aanbevolen om de NHG handleiding voor het opzetten van een procedure voor Veilig Incident Melden te gebruiken.

Patiëntveiligheid op de huisartsenpost

Giesen deed onderzoek naar telefonische triage. In een studie met simulatiepatiënten werd 70% juist getrieerd en van de 30 % niet goed ingeschatte cases werd 11% overschat en 19% onderschat. De onderschatting van de urgentie levert potentiële consequenties op voor de veiligheid van de zorg. Om de veiligheid van zorg te waarborgen, wordt een landelijk trainingsprogramma voor triagisten geadviseerd.¹

Uit een ander onderzoek naar de kwaliteit van telefonische triage met simulatiepatiënten blijkt dat triagisten gemiddeld 21% van de verplichte vragen uit de standaarden stelden. 54% van hun gestelde vragen behoorden tot de verplichte categorie. Niet altijd schatten de triagisten het belang van een antwoord op de juiste wijze in. De triagisten bepaalden voor 58% van de gesprekken de gewenste urgentie. De triagisten formuleerden meestal een zorgadvies na het stellen van een zeer beperkt aantal verplichte vragen, waardoor ze een mogelijk gezondheidsrisico voor de patiënt niet tot het minimum beperkten. Om de veiligheid van telefonische triage te bevorderen moeten triagisten niet alleen de juiste vragen stellen en de antwoorden correct inschatten, maar ook een volledig zelfzorg- en vangnetadvies geven.¹³

Uit zeer recent dossieronderzoek bij huisartspraktijken in Nederland werden 1145 huisartsenpostcontacten geanalyseerd. Er werd gelet op mate van afwijking van de richtlijnen en een uitkomst die anders was dan verwacht. Er werden 26 incidenten gevonden. Ongeveer de helft is van het type behandeling, een derde is van het type triage en één vijfde is van het type diagnostiek. De oorzaken van de gevonden incidenten betrof in alle gevallen het menselijk redeneren (HKK volgens de PRISMA methode, zie bijlage). Het gaat hier om fouten die worden veroorzaakt door in nieuwe situaties beschikbare kennis niet of verkeerd toe te passen. Het merendeel van de incidenten leverde geen schade op. Geen enkel incident resulteerde in het overlijden van de patiënt.¹⁴

Doel en vraagstelling

Dit onderzoek richt zich op het thema veilig melden van incidenten op de huisartsenpost

Over het melden van incidenten door professionals op de huisartsenpost is geen onderzoek bekend. We veronderstellen dat dit onveiliger is vergeleken met de huisartsendagzorg: Het betreft onbekende patiënten van wie het medisch dossier afwezig is, met een hogere à priori kans op ernstige aandoeningen vergeleken met de huisartsenzorg overdag, bovendien zijn er steeds veel hulpverleners betrokken met meer kans op overdrachtsrisico's en fouten. ¹ Dit zal resulteren in meer gemelde incidenten. Bovendien zal door de toenemende aandacht voor veilig melden de meldingsfrequentie toenemen.

We deden onderzoek naar door professionals gemelde incidenten op de huisartsenpost met als doel en vraagstelling:

Doel:

- Het beschrijven van de frequentie en aard van gemelde incidenten
- Inzicht krijgen in de wijze van melden en beschrijven van incidenten.
- Inzicht krijgen in de achtergrond van de melder.
- Inzicht krijgen in de oorzaken en gevolgen van incidenten die gemeld worden op de huisartsenpost
- In kaart brengen welke consequenties de huisartsenpost trok uit de meldingen.
- Het doen van aanbevelingen voor de huisartsenposten met betrekking tot het melden van incidenten, zodat zij onveilige situaties kunnen herkennen en dit bespreekbaar maken.

Hieruit vloeien de volgende vraagstellingen voort:

- Wat is de frequentie en aard van gemelde incidenten?
- Hoe worden incidenten gemeld en beschreven?
- Wie melden er incidenten op de huisartsenpost?
- Wat zijn de oorzaken en gevolgen van gemelde incidenten?
- Welke consequenties trok de huisartsenpost uit de gemelde incidenten?

Materiaal en methode

Design

Dit onderzoek betreft een transversale analyse van gemelde incidenten door professionals op de huisartsenpost. Sleutelpersonen van huisartsenposten (zoals medisch adviseurs) werden geïnterviewd bij onduidelijkheden.

Populatie

Het betreft 18 huisartsenposten uit vier regio's met een totale adherentie 2.999.000 inwoners en 689.809 verrichtingen in midden en Zuidoost Nederland. Deze regio's bevatten een populatie afkomstig uit stedelijke en plattelandsgebieden.

- Zuidoost Brabant, 500.000 inwoners, 115.464 verrichtingen (Eindhoven, Helmond, Geldrop)
- Den-Bosch, Oss, Veghel, 577.000 inwoners, 123.792 verrichtingen (Den-Bosch, Oss, Veghel, Zaltbommel)
- Nijmegen, 422.000 inwoners, 121.580 verrichtingen (Nijmegen, Wijchen, Boxmeer)
- Utrecht, 1.500.000 inwoners, 328.973 verrichtingen (Utrecht, Amersfoort, Blaricum, Woerden, Zeist, Harderwijk, Nieuwegein, Houten)

De onderzoeksperiode beperkt zich tot 2008. In dat jaar hebben de huisartsenposten 689.809 verrichtingen gedaan. Een verrichting wordt gedefinieerd als een telefonisch consult, een consult of een visite.

Variabelen

Indien mogelijk werden de incidenten geanalyseerd volgens de PRISMA methode (zie bijlage).

- Indeling naar type: organisatie, communicatie, preventie, triage, diagnostiek of behandeling.
- Indeling naar oorzaken volgens het Eindhoven Classificatie Model (zie bijlage).
- Indeling incidenten naar mate van feitelijk opgetreden schade: aan de hand van de 'severity of outcome' dimensie uit de International Taxonomy of Medical Errors in Primary Care.¹⁵
 - Categorie 1: geen incident
 - Categorie 2: geen schade
 - 2.1: een incident vond plaats, maar deze bereikte niet de patiënt
 - 2.2: een incident met betrekking tot de patiënt vond plaats, maar veroorzaakte geen schade bij de patiënt
 - 2.3: een incident met betrekking tot de patiënt vond plaats en monitoring was nodig om te bevestigen dat er geen schade was en/of een interventie was nodig om schade te voorkomen
 - Categorie 3: schade
 - 3.1: een incident heeft bijgedragen aan of geresulteerd in emotionele schade bij de patiënt
 - 3.2: een incident heeft bijgedragen aan of geresulteerd in tijdelijke schade bij de patiënt waardoor een interventie nodig was
 - 3.3: een incident welke heeft bijgedragen aan of geresulteerd in tijdelijke schade bij de patiënt waardoor een (verlengde) ziekenhuisopname nodig was
 - 3.4: een incident met betrekking tot de patiënt vond plaats welke heeft bijgedragen aan of geresulteerd in permanente schade bij de patiënt
 - 3.5: een incident met betrekking tot de patiënt vond plaats waardoor een levensreddende interventie nodig was
 - Categorie 4: een incident met betrekking tot de patiënt vond plaats welke heeft bijgedragen aan of geresulteerd in de dood van de patiënt
 - Categorie 5: een incident met betrekking tot de patiënt vond plaats, maar de schade is niet vast te stellen

- Indeling naar mogelijkheid op ernstige schade/overlijden: zeer waarschijnlijk-waarschijnlijk-onwaarschijnlijk

Dataverzameling en analyse

Uit de kwaliteitsjaarverslagen van de huisartsenposten van de vier regio's werd de informatie over de gemelde incidenten gehaald en geïnventariseerd. Vervolgens werden voor verdiepingsinformatie de medisch adviseurs en kwaliteitsmedewerkers (telefonisch) geïnterviewd.

De gemelde incidenten werden indien mogelijk geanalyseerd volgens de PRISMA methode en ingedeeld volgens het Eindhoven Classificatie Model (zie bijlage). Tevens worden de incidenten ingedeeld naar type. Een veel voorkomende indeling is die in: diagnostiek, behandeling of medicatie voorschriften, communicatie en organisatie, zoals in het artikel van Wilson et al.¹⁶ Er zijn echter nog vele andere (aanvullende) categorieën mogelijk. In onze studie worden de categorieën preventie en triage toegevoegd. Ook wordt de mate van schade (gevolgen) bepaald volgens de International Taxonomy of Medical Errors in Primary Care.¹⁵ Tevens wordt de waarschijnlijkheid bepaald dat deze schade zal optreden. Het classificeren van de incidenten en indelen van de oorzaken volgens de PRISMA methode geschiedde door twee (bijna-) artsen die in de PRISMA methode zijn geschoold middels schriftelijke achtergrondinformatie en het E-learning programma van VMS. Dit gebeurde onafhankelijk van elkaar en de uitkomsten zijn met elkaar vergeleken, in overleg werd er tot consensus gekomen.

De uitkomsten per onderdeel werden gekwantificeerd per vraagstelling in aantal en percentages.

Met behulp van SPSS werden statistische analyses gemaakt. Deze gegevens werden gekwantificeerd in aantal en percentage.

De kwaliteitsjaarverslagen zijn openbaar en voor iedereen in te zien. Maar in verband met de gevoeligheid van de informatie werd zo zorgvuldig mogelijk omgegaan met privacy. De incidenten zijn niet herleidbaar tot een bepaalde huisartsenpost, huisarts of patiënt. De betrokken onderzoekers hebben een geheimhoudingsverklaring getekend.

In de kwaliteitsjaarverslagen zijn ook de klachten vermeld die van patiënten komen. Die zijn voor dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Alleen de MIP's worden meegenomen (melding incident patiëntenzorg).

Resultaten

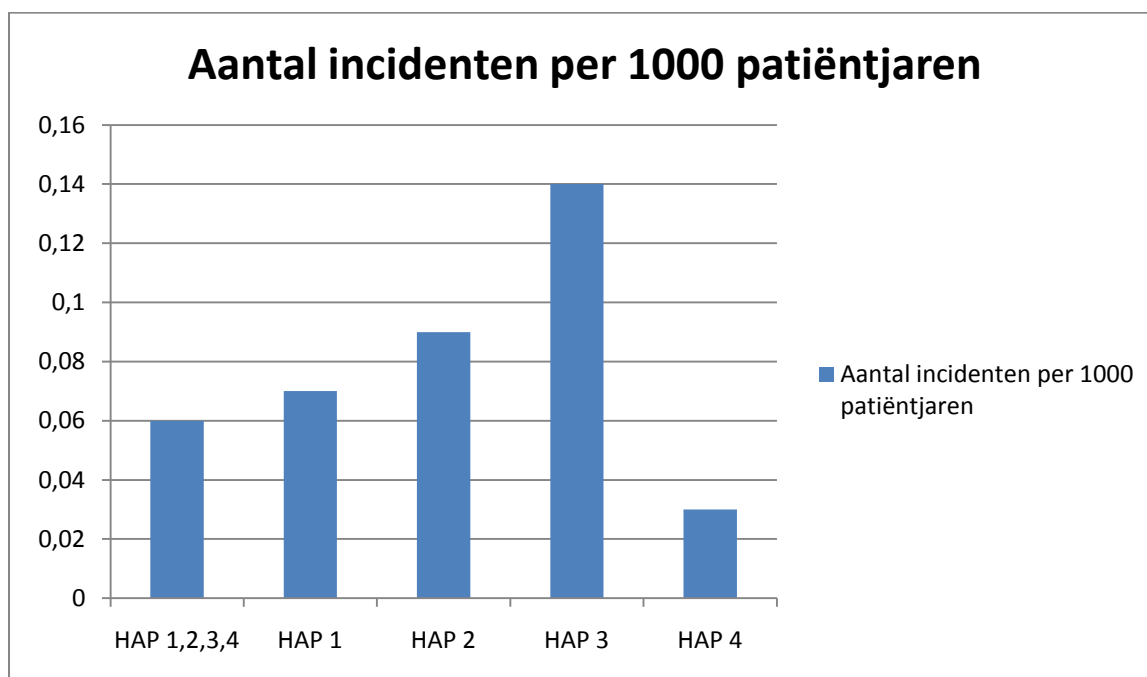
Incidentie

De vier HDS'en voorzien in de behoefte aan medische zorg buiten kantoortijden voor 2.999.000 Nederlanders. In totaal werden er in 2008 bij deze vier HDS'en 187 incidenten gemeld.

Huisartsenpost	Aantal verrichtingen	Aantal incidenten	Percentage
1,2,3,4	689.809	187	0.03%
1	115.464	37	0,03%
2	123.792	50	0,04%
3	121.580	61	0,05%
4	328.973	39	0,01%

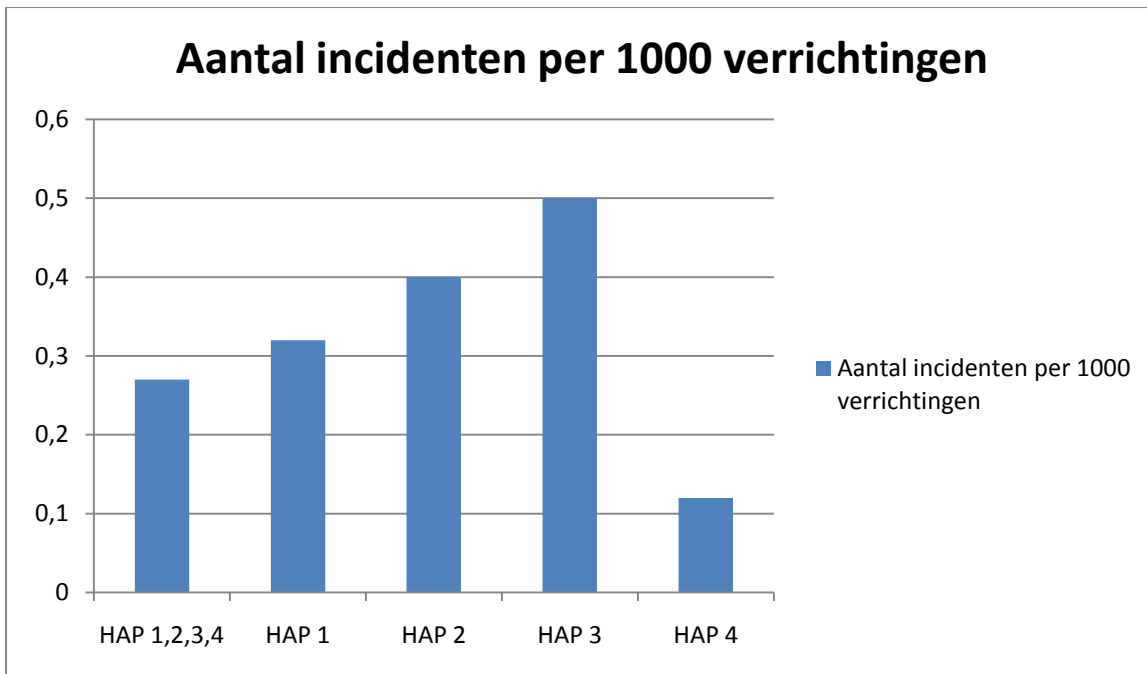
Tabel 1: Aantal verrichtingen en incidenten per huisartsenpost

In tabel 1 staat het aantal verrichtingen en incidenten per post. Huisartsenpost 3 meldt het meeste aantal incidenten namelijk bij 0,05% van alle contacten wordt een incident gemeld. Huisartsenpost 4 meldt het minste aantal incidenten, in 0,01% van alle contacten wordt een incident gemeld. Het gemiddelde van de vier posten is per 0,03% van de contacten 1 gemeld incident.



