Postprint Version	1.0
Journal website	http://vb23.bsl.nl/frontend/index.asp?custom_product_id=0168-9428&product_id=%7BA9EE6675-58B1-4251-BD27-6FA916BB35DD%7D
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

ICT – vooruitgang met valkuilen

DR. G.A. DONKER* , T. PRUYS**

* Huisarts-epidemioloog, gezondheidscentrum De Weide, Hoogeveen en projectleider CMR peilstations, NIVEL, Utrecht

** Verpleegkundige, praktijkondersteuner, gezondheidscentrum De Weide, Hoogeveen

INLEIDING

De zegeningen van voortgaande ontwikkelingen van ICT in de huisartsenpraktijk zijn talrijk. Geen gesleep met groene kaarten meer van balie naar spreekkamer en vice versa. Het bezorgen van laboratoriumuitslagen wordt niet beïnvloed door stakingen van postbezorgers, maar ze komen elektronisch met edifactberichten in de praktijk aan. Verwijzingen naar de specialist geschieden elektronisch, zodat bij komst van de patiënt de onderzoeken op elkaar afgestemd zijn en tijd van patiënt en specialist efficiënter besteed kan worden. Huisartsen kunnen uitslagen van laboratoriumonderzoeken en röntgenuitslagen die zij zelf maar ook specialisten hebben aangevraagd bekijken via Eridanos, zodat de patiënt niet onnodig op uitslagen hoeft te wachten en niet dubbel laboratorium- en/of röntgenonderzoek aangevraagd wordt. Verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk (praktijkondersteuners) en in het ziekenhuis wisselen met informed consent patiëntengegevens uit, zodat het grootste deel van de begeleiding van bijvoorbeeld patiënten met hartfalen in de huisartsenpraktijk kan plaatsvinden. Uiteraard vergt een en ander goede afspraken tussen huisarts, specialisten en andere betrokkenen in de eerste- en tweedelijnszorg. 1 De beschreven ontwikkelingen hebben een grote boost gegeven aan transmurale samenwerking en het werken voor de huisarts sterk veraangenaamd. Toch zijn de ICT-ontwikkelingen niet enkel rozengur en maneschijn, maar schuilen er ook nieuwe onbekende valkuilen in het toenemend gebruik van ICT. 2 Onderstaande ziektegeschiedenis beschrijft zo'n, voor zover ons bekend, niet eerder beschreven valkuil. We hebben deze nader geanalyseerd en aanbevelingen geformuleerd.

ZIEKTEGESCHIEDENIS

De heer Postma, 54 jaar, ICT-deskundige, heeft een blanco probleemlijst tot januari 2009, als hij zich meldt met pijn in de linkerkuit sinds twee dagen. Klachten en onderzoek duiden op een trombosebeen, dat nog dezelfde dag lege artis behandeld wordt met dalteparine-injecties. Anamnestic zijn er mogelijk ook longembolieën en patiënt wordt naar de internist verwezen. De internist vindt geen onderliggende oorzaken voor de trombose behalve een sedentaire levensstijl. Er werd onder andere een CT-scan van de thorax en de buik gemaakt. De heer Postma rookt niet. Hij krijgt gedurende een halfjaar coumarines en gedurende twee jaar een steunkous. Na het staken van de coumarines wordt hij uit de behandeling van de internist ontslagen.

Ruim een jaar na het ontstaan van de trombose meldt de heer Postma zich met een scala van klachten bij de huisarts, waaronder duizeligheid, dubbelzien (soms) en mouches volantes. Hij zegt zich sinds zijn trombose niet meer de oude te voelen. Soms is er ook sprake van dyspnoe bij traplopen en in rust en heeft hij pijn op de borst. Mede omdat zijn broer bekend is met een hartritmestoornis wordt de heer Postma verwezen naar de 'rapid access' polikliniek cardiologie waar geen cardiale oorzaak voor de klachten gevonden wordt. Er is een goede belastbaarheid, een goede linker ventrikelfunctie en kleplijden werd uitgesloten. De klachten treden ook niet specifiek bij inspanning op, maar vaker tijdens lezen. Het laboratoriumonderzoek is geheel normaal (november 2010). De uitslagen worden met de huisarts besproken

