

NUTTIG VOOR DE ORGANISATIE VAN ZORG, MAAR NIET VOOR INDIVIDUELE PATIËNT

Patiënt past niet in protocol

Zorgprotocollen dreigen de medische expertise van dokters te overrulen, waarschuwt huisarts Karen Konings. Zij laat aan de hand van vier casussen binnen één week zien hoe deze protocollen een menselijke benadering in de weg kunnen zitten.

Casus 1

Een jonge Somaliër is recentelijk in zijn eentje via Hongarije in de Nederlandse asielopvang terechtgekomen. Hij heeft hoge koorts en hevige pijn in rug en benen. De taalbarrière beperkt verdere anamnese. De jongen blijkt inmiddels twee dagen amoxicilline/clavulaanzuur te slikken en viermaal daags 1000 mg paracetamol. Objectief: onrustig, bewegingsdrang, rillen en klappertanden. Tachypneu 30/min, SO₂ 99%, 39,7 gr, pols 180/min r.e. Na Valsalva-manoeuvre: pols 85/min r.e. RR 105/60 mmHg. Cor, pulmones, abdomen: geen afwijkingen. Urine: spoor ery's, leuko 1+, nitriet -.

Met de werkdiagnose sepsis stuur ik hem in voor de internist. Deze blijkt de nacht ervoor deze jongen ook al te hebben gezien, een sepsis te hebben geconstateerd en hem naar het

opvangcentrum van het COA te hebben teruggestuurd met het advies om de Augmentin en paracetamol te continueren. Zij acht het onwaarschijnlijk dat ze nu van gezichtspunt zal veranderen en stelt voor dat ik een duidelijk briefje schrijf aan de begeleiders van het COA, dat ze hem hier niet meer voor moeten insturen: 'Het is gewoon de griep!' Na flink aandringen zal ze hem toch bekijken. De verpleging komt hem uit mijn spreekkamer halen zonder rolstoel. Als ik zeg dat ik hem te ziek vind om te laten lopen, wordt dat genegeerd. Hij krijgt geen hand, geen begroeting. Moeizaam loopt hij mee. In de gang hoor ik: 'Loop door, we hebben geen uren de tijd!' Hij wordt naar de MRSA-kamer gebracht. Even later loop ik door de gang om een andere patiënt te halen. De verpleegkundige roept me in het voorbijgaan toe: 'Hij heeft helemaal geen tachycar-

die!' Nog geen 30 minuten later wordt hij weer in een taxi gezet naar het opvangcentrum. Ik heb het lab opgezocht: CRP 416, leuko 26, linksverschuiving. Er is geen bloedkweek of erytrocyten-beoordeling afgenomen.

Schaamte

Als ik bij deze casus niet vermeld had dat het hier om een jonge asielzoeker gaat, zou iedereen op zijn achterste benen staan over deze benadering. Nu ging zelfs ik even twijfelen of deze jongen aan het simuleren was. Daardoor heb ik ook niet adequaat gereageerd. Toen ik 's morgens kon gaan slapen, hield hij me uit mijn slaap. Schaamte en differentiaaldiagnostische overwegingen buitelden door mijn hoofd. Gewone influenza is reëel mogelijk. Maar wat als hij een sikkcelcrisis, ebola of pyelonefritis met resistentie voor amoxicilline/clavulaanzuur heeft? Een ziekenhuis is geen plek om iemand te verwennen, en de – terecht – protocollen voor 'isolatie bij koorts uit risicolanden' maken het verplegen van een dergelijke patiënt arbeidsintensief en omslachtig. Maar uitzieken in een asielzoekerscentrum is niet echt ideaal als je jong, alleen en hondsziek bent. En waar was hier de menselijkheid?

Automatisatie
van beleid leidt tot
overdiagnostiek



Casus 2

Een nachtelijke visite bij een 68-jarige vrouw met COPD Gold 4, zuurstof thuis. Ze heeft een onderhoudskuur doxycycline 100 mg/dag, prednisolon 5 mg/dag, en is drie weken toenemend dyspnoïsch met hoest. Nu bang om te stikken. Bij aankomst in het rokerige appartement: zeer vermoeid, praat met halve zinnen, hulpademhaling, cachectische vrouw, doorrimpeld gelaat. SO2 85%, tijdens praten dipt ze naar 68%, pols 90/min r.e. Pulmones: VAG, sterk verlengd expirium, rechts veel brommende rhonchi.

Ik geef combineerverveling en dexamethason 4 mg i.m. De SO2 stijgt naar 98%. Ik ben van plan een recept amoxicilline/clavulaanzuur voor te schrijven, maar dan raakt ze in een hoestbui weer helemaal in paniek. De doodsangst is in haar ogen te zien. Haar saturatie: 65%. Ik stel ziekenhuisopname voor. Dat wil ze wel, maar ze zegt ook (tijdens zuurstof op kapje): 'U zult wel heel boos op me zijn dat ik rook! In het ziekenhuis krijg ik alleen maar op mijn kop. Het liefst zou ik nu dood zijn, het is mijn eigen schuld, en ik word nooit meer beter.'