Figuur 1: Aantal incidenten per 1000 patiëntjaren

In figuur 1 staat het aantal incidenten berekend per 1000 patiëntjaren. HAP 4 meldt 0,03 incident per 1000 patiëntjaren. HAP 3 meldt 0,14 incident per 1000 patiëntjaren. Het gemiddelde aantal gemelde incidenten over de vier HAP's is 0,06 incident per 1000 patiëntjaren in 2008.

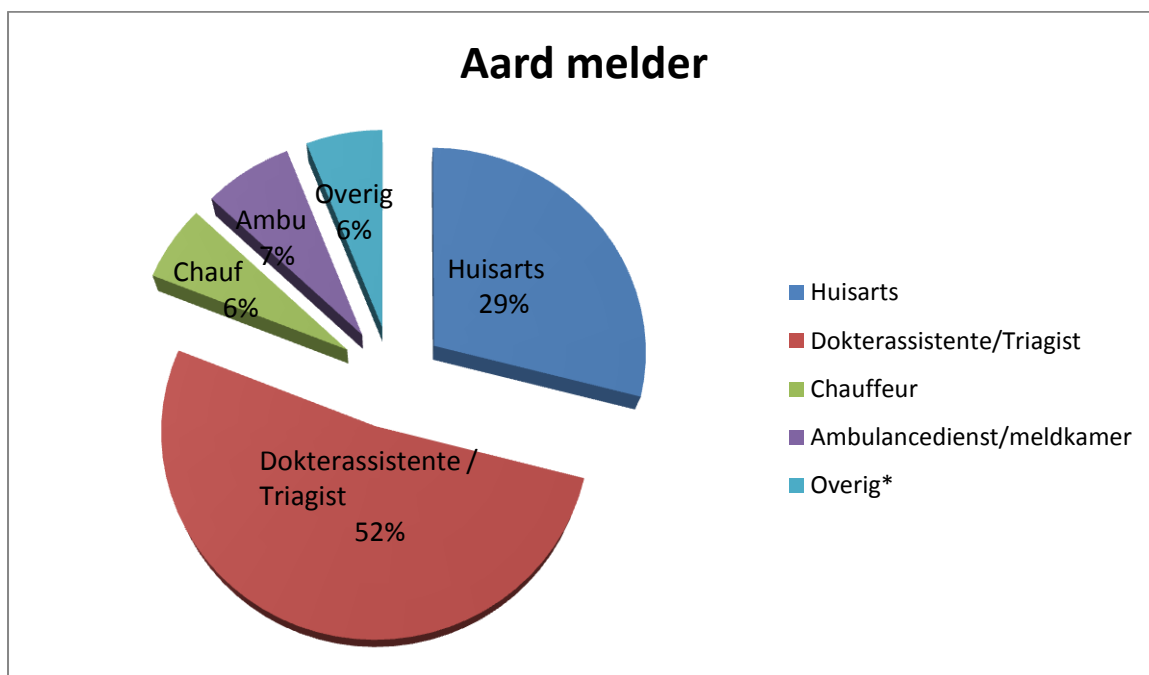


Figuur 2: Aantal incidenten per 1000 verrichtingen

Figuur 2 laat het aantal incidenten zien per 1000 verrichtingen. HAP 3 meldt bij 1000 verrichtingen 0,5 incident. HAP 4 meldt bij 1000 verrichtingen 0,12 incident. Gemiddeld is het 0,27 incidenten per 1000 verrichtingen of 1 incident per 3689 verrichtingen.

Aard van de melder

Van 100 van de 187 geanalyseerde incidenten zijn de melders geregistreerd.



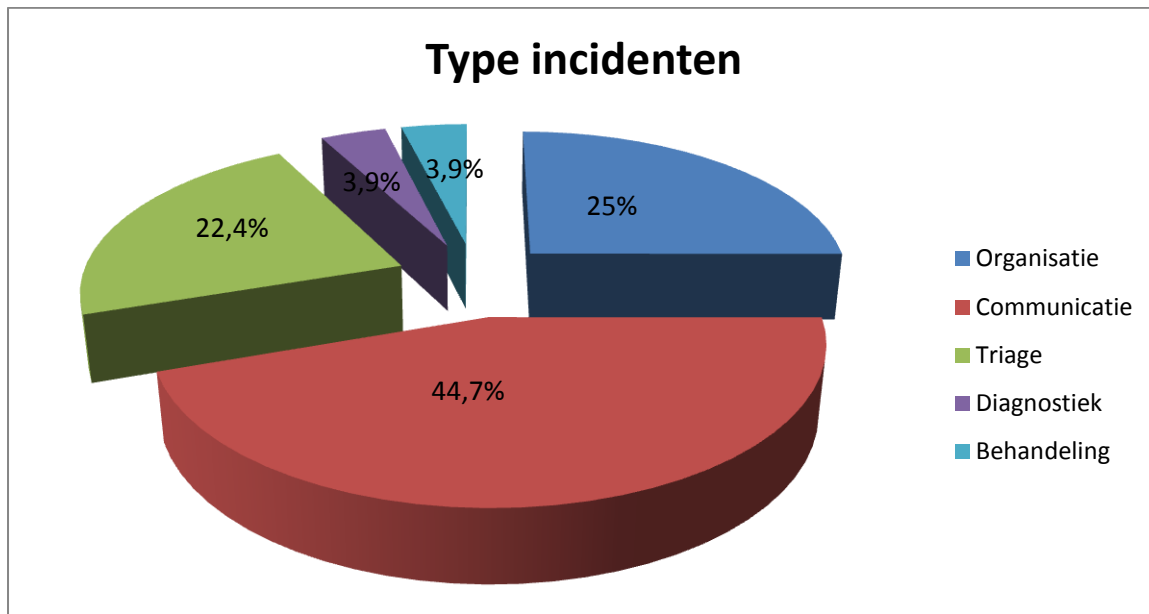
*In de categorie overig vallen: verloskundige, apotheker, ziekenhuis

Figuur 3: Aard van de melder

Zoals figuur 3 laat zien is ruim de helft van de incidenten gemeld door een doktersassistent/triagist en ongeveer één derde door een huisarts. Chauffeurs zijn verantwoordelijk voor 6% van de meldingen.

Inhoud van de meldingen

76 van de 187 meldingen konden worden ingedeeld naar type. Bij 111 was dit niet mogelijk in verband met het ontbreken van uitgebreide incidentbeschrijvingen.



Figuur 4: Indeling type incidenten

Zoals beschreven in figuur 4 vallen de meeste gemelde incidenten in de categorie communicatie (44,7%). Het betreft incidenten met betrekking tot communicatie van hulpverleners onderling, maar ook het falen van, verkeerd gebruik van computers en navigatiesystemen. Een kwart van de incidenten valt in de categorie organisatie. 22,4% valt in de categorie triage. In de categorieën behandeling en diagnostiek werden evenveel incidenten ingedeeld, beide 3,9% van het totaal.

Oorzaken

76 van 187 incidenten konden geclassificeerd worden volgens de PRISMA methode. Hieraan zijn 108 ECM codes (Eindhoven Classificatie Model) gekoppeld. Deze staan weergegeven in figuur 5.

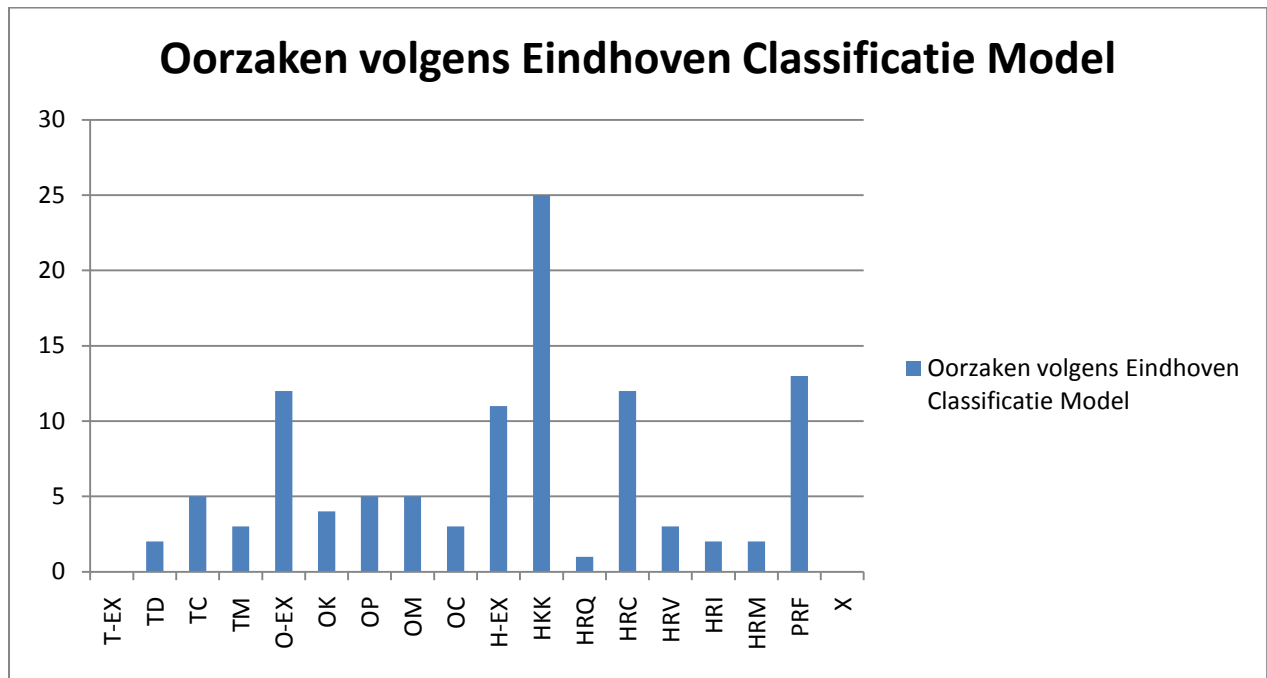
Het grootste deel van de oorzaken wordt ingedeeld in de categorie menselijke oorzaken (H) namelijk 52% (56/108). Met als belangrijkste subgroep HKK (Fouten veroorzaakt door in nieuwe situaties, beschikbare kennis niet of verkeerd toe te passen) (25/56, 45%). Het betreft het (medisch) menselijk redeneren, bijvoorbeeld het niet volgen van de standaard, een verkeerde diagnose stellen of een niet afdoende triage. De op één na grootste subgroep (12/56, 21%) is HRC (Fouten als gevolg van gebrek aan afstemming en coördinatie tussen medewerkers) Ook een grote groep (11/56, 19%) in die categorie is H-EX (menselijke fouten buiten de controle en verantwoordelijkheid van de onderzoekende organisatie) dit ging dan bijvoorbeeld om een huisarts die te laat op de huisartsenpost arriveerde omdat hij niet wist dat hij die dag moest werken, dit is extern omdat de organisatie niet verantwoordelijk is voor de persoonlijke agenda en het niet bijhouden ervan van een huisarts. En om een verzorgende van een verzorgingshuis die erg lang heeft gewacht met het melden van achteruitgang bij een zieke patiënt.

Ook een groot aantal codes (27%) komen uit de categorie organisatie (O) (29/108), met als belangrijkste subgroep O-EX (12/29, 41%) (Fouten op een organisatorisch niveau buiten de controle en verantwoordelijkheid van de onderzoekende organisatie). Dit waren met name fouten van een onbereikbare tandartsdienst, psychiatrische crisisdienst of verkeerde informatie verstrekt door de trombosedienst. Andere oorzaken betreffen fouten in of het niet beschikbaar zijn van protocollen (OP), management (OM) of fouten door een bepaalde cultuur of gedachtegoed (OC) waardoor risico's worden onderschat of genegeerd, zoals een

fout door het niet wakker maken van een arts in de nacht omdat dat niet gebruikelijk is, dit hoort bij de cultuur.

De categorie PRF (patient related factor) wordt in 13 van de 108 (12%) oorzaken als oorzaak genoemd. Dit zijn de incidenten waarbij de patiënt een grote rol speelt in het ontstaan van het incident, zoals meldingen van agressie van een patiënt jegens een professional.

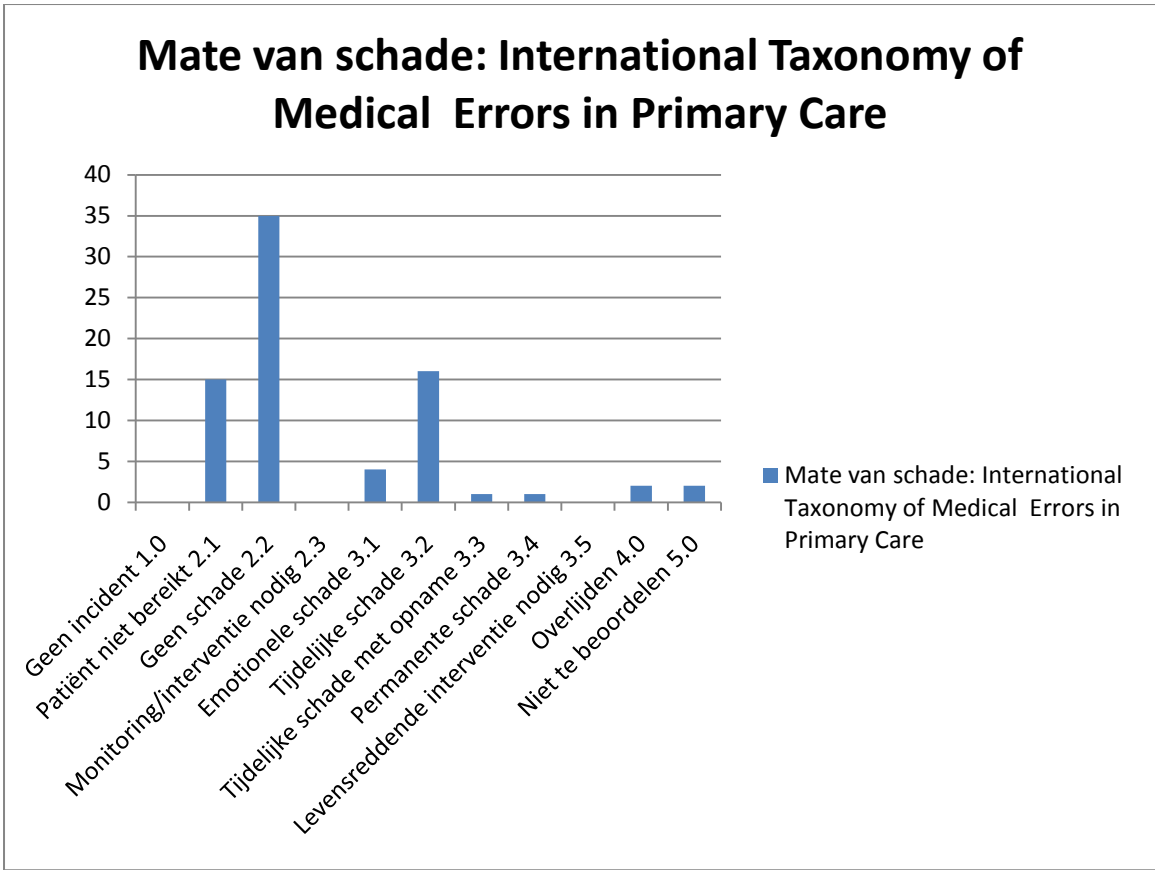
Aan 10 van de 108 (9,3%) oorzaken lag een technische reden ten grondslag (T), zoals een defect ECG apparaat, een slecht functionerend navigatiesysteem en het falen van computers of telefoons.



