Roland Zeilstra, Paul Giesen

Pijn op de borst: huisarts of ambulance?

Een dilemma voor triagist en huisarts

Samenvatting

Zeilstra RR, Giesen P. Pijn op de borst: huisarts of ambulance? Een dilemma voor triagist en huisarts. Huisarts Wet 2017;60(10):503-5.

Als iemand de huisartsenpost belt met de klacht 'pijn op de borst' zet de triagist vaak een spoedambulance in. Achteraf blijkt dat vaak onnodig, want in de eerste lijn is de kans op cardiale aandoeningen klein. Om de ambulancediensten te ontzien zou men de triage anders moeten inrichten, een bruikbaar beslismodel voor pijn op de borst invoeren en snelle consultatie van een regiearts mogelijk maken. Meer samenwerking in de spoedzorgketen, bijvoorbeeld door een regionaal budget, kan de druk op de ambulancediensten verlichten, de patiëntenzorg verbeteren en de kosten van spoedeisende hulp reduceren.

Patiënten met pijn op de borst doen een groot beroep op de spoedzorg. Huisartsenposten (HAP's) zetten bij de ingangsklacht 'pijn op de borst' meestal een U1-ambulance in. Een analyse uit 2013 wees uit dat de triagisten in de regio Nijmegen bij 69,4% van de patiënten met pijn op de borst een ambulance bestelden.[1] Nu heeft slechts 1,5-15% van de patiënten met pijn op de borst die in de eerste lijn worden opgevangen inderdaad cardiovasculaire problemen.[2-5] Borstkassymptomen en slokdarmklachten komen veel vaker voor.[6-8] Dat triagisten een patiënt met pijn op de borst meestal niet naar de huisarts verwijzen maar direct een ambulance sturen, is een teken dat de Nederlandse Triage Standaard (NTS; https://de-nts.nl) onvoldoende discrimineert tussen onschuldige dan wel potentieel levensbedreigende klachten. Voor alle partners in de spoedzorgketen, huisartsen, ambulancediensten en afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH), is de werkdruk hoog en heeft het grote voordelen als zij passender kunnen worden ingezet: huisarts waar dat kan, ambulance indien nodig. Dat maakt de hulpverlening efficiënter en werkt ook kostenbesparend.

In deze beschouwing nemen we de rol van triage onder de loep: de telefonische triage door de HAP, de fysieke triage door de huisarts en de inzet van ambulances bij patiënten met pijn op de borst.

De kern

- Pijn op de borst in de eerste lijn is meestal niet van cardiale origine.
- Het inzetten van een ambulance bij pijn op de borst blijkt achteraf vaak onnodig.
- De telefonische triage bij pijn op de borst kan efficiënter gemaakt worden door een aantal gevalideerde vragen toe te voegen.
- Huisartsen moeten bij de klacht 'pijn op de borst' voldoende kennis hebben van acute geneeskunde en de ABCD-methode.
- Er is behoefte aan een beslismodel voor de eerste lijn en aan nauwere samenwerking in de spoedzorgketen.

TELEFONISCHE TRIAGE OP DE HAP

Bij de ingangsklacht 'pijn op de borst' stelt de triagist aan de telefoon eerst de ABCD-status vast. Daarna volgen zeven vragen, over de ernst, duur, locatie, uitstraling, karakter en beloop van de thoracale pijn en over de aanwezigheid van vegetatieve verschijnselen. Soms stelt de triagist nog een aanvullende vraag over diabetes mellitus en coronarialijden in de voorgeschiedenis.

Wanneer bij de duur van de klachten 'korter dan 12 uur' wordt genoteerd, volgt bijna altijd het advies 'inzet ambulance', ook als er bijvoorbeeld sprake is van lichte, stekende of atypische pijn die inmiddels voorbij is, zonder duidelijke uitstraling en met vegetatieve verschijnselen die inmiddels weer verdwenen zijn.[9] Zo'n advies is veilig maar duur, en kan vanwege de schaarste van ambulances ook tot problemen leiden. Wij denken dat het mogelijk is de beslissing om een ambulance in te zetten bij telefonische triage beter te onderbouwen.

