

# Diagnostische onzekerheid bij ouderen tijdens de HAP-dienst

Angelique Boers

**Ouderen die een HAP bezoeken hebben vaak complexe hulpvragen en specifieke klachten. Anamnese en lichamelijk onderzoek leveren dan vaak maar beperkte informatie op. En ook beslisregels en de ABCDE-methodiek geven niet altijd uitsluitend over het te volgen beleid. Huisartsen op de HAP staan dan voor de lastige taak om te bepalen of de patiënt thuis kan blijven, of moet worden doorgestuurd naar de spoedeisende hulp.**

## DIAGNOSTISCHE ONZEKERHEID

Tijdens een dienst rijden huisartsen 75% van hun visites voor patiënten van 65 jaar en ouder.<sup>1</sup> Bij ouderen gaat het vaak om complexere hulpvragen en specifieke klachten. De indruk bestaat dat veel ouderen ten onrechte op de spoedeisende hulp terechtkomen, vaak via rechtstreekse 112-meldingen, dus zonder consult van de huisarts. Zeker bij ouderen ligt de meerwaarde van de huisarts in diens integrale benadering van de patiënt. Het is een uitdaging om in geval van specifieke klachten een beleid te formuleren waarbij de patiënt met een

gecalculeerd risico thuis kan blijven en niet ten onrechte op een spoedeisende hulp belandt.

De kans op incidenten tijdens de HAP-dienst stijgt met elk jaar dat een patiënt ouder wordt

Het is bekend dat de kans op incidenten tijdens de HAP-dienst toeneemt met elk jaar dat een patiënt ouder wordt.<sup>2</sup> We weten ook dat bijvoorbeeld veel huisartsen het lastig vinden om sepsis te herkennen, terwijl de kans op sepsis vanaf het 40<sup>e</sup> levensjaar elke 10 levensjaren grofweg verdubbelt.<sup>3,4</sup> Gegeven deze risico's is het voor huisartsen lastig om met de beperkte informatie uit anamnese en lichamelijk onderzoek te besluiten een oudere thuis te laten.

In het leergesprek met de aios uit de casus kwam op grond van het thema 'atypische klachten bij ouderen' naar voren dat je bij dergelijke klachten een acute ziekte, zoals een acuut myocardinfarct, niet kunt uitsluiten. De onzekerheid in zulke situaties vormde een belangrijk aandachtspunt in het gesprek. In deze casus namen anamnese en lichamelijk onderzoek de diagnostische onzekerheid niet weg. Bij ouderen hangt deze onzekerheid vaak ook samen met het atypische karakter van de klachten. Hier volgen enkele voorbeelden.

## Koorts

Het is algemeen bekend dat ouderen met een infectie minder vaak koorts hebben. We zijn hierop bedacht en registreren ondertemperatuur dan ook als een verschijnsel dat op een infectie kan duiden. Het immuunsysteem van ouderen werkt niet optimaal: de T- en B-lymfocyten en de macrofagen functioneren onder invloed van de hogere leeftijd minder goed.<sup>5,6</sup>

## Myocardinfarct

Het acute myocardinfarct gaat slechts bij 50% van de mensen boven de 80 jaar gepaard met pijn op de borst, bij 85-plussers zelfs maar bij minder dan 40% van de mensen. Veel vaker is dyspneu de genoemde klacht en hebben deze patiënten atypische klachten van algehele malaise, verwardheid en/of

## CASUS

Tijdens een avonddienst komt een huisarts met zijn aios bij een 84-jarige patiënte die bang is 'aan haar eindje te komen'. Ze heeft de HAP-triagiste verteld dat ze volgens haar dochter bleek ziet en dat ze erg transpireert. Ze heeft geen pijn op de borst, geen last van hartkloppingen, is niet benauwd en vertoont geen uitvalsverschijnselen. Haar klachten boezemen haar veel angst in. Uit de triage met behulp van de Nederlandse Triage Standaard komt de urgentie U2.

Bij aankomst treffen de huisarts en aios een ogenschijnlijk niet-zieke patiënte. Een oriënterend lichamelijk onderzoek laat een ABCDE-stabiele vrouw zien:

A: ademweg vrij

B: normale huidskleur, ademfrequentie 16/min, O<sub>2</sub>-saturatie 96%, normale auscultatie van de longen, sonore percussie

C: transpiratie afwezig, CRT < 2 sec, CVD niet verhoogd, pols 86/min r.a., RR 160/95 mmHg, cor geen souffles, geen perifeer oedeem

D: EMV-score = 15, FAST-test normaal, glucose 7 mmol/l

E: temperatuur 36,6 °C, mevrouw kan naar het toilet lopen, huidinspectie g.b., urineonderzoek: nitriet neg.

