

LEREN VAN DE TOP ZES OORZAKEN VAN CALAMITEITEN

ONDERZOEKSRESULTATEN EN TIPS VOOR HUISARTSEN EN TRIAGISTEN

DOOR SONJA OOMKENS (CALAMITEITENONDERZOEKER) EN CORLIEKE VAN DE KAR (ZESDEJAARS STUDENT GENEESKUNDE EN JUNIOR TRIAGIST)

INLEIDING

- 6 calamiteiten per 100.000 HAP-contacten
- ingrijpend voor patiënt, nabestaanden en zorgverleners
- top zes gemiste diagnoses

In het Netwerk Kwaliteit van InEen leefde de wens om te bezien of er in de casuïstiek van de top zes van gemiste diagnoses van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gemelde calamiteiten kenmerken te vinden zijn die de kans op tijdige herkenning van de ernstige pathologie zouden kunnen vergroten. Daar zijn wij als onderzoekers mee aan de slag gegaan. In opdracht van InEen hebben we de casuïstiek van calamiteitenrapportages die handelden over deze meest gemiste diagnoses gelezen en geanalyseerd.

METHODE

Een cross-sectioneel retrospectief onderzoek is gedaan naar rapportages over de zes meest voorkomende waarschijnlijkheidsdiagnoses bij calamiteiten die in 2016, 2017 en 2018 door huisartsenposten in Nederland zijn onderzocht. De onderzoekers gingen uit van de gegevens uit een onderzoek van M. Rutten e.a.¹⁾ De zes meest voorkomende waarschijnlijkheidsdiagnoses die hierin worden genoemd zijn: acuut myocard infarct(ACS), beroerte/CVA, geruptureerd aneurysma (AAA), sepsis, longembolie, meningitis (zie tabel 1). Uit cijfers van de IGJ van 2017 blijkt echter, dat op de zesde plaats inmiddels de SAB staat. Daarom is de SAB meegenomen in dit onderzoek in plaats van meningitis. Op verzoek van de IGJ zijn hier de calamiteiten over de diagnose torsio testis aan toegevoegd.

De rapportages werden geanonimiseerd aangeleverd door verschillende huisartsenposten in Nederland. Alle posten van Nederland zijn hiervoor aangeschreven. Ongeveer 25 organisaties hebben gereageerd.

Als onderzoekers hebben we eerst vijf rapportages afzonderlijk van elkaar gelezen, om aan de hand daarvan een lijst op te stellen van de te scoren variabelen. De volgende variabelen zijn hierbij in kaart gebracht: leeftijd, geslacht, contactmoment (dag/ avond/nacht), aantal contactmomenten, beller (patiënt/naasten), soort contact (zelfzorgadvies/consult/visite), gebruik van spoedlijn, verloop van klachten (acuut fluctuerend/acuut continu/langer bestaand), bestaan van taalbarrière, voorgeschiedenis (blanco/belast/psychische VG/onbekend), medicatie (geen/onbekend/ja), kwaliteit van triage van invloed op handelen arts, opgestelde differentiaal diagnose en bijzonderheden.

107 rapportages zijn in duplicaat en onafhankelijk van elkaar geanalyseerd. Conflicten zijn besproken en consensus werd bereikt. Rapportages werden gelezen totdat we beiden het idee hadden dat saturatie bereikt was. De gevonden kenmerken zijn vervolgens voorgelegd aan een expertgroep voor feedback en advies over vervolgacties.

RESULTATEN

In totaal zijn 107 rapportages geanalyseerd. In tabel 1 is te zien dat 23 rapportages de diagnose aneurysma aorta abdominalis (AAA) betroffen, 28 acuut coronair syndroom (ACS), 15 cerebro vasculair accident (CVA), 9 longembolie, 8 subarachnoïdale bloeding (SAB), 15 sepsis en 9 torsio testis.

Tabel 1 aantal geanalyseerde calamiteitrapportages

Diagnose	Aantal calamiteitrapportages geanalyseerd (n=107)
AAA	23
ACS	28
CVA	15
Longembolie	9
SAB	8
Sepsis	15
Torsio testis	9
Totaal	107

AAA

Bij AAA viel op dat het vaker mannelijke patiënten van boven de 65 jaar betrof. Bij deze calamiteiten sprong vooral een fluctuerend klachtenbeloop in het oog. Differentiaal diagnostisch werd er gedacht aan gastero-enteritis, obstipatie, spierpijn en nierstenen. Opvallend was dat in sommige rapportages beschreven werd dat de ambulance werd aangestuurd met een A1-rit, maar ter plekke geen alarmerende vitale parameters werden gevonden. Na overleg van de ambulanceverpleegkundige met de huisarts resulteerde dit vaak in een zelfzorgadvies, waarmee een U1 dus werd afgeschaald naar een U5.

ACS

Bij ACS was het opvallend dat het patiënten betrof vanaf 30 jaar en evenveel mannen als vrouwen. Het klachtenverloop was sterk wisselend per patiënt en de huisarts liet zich geruststellen door een ECG zonder afwijkingen. Differentiaal diagnostisch werd er gedacht aan myogene thoracale klachten of maagklachten. Er was zelden sprake van klassieke klachtenpresentatie van drukkende pijn op de borst uitstralend naar de linkerarm met bijkomend vegetatieve klachten.

CVA

Bij de rapportages over CVA ging het om patiënten boven de 45 jaar, vaker vrouwen dan mannen. Vaak was er sprake van een belaste voorgeschiedenis. De klachten ontstonden acuut. Differentiaal diagnostisch werd gedacht aan een TIA, delier of neuritis vestibularis. Met name cerebellaire infarcten waren lastig te herkennen. Bij ernstige duizeligheid gecombineerd met misselijkheid werden evenwichtstesten vaak niet (volledig) uitgevoerd om de patiënt niet te veel te belasten. Een spraakstoornis was moeilijk te objectiveren, terwijl naasten wel aangaven een afwijkende spraak te horen. Insturen werd niet overwogen, omdat het neurologisch onderzoek geen bijzonderheden vertoonde.