Figuur 5: Aantallen oorzaken incidenten ingedeeld volgens ECM

Gevolgen

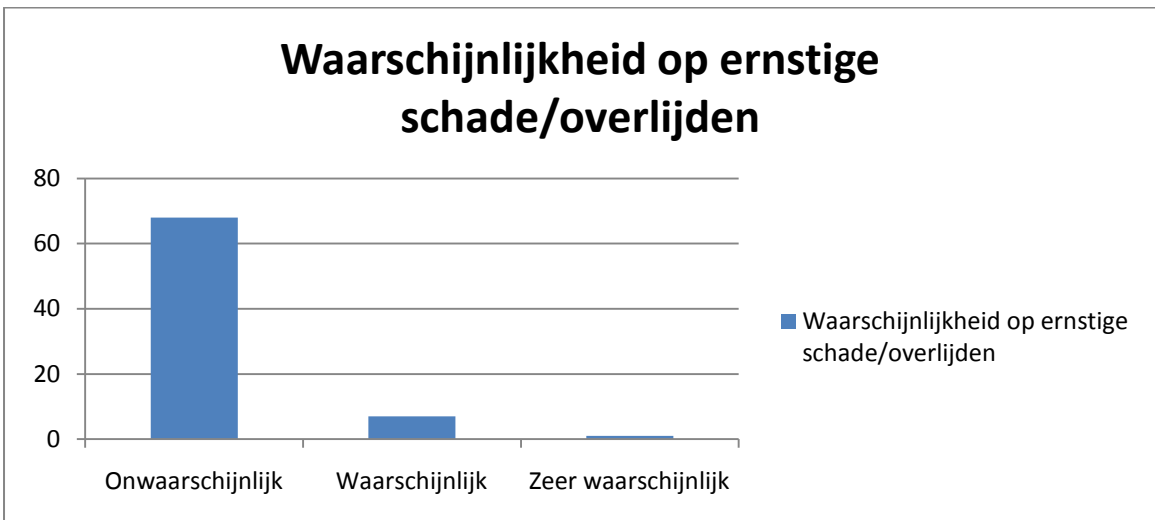
De mate van feitelijk opgetreden schade ten gevolge van de incidenten werd ingedeeld volgens de International Taxonomy of Medical Errors in Primary Care (zie bijlage).¹⁵ Dit staat weergegeven in figuur 6. De meeste incidenten (46%) leverden geen schade op (2.2). De daarop volgende grootste groep is ‘tijdelijke schade’(21%) (3.2). Deze tijdelijke schade was bijvoorbeeld vertraagde visite, patiënten hebben langer last van bepaalde symptomen, ze moeten langer wachten op medische hulp, ook een gemiste diagnose (bijvoorbeeld fractuur) valt in deze categorie. Bij een groot aantal incidenten (20%) heeft het eigenlijke incident de patiënt niet bereikt (2.1). 1 incident had tijdelijke schade en een ziekenhuisopname tot gevolg (1,3%), het betrof een gemiste diagnose, patiënt is opgenomen in het ziekenhuis. Bij 1 incident was er sprake van permanente schade (3.4), het betreft hier een niet volgens de richtlijn getrieerde oorklacht, patiënt heeft nu permanente gehoorschade. In vier gevallen (5,3%) was er sprake van emotionele schade (3.1). Bijvoorbeeld een psychiatrisch patiënt die zich tot de post wendt omdat hij niet terecht kan bij de crisisdienst, deze weigert hem te zien. Ook ging het om een administratieve fout met een verwisseling van een overleden patiënt en een nog levende. In twee gevallen is de patiënt overleden (2,6%) (4.0). Het ging hier om een patiënt die zelf al een verklaring voor zijn klachten kon geven, die niet bleek te kloppen. In twee gevallen kon de schade niet worden vast gesteld (2,6%)(5.0). De uitkomst is onvoldoende bekend om daar een uitspraak over te doen. Als we bovenstaande cijfers terugrekenen naar de populatie is de kans op schade of overlijden (24 van de 76 incidenten, 32%) 54 incidenten met schade of overlijden per 1.000.000 patiëntencontacten.



Figuur 6: Mate van schade volgens International Taxonomy of Medical Errors in Primary Care

Waarschijnlijkheid van de kans op ernstige schade of overlijden

Van de incidenten werd de waarschijnlijkheid van het optreden van ernstige schade of overlijden bepaald. In 68 van 76 gevallen was dat onwaarschijnlijk (89%), in 7 gevallen waarschijnlijk (9%) en in 1 geval zeer waarschijnlijk (2%). Het incident waarbij dat zeer waarschijnlijk was, betrof een cardiale klacht die geduid werd als van gastrogene aard. In totaal dus 8 gevallen waarschijnlijk en zeer waarschijnlijk, dat is 10,5% van de incidenten. Terug gerekend naar de populatie van de twee huisartsenposten (444.437 contacten, 2 miljoen inwoners) is dit 0,18 incident met een waarschijnlijkheid op ernstige schade of overlijden per 10000 contacten en 0,4 incident met een waarschijnlijkheid op ernstige schade of overlijden per 100.000 inwoners/patiënten.

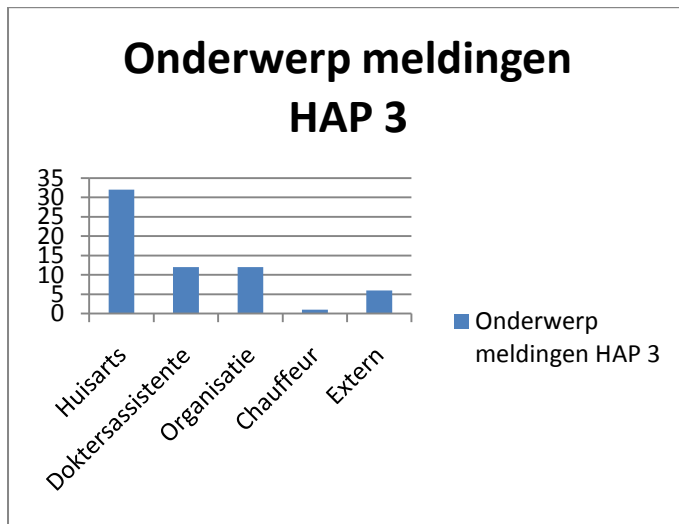


Figuur 7: waarschijnlijkheid op ernstige schade/overlijden

Incidenten niet geassocieerd volgens de PRISMA methode

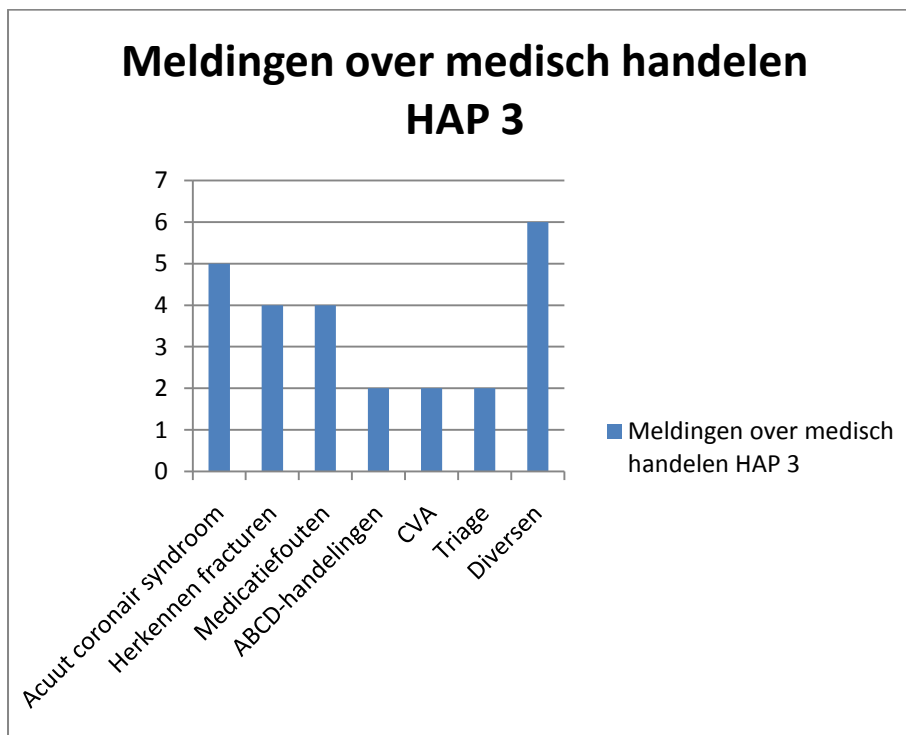
111 incidenten werden niet geassocieerd volgens de PRISMA methode. Er was te weinig bekend over de inhoud om ze in te kunnen delen. Het gaat om één HAP met 61 meldingen (HAP 3) en één HAP met 50 meldingen (HAP 2).

Van de HAP met 61 meldingen (HAP 3) staat in het kwaliteitsjaarverslag vermeld wie er gemeld hebben en wat het onderwerp is van de melding. De meeste meldingen worden gedaan door doktersassistenten (44%) en de huisarts (31%). Het onderwerp van de melding was in de meeste gevallen het handelen van de huisarts (52%), 12 meldingen (20%) gingen over het handelen van de doktersassistente en evenveel over de organisatie.



Figuur 8: Onderwerp van de meldingen van HAP 3

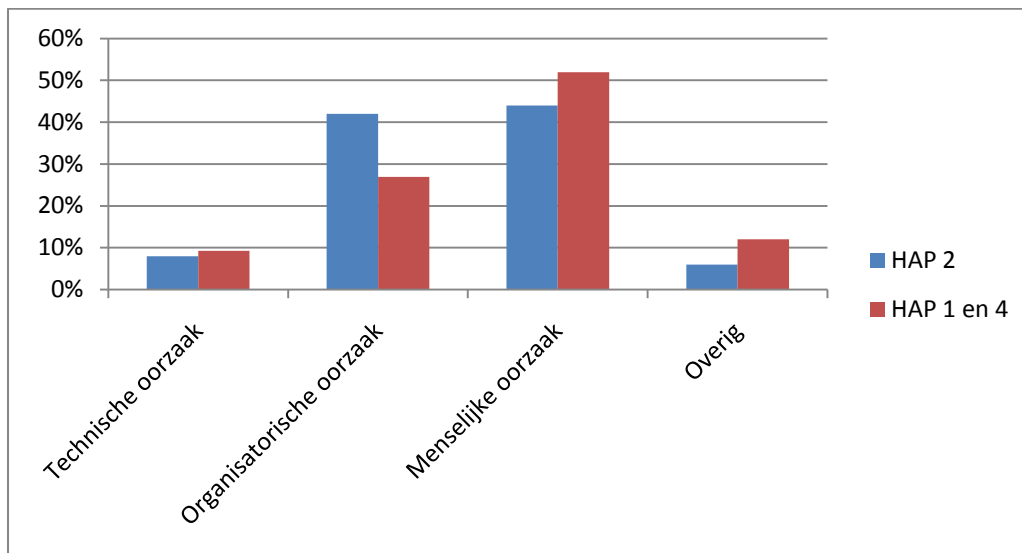
De meeste meldingen (44%) gaan over medisch handelen. In het kwaliteitsjaarverslag worden deze verder onderverdeeld in hoofdgroepen. Meer dan één derde daarvan gaat over het missen van een diagnose, acuut coronair syndroom, CVA of het herkennen van fracturen. Er worden ook vier medicatiefouten gemeld.



Figuur 9: meldingen over medisch handelen

Veel meldingen (23%) betroffen de communicatie en samenwerking intern. Daarbij ging het om communicatie rond spoedaanvragen, overleg met eigen huisarts rond palliatieve zorg, samenwerking assistente en telefoonarts en de behoefte tot nabespreking van reanimaties. Andere opvallende onderwerpen van meldingen betroffen de samenwerking met de ambulancedienst, aanrijdtijden of wachttijden, bereikbaarheid van de dagzorg, twijfel over het functioneren van een huisarts. Deze meldingen zijn niet te koppelen aan de incidenten vermeld in figuur 8 en 9, ze worden apart genoemd in het kwaliteitsjaarverslag.

