

## **Overlijden 87 jarige patiënte in verzorgingshuis als gevolg van mogelijke ileus.**

Vanuit een verzorgingshuis wordt Hadoks triagecentrum gebeld op een zaterdagochtend: een hoogbejaarde bewoonster heeft 2x zwart gebrakt en klaagt over buikpijn, zij is bekend met obstipatie en kan, vanwege dementie, niet goed aangeven wanneer zij voor het laatst ontlasting heeft gehad.

Als visitearts Hadoks bezoek ik patiënte. De dienstdoende verzorgende bevestigt bovenstaande en meldt dat het nu iets beter lijkt te gaan, zij toont mij bewaard braaksel dat niet faecaal riekt. Mevrouw was kort tevoren mobiel. Bij lichamelijk onderzoek constateer ik spaarzame peristaltiek en een geringe diffuse drukgevoeligheid van een wat bolle buik, vanwege haar dementie is er geen uitgebreidere anamnese mogelijk.

Ik overleg met de verzorgende en stel voor om een fosfaatclysma te proberen en af te wachten of er in de loop van de dag verbetering zal optreden. Terug in de visiteauto voer ik mijn bevindingen in. Bij nader inzien wellicht iets te beknopt: Bij de P-regel alleen "fosfaatklysma".

Achteraf herinner ik me een korte computerstoring, daarbij tijdsdruk van de volgende visite als mogelijke oorzaak van de haastige verslaglegging. In mijn differentiaaldiagnose overwoog ik uiteraard wel het risico op een ileus.

Een ruim etmaal later was er weer telefonisch contact met triagecentrum Hadoks: er was geen verbetering, slechts geringe opbrengst van het klysma; patiënte was nog steeds mobiel, maar at en dronk niet meer adequaat: de telefoonarts adviseerde extra macrogol maar constateerde geen indicatie voor een herbeoordeling middels een visite.

Nog een etmaal daarna werd patiënte overleden aangetroffen.

Een minder summiere verslaglegging is onder omstandigheden raadzaam: in dit geval bijvoorbeeld de overweging : "dreigende ileus".

## **De telefoondienst die ik nooit zal vergeten.**

Het is 2e pinksterdag en een maandag. De coronapandemie is op z'n hoogst en het is loeidruk aan de telefoon.

Patienten bestellen herhaalmedicatie en het is druk op het callcenter met overlegjes en visites. Op een gegeven moment staan er meer dan 3 triagisten in de rij voor overleg bij mij. Er komt een vraag over bejaarde patient in een verpleeghuis met obstipatie: patiente van 87 jaar met dementieel beeld die ook nog gewoon rondloopt en ze is de vorige dag door de Hadoks visitearts gezien en beluisterd. Er werd gedacht aan obstipatie en er is gestart met klysma en laxantia. Op dat moment beslis ik dat de movicolon kan worden opgehoogd en verder waarschuwen bij acuut braken etc.

Doordat in het dossier van de patient stond dat zij een visite had gehad op 31 mei, en door de drukte met corona en bezette visiteauto's beoordeelde ik, dat zij het beste door haar eigen huisarts gezien kon worden op de volgende dag.

Verder heb ik er niet meer over nagedacht totdat ik van de calamiteitencommissie hoorde dat patiente in de vroege ochtend van 2-6-20 is overleden aan een ileusbeeld.

Jammergenoeg had de eigen huisartspraktijk geen beleid afgesproken en het tehuis wist niet dat de patiënte een tumor in de buik had. Er stond niets over in de rapportage. Analyse was niet meer op zijn plaats ivm leeftijd en status van patiënte. Deze informatie had ik niet en ik besloot tot afwachtend beleid naar eigen inzicht. Men heeft om 2.00 in de nacht nog naar patiënte gekeken en ze sliep toen. Ergens in de nacht is het beeld verslechterd en is patiënte onverwacht overleden aan een mogelijke ileus volgens de schouwarts.

**Leerpunt:** Ondanks de drukte het protocol volgen en een U 3 >> dat kwam uit de urgentie >> gewoon laten rijden!! En als vangnet de assistentes laten bellen na 3 uren.

### **Sterfgeval ten tijde van de eerste Covid-19 golf**

Het betrof een 50 jarige, eerder gezonde, alleenstaande Duitse man die de HAP belde ivm dyspnoe. Er werd een U2 visite afgelegd.

De patiënt, een wat bleke maar adequate man, deed zelf de deur open en liep voor mij uit naar de woonkamer. Ik meette direct een saturatie van 97% bij een adem frequentie van 20/ min, een pols van 105/ min, bloeddruk van 166/105 en temperatuur van 36.8. Hij zag er benauwd en ziek uit. Hij vertelde dat hij sinds de vorige dag moeite had met ademen. Hij was snel buiten adem bij inspanning en had een gevoel van spierpijn op de borst. Hij voelde zich ziek, had het gevoel koorts te hebben en flauw te kunnen vallen. Omdat hij deze klachten nooit eerder gehad had, verontruste het hem en had hij gebeld naar de verpleegkundige van zijn werk, die hem doorverwees naar de Hadoks.

Gezien zijn fitte voorkomen, de mogelijkheid om een stuk te lopen en de goede saturatie dacht ik niet aan een acuutlevensgevaar. Over hart en longen waren geen bijzonderheden. De pijn op de borst was sinds 36 uur continue aanwezig, niet gerelateerd aan inspanning en niet uitstralend, waardoor ik cardiaal gerustgesteld werd. Vanwege de vermoeidheid, dyspnoe en thoracale pijn dacht ik aan een COVID-19 infectie. Ik legde hem de mogelijke diagnose en bijpassend beloop uit. Aangezien hij alleen woonde adviseerde ik hem een vangnet te organiseren en verzocht de eigen huisarts de volgende dag contact met hem op te nemen. De volgende dag heeft hij zelf contact opgenomen met de huisartsenpraktijk om zijn telefoonnummer door te geven, maar toen de huisarts later die dag terug belde nam hij telkens niet op. Uiteindelijk trof een nieuwe hadoks visite arts hem overleden aan in zijn bed. Er is geen obductie verricht, dus de doodsoorzaak blijft onbekend.

Voor de Covid-19 pandemie had ik deze patiënt ingestuurd naar de SEH. Een eerder gezonde man die nu ziek oogde, benauwd was, een hoge pols en bloeddruk had, zou ik niet vertrouwd hebben en dus laten beoordelen. Een verwijzing naar de SEH met aanvullende diagnostiek had mogelijk levensreddend kunnen zijn voor hem. Met de vermoedelijke diagnose Covid-19 infectie had ik echter een verklaring voor zijn klachten. Tijdens eerdere covid diensten had ik wel ziekere mensen gezien die met een vermoedelijke diagnose Corona naar huis gestuurd werden met een vangnet voor als de saturatie terug zou lopen of de vermoeidheid toe zou nemen. Juist die verschuiving in het pluis/ niet pluis gevoel in relatie tot Covid-19 had mogelijk het gevolg dat ik in deze casus daar minder goed naar geluisterd heb. Inmiddels weten we iets meer van covid-19, maar wordt het er niet makkelijker op. Verschillende

symptomen kunnen het gevolg zijn van een covid infectie, waardoor het al snel voorkomt in je differentiaaldiagnose. Door deze onprettige ervaring heb ik me weer gerealiseerd dat we als huisarts moeten blijven doen waar we goed in zijn, selecteren op pluis/ niet pluis en breed diagnostisch denken.