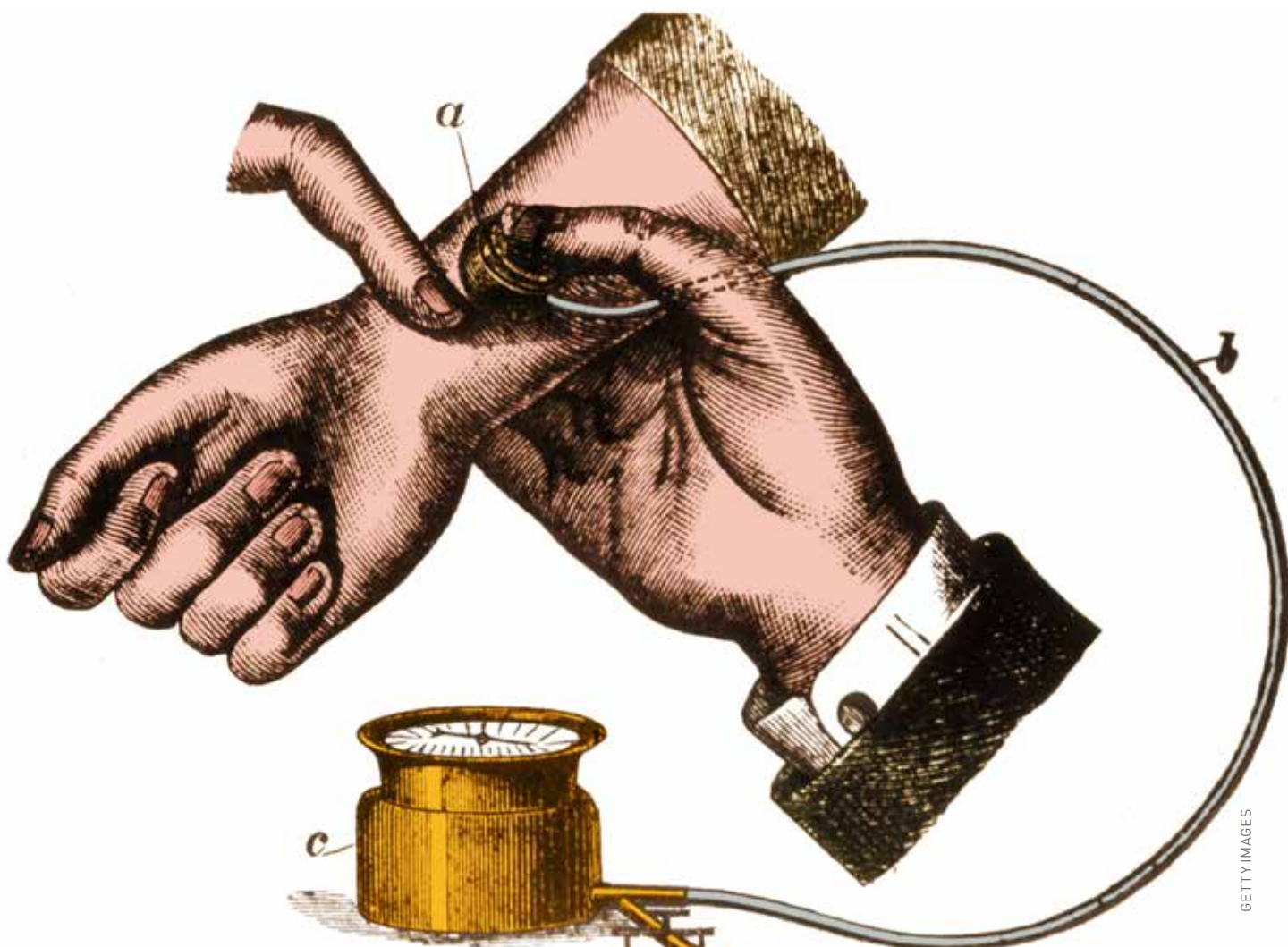


VEEL VERWIJZINGEN NAAR TWEDE LIJN ZIJN NERGENS OP GEBASEERD

De teloorgang van de klassieke huisartsgeneeskunde

Wat zijn de uiteindelijke diagnoses die patiënten met een verwijzing van de huisarts naar de tweede lijn krijgen? Neuroloog Jan Bonte turfde dit voor drie eenvoudig te duiden aandoeningen. Zijn conclusie: het gaat de verkeerde kant op met de huisartsgeneeskunde.