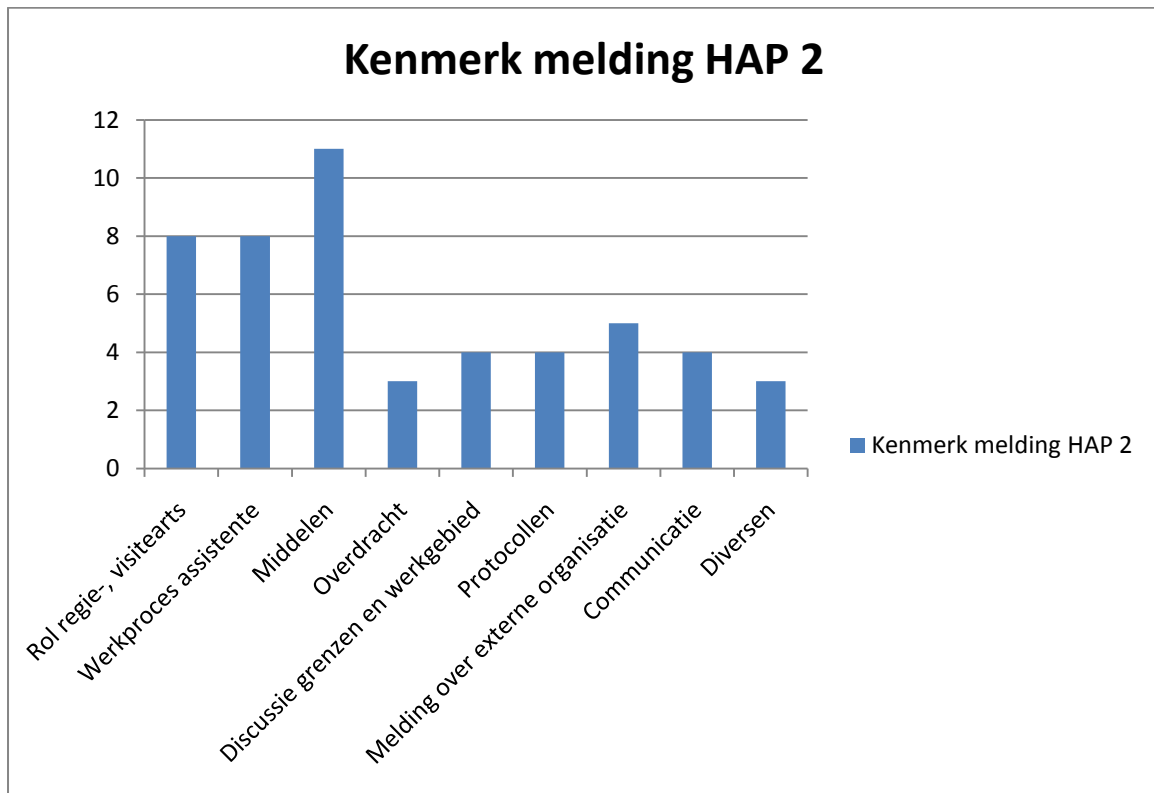
Van de HAP met 50 meldingen (HAP 2) is vooruitlopend een indeling gemaakt in de drie hoofdgroepen van de PRISMA methode. Deze indeling is gemaakt door professionals van de betreffende post, hij staat vermeld in het kwaliteitsjaarverslag. Verdere classificatie is in verband met het ontbreken van meer informatie over de incidenten niet mogelijk. De vergelijking met de andere ingedeelde incidenten staat in figuur 10.



Figuur 10: Indeling in hoofdgroepen van de PRISMA methode

De meeste incidenten worden hebben een menselijke oorzaak (44%), ook een grote groep heeft een organisatorische oorzaak (42%) er zijn 4 incidenten (8%) met een technische oorzaak. In totaal hebben de 76 incidenten 108 oorzaken (van HAP 1 en 4). In 9% van de incidenten was dit een technische oorzaak, tegen 8% bij HAP 2. In 29 (27%) van de 108 gevallen was dit een organisatorische oorzaak, tegen 42% bij HAP 2. In 52% van de gevallen vielen de oorzaken in de categorie menselijk, tegen 44% bij HAP 2. In de categorie overig vielen respectievelijk 12% en 6%. In figuur 10 zijn deze getallen verwerkt en uitgezet tegen de geanalyseerde incidenten van de HAP 1 en HAP 4 en de in hoofdgroepen ingedeelde incidenten van HAP 2. Er is een vergelijkbare verdeling van de incidenten over de drie hoofdgroepen bij HAP 2 als bij HAP 1 en 4.

HAP 2 heeft een indeling gemaakt naar het kenmerk van de melding. De resultaten staan weergegeven in figuur 11.



Figuur 11: Kenmerk melding HAP 2

Een groot aantal meldingen (22%) gaat over middelen. Deze gaan met name om telefoon en software. De meldingen over protocollen betreffen meestal het niet volgen ervan. De externe meldingen betreffen met name de samenwerking met de meldkamer.

Consequenties van de meldingen

Eén HAP vermeldt expliciet dat de meldingen worden besproken met de betrokkenen. Bij alle onderzochte HAP's zijn de meldingen aanleiding geweest tot het organiseren van nascholingen voor triagisten. Er werden ook nascholingen georganiseerd op het gebied van het volgen van protocollen en het eigen maken van de inhoud. Op een HAP zijn de meldingen met betrekking tot middelen aanleiding geweest voor de aanschaf van laptops ter vervanging van de fax. Extra aandacht werd gevestigd op de overdracht en de momenten van dienstwisseling. Er gaan op deze momenten nog regelmatig dingen mis. Het niet volgen van protocollen is meestal een persoonlijke fout, maar toch zijn er organisatorische aspecten zoals het verzorgen van nascholing om zich de protocollen eigen te maken. Dit is dan ook geadviseerd door een MIP commissie. Naar aanleiding van agressie meldingen heeft een HAP workshops georganiseerd over hoe hiermee om te gaan.

Discussie

Samenvatting resultaten

Er werden 4 huisartsenposten betrokken waarop in totaal 187 incidenten werden gemeld. Dat is 6 incidenten per 100.000 patiëntjaren en 27 incidenten per 100.000 verrichtingen.

Van de incidenten waarvan de melder bekend is, werden de meeste gemeld door de doktersassistente (52%) en daarna de huisarts (29%), de chauffeur is verantwoordelijk voor 6% van de meldingen.

Type

Van de meldingen die geclassificeerd zijn is het grootste deel van het type communicatie (44,7%), een kwart is van het type triage en 22,4% is van het organisatorische type. De typen diagnostiek en behandeling hebben beide 3,9% van de incidenten.

Oorzaak

Het grootste deel van de oorzaken is een menselijke oorzaak (52%) en dan met name het (medisch) redeneren (HKK)(45% van alle menselijke oorzaken). Ook een groot aantal oorzaken komen uit de categorie organisatie (27%). In 12% van de gevallen was er een patiënt gerelateerde oorzaak. In 9% van de gevallen was er een oorzaak van technische aard.

Gevolgen

De meeste (46%) incidenten leverden geen schade op. Een kleinere groep leverde tijdelijke schade op (21%). In 15 gevallen (20%) heeft het incident de patiënt nooit bereikt. 1 incident (1,3%) leverde permanente schade op. In twee gevallen is de patiënt overleden (2,6%). De kans op schade of overlijden is 54 incidenten met schade of overlijden per 1.000.000 patiëntencontacten.

Waarschijnlijkheid op ernstige schade of overlijden

Bij 89% van de incidenten is de kans op ernstige schade of overlijden onwaarschijnlijk, bij 9% waarschijnlijk en bij 2% zeer waarschijnlijk. Teruggerekend naar de populatie van de twee huisartsenposten zijn dit 18 incidenten met een waarschijnlijkheid op ernstige schade of overlijden per 1.000.000 contacten en 4 incidenten met een waarschijnlijkheid op ernstige schade of overlijden per 1.000.000 inwoners/patiënten.

Incidentie

Het verschil in incidentie van gemelde incidenten is erg groot. Het kleinste aantal gemelde incidenten per 100.000 patiëntjaren is 3 het grootste 14. Hetzelfde geldt voor het aantal incidenten per 100.000 verrichtingen, respectievelijk 12 en 50. Dit hoeft niet te betekenen dat de HAP die meer meldt onveiliger is dan de HAP die minder meldt. Van den Hombergh vindt dat een huisarts er een sport van moet maken om zoveel mogelijk incidenten te melden. Dat geeft aan dat je je inzet om goede kwaliteit te leveren, die steeds te bewaken en te verbeteren. De beste huisartspraktijken hebben de meeste gemelde incidenten.⁹ Het verschil in incidentie kan dus ook betekenen dat de betreffende huisartsenpost meer aandacht heeft voor het kwaliteitsbeleid en het melden van incidenten.

Verskil tussen incidenten gevonden bij dossieronderzoek en gemelde incidenten

De uitkomsten van dit onderzoek verschillen, qua incidentie met een ander onderzoek dat gelijktijdig is verricht met dit onderzoek (Kerssemeijer et al.). Het betreft een dossieronderzoek met retrospectief geanalyseerde HAP-contacten. In dat onderzoek zijn 1145 HAP contacten van 4 HAP's geanalyseerd op veiligheid. Er werden 26 incidenten (0,6%) gevonden. Dit is meer dan 187 (0,03%) gemelde incidenten per 689.809 verrichtingen in deze studie. In de dossierstudie (Kerssemeijer) worden alleen de typen, behandeling, triage en diagnostiek gevonden. In deze studie ook de typen organisatie en communicatie. In de dossierstudie van Kerssemeijer zijn 14 van de 26 incidenten zijn van het type behandeling, in mindere mate diagnostiek en triage. Het (medisch) menselijk redeneren (HKK) is voornamelijk de oorzaak van de incidenten in beide studies. 19 (73%) van de 26 incidenten leverden geen schade op, ten opzichte van 66% in deze studie, 7 incidenten (27%) leverden schade op, in deze studie 31%. Geen enkel incident had de dood tot gevolg, in deze studie resulteerden 2 incidenten in de dood voor de patiënt (2,6%). De gemelde incidenten zijn van meer verschillende typen en hebben meer uiteenlopende oorzaken. Met name het type communicatie komt meer voor. De oorzaken liggen vaker op het gebied van de organisatie, maar ook hier is menselijk redeneren (HKK) een vaak voorkomende oorzaak. De mate van opgetreden schade is vergelijkbaar. Interessant is om te kijken naar urgentie en de mogelijkheid op een incident, het blijkt dat een incident niet per se vaker optreedt als een klacht meer urgent van karakter is.¹⁴

Beschouwing van de resultaten in het licht van de bestaande literatuur

Lankveld verrichtte onderzoek naar patiëntveiligheid in de huisartsenpraktijk via een incidenten onderzoek. 750 dossiers verdeeld over 15 huisartsenpraktijken werden beoordeeld. Er werd een jaar terug gekeken in het dossier. Voor het incidenten melden werden er in 5 huisartspraktijken gedurende twee weken incidenten gemeld. Uit de geanalyseerde contacten komen 2,9 incidenten per 100 contacten naar voren, wat vergelijkbaar is met wat gevonden is op huisartsenpost namelijk 2,3 incidenten per 100 contacten in de studie van Kerssemeijer.¹⁴ In de studie van Lankveld werden in twee weken in totaal 24 incidenten gemeld in 5 praktijken. In deze studie is er niet voor gekozen om twee weken te melden op de huisartsenpost omdat dat waarschijnlijk te weinig incidenten zal opleveren. Er werken veel verschillende medewerkers, doktersassistenten en artsen, en om hen allemaal te instrueren is niet eenvoudig. Dat maakt dat deze resultaten niet volledig met elkaar te vergelijken zijn. Het geeft wel aan dat meer aandacht voor melden meer gemelde incidenten oplevert.

De incidenten uit de huisartspraktijken waren voor meer dan helft van het type organisatie, een kwart betrof de communicatie. Bij de gemelde incidenten op de HAP (deze studie) waren deze typen ook de grootste groepen, hetzij in andere volgorde. Op de huisartsenpost worden meer incidenten gemeld van het type triage, wat ook een belangrijke rol speelt op de huisartsenpost omdat elke patiënt eerst telefonisch getrieerd wordt door een doktersassistente, wat niet gebeurt in de huisartsenpraktijk.¹ Ook werden meer incidenten gemeld ten aanzien van middelen en externe organisaties. De oorzaken (ECM) liggen ook met name in de menselijke en organisatorische sfeer. Ook bij dit onderzoek resulteerden de meeste incidenten niet in schade.¹⁷

Er is nog nooit eerder een precies onderzoek gedaan naar de aard, oorzaken en gevolgen van incidenten op huisartsenposten. Wel is vergelijkbaar onderzoek gedaan naar incidenten in de huisartsenpraktijk. In een onderzoek van Sandars et al. wordt een incidentie gevonden van maximaal 0,08 incident per 100 contacten¹⁸, in het hierboven genoemde onderzoek van Lankveld wordt een frequentie gevonden van 2,9 incidenten per 100 contacten.¹⁷ In een onderzoek van Wetzels wordt een nog hogere frequentie genoemd van 7,3 incidenten per 100 dossiers.¹¹ In het rapport van het NIVEL worden vergelijkbare getallen genoemd als in het onderzoek van Lankveld.^{5,17} Het percentage incidenten dat tot schade leidt wordt maar in een klein aantal onderzoeken beschreven. In de studie van Rosser leidde 29,9% tot 39,9% van alle incidenten tot schade en in de studie van Wetzels circa 50%. In deze studie leidde 32% van de gemelde incidenten tot schade.^{11,19} Dit is meer dan in de huisartsenpraktijk en bij het dossieronderzoek op de huisartsenpost.^{14,17} Dit is mogelijk te verklaren door het urgente karakter van de klachten op de huisartsenpost en de meldingsbereidheid naarmate een incident meer schade oplevert. Er is ook een verplichting tot melden van calamiteiten. Wordt een incident uiteindelijk niet beoordeeld als calamiteit, dan blijft de melding bestaan als incident.

Aanbevelingen ten aanzien incidenten melden huisartsenpost

De eerste stap naar het verbeteren van patiëntveiligheid is bewustwording. Pas als de medewerkers van de huisartsenpost zich bewust zijn van hun fouten en er een sport van maken incidenten te melden, kan overgegaan worden tot het doorvoeren van veranderingen om de kans op een incident te verkleinen. Een pilot studie met het veilig melden leverde ruim het twintigvoudige aan meldingen per jaar op ten opzichte van het aantal meldingen het jaar ervoor.¹² Dus mogelijk zegt het aantal meldingen iets over kwaliteit.

Melden de beste praktijken de meeste incidenten?⁹

Molendijk noemt in zijn artikel het melden en analyseren van incidenten de hoeksteen van elke lerende organisatie. Het levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg, vooral omdat aan incidenten veel vaker een systeemoorzaak ten grondslag ligt dan verwijtbaar individueel handelen. In Nederland wordt het veilig incident melden niet wettelijk ondersteund. Door een uitspraak van een rechter die nabestaanden het recht op inzage van de MIP-gegevens gaf, wordt het veilig melden bedreigd. Hij pleit ervoor om het veilig incident melden wettelijk te regelen, zodat het onmogelijk is om gegevens uit interne meldingsystemen te gebruiken in juridische procedures.²⁰ Legemaate spreekt dit tegen en concludeert uit zijn onderzoek dat er in Nederland geen dwingende redenen zijn om die bescherming wettelijk vast te leggen. Dit komt ten eerste doordat van hulpverleners een open en transparante houding mag worden verwacht. Ten tweede bestaat er weinig aanleiding voor de vrees dat de melding zal leiden tot disciplinaire maatregelen en juridische procedures. Ten derde kunnen hulpverleners meer redenen hebben dan het ontbreken van veiligheid om niet te melden. Het bieden van wettelijke bescherming is dus geen garantie voor het verminderen van onderrapportage van incidenten. Ten vierde lijkt het erop dat het ontbreken van wettelijke bescherming in de huidige praktijk geen echte belemmering vormt voor bloeiende meldingspraktijken.⁶

De gemelde incidenten in deze studie zijn niet groot in aantal. Uit het onderzoek van Zwart et al. blijkt dat een veilig melden systeem meer gemelde incidenten oplevert.¹² Blijkbaar laat het veilig melden de meldingsbereidheid toenemen. Het is dan ook raadzaam om dit veilig melden systeem ook op huisartsenposten in te voeren.