Ten eerste weegt de huidige NTS de leeftijd van de patiënt niet mee, terwijl in de eerste lijn de kans op ernstige cardiale problematiek bij jonge mensen gering is, ook als ze pijn op de borst hebben. De incidentie van cardiale problematiek neemt vooral toe boven de 65 jaar.[3]

Bij telefonische triage kan vaker naar een huisarts worden verwezen

Een tweede punt is dat de NHG-Standaarden en de NTS op dit moment adviseren alleen naar de voorgeschiedenis van coronaire hartziekten te vragen en niet uitgebreider naar hart- en vaatziekten. Er zijn beslismodellen, zoals de in Duitsland gevalideerde Marburg Heart Score (MHS) en de op SEH's veel gebruikte HEART Score, die ook rekening houden met de leeftijd en met hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis.[3,9-11]

Ten derde kan de triagist informeren naar comorbiditeit, actuele gezondheid en wensen en verwachtingen met betrekking tot reanimatie. Als een patiënt bijvoorbeeld terminaal ziek is en niet meer wil worden opgenomen, is het inzetten van een ambulance niet gepast en komt een U1-visite van de huisarts eerder in aanmerking. In de beslismodellen bij pijn op de borst komt deze mogelijkheid nergens ter sprake.

Het is te verwachten dat de triagist aan de telefoon op de HAP een betere inschatting zal maken als hij beschikt over

Huisartsenpraktijk Zeilstra en Versteeg, Apeldoorn: R.R. Zeilstra, kaderhuisarts spoedzorg. Radboudumc, Nijmegen: dr. P. Giesen, huisarts, senior onderzoeker. • Correspondentie: versteeg.zeilstra@online.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Foto: Shutterstock

Het is de kunst om bij 'pijn op de borst' al aan de telefoon onderscheid te maken tussen een levensbedreigende aandoening en 'onschuldige' thoracale pijn.

gevalideerde aanvullende vragen. De veiligheid van de patiënt blijft natuurlijk de allereerste zorg. Drukte in de spoedzorgketen en kostenbeheersing mogen goede patiëntenzorg niet in de weg staan, dus bij een ernstig vermoeden van een myocardinfarct zal de triagist altijd een ambulance moeten inroepen om de patiënt zo spoedig mogelijk naar een cardiologisch interventiecentrum te vervoeren.[12-15]

DE HUISARTS

In de huisartsenpraktijk is de praktijkassistente het eerste aanspreekpunt voor de patiënt. Zij beschikt doorgaans over de NHG-triagewijzer, waarvan de laatste versie (2016) geheel in overeenstemming is gebracht met de NTS. Bij de melding 'pijn op de borst' zal zij direct met de huisarts overleggen, zodat deze kan besluiten om zelf visite te rijden dan wel een ambulance in te zetten. Minstens zo belangrijk als de triagewijzer zijn duidelijke afspraken met de praktijkassistente over de afhandeling van een spoedeisende klacht en over laagdrempelig overleg met de huisarts.[16]

De praktijksetting, waar huisarts en assistente elkaar goed kennen, op elkaar zijn ingespeeld en bekend zijn met hun eigen patiënten, verschilt duidelijk van de situatie op de HAP. Op de HAP is de triagist het eerste aanspreekpunt en ook degene die de keuze maakt tussen ambulance of huisarts. In de praktijksetting beslist de huisarts. Diens keuze zal niet alleen afhangen van de presentatie van de klachten en de voorgeschiedenis van de patiënt, maar ook van de eigen vertrouwdheid met acute geneeskunde. Men mag van een huisarts verwachten dat hij voldoende kennis heeft van de acute geneeskunde en de ABCDE-methodiek om snel een inschatting te kunnen maken van eventueel bedreigde vitale functies.