Ik bel de longarts. Deze wil mevrouw zeker zien, maar drukt me op het hart om met haar te bespreken dat ze nu echt zal moeten stoppen met roken, omdat ze anders zónder zuurstof thuis zal worden ontslagen. 'Die situatie is veel te gevaarlijk.'

In afwachting van de ambulance babbelen we wat verder: ze blijkt stoflongen te hebben van het werk in de bakkerij van haar ouders sinds haar 11de jaar. Man onlangs overleden aan hartfalen door kleplijden, opvangoma van kleinkind met down. Ik probeer de opdracht van de longarts in het gesprek te verwerken en benoem dat ze wel ligt te slapen in een heel rokerige ruimte. Stoppen met roken blijkt nu geen haalbare kaart. Als ik opper dat ze al winst maakt door voortaan op het balkon te roken en niet meer binnen, is ze helemaal perplex: 'Waarom heeft

niemand dat ooit gezegd? Wat een goed idee! Dat kan ik. Maar dat is toch niet goed genoeg? Dat accepteert de longarts nooit!'

Tussenstappen

De frustratie over onverstandige leefstijlkeuzes van patiënten heb ik ook. Maar deze vrouw is opnieuw een van die mensen die me toont dat leefstijl lang niet altijd een vrije keus is. Wetenschappelijk bewijs is wezenlijk voor de uitvoering van ons vak, maar dat wil niet zeggen dat de patiënt er iets aan heeft. Integendeel soms: in dit geval versterkt de druk op rookstop het gevoel van falen bij deze dame. Imperfekte tussenstappen kunnen daarbij een openbaring zijn en communicatie tussen arts en patiënt verbeteren. Het gevaar dreigt dat (para)medici financieel nadeel ondervinden van (uitkomst) indicatoren die bepaald worden door de leefstijl van patiënten. Daarmee induceren we direct dat onze compassie afneemt voor patiënten die niet kunnen doen wat wij dokters adviseren. Na dit volkomen ongeplande gesprekje met deze mij onbekende vrouw, voelde ik me nederig. Wie ben ik om iemands gedrag te kwalificeren? Hier meet het protocol de kwaliteit van zorg, maar niet de kwaliteit van de patiënt.

Casus 3

Pal na elkaar: twee dementerende 90-plusdames met boezemfibrilleren zijn uit bed gevallen en hebben een buil op hun voorhoofd. De eerste woont zelfstandig, de tweede in een zorgcentrum. Bij beiden is de termijn tussen vallen en mijn bezoek circa drie uur. De eerste dame heeft ook een grote ontveling op haar scheenbeen. Ik verzorg de wond. Bij beiden: geen bewustzijnsverlies, geen hoofdpijn, geen visusklachten, geen braken, geen hoogerenergetisch trauma, neurologisch geen afwijkingen, geen letsel aan het bewegingsapparaat. Wel een hematoom in aangezicht (buil voorhoofd), geen intoxicaties.

Als ik kan helpen met een knuffel, dan is dat professioneel gedrag

De zelfstandig wonende patiënte had een zeer adequate vriendin die bij haar bleef slapen. Ik heb wekadvis gegeven. De tweede vrouw in het verzorgingshuis was zeer verstoord dat ik langskwam. Ze vond het belachelijk dat ze al die tijd uit haar slaap was gehouden. Na beoordeling wilde ik op dezelfde wijze adviseren. Maar de verzorgende was het daar niet mee eens: het protocol zegt dat ze een CT-scan nodig heeft! Uit haar zorgdossier bleek dat ze al ruim vijf jaar frequent valt. Ze zat vol oude hematomen. Vanwege het vallen was acenocoumarol recentelijk vervangen door Ascal.

Ik zag het al voor me: insturen om 4.00 uur 's nachts. Familie inlichten. Voorstelbare uitkomst: geen afwijkingen, retour zorgcentrum. Ik heb de risico's overwogen: kans op subarachnoïdale bloeding (SAB)? Lijkt klein, maar met wekadvis voldoende tijd om in te grijpen als nodig. Met behoorlijk wat overreding heb ik de verzorgende kunnen overtuigen dat ik nu een wekadvis nuttiger vond dan insturen. Reactie: 'Hoe dacht u dat ik dat 's nachts kan doen?'

Tegenstrijdig

Een zelfstandig levende oudere valt uit bed en kruipt er weer in als er geen ernstige letsels zijn. Meestal gaat dat goed, maar bij gebruik van antistolling kan dat gevaarlijk zijn. Terecht vragen verzorgenden beoordeling van een arts. Terecht

TOMMIE

Elke SEH-dienst ben ik huiverig voor de patiënten uit het nabijgelegen wooncomplex voor minder-begaafden. Ze worden met hun voornaam aangesproken. Geen meneer of mevrouw, maar Lisa, Betty of Sander.