In Nederland is de huisarts de spil in de gezondheidszorg én de poortwachter voor de toegang tot de tweedelijnszorg. Hoe goed dit systeem werkt, ontdek je pas als je in een systeem werkt waar de toegang tot de medisch specialist niet op deze manier geregeld is, zoals in Duitsland, waar patiënten onbeperkt toegang hebben tot het ziekenhuis en de medisch specialist. Dit werkt bijzonder inefficiënt en leidt regelmatig tot volstrekt zinloze consultaties en hiermee tot verkisting van tijd, geld en energie met een suboptimale zorg als gevolg. Het gaat echter niet goed met de huisartsgeneeskunde. Ik heb sterk de indruk dat de kwaliteit van de verwijzingen sinds lange tijd een neerwaartse trend vertoont. Diverse collega-neurologen hebben dezelfde indruk, maar durven dit niet altijd kenbaar te maken, niet in de laatste plaats omdat de huisarts onze 'broodheer' is en onze patiëntenstroom garandeert.

Relatief eenvoudig

Zo heb ik in de afgelopen jaren tijdens waarnemingen in verschillende regio's bijgehouden wat de uiteindelijk diagnoses zijn na verwijzingen voor een cervicaal radiculair syndroom, een lumbaal radiculair syndroom en het carpaletunnelsyndroom; voor ons frequent voorkomende neurologische aandoeningen op de polikliniek, waarbij het gaat om medisch-inhoudelijk relatief eenvoudig te duiden klachten en symptomen.

Van de honderd verwijzingen met als vraagstelling 'cervicaal radiculair syndroom', hebben in mijn eigen registratie van de afgelopen twee jaar ongeveer 30 tot 35 patiënten een klassieke anamnese en dito bevindingen bij het lichamenlijk onderzoek wijzend op een subacromiaal pijnsyndroom. Dit is een diagnose die met enkele screenende vragen en een gericht onderzoek van de schouder kan worden gesteld, zonder dat hiervoor aanvullend onderzoek nodig is. Bij een groot deel van de patiënten had de huisarts echter niet de moeite genomen om de schouder daadwerkelijk te onderzoeken. In sommige ziekenhuizen nam de huisarts daarentegen wel de moeite om een MRI van de cervicale wervelkolom aan te vragen, die niet zelden allerlei afwijkingen laat zien. Vervolgens mag ik de patiënt uitleggen dat deze afwijkingen geen enkele relatie met zijn of haar klachten hebben, ook al omdat de huisarts de door de radioloog beschreven afwijkingen niet op waarde kan schatten.

Klassieke anamnese

Verder werden tien tot vijftien per honderd patiënten verwezen met als vraagstelling een cervicaal radiculair syndroom, maar qua anamnese de typische klachten van een epicondylitis lateralis of medialis, of een combinatie van een schouderaandoening en een epicondylitis. Ook zijn er steeds weer patiënten met de combinatie van een subacromiaal pijnsyndroom en een carpaletunnelsyndroom die verwezen worden met de vraagstelling 'cervicaal radiculair syndroom'. Ook dit zijn eenvoudig met anamnese en gericht lichamenlijk onderzoek te diagnosticeren aandoeningen, waarvoor uitstekende NHG-Standaarden beschikbaar zijn.

Van alle verwijzingen voor een lumbaal radiculair syndroom blijken in mijn registratie vijftien tot twintig patiënten een klassieke anamnese en bevindingen bij het lichamenlijk onderzoek te hebben die wijzen op een trochanterisch pijnsyndroom. Ook deze aandoening is met enkele screenende vragen op te sporen, en het lichamenlijk onderzoek kan zich in dit geval beperken door met de wijsvinger de meest pijnlijke plek over de trochanter major te zoeken. Ook hier heeft bij navraag de huisarts in de meeste gevallen niet de moeite genomen om bij patiënten een gericht lichamenlijk onderzoek te verrichten en zich beperkt tot de verwijzing: 'pijn in het been'.

Chronische lumbago

Nog eens vijf tot tien van de honderd patiënten blijken als belangrijkste symptoom liespijn te hebben, zonder radicaire pijn, wat allereerst pathologie van de heup zou moeten suggereren. Dan is er helaas ook nog altijd een tiental verwijzingen in verband met een chronische lumbago, zonder bijkomende klachten, waarvoor ik als neuroloog geen andere behandelmogelijkheden heb dan de huisarts. Niet voor niets wordt in de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn de neuroloog niet eens genoemd onder het kopje 'consultatie/verwijzing'.