Er is behoefte aan een beslismodel bij pijn op de borst

De eerste diagnostische middelen die de huisarts bij pijn op de borst zal inzetten zijn anamnese en lichamelijk onderzoek. Deze zijn echter niet betrouwbaar genoeg bij ziekten met een lage apriorikans, zoals acuut coronair syndroom.[17] De klinische blik en het pluis/niet-pluisgevoel zijn waardevolle aanvullingen,[18] maar een in de eerste lijn gevalideerde beslisregel zou welkom zijn om onnodig onderzoek en verwijzingen te voorkomen.[10,19]

Er is veel onderzoek gedaan naar beslisregels op de SEH, maar de resultaten zijn niet zonder meer toe te passen op de huisartsgeneeskunde.[20] In een systematische review zijn wel de belangrijkste voorspellers geïdentificeerd van pijn op de borst bij patiënten in de eerste lijn: leeftijd, geslacht, pijn bij inspanning, een belaste voorgeschiedenis met hart- en vaatziekten, afwezigheid van pijn bij palpatie van de thorax en het vermoeden van de patiënt zelf dat er sprake is van een cardiale aandoening.[21]

Een veelbelovende beslisregel voor de eerste lijn is de reeds genoemde MHS. Deze is in Duitsland gevalideerd – de sensitiviteit is 91% in combinatie met de klinische blik – maar in Nederland nog niet. Opvallend is dat het ecg geen rol speelt in de beslisregel.[11]

Een andere eerder genoemde beslisregel, de HEART Score, wordt vaak op de SEH gebruikt en vereist het uitvoeren van een ecg en een troponinebepaling. Omdat point-of-caretests voor troponine op dit moment nog onvoldoende betrouwbaar zijn en niet iedere huisarts op HAP beschikt over een ecg-apparaat, is de HEART Score nog niet bruikbaar voor huisartsen.[22-24]

Een regionaal budget kan samenwerking in de spoedzorgketen bevorderen

OVERBELASTING VAN DE AMBULANCECAPACITEIT

Uit de jaarverslagen van regionale ambulanceverenigingen blijkt dat er een groeiend beroep wordt gedaan op ambulances. In Noordoost-Gelderland steeg het aantal 'ritten eerste hulp geen vervoer' – werk dat door een huisarts gedaan had kunnen worden – tussen 2013 en 2015 met 12,9%. Het aantal A1-ritten nam in die twee jaar toe met ruim 7%.[25] In de andere regio's zien we hetzelfde beeld. De regio Zuid-Holland-Zuid spant de kroon, daar steeg het aantal A1-ritten tussen 2012 en 2014 met 86,3%.[26,27] Veel van deze ritten werden aangevraagd door een huisarts of HAP.

Achteraf blijkt dat ruim 40% van de ambulanceritten door de huisarts afgehandeld had kunnen worden.[28] Van de U1-ritten voor patiënten met pijn op borst blijkt achteraf 53,6% ten onrechte gemaakt.[1] Dat maakt het de moeite waard manieren te onderzoeken om de triage te verbeteren zodat de druk op de ambulancedienst afneemt. Op de meldkamer ambulance zou men bijvoorbeeld regieartsen kunnen stationeren die het triageproces ondersteunen, al moet men er daarbij voor oppassen de HAP niet overmatig te belasten. In juni 2017 startten huisartsenpost 't Hellegat en de meldkamer van de Veiligheidsregio Rotterdam Rijnmond gezamenlijk een pilot 'centrale triage'. In deze pilot wordt een centraal loket ingericht voor telefonische spoedzorg onder supervisie van een huisarts, waar de meldkamercentralist, de triagist en de regiearts direct kunnen overleggen.[29]

Om de kwaliteit, de spreiding en de beschikbaarheid van acute zorg te verbeteren is meer samenwerking in de spoedketen nodig. Een regionaal budget kan daarbij helpen de belangen van alle partijen in de spoedzorgketen in evenwicht te houden. Het lijkt ons de moeite waard dit nader te onderzoeken.