en er wordt een tweesporenbeleid gevolgd. Patiënt is gelukkig in zijn huwelijk en gezin en ook het werk als systeembeheerder bij de uitgeverij bevalt goed. Boeken lezen is zijn grote hobby. De recessie heeft echter ook voor zijn werkgever tot personeelsinkrimping geleid, hetgeen zowel onzekerheid als taakverzwaring voor patiënt met zich meebracht. Een relatie tussen de toegenomen werkdruk en zijn klachten ziet hij echter niet. Hij vindt het maar gek dat de oorzaak van zijn klachten nog niet gevonden is en stelt dat hij in zijn werk doorgaans doortastender optreedt. 'Ik zou de harde schijf al lang vervangen hebben als er zo veel hapert.'

Het onderzoek wordt in de huisartsenpraktijk vervolgd met spirometrie en het meegeven van een vierdimensionele klachtenlijst (4DKL). 3 De uitslagen van spirometrie zijn bovenmodaal, dus goed. De 4DKL laat een matig verhoogde score op somatisatie zien (11) en scores van 0 op distress, angst en depressie. De uitslagen worden met de heer Postma besproken, waarbij gezien de klachten de mogelijkheid van hyperventilatie nader geëxploreerd en besproken wordt. Inspanningsastma lijkt minder waarschijnlijk, omdat de klachten vaak in rust optreden. Hij krijgt een NHG-brief hyperventilatie mee en gaat tevreden naar huis. 4

Enkele maanden later (februari 2011) ontvangt de huisarts laboratoriumuitslagen die duiden op diabetes mellitus, te weten een nuchtere glucose van 9,6 mmol/l en een HbA_{1c} van 8,4%. De huisarts belt de heer Postma en bespreekt de diagnose diabetes mellitus met hem. Een afspraak voor uitgebreide uitleg en instructie bij de praktijkondersteuner wordt gemaakt. Bij de praktijkondersteuner meldt de heer Postma dat hij zich door middel van de computer al uitgebreid verdiept heeft in de diagnose diabetes mellitus en de implicaties van deze diagnose. Hij is blij dat de diagnose gevonden is en herkent zijn klachten hier ook in. Gek vindt hij wel dat hij zich niet kan herinneren dat hij recent naar het laboratorium is geweest voor bloedonderzoek. Dat vindt de praktijkondersteuner ook vreemd en zij consulteert de huisarts onder het spreekuur. Het consult met de heer Postma wordt gezamenlijk door huisarts en praktijkondersteuner vervolgd en de huisarts logt in om de recente labuitslagen in het ziekenhuissysteem via Eridanos te bekijken. Ook daar zijn echter geen recente labuitslagen van de heer Postma te vinden. Slechts de volkomen normale labwaarden inclusief een normale nuchtere glucosewaarde van november 2010. Hij krijgt terstond te horen dat er waarschijnlijk een fout is gemaakt en dat zijn klachten mogelijk niet op diabetes mellitus berusten. De heer Postma toont zich meer teleurgesteld over het feit dat de klachten misschien niet door diabetes mellitus veroorzaakt worden dan over de gemaakte fout. We besluiten nu opnieuw labonderzoek voor hem aan te vragen en uit te zoeken of er iets fout is gegaan met de labuitslag, die we op zijn naam ontvingen en zo ja, hoe dat heeft kunnen gebeuren. Een nieuwe dubbele afspraak voor de heer Postma bij de huisarts wordt alvast gepland voor enkele dagen later. De laboratoriumuitslagen van patiënt blijken geheel normaal inclusief de nuchtere bloedsuiker. Exploratie binnen de huisartsenpraktijk en vervolgens overleg met de leidinggevende van het ziekenhuislaboratorium maken al snel duidelijk dat de laboratoriumuitslagen van een patiënt uit een andere huisartsenpraktijk met een andere naam, maar wel met dezelfde geboortedatum zijn. Deze verkeerde koppeling van geboortedatum en patiënt gebeurde in het ziekenhuis. Via Eridanos zijn deze gegevens naar onze praktijk gestuurd. Op de uitslag in onze praktijk komen dan naam en adres van onze patiënt erboven te staan, zodat niets verraadt dat we met een niet correcte uitslag te maken hebben.