Bijna 45% van de geanalyseerde incidenten valt in de categorie communicatie. Op dit terrein valt veel te winnen. Het gaat dan vaak om afstemming onderling, verkeerde computer invoer door een medewerker en overdrachtsfouten. Een kwart van de incidenten is van organisatorische aard. Vooral de afstemming tussen ambulancedienst/meldkamer en huisartsenpost en de regels hieromtrent verdienen aandacht.

De triage gebeurt niet altijd volgens protocol of adequaat, dit is op alle onderzochte huisartsenposten een punt van aandacht. Op dit gebied zijn er veel bijscholingen. Dit moet zeker blijven gebeuren. In deze studie heeft een kwart van de incidenten te maken met triage.

Persoonlijke fouten zijn moeilijk te voorkomen. Menselijk redeneren is de meest voorkomende oorzaak. Het valt dan ook aan te bevelen om een gemiste diagnose onderwerp te laten zijn van intercollegiale toetsing.²¹ Meerdere huisartsen komen bij elkaar en brengen een casus in waarvan zij vinden dat er iets fout is gegaan. Het is belangrijk in kaart te brengen waar de kennishiaten zich bevinden zodat met scholing hierop kan worden ingespeeld.

Een aantal meldingen gaan over middelen en apparatuur. Het valt aan te bevelen om die meldingen sneller te verwerken of om op het meldformulier aan te geven dat het defecte apparaat betreft, zodat het ook elders kan worden gemeld. Het is voorgekomen dat een ECG apparaat vier maanden defect is, er zijn twee MIP meldingen over gedaan, maar die zijn waarschijnlijk in de zelfde vergadering besproken.

Om de kwaliteit te waarborgen en te bewaken is het goed om ter analyse van een incident of een klacht van een patiënt telefoongesprekken terug te luisteren. Deze gesprekken kunnen ook ten behoeve van het onderwijs gebruikt worden. Het is belangrijk dat hier zorgvuldig mee wordt omgegaan. In deze studie is het voorgekomen dat bij incidenten de banden van het telefoongesprek tussen de assistente en de patiënt niet meer te traceren waren, dit stond vermeld in de incidentbeschrijvingen in het kwaliteitsjaarverslag. Het is belangrijk dat deze systemen goed functioneren.

Opvallend was het verschil in registreren en analyseren per huisartsenpost, zo konden bij twee van de bij dit onderzoek betrokken posten de incidenten volgens de PRISMA methode worden geanalyseerd, van twee niet. Om een jaarlijks overzicht te krijgen van meldingen door professionals verdient het sterke aanbeveling om een landelijk registratiesysteem met één meldingsformulier te ontwikkelen van meldingen op huisartsenposten. Hierdoor kunnen huisartsenposten zich vergelijken met de rest van Nederland en kunnen zowel lokale als algemene aanbevelingen worden gedestilleerd. Het verdient aanbeveling om landelijk één meldingsformulier te gebruiken. Om zo gegevens nog beter te kunnen vergelijken. Er komt dan ook op grotere schaal zicht op oorzaken en gevolgen van incidenten.

Sterke en zwakke punten

Sterke punten

Deze (deel)studie is het eerste grootschalige beschrijvende onderzoek naar alle gemelde incidenten op de huisartsenpost. Er werden 4 huisartsenposten betrokken met een totale adherentie van 2,99 miljoen patiënten en 689.809 verrichtingen. Deze grote aantallen en het meten over een jaar maken het onderzoek waarschijnlijk representatief voor Nederland.

Het geeft een inhoudelijke beschrijving van hoe het incident melden nu gebeurt en de huisartsenposten hebben voor een deel zelf de analyse uitgevoerd. Dit onderzoek kan gezien worden als opmaat voor een landelijk uniform meldsysteem.

Zwakke punten

Groot probleem in het onderzoek vormde de verschillen in wijze van registreren en analyseren van de huisartsenposten. Zo was het aantal incidenten dat geclassificeerd werd volgens het Eindhoven Classificatie Model is 76 van de 187. Twee volledige HAP's werden geëxcludeerd. Van de niet geanalyseerde incidenten was niet voldoende informatie beschikbaar.

We sluiten niet uit dat er informatieverlies of bias is ontstaan omdat het feitelijk een secundaire analyse betreft van de beschikbare informatie uit kwaliteitsjaarverslagen.

Een belangrijk ander probleem binnen dit onderzoek is ook de elders beschreven lage incidentmeldingsbereidheid.²² Zoals eerder genoemd is een veiligheidscultuur van belang. Uit onderzoek blijkt dat bij het veilig melden er meer dan twintig keer zo veel incidenten worden gemeld als in de oude MIP-situatie.¹²

Er is bij veel huisartsen sprake van een 'blind spot'. Een veel gehoorde opmerking bij navraag naar de voortgang van incidenten melden is: "Of we zijn heel goed, of we zien onze eigen fouten niet". Van den Hombergh suggereert dat de beste huisartspraktijken de meeste gemelde incidenten hebben.⁹

Er zijn twee incidenten met de dood tot gevolg. Het is natuurlijk lastig om vast te stellen of zij direct als gevolg van het incident zijn overleden. Men kan niet weten of dit niet zonder het incident ook het beloop zou zijn geweest. De beoordeling is gedaan door twee relatief onervaren bijna-artsen en een inter-beoordelaars analyse heeft niet kunnen plaatsvinden. Tenslotte was de informatie gegeven door de medisch managers was niet altijd toereikend om de precieze toedracht of gevolgen van een incident te achterhalen.

Conclusie

Wat is de frequentie van gemelde incidenten op de huisartsenpost?

Bij dit onderzoek werden 18 huisartsenposten uit vier regio's betrokken. Zij hebben een totale adherentie van 2.999.000 inwoners en 689.809 verrichtingen in midden en Zuidoost Nederland.

Er werden in totaal 187 incidenten gemeld. Dat is 0,06 incident per 1000 patiëntjaren. Het is een gemiddelde van 0,27 incident per 1000 verrichtingen. 1 incident vindt plaats per 3689 verrichtingen.

Wie melden er incidenten op huisartsenpost?

Meer dan de helft van de incidenten wordt gemeld door de doktersassistenten/triagisten. Een kwart van de meldingen is van de huisarts.

Hoe worden incidenten gemeld op de huisartsenpost?

Incidenten worden gemeld door middel van MIP-meldingsformulieren (zie bijlage). Dit is per post geregeld. Elke post heeft zijn eigen formulier. Dit is verplicht in het kader van kwaliteitszorg. Er is een wettelijke verplichting voor het melden van een calamiteit.

Wat zijn de oorzaken en gevolgen van gemelde incidenten?

De meeste incidenten vallen in de categorie communicatie (44,7%) een kwart valt in de categorie organisatie, ongeveer evenveel zijn van het type triage (22,4%). Behandeling en diagnostiek beide 4%. De meest voorkomende oorzaak (52%) is het (medisch)menselijk redeneren, gevolgd door een patiënt gerelateerde oorzaak (12%), een organisatorische externe oorzaak (11%) en een menselijke externe oorzaak (10%). Externe oorzaken zijn oorzaken buiten de verantwoordelijkheid van de te onderzoeken organisatie. In de meeste gevallen, 50 van de 76 incidenten (66%), was er geen schade of heeft het incident de patiënt niet bereikt. In 16 van de 76 gevallen trad er tijdelijke schade op (21%). 1 incident betrof tijdelijke schade en opname in het ziekenhuis (1,3%) en evenveel incidenten resulteerden in permanente schade. Er zijn twee incidenten met de dood tot gevolg (2,6%). Bij 89% van de incidenten is de kans op ernstige schade of overlijden onwaarschijnlijk, bij 9% waarschijnlijk en bij 2% zeer waarschijnlijk. Teruggerekend naar de populatie van de twee huisartsenposten is dit 0,18 incident met een waarschijnlijkheid op ernstige schade of overlijden per 10000 contacten en 0,4 incident met een waarschijnlijkheid op ernstige schade of overlijden per 100.000 inwoners/patiënten.

Welke consequenties trok de huisartsenpost uit de gemelde incidenten?

De meldingen worden besproken met de betrokkenen. Bij alle onderzochte HAP's zijn de meldingen aanleiding geweest tot het organiseren van nascholingen voor triagisten. Ook zijn er telefoongesprekken geanalyseerd van triagisten met patiënten. Hieruit kon geconcludeerd worden dat er nog veel te verbeteren valt in die gesprekken. Er werden ook nascholingen georganiseerd op het gebied van het volgen van protocollen en het eigen maken van de inhoud. Naar aanleiding van meldingen met betrekking tot middelen zijn faxapparaten vervangen door laptops. Extra aandacht werd gevestigd op de overdracht en de momenten van dienstwisseling. Er gaan op deze momenten nog regelmatig dingen mis. Het niet volgen van protocollen is meestal een persoonlijke fout, maar toch zijn er organisatorische aspecten zoals het verzorgen van nascholing om zich de protocollen eigen te maken. Dit is dan ook geadviseerd door een MIP commissie. Naar aanleiding van agressie meldingen heeft een HAP workshops georganiseerd over hoe hiermee om te gaan.

Literatuurlijst

1. Giesen, Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands, proefschrift 2007
2. NHG, telefoonwijzer 2008
3. IoM, To err is human, building a safer health system, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, 2000
4. Habraken, Beter analyseren van incidenten, Medisch Contact, 3 juni 2005 nr. 22
5. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen, EMGO Amsterdam en NIVEL 2007
6. Legemaate, Melden van incidenten in de gezondheidszorg, ZonMw Utrecht 2006
7. Reason, Human error: models and management. Britisch Medical Journal, 2000 320, 768-70
8. Reason, Human error. Cambridge University Press, New York, 1990
9. De Feijter, (Van den Hombergh), Patiëntveiligheid in de huisartspraktijk, Huisarts in praktijk, 2007;11:20-22
10. Wetzels et al, Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: A prospective observational study, BMC Medical Practice 2008;9:35
11. Wetzels et al, Harm caused by adverse events in primary care: a clinical observational study, Journal of evaluation in Clinical Practice 2009;15:323-327
12. Zwart, SPIEGEL-project, UMC Utrecht 2009
13. Derkx et al. Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centers: cross sectional national study, BMJ, 2008;337:a1264
14. Kerssemeijer, Patiëntveiligheid op de huisartsenpost, IQ Healthcare, scriptie 2009
15. International Taxonomy of Medical Errors in Primary Care, version 2, The Linnaeus- PC Collaboration. Washington DC: The Robert Graham Center, 2002.
16. Wilson et al, Enhancing public safety in primary care, BMJ, 2002;324:584-587
17. Lankveld, Meten van patiëntveiligheid in de huisartsenpraktijk, UMC St. Radboud Nijmegen IQ Healthcare, scriptie, 2009
18. Sandars, The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity cross studies. Family Practice 2003; 20:231-236
19. Rosser et al, Medical errors in primary care, Canadian Family Physician, 2005;51:386-387
20. Molendijk et al, Veilig melden moet in de wet, Medisch Contact, 8 februari 2008:228-230
21. Meester-handreiking patiëntveiligheid LHV 2009
22. Wagner, Voor een goed begrip. Bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities. Medisch contact (2005) 60(47):1888-1981
23. Habraken en Van der Schaaf, PRISMA methode, medische versie: Technische Universiteit Eindhoven, 2005
24. Buetow et al, Patient error: A Preliminary Taxonomy, Annals of Family Medicine, 2009;7:223-231
25. Buetow et al, Patient safety and patient error, Lancet, 2007;369:158-161
26. Smits et al. Analysis of unintended events in hospitals: inter-rater reliability of constructing causal trees and classifying root causes, International Journal for Quality in Health Care 2009;21:4 292-300
27. Kwaliteitsjaarverslag 2008 CHN Nijmegen
28. Kwaliteitsjaarverslag 2008 Huisartsenpost 's Hertogenbosch, Oss, Veghel, Zaltbommel
29. Kwaliteitsjaarverslag 2008 huisartsenposten Zuidoost Brabant
30. MIP jaarverslag 2008 Primair Huisartsenpost regio Utrecht
31. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Patiëntveiligheid, de handen ineen, 2006
32. Standpunt van de Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg, oktober 2006, uit beleidsdocument Veilig Melden, KNMG 2007
33. Crol, Retrospectieve Incidentanalyse binnen CHP, Scriptie technische bedrijfskunde, 2008
34. Michel et al. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. BMJ, 2004, 328, 199
35. De Leeuw et al, Patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg: de stand van zaken, NIVEL 2008
36. Bhasale, The wrong diagnosis: indentifying causes of potentially adverse events in general practice using incident monitoring, Family Practice, 1998;15:308-318
37. Britt et al, Collecting data on potentially harmful events: a method for monitoring incidents in general practice, Family Practice, 1997;14:101-106
38. Dovey et al, A preliminary taxonomy of medical errors in family practice, Quality and safety in Healthcare, 2002;11:233-238

39. Giard, Juridische beoordeling van fouten bij telefonische triage, Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 2009;153:B67
40. Meyst et al, Veilig incident melden bestaat niet, Medisch Contact, 2 februari 2007:187-189
41. Vesseur et al, Inspectie geeft spijkerharde garanties, Medisch Contact, 2 februari 2007:184-186
42. Giesen, Onderzoeksopzet: melden van incidenten door professionals op huisartsenposten, UMC St Radboud IQ Healthcare, 2009
43. Giard, De epidemiologie van medische fouten: enkele methodologische kwesties, Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 2005;149:2157-2162
44. Beleidsdocument Veilig Melden, KNMG, februari 2007

Bijlage 1: Literatuurstudie

Methode

Op pubmed is met de volgende zoektermen begonnen: De Mesh-termen 'Family practice', 'Medical errors', 'Professional Competence', en 'After-Hours care'. Deze werden gecombineerd met de zoektermen 'incidents', 'quality' en 'safety'. Op internet werd tevens literatuur gevonden op de sites van de volgende instanties: Medisch Contact, LHV, VHN, KNMG, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, NFU, ZonMw, NIVEL, Huisarts in Praktijk en Huisarts en Wetenschap. Via de 'sneeuwbalmethode', aan de hand van de referenties van de gevonden artikelen werd meer literatuur gevonden.