Dit keer is Tommie al een paar dagen 'niet zichzelf'. De begeleidend verpleegkundige zegt bezorgd: 'Hij lacht niet meer en ligt de hele dag op bed.' Ik drukte zachtjes in zijn buik toen hij plotseling in zijn handen klapte en 'wraaahhg' riep. Ik dacht meteen aan een acute buik, maar de begeleidster definieerde dit als een lach. Toen ik hem hielp om rechtop te staan, begon hij al handenklappend rondjes te lopen. De begeleidster keek aangenaam verrast en zei dat dit weer de Tommie was die ze kende. Ik had hem op magische wijze genezen. Ik kon niet bedenken welk aanvullend onderzoek nodig zou zijn, maar voelde me te onzeker om hem zonder diagnostiek naar huis te laten gaan. Normaliter instrueer ik patiënten zich te melden als hun klachten toenemen. Hoe zou Tommie dat moeten aangeven? Uiteindelijk moest hij drie uur wachten op de uitslagen van de X-thorax, urineonderzoek en het onder dwang afgenomen laboratoriumonderzoek. Zoals verwacht waren er geen afwijkende bevindingen. Het feit dat hij op de SEH nuchter moest blijven, had Tommies humeur geen goed gedaan. Hij was nu buiten zichzelf. Ik had mijn eigen onzekerheid weggenomen, maar Tommie was er de dupe van geworden.

Ik ben er niet achter gekomen wat er aan de hand was, maar realiseer me nu dat de enige zekerheid in het leven onzekerheid is. Als jonge arts moet je daar ook mee leren omgaan. En gelukkig lossen sommige problemen zich vanzelf op.

Lewar Bekas
aios interne geneeskunde

wordt er in de NHG-richtlijn Hoofdtrauma alertheid gevraagd voor het risico op een SAB bij gebruik van bloedverdunners. Maar 'indicatie voor consultatie neuroloog' kan niet vertaald worden naar 'plicht tot insturen voor CT-scan'. Ik schrik ervan dat zorgprotocollen de medische expertise van dokters dreigen te overrulen.

Overigens: Ascal heeft een even hoog (of hoger) bloedingsrisico als acenocoumarol en beduidend lagere preventie van CVA's bij boezemfibrilleren. Bij 90-plussers met dementie is er geen enkele evidence voor positieve meerwaarde van antistolling. Diverse (NHG-)richtlijnen zijn tegenstrijdig met elkaar. In dit geval is er een verschil in toepassing van dezelfde evidence in de richtlijn Boezemfibrilleren en die van Hoofdtrauma. Bovendien wijkt het stroomdiagram hoofdtrauma enigszins af van de onderliggende tekst. Dat heeft onlogische consequenties voor patiënten: enerzijds moet een hoogbejaarde met dementie een potentieel gevaarlijke bloedverdunner gebruiken 'per protocol'. Anderzijds worden zorgkosten verhoogd door onzinnige CT's op onmogelijke tijdstippen. Tevens maakt efficiënte organisatie van zorg het lastig om een eenvoudig wekadvis uit te voeren.

Casus 4

Een 80-jarige vrouw uit mijn eigen praktijk belt om 23.30 uur de hap vanwege onrust bij haar 90-jarige demente echtgenoot. Ik ken het echtpaar uittrenturen. Alle rouw van progressieve degeneratieve neurologische ziekte is de afgelopen vijf jaar intensief onder begeleiding. In arren moede heb ik echtgenote een symbolisch recept gegeven: driemaal daags een knuffel. Dtd: oneindig. Ze komt naar de hap en vraagt al aan de balie om een knuffel. De assistente van de hap rapporteerde: cognitieve stoornis echtgenote? Ik heb haar gesproken. Heb alle medische overwegingen gedaan, maar heb afgesloten met een hartelijke knuffel. Mevrouw was daarmee geholpen.

De recente uitspraken over professionele intimiteiten veroordelen ieder (on)professioneel lichamelijk contact. Desalniettemin kunnen echte menselijke omhelzingen zeer zinvol zijn. Ik vind bovengenoemde dame niet eens aardig. Maar ik begrijp haar verdriet en rouw om de progressieve dementie van haar echtgenoot. Als ik kan helpen met een knuffel, dan is dat professioneel gedrag.

Menselijkheid

Mijn conclusie is:

- Protocollen zijn 1. samenvattingen van wetenschappelijk bewijs, 2. nuttig voor hulpverleners, en bieden 3. terechte waarschuwingen voor zeldzamere gevaarlijke uitkomsten.
- Preventie betreft maatregelen die een ziekte proberen te voorkomen waar een risico voor bestaat, maar de ziekte (nog) niet.
- Dat wil niet zeggen dat protocollen aansluiten bij de behoefte van patiënten of überhaupt van toepassing zijn op individuen. Automatisatie van beleid leidt tot overdiagnostiek.

Wat gaan we doen? Gaan we iedereen met Ascal en een buil op zijn hoofd insturen? Gaan we COPD'ers zelf de schuld geven? Asielzoekers per definitie beschouwen als simulanten? En alle fysieke contacten wantrouwen? Wanneer gaan we skiërs die hun been breken de rekening zelf laten betalen?

Waar is menselijkheid? Realisme? De protocollen dreigen soms onze zorg onmenselijk te maken! Of ben ik een idioot? ■

contact

karen_konings@hotmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.