De door de huisarts geconsulteerde praktijkondersteuner GGZ raadde ten aanzien van de onverklaarde lichamelijke klachten aan bij deze patiënt, die zijn lichaam als een computer beschouwt en benoemt, mee te gaan in zijn communicatie en zo het vertrouwen te creëren dat er geen lichamelijke pathologie is. Dat leek een welkom idee. Bij het daaropvolgende consult met de heer Postma werd eerst uitleg gegeven over de foute uitslag en werden excuses aangeboden. Hem werd duidelijk gemaakt dat het als een serieuze fout behandeld zou worden en dat er ook follow-up zou plaatsvinden door het melden van de fout bij de FONA-commissie van het ziekenhuis. Vervolgens werd patiënt verteld dat zijn laboratoriumuitslagen uitsluiten dat hij diabetes mellitus heeft evenals andere lichamelijke pathologie, zoals schildklierafwijkingen, infecties en bloedarmoede. Zijn computer noch de harde schijf waren beslist niet aan vervanging toe, maar mogelijk zou een onderhoudsbeurt nuttig kunnen zijn, waarbij onnodig ruimte innemende cookies en andere bestanden misschien van de harde schijf gewist zouden kunnen worden. De toegenomen werkbelasting en onzekerheid die de recessie teweegbracht, kwamen nog eens aan de orde en het verlies van vertrouwen in het eigen lichaam sinds hij anderhalf jaar geleden trombose kreeg. Patiënt toonde zich gerustgesteld en tevreden na het uitgebreide gesprek en heeft de daaropvolgende maanden geen contact meer gezocht met de huisartsenpraktijk.

DE VALKUILEN

Niets aan de laboratoriumuitslag met naam en adres van onze patiënt erboven deed vermoeden dat deze niet zou behoren bij de heer Postma. Zijn langer bestaande vage lichamelijke klachten zonder aanwijzingen voor stress, depressie of angst op de 4DKL konden ook wel passen bij de diagnose diabetes mellitus. Bovendien herkende hij zijn klachten goed in de op internet gelezen beschrijving van het ziektebeeld diabetes mellitus. Het niet-pluisgevoel van de praktijkondersteuner toen de heer Postma zich niet kon herinneren wanneer hij naar het laboratorium was geweest, bracht de sleutel tot de oplossing. Het is belangrijk praktijkondersteuners en assistentes te coachen in het ontwikkelen en benutten van niet-pluisgevoel. 5 ICT-ontwikkelingen van de laatste jaren waren debet aan deze fout, maar hierdoor konden we de fout ook snel op het spoor komen doordat dezelfde waarden die wij op naam van deze patiënt ontvingen, niet bij zijn labuitslagen in het ziekenhuisbestand te vinden waren, dat wij vanaf de praktijk kunnen inzien. De valkuil is dat nieuwe ontwikkelingen nieuwe foutenbronnen introduceren waar wij nog geen ervaring mee hebben en die wij daardoor wellicht niet snel herkennen. Een tweede valkuil was dat we deze somatiserende patiënt door een onterechte diagnose iatrogeen versterkten in zijn somatisatie.