Huisartsenpost

Tot aan de jaren '60 zorgde elke huisarts zelf voor zijn patiënten buiten kantooruren, dientengevolge had de huisarts de meeste tijd bereikbaarheidsdienst. Huisartsen vormden kleine groepen van vijf tot tien huisartsen om diensten te doen voor elkaars patiënten. Dit zorgde voor vermindering van de werkdruk, maar nog steeds was deze erg groot. De diensten buiten kantoortijden was de belangrijkste reden voor een burn-out. ¹

Box 1: Problemen in de buiten kantoortijden huisartsenzorg

- Zware werklast
- 19 uur per week dienst, naast een 50-urige werkweek
- Gebrek aan scheiding werk-en privéleven
- Laag salaris
- Veelvragende en agressieve patiënten
- Zelfverwijzers naar SEH of ambulance

Bron: Giesen, 2007

Als antwoord op de hierboven genoemde problemen hebben huisartsen hun zorg buiten kantoortijd georganiseerd en grootschalige huisartsenposten opgezet. Een belangrijk element in deze reorganisatie is de introductie van telefonische triage door verpleegkundigen of doktersassistenten. Sinds 2000 zijn deze huisartsenposten actief geworden. Inmiddels zijn er 130 huisartsenposten, zij verzorgen de spoedzorg voor een populatie variërend van honderd- tot vijfhonderdduizend personen. Deze zorg is beschikbaar van vijf uur 's middags tot acht uur 's morgens en het gehele weekend. Het gaat hierbij om veel patiëntencontacten. ¹

Box 2: Kenmerken huisartsenpost

- Dagelijks van vijf uur 's middags tot acht uur 's ochtends en het gehele weekend
- Populatie van 100.000 tot 500.000 patiënten
- Afstand tot 30 km
- Huisartsenpost doorgaans gesitueerd naast ziekenhuis
- Toegang via één regionaal telefoonnummer
- Telefonische triage door verpleegkundigen of doktersassistenten
- Chauffeurs in herkenbare huisartsen auto's die volledig zijn uitgerust (bv. Zuurstof, infusen, AED)
- Informatie en communicatie technologie ondersteuning, inclusief een elektronisch patiëntendossier en internetverbinding
- 50-250 huisartsen met 4 uur dienst gemiddeld per week
- Huisartsen draaien diensten van 6 tot 8 uur

Bron: Giesen, 2007

De zorg op de huisartsenpost is bedoeld voor hulpvragen die niet tot de volgende dag kunnen wachten. Maar zijn alle hulpvragen van patiënten op de huisartsenpost wel zo urgent? Sommige huisartsen hebben het gevoel dat de huisartsenpost fungeert als 'avondwinkel' van de dagelijkse huisartsenzorg. ¹

De doktersassistenten of verpleegkundigen aan de telefoon doen de triage om zo de huisarts zo efficiënt mogelijk in te zetten. Het beantwoorden van de telefoon op een huisartsenpost is complexer dan in de huisartsenpraktijk overdag, vanwege meer levensbedreigende hulpvragen en de onbekendheid met de patiënt en de achtergrond van de klacht. Om de triagisten te helpen hun steeds zwaarder wordende taak verantwoord uit te voeren, heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) een Telefoonwijzer ontwikkeld voor de beoordeling van telefonische hulpvragen. Met behulp van de ontwikkelde indeling kan de assistente vaststellen in welke mate van spoed de patiënt moet worden gezien. De hulpvragen kunnen in vier klassen worden ingedeeld: Aflopend in urgentie van zeer urgent, binnen een kwartier medische hulp noodzakelijk, tot niet urgent, een hulpvraag zonder tijdsdruk. ²

Urgentie

Uit onderzoek op een huisartsenpost in het Oosten van Nederland blijkt dat van de 20.471 onderzochte patiëntencontacten (telefonische consulten, consulten en visites) er 76,9% in de laagste urgentieklasse (U4) valt. 23,1% had een urgent karakter (U1-U3). De hoogste urgentieklasse (U1) werd afgegeven in 0,7% van de gevallen. Het aantal patiëntencontacten met een hoge urgentiegraad op deze post is dus klein, de meeste klachten zijn geclassificeerd als niet urgent. De realiteit die uit dit onderzoek naar voren komt weerspreekt het idee dat huisartsenzorg buiten kantoor tijd alleen voor urgente situaties bestemd is. Meer dan driekwart van de gemelde problemen bleek niet urgent vanuit medisch perspectief. De meeste klachten zouden kunnen volstaan met een zelfzorgadvies of kunnen wachten tot de reguliere huisartsenzorg overdag. Aan de andere kant is er waarschijnlijk een grote groep patiënten die om begrijpelijke redenen zoals angst en bezorgdheid niet kan wachten. Het is dan de taak van de triagist of de huisarts om begrip op te brengen voor de ervaren problemen en deze patiënten op een professionele manier te helpen. ¹

To err is human

Sinds de publicatie van het rapport 'To err is human' van het Amerikaanse Institute of Medicine is internationaal binnen de medische wereld het bewustzijn gegroeid dat er op het terrein van patiëntveiligheid veel te winnen valt. Het Institute of Medicine benadrukt dat het registreren en analyseren van incidenten belangrijk is om de gezondheidszorg te verbeteren. ³ In het artikel van Habraken worden de cijfers van 'To err is human' vertaald naar Nederlandse begrippen, er zouden jaarlijks tussen de 1500 en 1600 mensen sterven door medische fouten. ⁴ Inmiddels is deze schatting achterhaald door het onderzoek 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen' van het NIVEL. In dat rapport staat namelijk dat per jaar 76.000 gevallen van onbedoelde schade bij een ziekenhuisopname, waarvan 10.000 met blijvende onbedoelde schade. In totaal 30.000 gevallen van onbedoelde schade waren waarschijnlijk vermijdbaar. 1735 overleden patiënten, die zijn overleden tijdens een ziekenhuisopname zijn potentieel vermijdbare sterfgevallen. ⁵

Het is van belang om een indruk te krijgen van patiëntveiligheid in andere sectoren, zoals de eerste lijn

Veiligheid in de huisartsenpraktijk

In 2009 is een Nederlands onderzoek van Wetzels et al. gepubliceerd. ¹¹ In deze studie werden twee huisartsenpraktijken, met in totaal 5 huisartsen geïncludeerd, ongeveer 8000 patiënten behoorden tot deze praktijken. Er werd op twee manieren naar incidenten gezocht. Allereerst werd de huisartsen gevraagd om gedurende een periode van 5 maanden incidenten te melden. Een registratie formulier werd gemaakt aan de hand van de 'International Taxonomy for Errors in General Practice'. Huisartsen beschreven op deze formulieren de incidenten en deelden ze in vier groepen in, administratie, diagnostiek, behandeling en communicatie. Daarnaast werden per huisarts 30 gerandomiseerd geselecteerde dossiers onderzocht op incidenten. In de 5 maanden durende periode, waarin incidenten konden worden gemeld, vonden minimaal 4095 consulten plaats. Er werden 31 incidenten gevonden, waarvan er 20 werden gemeld door de huisartsen en 11 incidenten werden gevonden tijdens het dossieronderzoek.

De meeste incidenten, 10 uit 31, behoorden tot de categorie administratie, dossier/status gerelateerd. De overige incidenten waren gelijkmatig verdeeld over de categorieën diagnostiek, behandeling en communicatie, respectievelijk 6, 7 en 8 incidenten.

Bij de helft van de incidenten werd de gezondheid van de patiënt niet geschaad. In 12 van de 31 incidenten ontstond schade in de vorm van verergering of verlenging van symptomen. In twee gevallen ontstond mentale schade en twee gevallen resulteerden in een ziekenhuisopname. Vooral incidenten die werden ingedeeld in de

categorie administratie veroorzaakten weinig schade aan de patiënt. In 8 van de 10 gevallen was er sprake van geen schade. In de categorie diagnostiek was er in 1 van de 6 incidenten geen schade ontstaan. Bij de behandelingsgerelateerde incidenten bedroeg het aantal niet schadelijke incidenten 4 van de 7 in de communicatiegroep 2 van de 8. Met behulp van de klinische analyse van het risico op schade werd geconcludeerd dat in de helft van de gevallen ernstige schade, permanente schade of overlijden, had kunnen ontstaan.

Ondanks dat de resultaten van deze exploratieve studie moeten worden bevestigd in grotere studies, kunnen de auteurs enkele aanbevelingen doen. Initiatieven om patiëntveiligheid te vergroten in de eerste lijn moeten zich niet alleen focussen op schade, want dit is slechts de top van de ijsberg. In plaats daarvan moeten incidenten die potentieel grote gezondheidsrisico's met zich mee brengen het onderwerp worden van patiëntveiligheidsprogramma's. Methoden voor het registreren en analyseren van incidenten die gebruikt worden in de tweede lijn kunnen niet automatisch worden omgezet voor gebruik in de eerste lijn. Incidenten in de eerste lijn zijn zeer divers wat betreft type incident en betrokken patiënt, dit komt door de omvang van de eerste lijn. Meestal zijn de incidenten geassocieerd met weinig schade voor de betrokken patiënt. Dit geldt ook voor de tweede lijn. Een conservatieve benadering is aan te bevelen in de eerste lijn, in verband met het lage à priori risico. Geleden schade lijkt niet de beste uitkomst om effectiviteit van patiëntveiligheidsinterventies te evalueren. De beste uitkomst is onnodige verlenging of verergering van symptomen.^{10, 11}

Patiëntveiligheid op de huisartsenpost

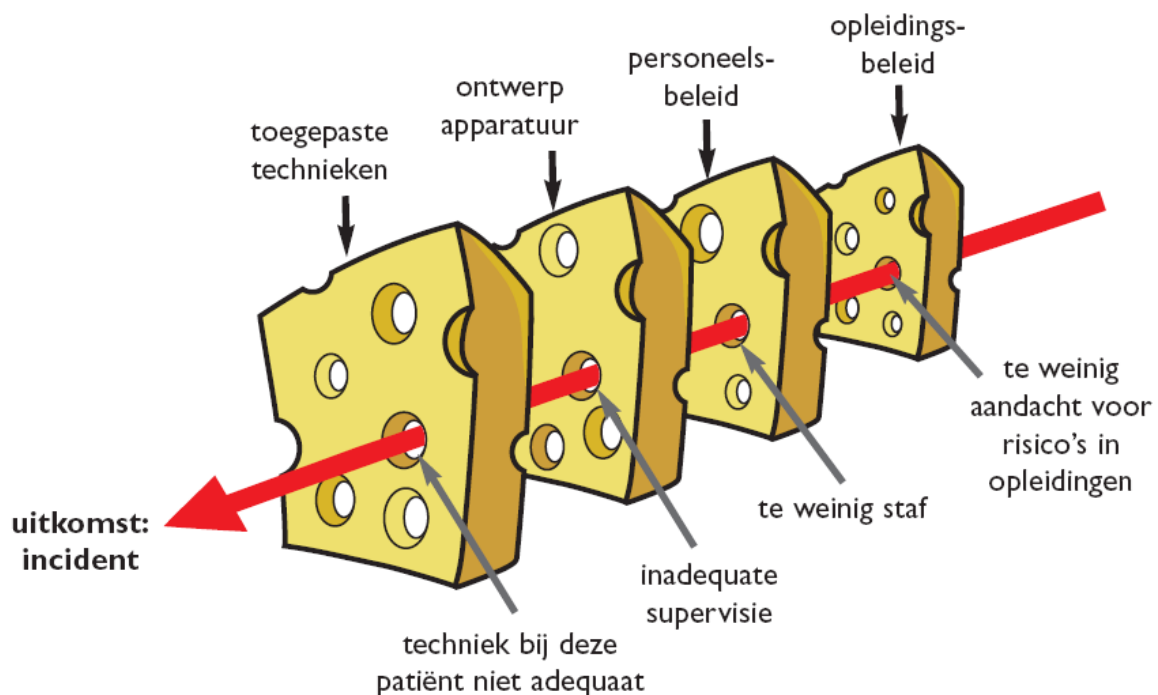
Giesen onderzocht de triage op huisartsenposten. Simulatiepatiënten voerden 352 telefoongesprekken met triagisten van vier huisartsenposten. Deze simulatie patiënten speelden tevoren geoefende en gestandaardiseerde rollen met tevoren vastgestelde urgentie ("gouden standaard"). Op basis van de telefonische triage bepaalden triagisten de urgentie van de klacht. Deze bleek in 70 % van de gevallen overeen te komen met de "gouden standaard". Van de 30 % niet goed ingeschatte cases werd 11% overschat en 19% onderschat. De onderschatting van de urgentie levert potentiële consequenties op voor de veiligheid van de zorg. Analyse van deze onderschatte cases laat zien dat de triagisten in deze gevallen onvoldoende zicht hadden op de hulpvraag, te weinig vragen stelden om de urgentiegraad te bepalen en de gespeelde urgente ziektebeelden onvoldoende herkenden. Om de veiligheid van zorg te waarborgen, wordt een landelijk trainingsprogramma voor triagisten geadviseerd. Bovendien pleit men voor een "2e veiligheidszeef" door de inzet van een getrainde continue beschikbare telefoonarts.¹

Uit ander onderzoek naar de kwaliteit van telefonische triage met simulatiepatiënten blijkt dat triagisten gemiddeld 21% van de verplichte vragen uit de standaarden stelden. 54% van de door hun gestelde vragen behoorden tot de verplichte categorie. Niet altijd schatten de triagisten het belang van een antwoord op de juiste wijze in. De triagisten bepaalden voor 58% van de gesprekken de gewenste urgentie. Voor 41% was het urgentieniveau te laag en voor 1% te hoog ingeschat. De triagisten formuleerden meestal een zorgadvies na het stellen van een zeer beperkt aantal verplichte vragen, waardoor ze een mogelijk gezondheidsrisico voor de patiënt niet tot het minimum beperkten. Om de veiligheid van telefonische triage te bevorderen moeten triagisten niet alleen de juiste vragen stellen en de antwoorden correct inschatten, maar ook een volledig zelfzorg- en vangnetadvies geven.¹³