De huisarts legt uit dat alle controles goed zijn. Mevrouw vertelt nogmaals dat ze echt bang is om dood te gaan, maar weet niet waar dit gevoel precies vandaan komt. In het verleden heeft ze weleens een tablet oxazepam gekregen en nu blijkt dat alle controles goed zijn zou ze die graag nog eens krijgen. De aios schrijft in overleg met de patiënte en de aanwezige dochter oxazepam 1-3 maal 10 mg voor en geeft mevrouw en haar dochter vangnetadviezen.



Aspecifieke klachten maken het stellen van een juiste diagnose bij ouderen extra lastig.

Foto: Margot Scheerder

buikpijn. De patiënt uit de casus kon alleen het gevoel van malaise noemen als klacht, maar niettemin kon er ook bij haar sprake zijn van een myocardinfarct. Een extra complicerende factor bij ouderen is dat ook de diagnostiek minder sensitief is. Daardoor is ook in de 2<sup>e</sup> lijn de kans op een fout-negatieve uitslag groter. Wanneer we de precieze diagnose pas in een later stadium kunnen stellen, zullen we ook vaker geconfronteerd worden met de late symptomen van een myocardinfarct, zoals hartfalen en of ritmestoornissen.<sup>5,7-9</sup>

### Hartfalen

Ouderen zijn bij hartfalen minder vaak kortademig, maar hebben eerder uitingen van hypoxie, zoals sufheid, verwardheid en onrust. Ook zie je in een negatieve cascade eerder de gevolgen van verminderde weefselperfusie op afstand, zoals CVA's en ischemie aan de extremiteiten.<sup>5-8</sup> De oorzaken van hartfalen bij ouderen zijn vaker van metabole en medicamenteuze aard.<sup>5,6</sup>

### DE KERN

- Ouderen met aspecifieke klachten vormen tijdens de HAP-dienst een belangrijke bron van onzekerheid voor de huisarts.
- De aspecifieke klachten maken het stellen van een juiste diagnose bij ouderen extra lastig.
- Beslisregels en de ABCDE-methodiek helpen niet altijd om de diagnostische onzekerheid bij ouderen te verminderen.

### Buikpijn

Buikpijn is bij ouderen vaak minder heftig. Bij een acute buik is peritoneale prikkeling minder vaak aanwezig, wat ook geldt voor de al eerder genoemde koorts. Algemener symptomen als sufheid en verwardheid komen daarentegen juist meer voor. En denk net als bij kinderen ook aan niet-abdominale oorzaken, zoals pneumonie, longembolie, hartfalen en myocardinfarct.<sup>5,6,8</sup>

### BESLISREGELS EN TESTS

Bij de casus vond de huisarts geen afwijkingen bij de ABCDE-methodiek. Deze is waarschijnlijk niet altijd sensitief genoeg om de vitaal bedreigde oudere op te sporen. De ABCDE-methodiek is een niet-gevalideerd instrument en het is dus ook wat betreft ouderen niet bekend in welke mate het helpt om de onzekerheid bij de huisarts te verkleinen. In het algemeen zal de kans dat we bedreigde ouderen tijdig herkennen, waarschijnlijk groter worden als we de meetwaarden bepalen die we hanteren in beslisregels voor de vitaal bedreigde patiënt. Dan gaat het om instrumenten als de q-SOFA (quick-Sepsis Related Organ Failure Assessment), de SIRS-criteria (Systemic Inflammatory Response Syndrome), de MEWS (Modified Early Warning score) of de ISAR-criteria (Identification of Senior At Risk). Voor de eerstelijnszorg is dit echter nog niet onderzocht.<sup>4,10-12</sup>

POCT-tests<sup>13</sup> en mobiele ecg- en echoapparatuur zullen in de toekomst waarschijnlijk een steeds belangrijkere rol gaan spelen om de huisarts te ondersteunen bij het nemen van beslissingen.