SOMATISCH ONVERKLAARDE LICHAAMELIJKE KLACHTEN

Essentieel voor een effectieve behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten is het hanteren van een stappenplan. Daarbij worden bepaalde oorzaken uitgesloten door middel van anamnese, lichamelijk en eventueel aanvullend onderzoek, maar tevens wordt snel een tweesporenbeleid gevolgd. Catastroferende gedachten, angst, depressieve stemming en stressoren die veelal de relatie en het werk betreffen, worden geëxploreerd. 6,7 Als er veel lichamelijke klachten zijn, is de kans dat die allemaal een lichamelijke oorzaak hebben erg klein en is een tweesporenbeleid aan te bevelen. 8,9 De typische diagnose 'overspannenheid' uit de huisartsenpraktijk, die in het verleden geen DSM-IV-classificatie kende, is in de huisartsenpraktijk wetenschappelijk onderbouwd en met de 4DKL goed in kaart te brengen. 3,10 De 4DKL is een in de huisartsenpraktijk gevalideerde vragenlijst, die inzicht geeft in de mate van somatisatie, stress, angst en depressie. 11 De lijst geeft een goed handvat om samen met de patiënt en eventueel andere hulpverleners in de eerste lijn de samenhang van klachten met niet-lichamelijke oorzaken te verkennen. Tevens is de 4DKL geschikt om eventuele verbetering dan wel terugval tijdens behandeling te vervolgen. Je verdiepen in de beleavingswereld van de patiënt en in wat de klachten voor hem betekenen, is cruciaal. Bij de heer Postma hielp het om te communiceren over zijn lichaam als ware het een computer, zoals hij zelf placht te doen.

CONCLUSIE

Waar gehakt wordt, vallen spaanders. Het toenemend gebruik van ICT voorkomt fouten die gemaakt worden door het verkeerd interpreteren van onleesbare handschriften, maar is geenszins een garantie dat er geen fouten gemaakt worden. Integendeel, nieuwe foutenbronnen kunnen optreden waar nog geen ervaring mee is en die verstrekkende consequenties kunnen hebben. Huisarts, assistentes en praktijkondersteuners moeten hierop bedacht zijn en ook op dit terrein een niet-pluisgevoel ontwikkelen. Aan de huisarts de taak om het team in de huisartsenpraktijk te coachen in het nuttig gebruiken van ICT, maar ook in het adequaat reageren op niet-pluisgevoel. Met meer ondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk en steeds meer gedelegeerde taken vergt dat meer managementkwaliteiten van de huisarts en snel kunnen schakelen als iets niet lijkt te kloppen. Het is belangrijk als team goed op elkaar in te spelen en laagdrempelig toegankelijk te blijven als dat nodig is, ook tijdens andere werkzaamheden. De loyaliteit van de meeste patiënten is groot, ook als er een fout gemaakt is, mits er voldoende aandacht aan geschonken wordt. Het is belangrijk de toedracht van fouten goed uit te zoeken, met patiënten en in het praktijkteam te bespreken en de genomen maatregelen ter voorkoming van herhaling toe te lichten.

LITERATUUR

1. Berendsen A.J. Samenwerking tussen huisartsen en specialist. Wat vinden de patiënten en de dokters? (proefschrift). Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
2. Conradi M. Fouten van huisartsen (proefschrift). Amsterdam: Boom, 1995.
3. Terluin B, Terluin M, Prince K, Marwijk H van. De Vierdimensionele Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. *Huisarts Wet* 2008;51:251-5.

4. NHG-brief Hyperventilatie. Versie april 2010. Beschikbaar via:
http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBR3a.htm.
5. Stolper E. Gut feelings in general practice (proefschrift). Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 2010.
6. Blankenstein AH, Bouman TK, Feltz-Cornelis CM van der, Fischer ER, Horst HE van der, Swinkels JA (red.). Multidisciplinaire richtlijn: Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
7. Lucassen P. Richtlijn somatoforme klachten is stap in de goede richting. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011;155:468-9.
8. Donker GA, Yzermans CJ, Spreeuwenberg P, Zee J van der. Symptom attribution after a plane crash: comparison between self-reported symptoms and GP records. *Br J Gen Pract* 2002;52:917-22.
9. Waal MWM de, Arnold IA, Eekhof JAH, Hemert AM van. Somatoform disorders in general practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2009;184:470-6.
10. Terluin BJ. Overspanning onderbouwd. *Patient Care* 1996;23:43.
11. Terluin B, Marwijk HWJ van, Adèr HJ, Vet HCW de, Penninx BWJH, Hermens MLM, et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): A validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 2006;6:34.