Uit dossieronderzoek van 16 huisartspraktijken verspreid over 4 huisartsenposten in Nederland werden 1145 huisartsenpostcontacten geanalyseerd naar mate van afwijking van de richtlijnen en een uitkomst die anders was dan verwacht. Er werden 26 incidenten gevonden, dit betreft 2,3% van de geanalyseerde contacten. Ruim 30% hiervan betrof de triage, 20% de diagnostiek en bijna 50% de behandeling. De oorzaken van de gevonden incidenten betrof in alle gevallen het menselijk redeneren (HKK volgens de PRISMA methode, zie verder in bijlage). Het gaat hier om fouten die worden veroorzaakt door in nieuwe situaties beschikbare kennis niet of verkeerd toe te passen. In twee gevallen was een patiënt gerelateerde factor mede een oorzaak. In één geval was een incident mede ontstaan door het ontbreken van een goed protocol. Het merendeel (73%) van de incidenten leverde geen schade op. 7 van de 26 incidenten leverden wel schade op, geen enkel incident resulteerde in het overlijden van de patiënt.¹⁴

Ontstaan van incidenten

Er bestaan verschillende modellen voor het ontstaan van menselijk falen. Reason maakt onderscheid tussen de person approach en de system approach. De person approach focust op onveilig gedrag van personen. Het onveilige gedrag wordt verondersteld te ontstaan vanuit afwijkende mentale processen zoals vergeetachtigheid, onoplettendheid, slechte motivatie, onvoorzichtigheid, verwaarlozing en roekeloosheid. Om incidenten te voorkomen moet deze ongewenste variaties in menselijk gedrag teruggedrongen worden. In de medische wereld is de person approach de meest voorkomende manier om het ontstaan van incidenten te verklaren. Deze approach heeft echter serieuze tekortkomingen en sluit bovendien slecht aan bij het medische domein. De system approach gaat er vanuit dat mensen feilbaar zijn en dat fouten te verwachten zijn. Fouten worden dan ook niet gezien als oorzaken maar als gevolgen van andere factoren binnen het systeem. Uitgangspunt bij het voorkomen van incidenten is niet het veranderen van de menselijke toestand, maar het veranderen van de omstandigheden waaronder mensen werken. Het centrale idee hierbij is het vormen van barrières om fouten te vermijden of de effecten van fouten te verminderen. Op basis van de system approach ontwikkelde Reason het gatenkaasmodel. De plakken kaas vormen de barrières om fouten te vermijden of de effecten van fouten te verminderen binnen het systeem. In elk van deze plakken zullen echter altijd gaten bestaan. Elk individueel gat hoeft niet onmiddellijk tot een incident te leiden, maar als de gaten van de verschillende plakken op een lijn komen, ontstaat er een doorgang die tot een incident leidt.^{7,8}



Figuur 1: Gatenkaasmodel Reason

De gaten in de kaas bestaan als gevolg van twee redenen

1. Actief falen: de onveilige handelingen die uitgevoerd worden door personen die in direct contact staan met de patiënt of het systeem
2. Latente condities: de onvermijdbare resident pathogens in het systeem die ontstaan door beslissingen van ontwerpers, bouwers, opstellers van procedures en top level management^{7,8}

Incidenten melden

Er kan altijd iets fout gaan, ook in de huisartsenpraktijk. Al zal de kans dat een patiënt daar onbedoeld schade oploopt kleiner zijn vergeleken met een ziekenhuis, waar sprake is van een complex proces van onderzoek, behandeling, verpleging en verblijf.⁹ Het vinden van incidenten hangt in hoge mate af van de gekozen methode, om valide gegevens te krijgen kan het best een combinatie van methoden gebruikt worden. Geen enkele methode is op zichzelf superieur.¹⁰

Van doorslaggevend belang voor het slagen van een meldingssysteem is het bestaan van een veiligheidscultuur binnen instellingen. In een dergelijke open cultuur zijn hulpverleners zich bewust van het risicovolle karakter van het eigen handelen en zijn zij bereid incidenten en bijna-incidenten te melden en te bespreken om daarvan te leren.⁶

De IGZ vindt dat het melden van incidenten 100% veilig moet zijn voor de melder. Uit onderzoek blijkt dat er met name bij artsen de vrees bestaat dat zij op basis van de door hen gemelde incidenten kunnen worden geconfronteerd met disciplinaire maatregelen of juridische procedures, dit zal de meldingsbereidheid negatief beïnvloeden.⁶

Het hanteren van een meldingsprocedure is één van de minimum accrediteringseisen voor huisartsenpraktijken en een norm in het HKZ certificeringschema voor huisartsendienstenstructuren. Het SPIEGEL-project van UMC Utrecht laat zien dat met 'Veilig Incident Melden' het aantal gemelde incidenten zeer sterk is gestegen. Het nam toe van 4 à 5 in de voorafgaande jaren naar 108 in het jaar van de pilot.¹²

In de handreiking van de LHV over patiëntveiligheid wordt dan ook aanbevolen om de NHG handleiding voor het opzetten van een procedure voor 'Veilig Incident Melden' te gebruiken.²¹

Bij de VIM procedure is de veiligheid van de melder van belang. Het gaat hierbij om collegiale veiligheid en rechtsbescherming. In het kader van collegiale veiligheid is het van groot belang dat er een goede patiëntveiligheidscultuur heerst. Met het oog op de rechtsbescherming moeten externe organisaties garanderen dat het systeem 100% veilig is.²¹

In het buitenland biedt de wet aan melders enige vorm van bescherming.

Molendijk noemt in zijn artikel het melden en analyseren van incidenten de hoeksteen van elke lerende organisatie. Het levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg, vooral omdat aan incidenten veel vaker een systeemoorzaak ten grondslag ligt dan verwijtbaar individueel handelen. In Nederland wordt het veilig incident melden niet wettelijk ondersteund. Door een uitspraak van een rechter die nabestaanden het recht op inzage van de MIP-gegevens gaf, wordt het veilig melden bedreigd. Molendijk roept artsen en verpleegkundigen op om de groeiende meldingspraktijk te blijven continueren. Hij pleit ervoor om het veilig incident melden wettelijk te regelen, zodat het onmogelijk is om gegevens uit interne meldingsystemen te gebruiken in juridische procedures.²⁰ Legemaate spreekt dit tegen en concludeert uit zijn onderzoek dat er in Nederland geen dwingende redenen zijn om die bescherming wettelijk vast te leggen. Dit komt ten eerste doordat van hulpverleners een open en transparante houding mag worden verwacht zowel richting patiënten als richting instelling. Dat hoort bij de professionele verantwoordelijkheid van de hulpverlener. Ten tweede bestaat er weinig aanleiding voor de vrees dat de melding zal leiden tot disciplinaire maatregelen en juridische procedures. Ten derde kunnen hulpverleners meer redenen hebben dan het ontbreken van veiligheid om niet te melden. Het bieden van wettelijke bescherming is dus geen garantie voor het verminderen van onderrapportage van incidenten. Ten vierde lijkt het erop dat het ontbreken van wettelijke bescherming in de huidige praktijk geen echte belemmering vormt voor bloeiende meldingspraktijken.⁶

Een onderzoek wat de toegevoegde waarde van de PRISMA-methode aantoonde, was voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg reden om die methode te gaan gebruiken voor het registreren en analyseren van incidenten.^{4,23}

Patiënten maken ook fouten

Buetow et al, deed onderzoek naar een andere factor die bijdraagt aan patiëntveiligheid, de patiënt. De meeste literatuur over medische fouten focust zich alleen op de arts en het systeem. Deze literatuur heeft de neiging om te excluderen dat patiënten ook fouten kunnen creëren die hun gezondheid beïnvloeden. De

meeste indelingen van medische fouten en incidenten laten de rol van de patiënt buiten beschouwing. In een artikel dat in 2007 in The Lancet verscheen beschreef Buetow patiëntenfouten als: acties van de patiënt die niet zijn afgerond zoals de patiënt bedoelde, of acties die niet de door de patiënt gewenste uitkomst hadden, omdat het gevolgde plan niet gebaseerd was op goed geïnformeerde en sterke overtuiging. Om dit te onderzoeken stelt hij 11 nominale groepen samen, 8 patiëntgroepen en 3 professionals groepen. In totaal 83 personen onder wie 64 patiënten. Hij heeft vervolgens aan deze groepen gevraagd welke fouten patiënten kunnen maken. Uiteindelijk komen er 70 fouten in 8 brede categorieën naar voren, die te reduceren zijn tot twee domeinen, actie (gedrag) en mentale (denkproces) fouten. De gedragsfouten bestonden met name uit aanwezigheidsfouten, dan gaat het om aantal, timing en type spreekuurbezoek. De tweede gedragsfout ligt op het gebied van communicatie, bijvoorbeeld: te veel, of te weinig zeggen tijdens een consult. De laatste gedragsgerelateerde fout is therapieontrouw, met name op het gebied van medicatie. Onder de denkproces fouten vallen de geheugenproblemen (vergeetachtigheid), misvattingen en aandachtstekorten. Daarnaast is een kennistekort en een verkeerde attitude bij de patiënt ook een risico voor een mentale fout. Hij concludeert dat het goed is om verder te kijken dan alleen naar patiënt, systeem of dokter an sich als oorzaak, deze oorzaken zijn niet onafhankelijk van elkaar te zien.^{24, 25}

Bijlage 2: PRISMA methode en Eindhoven Classificatie Model

De afkorting PRISMA staat voor **P**revention and **R**ecovery **I**nformation **S**ystem for **M**onitoring and **A**nalysis. De methode is ontwikkeld door Van der Schaaf van de Technische Universiteit Eindhoven. De methode is oorspronkelijk ontwikkeld voor menselijk falen in de chemische procesindustrie, maar wordt momenteel ook toegepast in de staalindustrie, de transportsector en de gezondheidszorg. Het belangrijkste doel van de PRISMA methode is het opbouwen van een kwantitatieve database van incidenten en procesafwijkingen, waaruit conclusies kunnen worden getrokken ten aanzien van optimale verbetermaatregelen.

De PRISMA methode is gebaseerd op de “system-approach”, deze benadering veronderstelt dat mensen feilbaar zijn en fouten in iedere organisatie voorkomen. In de system approach worden twee typen faalfactoren onderscheiden die een bijdrage leveren aan het ontstaan van incidenten: actief falen en latente condities. Bijna alle incidenten worden veroorzaakt door deze twee typen faalfactoren.

Actieve fouten zijn de onveilige handelingen die uitgevoerd worden door personen die in direct contact staan met de patiënt of het systeem, deze actieve fouten hebben een direct en meestal kortdurend effect op de barrières. Latente condities daarentegen zijn de ‘resident pathogens’ in het systeem die ontstaan door beslissingen van ontwerpers, bouwers, opstellers van procedures en top level management. Latente condities hebben twee effecten: enerzijds kunnen zij leiden tot omstandigheden die fouten uitlokken binnen de lokale werkomgeving en anderzijds kunnen zij leiden tot zwakke punten in de barrières (bv onbetrouwbare alarmen). Latente condities kunnen jarenlang in een systeem aanwezig zijn, voordat zij samen met actieve fouten en lokale triggers de mogelijkheid op een incident creëren.

De PRISMA methode bestaat uit drie belangrijke componenten:

1. Incidentbeschrijving
2. Oorzakenclassificatie
3. Vertaalslag naar structurele maatregelen

De oorzakenclassificatie geschiedt door middel van de Eindhoven Classificatie Methode (zie verder in bijlage).

In het Eindhoven Classificatie Model zijn zowel actieve fouten als latente condities opgenomen. Het gedeelte over menselijk falen is gebaseerd op drie levels van menselijk gedrag volgens Rasmussen (1976).

1. Skill-based gedrag: gedrag dat betrekking heeft op “automatische taken” taken die weinig of geen bewuste aandacht vragen tijdens de uitvoering.
2. Rule-based gedrag: gedrag dat betrekking heeft op de toepassing van bestaande regels of procedures bij het handelen in bekende situaties.
3. Knowledge-based gedrag: gedrag dat betrekking heeft op de bewuste toepassing van bestaande kennis bij het handelen in nieuwe situaties.

Naast de menselijke oorzaken kent het model nog de organisatorische oorzaken, de technische oorzaken en overige oorzaken waaronder de patiëntgerelateerde factor.

De geclassificeerde oorzaken worden opgeslagen in een database zodat na verloop van tijd de meest frequente oorzaken zichtbaar worden in een PRISMA profiel. Een PRISMA profiel is een grafische weergave van de geregistreerde basisoorzaken van alle incidenten of van een bepaald type incident. Dit zijn dus basisoorzaken die in bepaalde vermommingsomstandigheden steeds weer bijdragen aan het ontstaan van incidenten. De structurele aanpak hiervan zal waarschijnlijk een veel gunstigere kostenbaten verhouding hebben dan een ad-hoc oplossing na ieder incident afzonderlijk.²³ Uit onderzoek blijkt dat de PRISMA methode betrouwbaar is²⁶.

Eindhoven Classificatie Model

ECM		
Code	Categorie	Definitie
Technisch		
T-EX	Extern	Technische fouten buiten de controle en de verantwoordelijkheid van de onderzoekende organisatie
TD	Ontwerp	Fouten als gevolg van slecht ontwerp van materialen, hulpmiddelen, software, labels of vormen
TC	Constructie	Een correct ontwerp dat niet goed geconstrueerd of ingesteld is
TM	Materiaal	Materiaaldefecten die niet onder de categorieën TD of TC vallen