ONDERSCHEID MAKEN

Bij de klacht 'pijn op de borst' is het de kunst zo mogelijk al aan de telefoon onderscheid te maken tussen een levensbedreigende aandoening en meer onschuldige thoracale pijn. Bij de triage op de HAP wordt vaak te snel gekozen voor een ambulance; het opnemen van gevalideerde vragen voor pijn op de borst kan de triage passender en de spoedeisende hulp efficiënter maken. Huisartsen moeten voldoende bekwaam zijn in de acute geneeskunde en de ABCDE-methode om de juiste beslissing te kunnen nemen bij pijn op de borst. Een klinische beslisregel voor de eerste lijn zou een welkome aanvulling zijn, wellicht in de toekomst nog uitgebreid met een ecg en een betrouwbare troponinesneltest. In de spoedzorgketen als geheel is goede samenwerking van belang om de efficiëntie te vergroten en de kosten omlaag te brengen. Een regionaal budget kan die samenwerking faciliteren. ■

LITERATUUR

1 Peters Y, Biemans Y, Van Aken S, Giesen P. Analyse U1-ritten: een vergelijking tussen ritten gereden door de huisarts en de ambulance. Nijmegen: IQ healthcare, 2013.
2 McConaghy JR, Oza RS. Outpatient diagnosis of acute chest pain in adults. Am Fam Physician 2013;87:177-82.
3 Rutten FH, Bakx JC, Bruins Slot MHE, Van Casteren BCAM, Derks CJT, Rambharose VR, et al. NHG-Standaard Acuut coronair syndroom (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55:564-70.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