### KERNKWALITEITEN

Vooralsnog zal de huisarts vaak in onzekerheid verkeren als

## VERVOLG CASUS

De patiënte die bang was 'aan haar eindje te komen' heeft na het bezoek van de huisarts en diens aios geen andere klachten ontwikkeld en had naar alle waarschijnlijkheid, conform de inschatting van de aios, last van angstklachten. De risicocalculatie was achteraf bezien dus juist. Waarschijnlijk herkennen veel huisartsen de onzekerheid die deze casus bij huisarts en aios oproept.

het een oudere patiënt betreft met atypische klachten. Anamnese en lichamelijk onderzoek laten hem vaak in de steek. En ook beslisseregels en de ABCDE-methodiek geven niet altijd duidelijk richting aan het diagnostische proces. Gelukkig beschikt de huisarts altijd nog over zijn pluis-/niet-pluisgevoel. Ook dankzij zijn vermogen om in samenspraak met de patiënt en diens naasten tot het gewenste beleid te komen, is de huisarts meestal prima in staat de juiste afweging te maken. Er is vrijwel altijd sprake van een gecalculeerd risico. Veel ouderen willen bovendien graag thuisblijven. Het behoort tot de kernkwaliteiten van de huisarts om met een dergelijke onzekerheid om te gaan. Binnen de spoedzorgketen lijkt de huisarts de aangewezen persoon om het beleid te bepalen bij oudere patiënten, bij wie de diagnose vaak niet direct duidelijk is omdat specifieke symptomen ontbreken. ■

## LITERATUUR

1. [https://ineen.nl/wp-content/uploads/2017/01/NZR-016\\_Rapport-Ontwikkelingen-op-de-HAP\\_2017.01.13.pdf](https://ineen.nl/wp-content/uploads/2017/01/NZR-016_Rapport-Ontwikkelingen-op-de-HAP_2017.01.13.pdf).
2. Smits M, Huibers L, Kerssemeijer B, De Feijter E, Wensing M, Giesen P. Patient safety in out-of-hours primary care: a review of patient records. *BMC Health Serv Res* 2010;10:335.
3. Loots F, Prins A, Tjan D, Koekkoek K, Hopstaken R, Giesen P. Sepsis herkennen bij een volwassene. *Huisarts Wet* 2017;60:400-3.
4. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, Clermont G, Carcillo J, Pinsky MR. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Crit Care Med* 2001;29:1303-10.
5. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older patients in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med* 2010;56:261-9.
6. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med* 2002;39:238-47.
7. Han JH, Lindsell CJ, Hornung RW, Lewis T, Storrow AB, Hoekstra JW, et al; Emergency Medicine Cardiac Research and Education Group Internet Tracking Registry for Acute Coronary Syndromes (i\*trACS) Investigators. The elder patient with suspected acute coronary syndromes in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2007;14:732-9.
8. Canto JG, Shlipak MG, Rogers WJ, Malmgren JA, Frederick PD, Lambrew CT, et al. Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. *JAMA* 2000;283:3223-9.
9. Zeilstra RR, Giesen P. Pijn op de borst: huisarts of ambulance? Een dilemma voor triagist en huisarts. *Huisarts Wet* 2017;60:503-5.
10. Galvin R, Gillett Y, Wallace E, Cousins G, Bolmer M, Rainer T, et al. Adverse outcomes in older adults attending emergency departments: a systematic review and meta-analysis of the Identification of Seniors At Risk (ISAR) screening tool. *Age Ageing* 2017;46:179-86.
11. De Gelder J, Lucke JA, De Groot B, Fogteloo AJ, Anten S, Mesri K, et al. Predicting adverse health outcomes in older emergency department patients: the APOP study. *Neth J Med* 2016;74:342-52.
12. Carpenter CR, Shelton E, Fowler S, Suffoletto B, Platts-Mills TF, Rothman RE, et al. Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: a systematic review and meta-analysis. *Acad Emerg Med* 2015;22:1-21.
13. Giesen P, Loots F, Hopstaken R. Diagnostische sneltests verdienen brede invoering. *Med Contact* 2015;42:1996-8.

Boers A. Diagnostische onzekerheid bij ouderen tijdens de HAP-dienst. *Huisarts Wet* 2018;61[6]:DOI:10.1007/s12445-018-0173-5. Huisartsen Dudokplein, Dordrecht: A. Boers, huisarts, aboershuisarts@gmail.com. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.