Longembolie

Een longembolie kwam in de onderzochte rapportages vaker bij vrouwen dan mannen voor en al vanaf een leeftijd van 16 jaar. De klachten waren geleidelijk progressief en fluctuerend van aard. Risicofactoren zoals het gebruik van orale anticonceptie zijn niet opgenomen in het NTS-systeem, maar werden in de spreekkamer ook niet altijd uitgevraagd. Triage speelde een belangrijke rol bij deze calamiteiten. Kortademigheid bij inspanning werd soms gemist, omdat de kortademigheid niet hoorbaar was aan de telefoon.

SAB

De SAB trad net zo vaak op bij mannen als bij vrouwen. De klachten werden omschreven als acuut hevige hoofdpijn gepaard gaand met misselijkheid en nekpijn. In de calamiteitrapportages werd nooit gesproken over het voelen van een knapje. Bij neurologisch onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Differentiaal diagnostisch werd er gedacht aan migraine, clusterhoofdpijn, BPPD en spanningshoofdpijn.

Sepsis

Sepsis kwam op alle leeftijden voor bij de onderzochte calamiteitrapportages. Vanwege de complexiteit en de duur van klachten werd vaak een consult of visite afgesproken. De trias van hoge ademhalingsfrequentie, lage tensie en hoge polsfrequentie werd zelden geregistreerd. Een verminderd bewustzijn zou als rode vlag moeten en kunnen fungeren. Dit signaal, dat altijd door een naaste werd gegeven, werd niet altijd op waarde geschat. Differentiaal diagnostisch werd gedacht aan de griep, waterpokken of een longontsteking. Het overtuilen van de beoordeling naar de dagpraktijk bleek een valkuil te zijn. De progressie van sepsis kan snel gaan en vaak is er geen tijd om te wachten totdat de dagpraktijk opent.

Torsio testis

Opvallend was dat alle patiënten met torsio testis naar de HAP kwamen voor een U2-consult. Triage blijkt dus zeer sensitief bij deze diagnose. Klachten begonnen acuut en waren continu aanwezig. Naast pijnklachten van de testis werden braken en bleek gelaat beschreven. Differentiaal diagnostisch werd er aan epididymitis gedacht, ook zonder urine- of temperatuur controle.

WAT OPVALT IN HET ALGEMEEN

Een aantal punten leidt mogelijk onterecht tot gerustheid bij de zorgverleners.

- Zo werd contact met de HAP na een bezoek bij de eigen huisarts door triagist en huisarts eerder als geruststellend dan als alarmerend ervaren, terwijl een tweede contact op de HAP binnen 8 uur juist als een alarmsignaal wordt gezien. (“blind obedience”²⁾
- Ook worden meerdere contacten in korte tijd zonder dat er sprake is van een diagnose, niet als alarmerend opgevat.
- Tunnelvisie kan optreden bij patiënten met een psychische voorgeschiedenis of patiënten die zelf met een diagnose komen.
- De ongerustheid van de patiënt en/of diens omgeving wordt niet opgemerkt of meegewogen door de behandelaar.
- Bij overleg met een ambulance verpleegkundige lijkt de huisarts zich niet altijd te realiseren dat de ambulanceverpleegkundige deskundig is in het vaststellen van de vitale parameters, maar dat het onderzoek van bijvoorbeeld de buik en het neurologisch onderzoek de expertise van de huisarts is. Opvallend was dat de huisarts op de ambulanceverpleegkundige vertrouwde als ter plaatse de vitale parameters goed waren en na overleg een op verzoek gereden rit met een U1 afschaalde naar een U5.
- Tot slot zorgde een jonge leeftijd soms onterecht voor geruststelling.

CONCLUSIES TRIAGE

Doe altijd de ABCD-check; triagisten ervaren het nut ervan niet altijd omdat in 90% van de gevallen de vitale functies in orde zijn. Ze luisteren ook niet altijd zonder oordeel naar het antwoord omdat ze verwachten dat het oké zal zijn.

Belangrijkste vraag: **waarom belt iemand nú?**

Corlieke vertelt hierover in een video op [LINK](#).

DISCUSSIE

Het werken op de huisartsenpost verschilt inhoudelijk van het werken in de dagpraktijk. Een huisarts weegt af of er al dan niet sprake is van ernstige pathologie op basis van epidemiologie. De kans dat een huisarts op de spoedpost te maken krijgt met ernstige pathologie is echter vele malen groter.

Uit 107 rapportages van calamiteiten is een aantal kenmerken en patiënten-presentaties verzameld die de huisarts kan meenemen in de overweging of er mogelijk sprake is van acute pathologie. Hierbij is niet gekeken naar patiënten die dezelfde kenmerken vertoonden, maar deze ernstige pathologie niet hadden. Toch kunnen de uitkomsten wellicht behulpzaam zijn om huisartsen erbij stil te laten staan of zij met de middelen die zij hebben, ernstige pathologie kunnen uitsluiten of dat aanvullende diagnostiek nodig is. Mogelijk kunnen de uitkomsten van dit onderzoek aanleiding zijn voor aanvullend wetenschappelijk vervolgonderzoek.

LITERATUUR

- M. Rutten, J. Kant, P. Giesen, "Wat kunnen we leren van calamiteiten onderzoek op de HAP?", Huisarts en Wetenschap mei 2018.
- H.v.d. Meerendonk, J. Klein, "Diagnostische denkfout is te voorkomen", Medisch Contact 8 juli 2012.