

Leren van calamiteiten

Situatie 1: Medisch dossier vanuit juridisch perspectief

De Huisartsdienst op alle Hadoks locaties kenmerkt zich door hoge werkdruk. Binnen beperkte tijd moeten artsen dossiers bestuderen, patiënten onderzoeken, data analyseren, diagnoses stellen, behandelplannen maken en eigen bevindingen vastleggen.

Het komt vaak voor dat de aantekeningen, behandelingen en afgesproken beleid in medische dossiers kort en bondig zijn. Vanuit medisch perspectief is dit begrijpelijk en acceptabel omdat uitvoerige aantekeningen tijd kosten en niet per se nodig zijn voor goede hulpverlening.

Helaas gaat het in de geneeskunde niet altijd zoals verwacht. Er worden diagnoses gemist en er treden complicaties op. Denk bijvoorbeeld aan de gestelde diagnose van buikgriep bij ileus of vasovagale collaps bij stille aneurysma van aorta.

In dergelijke situaties wordt het medisch dossier vanuit juridisch perspectief beoordeeld. De calamiteitscommissie analyseert of het dossier uitgebreide informatie bevat over dat de zorg op juiste wijze is verleend. Met andere woorden moet de zorgverlener in staat zijn om zijn of haar handelswijze aan de hand van het dossier te onderbouwen.

In Engelstalige literatuur wordt een Anchoring of Diagnosis Momentum bias omschreven. "Once a diagnostic label has been assigned to a patient by another individual, it is very difficult to remove that label and interpret their symptoms with fresh eyes".

Zorgverleners worden daarom afgeraden om een deel van de anamnese/klachten dat genoteerd is door de assistente naar de "S" regel te kopiëren. Niet alleen vanuit juridisch perspectief, maar ook vanuit medisch perspectief. Het afnemen van anamnese door de zorgverlener zelf, goed luisteren en het plaatsen van eigen aantekeningen zijn essentieel voor goede hulpverlening. Hiermee wordt de kans verkleint dat de juiste diagnose gemist wordt.

Complete dossiervoering is daarom belangrijk zowel voor de levering van acute zorg op alle Hadoks locaties, als in geval van een calamiteit.

Situatie 2: Hoe acute hartklachten aantonen/uitsluiten

Huisartsen zien vaak mensen met pijn op de borst. Bij ongeveer 5% tot 15% van de gevallen (diverse onderzoeken) is er sprake van een Acuut Coronair Syndroom (ACS). Van deze personen mist de huisarts in 2% tot 5% van de gevallen de diagnose. Volgens de NHG standaard Acuut coronair syndroom is er nog in de eerste, noch in de tweede lijn een goede beslisregel om acute hartklachten aan te tonen dan wel uit te sluiten. We moeten er dus mee leren leven dat we hartinfarcten missen, maar het is wel van belang om in alle gevallen een zo goed mogelijke weging te maken tussen de positief - en negatief voorspellende klachten van een mogelijk hartinfarct.

Als positief voorspellende symptomen van ACS worden genoemd een acuut ontstaand, onaangenaam, meestal retrosternaal gelokaliseerd, drukkend of knellend gevoel dat niet verdwijnt in rust of binnen vijf

minuten na toediening van een nitraat onder de tong. Daarbij kunnen klachten voorkomen als uitstraling naar de kaken en armen, vegetatieve verschijnselen, moeheid, duizeligheid of misselijkheid. Ook een voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten en de aanwezigheid van risicofactoren, zoals roken of een positieve familie anamnese, maken het risico groter. Negatief voorspellende factoren zijn stekende pijn, geen risicofactoren, pijn vastzittend aan de ademhaling of houding of pijn reproduceerbaar bij palpatie op de thoraxwand.

Met name de combinatie van retrosternale pijn met vegetatieve verschijnselen maakt een ACS waarschijnlijk. Vaak is het verhaal niet zo duidelijk en moeten we een afweging maken.

Zo ook bij een 49 jarige man, patiënt C, die zich meldt met thoracale pijnklachten op de dokterspost. Meneer was eerder die dag voor deze klachten bij de eigen huisarts geweest en is daarna door fysieke triage op de post als U3 in de agenda van de huisarts gezet. De dienstdoende huisarts die meneer zag heeft de negatief voorspellende verschijnselen van een Acuut Coronair Syndroom, mede door zijn bevindingen bij lichamelijk onderzoek, te veel laten prevaleren boven positief voorspellende verschijnselen. Daarnaast neemt de dienstdoende huisarts te weinig tijd voor zijn verslaglegging en wil deze adviseren om goede verslaglegging altijd te laten prevaleren boven de wachttijden in de wachtkamer.

Patiënt C van 49 jaar heeft, na consult bij de huisartsenpost en twee maal beoordeling bij eigen huisarts, telefonisch contact met de huisartsenpost over aanhoudende pijnklachten met vegetatieve verschijnselen. De triage assistente twijfelt over de urgentie in verband met een atypische presentatie van de pijn en vraagt de telefoonarts mee te beoordelen. Deze belt terug en krijgt een familielid aan de telefoon. Er is niet goed gekeken naar de ingangsklacht waarmee de patiënt binnenkomt. Hierdoor ontstaat ruis in de anamnese en hulpvraag, waardoor de U1 in eerste instantie naar een U3 wordt gedowngraded. Het familielid geeft aan dat de patiënt dit niet kan uithouden, waarop een U2 consult wordt aangeboden. Familie geeft aan dat zij wel eigen vervoer hebben om naar de post te komen. Op de post aangekomen wordt patiënt C met voorrang gezien door de dienstdoende consultenarts, waarna een verwijzing naar de SEH volgt. De consult arts weet dat het niet pluis is, maar wist ook niet wat er precies aan de hand is. Achteraf bleek de patiënt een Acuut Coronair Syndroom te hebben.

Als de communicatie met de triagist, patiënt in plaats van familielid en openen van de voorgeschiedenis en geregistreerde ingangsklacht beter was verlopen, was een U1 urgentie met ambulance gehandhaafd gebleven en de patiënt op correcte manier geholpen.