LITERATUUR

1 Peters Y, Biemans Y, Van Aken S, Giesen P. Analyse U1-ritten: een vergelijking tussen ritten gereden door de huisarts en de ambulance. Nijmegen: IQ healthcare, 2013.
2 McConaghy JR, Oza RS. Outpatient diagnosis of acute chest pain in adults. Am Fam Physician 2013;87:177-82.
3 Rutten FH, Bakx JC, Bruins Slot MHE, Van Casteren BCAM, Derks CJT, Rambharose VR, et al. NHG-Standaard Acuut coronair syndroom (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55:564-70.
4 Ruigómez A, Rodríguez LA, Wallander MA, Johansson S, Jones R. Chest pain in general practice: incidence, comorbidity and mortality. Fam Pract 2006;23:167-74.
5 Frese T, Mahlmeister J, Heitzer M, Sandholzer H. Chest pain in general practice: Frequency, management, and results of encounter. J Family Med Prim Care 2016;5:61-6.
6 Buntinx F, Knockaert D, Bruyninckx R, de Blaey N, Aerts M, Knottnerus JA, et al. Chest pain in general practice or in the hospital emergency department: Is it the same? Fam Pract 2001;18:586-9.
7 Burman R, Zakariassen E, Hunskaar S. Management of chest pain: a prospective study from Norwegian out-of-hours primary care. BMC Fam Pract 2014;15:51.
8 Van Weert HCPM, Bär FWHM, Grundmeijer HGLM. Pijn op de borst. Huisarts Wet 2002;45:259-64.
9 Topicus triagemodule bij de Nederlands Triage Standaard op de meldkamer ambulancezorg. Deventer: Topicus, 2012.
10 Poldervaart JM, Reitsma JB, Koffijberg H, Backus BE, Six AJ, Doevendans PA, et al. The impact of the HEART risk score in the early assessment of patients with acute chest pain: design of a stepped wedge, cluster randomised trial. BMC Cardiovasc Disord 2013;13:77.
11 Haasenritter J, Aerts M, Bösner S, Buntinx F, Burnand B, Herzig L, et al. Coronary heart disease in primary care: accuracy of medical history and physical findings in patients with chest pain – a study protocol for a systematic review with individual patient data. BMC Fam Pract 2012;13:81.
12 Patel M, Dunford JV, Aguilar S, Castillo E, Patel E, Fisher R, et al. Pre-hospital electrocardiography by emergency medical personnel: effects on scene and transport times for chest pain and ST-segment elevation myocardial infarction patients. J Am Coll Cardiol 2012;60:806-11.
13 Takeuchi I, Fujita H, Yanagisawa T, Sato N, Mizutani T, Hattori J, et al. Impact of doctor car with mobile cloud ECG in reducing door-to- balloon time of Japanese ST-elevation myocardial infarction patients. Int Heart J 2015;56:170-3.
14 Karabulut A, Cakmak M, Uzunlar B, Topçu K. Impact of emergency services and ambulance type on pain-to-balloon time in the acute myocardial infarction: an observational study. Anadolu Kardiyol Derg 2012;12:23-9.
15 Sullivan AL, Beshansky JR, Ruthazer R, Murman DH, Mader TJ, Selker HP. Factors associated with longer time to treatment for patients with suspected acute coronary syndromes: a cohort study. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2014;7:86-94.
16 Rutten FH, Zwart DL. Triage in de huisartsenpraktijk: Te zwaar geschut? Ned Tijdschr Geneeskd 2016;160:D657.
17 Bruyninckx R, Aertgeerts B, Bruyninckx P, Buntinx F. Signs and symptoms in diagnosing acute myocardial infarction and acute coronary syndrome:a diagnostic meta-analysis. Br J Gen Pract 2008;58:105-11.
18 Stolper CF, Van der Wiel MWJ, Royen P, Brand P, Dinant GJ. Hoe pluis is het niet-pluisgevoel? Huisarts Wet 2015;58:192-5.
19 Bösner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, Gencer B, et al. Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. CMAJ 2010;182:1295-300.
20 Body R. Carley S, McDowell G, Pemberton P, Burrow G, Cook G. The Manchester Acute Coronary Syndromes (MACS) decision rule for suspected cardiac chest pain: derivation and external validation. Heart 2014;100:1462-8.
21 Ayerbe L, González E, Gallo V, Coleman CL, Wragg A, Robson J. Clinical assessment of patients with chest pain; a systematic review of predictive tools. BMC Cardiovasc Disord 2016;16:18.
22 Bruins Slot MHE, Rutten F, Van der Heijden GJMG, Doevendans PA, Mast EG, Bredero AG, et al. De H-FABP-sneltest bij verdenking op acuut coronair syndroom, Huisarts Wet 2014;57:338-41.
23 Willemsen RTA, Kietselaer BLJH, Kusters R, Buntinx F, et al. Diagnostiek van het acuut coronair syndroom. Ned Tijdschr Geneeskd 2014;158:A8078.
24 Ishak M, Ali D, Fokkert MJ, Slingerland M, Dikkeschei B, Tolsma RT, Lichtveld RA, et al. Fast assessment and management of chest pain without ST-elevation in the pre-hospital gateway: rationale and design. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care 2015;4:129-36.
25 Nijman J, Vervloet J. Jaarverslag RAV Noord- en Oost-Gelderland. Elburg: Witte Kruis, 2016.
26 Ambulance Zorg Rotterdam Rijnmond. AZRR jaarverslag 2015. Barendrecht: AZRR, 2016.
27 Jansen T, de Hoon S, Zwaanswijk M, Verheij R. Tussen ambulance en huisarts: ontwikkeling in de spoedeisende ambulancezorg en het draagvlak voor de verpleegkundig specialist acute zorg in Zuid-Holland Zuid. Utrecht: Nivel, 2016.
28 Giesen P, van den Broek F, Smits M, van Grunsven P. Afstemming huisarts en ambulance dringend nodig. Medisch Contact 2015;244-5.
29 Gezamenlijk project 'centrale triage' van start! Ambulancezorg-rr.nl, 3 juni 2017.