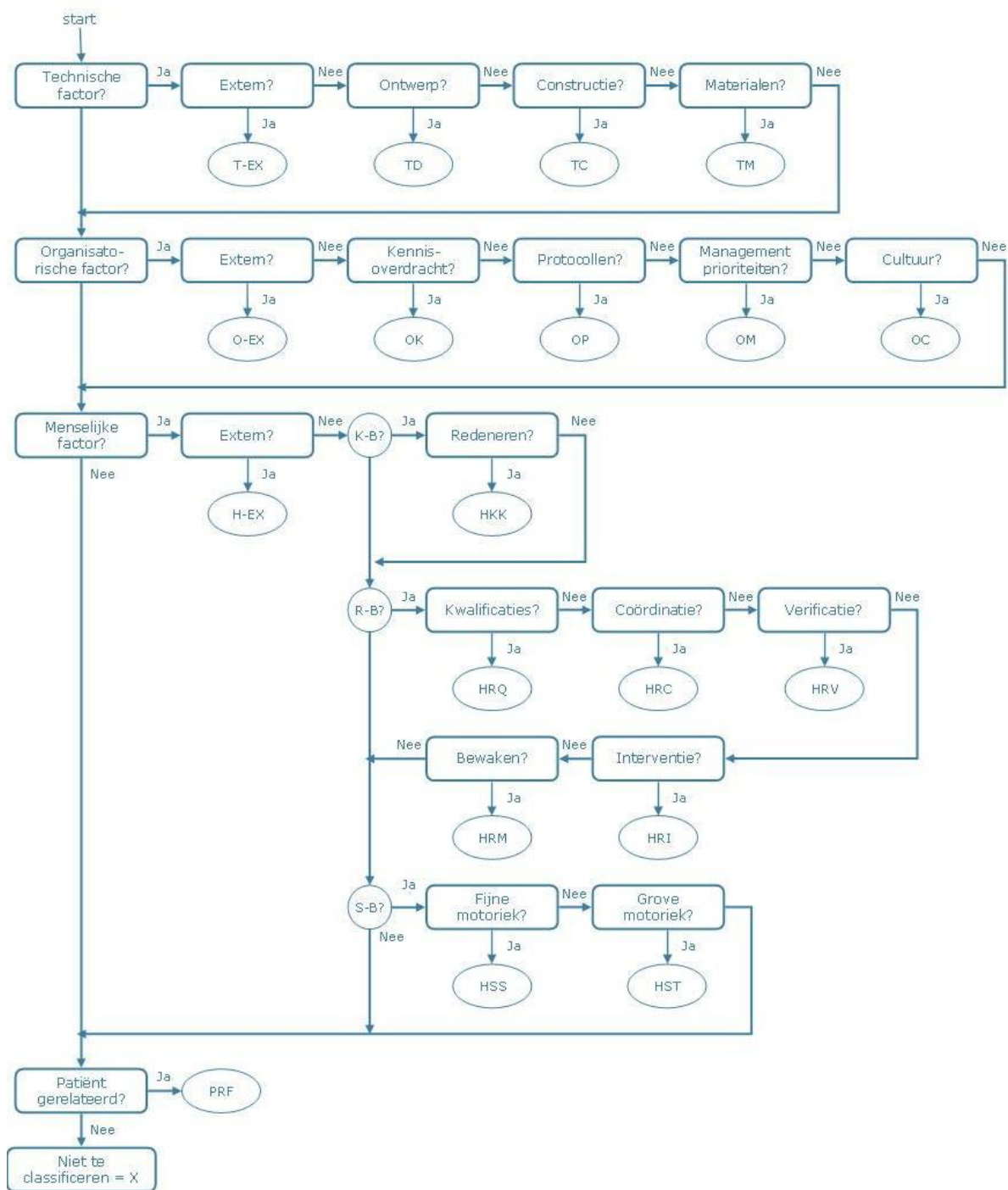
Organisatorisch		
O-EX	Extern	Fouten op een organisatorisch niveau buiten de controle en de verantwoordelijkheid van de onderzoekende organisatie
OK	Kennisoverdracht	Fouten als gevolg van onvoldoende maatregelen om te garanderen dat alle situatie- of domeingebonden kennis of informatie wordt overgedragen aan alle nieuwe of onervaren medewerkers
OP	Protocollen	Fouten met betrekking tot de kwaliteit en beschikbaarheid van protocollen (te ingewikkeld, onnauwkeurig, onvolledig, onrealistisch, afwezig of slecht gepresenteerd)
OM	Management prioriteiten	Interne managementbeslissingen waarbij veiligheid een lagere prioriteit heeft gekregen als gevolg van conflicterende vraag- of doelstellingen. Dit is een conflict tussen productiebehoeften en veiligheid. Een voorbeeld van deze categorie zijn beslissingen over de hoeveelheid personeel
OC	Cultuur	Fouten als gevolg van een gezamenlijk gedeeld gedachtegoed, respectievelijk gedragspatroon, dat risico's bagatelliseert, onderschat, dan wel negeert

Menselijk		
H-EX	Extern	Menselijke fouten buiten de controle en de verantwoordelijkheid van de onderzoekende organisatie
Knowledge-based gedrag		
HKK	Redeneren	Fouten veroorzaakt door in nieuwe situaties, beschikbare kennis niet of verkeerd toe te passen. Voorbeeld: een getrainde technoloog die niet in staat is een complex antisof indentificatieprobleem op te lossen
Rule-based gedrag		

HRQ	Kwalificaties	Er is een niet toegestaan verschil tussen de kwalificaties, training of opleiding van een individu en de uit te voeren taak
HRC	Coördinatie	Fouten als gevolg van een gebrek aan afstemming en coördinatie tussen verschillende medewerkers bij het uitvoeren van een taak
HRV	Verificatie	De correcte en complete beoordeling van een situatie inclusief de voorwaarden voor de patiënt en de benodigde materialen en hulpmiddelen voordat men met de uitvoering van de taak van start gaat
HRI	Interventie	Fouten als gevolg van een verkeerde planning of uitvoering van een taak
HRM	Bewaken	Fouten tijdens het bewaken van de staat van het proces of de patiënt tijdens of na het uitvoeren van de taak
Overige factoren		
PRF	Pa-tiëntgerelateerde factor	Fouten die gerelateerd zijn aan de kenmerkende eigenschappen van de patiënt, die buiten de controle van de medewerkers liggen en die de behandeling beïnvloeden
X	Overig	Fouten die niet geclassificeerd kunnen worden in één van de andere categorieën

23

Het Eindhoven Classificatie Model (ECM)



Bijlage 3: International Taxonomy of Medical Errors in Primary Care

1 = no error = geen incident

2.1 = an error occurred, but the error did not reach the patient = een incident vond plaats, maar deze bereikte niet de patiënt

2.2 = an error occurred that reached the patient, but did not cause the patient harm = een incident met betrekking tot de patiënt vond plaats, maar veroorzaakte geen schade bij de patiënt

2.3 = an error occurred that reached the patient and required monitoring to confirm that it resulted in no harm to the patient and/or required intervention to preclude harm = een incident met betrekking tot de patiënt vond plaats en monitoring was nodig om te bevestigen dat er geen schade was en/of een interventie was nodig om schade te voorkomen

3.1 = an error occurred that may have contributed to or resulted in emotional harm to the patient = een incident met betrekking tot de patiënt vond plaats en heeft bijgedragen aan of geresulteerd in emotionele schade bij de patiënt

3.2 = an error occurred that may have contributed to or resulted in temporary harm to the patient and required intervention = een incident met betrekking tot de patiënt vond plaats welke heeft bijgedragen aan of geresulteerd in tijdelijke schade bij de patiënt waardoor een interventie nodig was

3.3 = an error occurred that may have contributed to or resulted in temporary harm to the patient and required initial or prolonged hospitalisation = een incident met betrekking tot de patiënt vond plaats welke heeft bijgedragen aan of geresulteerd in tijdelijke schade bij de patiënt waardoor een (verlengde) ziekenhuisopname nodig was

3.4 = an error occurred that may have contributed to or resulted in permanent patient harm = een incident met betrekking tot de patiënt vond plaats welke heeft bijgedragen aan of geresulteerd in permanente schade bij de patiënt

3.5 = an error occurred that required intervention necessary to sustain life = een incident met betrekking tot de patiënt vond plaats waardoor een levensreddende interventie nodig was

4 = an error occurred that may have contributed to or resulted in the patient's death = een incident met betrekking tot de patiënt vond plaats welke heeft bijgedragen aan of geresulteerd in de dood van de patiënt

5 = error, unable to determine harm = een incident met betrekking tot de patiënt vond plaats, maar de schade is niet vast te stellen

Bron: ¹⁵

Bijlage 4: Urgentie classificatie

Levensbedreigend (U1)

Klachten waarbij de vitale functies in gevaar zijn. De assistente informeert onmiddellijk de huisarts. Deze onderbreekt onmiddellijk het werk en gaat zo snel mogelijk, binnen 15 minuten, naar de patiënt. Eventueel wordt de ambulancedienst tegelijkertijd gewaarschuwd.

Spoed (U2)

Klachten waarbij een reële kans bestaat dat de toestand van de patiënt op korte termijn verslechtert met het risico op uitval van vitale functies. De assistente informeert de huisarts meteen. Deze ziet de patiënt zo snel mogelijk, uiterlijk binnen een uur.

Dringend (U3)

Tijd speelt potentieel een negatieve rol om medische of emotionele redenen. De conditie van de patiënt wordt binnen enkele uren beoordeeld.

Routine (U4)

Geen urgente hulpvraag zonder tijdsdruk. De assistente regelt een afspraak met de huisarts of geeft zelf voorlichting of advies. (Nederlands Huisartsengenootschap, telefoonwijzer (NHG), 2005, ²).

Bijlage 5: Voorbeelden MIP formulier

Voorbeeld MIP meldingsformulier huisartsenpost

FORMULIER VOLLEDIG EN IN BLOKLETTERS INVULLEN!

Invuldatum:		Volgnummer:	
A ALGEMENE GEGEVENS MELDER		ALGEMENE GEGEVENS PATIËNT	
Naam:		Naam:	
Adres:		Adres:	
Postcode, woonplaats:		Postcode, woonplaats:	
Telefoonnummer:		Telefoonnummer:	
<i>Indien melder niet zelf betrokken bij incident: ALGEMENE GEGEVENS VAN DEGENE OP WIE DE MELDING BETREKKING HEEFT:</i>			
Naam:			
Adres, postcode, woonplaats:			
Telefoonnummer:			
B GEGEVENS TOEDRACHT INCIDENT			
B1 Datum:		Tijd:	
B2 Locatie incident	<u>Huisartsenpost</u>	<u>Bij patiënt thuis</u>	<u>Elders</u>
	<input type="checkbox"/> Telefonisch contact	<input type="checkbox"/> Woonkamer	<input type="checkbox"/> Op straat
	<input type="checkbox"/> Ingang/ontvangstbalie	<input type="checkbox"/> Slaapkamer	<input type="checkbox"/> In openbaar gebouw
	<input type="checkbox"/> Wachtruimte	<input type="checkbox"/> Elders, nl. ...	<input type="checkbox"/> Woonhuis
	<input type="checkbox"/> Spreekkamer		<input type="checkbox"/> Elders, nl.
B3 Beschrijf zo nauwkeurig mogelijk het incident. Schrijf zo nodig door op de achterzijde van deze pagina.			

B4 Wat is volgens u de oorzaak? U mag meerdere oorzaken aankruisen.

- Te laat medische hulp gevraagd
- Te lange wachttijd telefonisch
- Te lang wachten op de post
- Te lang wachten op visite
- Te lange delay tussen aanmelden en actie
- Onjuiste bepaling urgentie
- Verkeerde behandeling
- Weigeren verwijzing
- Falende of ontbrekende apparatuur
- Geen adequate behandeling mogelijk door:
 - Ondeskundigheid
 - Onoplettendheid
 - Haast, hoge werkdruk
 - Bejegening, niet serieus genomen
 - Anders, nl ...
- Anders, nl ...

B5 Zijn er gevolgen voor de patiënt

- Geen merkbare gevolgen
- Merkbare gevolgen:
 - Risico gezondheid
 - Feitelijk letsel, namelijk ...
 - Opname ziekenhuis
 - Overige, namelijk ...

C AANBEVELINGEN MET BETREKKING TOT PREVENTIE

C1 Heeft u aanbevelingen om in de toekomst een dergelijk voorval te voorkomen?

C2 Had bovenstaand voorkomen kunnen worden? Ja / nee

Toelichting:

Meldformulier

Gegevens van de indiener van de melding

Naam:
Adres:
Postcode + woonplaats:
Telefoonnummer:

Gegevens over de melding

De melding heeft betrekking op de huisartsenpost:

Nijmegen Boxmeer Wijchen Belcentrale Nijmegen

Datum gebeurtenis:

Tijdstip gebeurtenis:

De melding heeft betrekking op:

patiëntenzorg
 samenwerking met andere zorgverleners (intern/extern)
 organisatie huisartsenpost

Omschrijving van de melding:

MIP-formulier

Vul dit formulier in en verstuur het (in een vensterenveloppe) naar:

Primair Huisartsenposten
T.a.v. MIP-commissie
Antwoordnummer 55023
3505 VB UTRECHT

(een postzegel is niet nodig)

Een medewerker van deze commissie neemt binnenkort telefonisch contact met u op.
Hartelijk dank voor uw medewerking!

Contactgegevens

Naam:

Functie:	<input type="radio"/>	Huisarts	<input type="radio"/>	Teamleider
	<input type="radio"/>	Doktersassistente	<input type="radio"/>	Locatiemanager
	<input type="radio"/>	Chauffeur	<input type="radio"/>	Medisch Manager
	<input type="radio"/>	Overige medewerker	<input type="radio"/>	Managementassistente
	<input type="radio"/>	Aios 1 ^e jaars	<input type="radio"/>	Aios 3 ^e jaars

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Melding

Korte omschrijving incident:

Bijlage 6: Voorbeelden van incidenten

- De tandartsdienst is onbereikbaar. De patiënt die een tandarts nodig heeft, belt de huisartsenpost.
- Oudere dementerende patiënt is gevallen en verzorgende belt de HAP, er wordt een wekadvis gegeven en er wordt geadviseerd om indien nodig weer te bellen. De volgende dag bleek de patiënt een grote wond op de schouder te hebben en werden er röntgenfoto's gemaakt.
- Agressie melding. Het beleid ten aanzien van betaling werd niet geaccepteerd door een patiënt.
- Een visite aanvraag is per ongeluk op de verkeerde auto gezet. Een visite voor de ene plaats is per ongeluk voor een andere plaats op de agenda gezet.
- De trombosediensdienst stuurt lijsten van patiënten zonder geboortedatum en gegevens van patiënten die niet in de regio vallen.
- Het is voor de tweede maal niet mogelijk een ECG te maken. Het ECG apparaat zou al maanden kapot zijn.
- Telefonisch consult over pijn op de borstklachten. Patiënt had al eerder een myocardinfarct gehad. Hij herkende de klachten niet. Zei tegen de doktersassistente dat hij iets verkeerd gegeten had en dat het waarschijnlijk door het maagzuur kwam. Uiteindelijk is de patiënt na reanimatie overleden aan een myocardinfarct.
- Patiënt belt naar de huisartsenpost met een allergische reactie (wespensteek). De assistente overlegt met de arts. De arts wil U1 visite rijden. Assistentie wil dit mededelen en om onduidelijke redenen (waarschijnlijk computer/telefoonstoring) wordt de verbinding verbroken. Patiënt belt zelf terug, krijgt een andere assistente aan de lijn en zij spreekt een consult op de post af. Dus: Arts U1 onderweg, patiënt onderweg naar post.
- Eigen huisarts van een patiënt is niet bereikbaar om kwart voor vijf in de middag. Deze heeft gewacht en belt om tien over vijf naar de huisartsenpost.
- Een oudere patiënt die gevallen is en op de grond ligt met het been in een verkeerde stand. Er wordt een U3 visite afgesproken. Dit had, omdat er verdenking is op een fractuur een U2 moeten zijn.
- Een patiënt met al drie dagen griepverschijnselen, hoge koorts en hoofdpijn. De post beoordeelt de melding als griep. Daarna is er een tweede maal gebeld omdat de patiënt slechter werd. Ze kregen geen contact met de post en hebben de SEH gebeld. De patiënt bleek een meningitis te hebben.
- Patiënt heeft lang moeten wachten aan de spoedlijn en heeft uiteindelijk zelf de ambulancedienst gebeld via 112.