De kwaliteit van de verwijzingen vertoont een neerwaartse trend

Wat betreft de verwijzing carpaletunnelsyndroom, is het grootste deel van de verwijzingen juist. Toch blijkt bij een kwart een andere en eenvoudig te stellen diagnose de juiste verklaring voor de klachten te zijn. Zo zie ik regelmatig een tendosynovitis van De Quervain, met over het algemeen een klassiek en vooral een heel ander klachtenpatroon dan dat van een carpaletunnelsyndroom. Verder is er met enige regelmaat sprake van paresthesieën in de pink en ringvinger en juist niet in de andere vingers. Ook zie ik met enige regelmaat patiënten met pijn aan de basis van de duim als gevolg van artrose van het CMC-I-gewricht, met een afwijkende grindtest. Ook hier gaat het om aandoeningen die met enkele screenende vragen en een zeer beperkt lichamenlijk onderzoek gemakkelijk gediagnosticeerd kunnen worden.

Teloorgang

Verder wil ik u vier verwijzingen schetsen die mijns inziens eveneens een uiting zijn van de teloorgang van de klassieke huisartsgeneeskunde:

Wegraking na het ontbijt

De huisarts van een 87-jarige patiënt belde omdat de man volgens hem eerder gezien zou moeten worden dan op de geplande poliklinische afspraak. De patiënt had in toenemende frequentie 'absences'. Hij zou na het ontbijt in de stoel zitten en vervolgens even wat friemelen en staren en vervolgens tot drie kwartier niet reageren op aanspreken. Ik vroeg de huisarts naar de bloeddruk, maar deze had hij niet gemeten. Patiënt zou volgens hem niet bekend zijn met orthostatische hypotensie, zou ook geen antihypertensiva gebruiken, 'alleen een bètablokkertje', en niet bekend zijn bij de cardioloog.

Patiënt bleek bij nader inzien bekend te zijn bij de cardioloog met een matige decompensatio cordis, gebruikte furosemide, telmisartan in maximale dosering, hydrochloorthiazide, sotalolol in een hoge dosering, alfuzosine en Combodart (met daarin 'verstopt' tamsulosine, eveneens een alfablokker). Bij een bloeddruk van 60/30 bleek hij nog prima in staat tot communiceren, en de heteroanamnese vermeldde dat hij vrijwel elke morgen ongeveer een uur na het ontbijt een wegraking doormaakte, waarbij hij inbleek zag, zweetdruppeltjes op het voorhoofd had, en ook een keer incontinent was geweest. Na een halfuur tot drie kwartier herstelde het bewustzijn zich, en af en toe had hij een dergelijke wegraking ook na het avondeten. Overigens nam hij vrijwel al zijn medicatie bij het ontbijt.

Pijn in schouders en bovenarmen

Een 64-jarige vrouw werd verwezen met als vraagstelling: 'cervicaal radiculair syndroom?' Bij het betreden van de spreekkamer bleek patiënte nauwelijks de jas te kunnen uitdoen door de hevige pijn in beide schouders en bovenarmen, waarbij ze de armen vrijwel niet kon optillen. Zij liet ze het liefst rustig op haar schoot liggen. Actieve abductie en anteflexie van de armen was vrijwel niet mogelijk en ook passief was dit extreem pijnlijk. Ze was enigszins afgevallen, voelde zich voor het overige ook niet erg fit, rookte fors en had een bezinking van 56 mm/uur en een CRP van 88 mg/l. De huisarts had geen lichamelijk onderzoek verricht en ook geen laboratoriumonderzoek.

Verwarde 100-jarige

In de dienst belde de dienstdoende huisarts van de huisartsenpost over een 100-jarige man bij wie zij geroepen werd in het verzorgingshuis. Patiënt was al een tijdje minder fit, maar die dag was hij gevallen. Hij gebruikte acenocoumarol, maar had geen hoofdwond. Wel was hij erg in de war. Op mijn vraag wat de consequentie zou zijn van een verwijzing naar het ziekenhuis, vertelde de huisarts dat zij toch wel moeite had om hem paliatief te behandelen zonder duidelijke diagnose, en dat ook de familie graag een diagnose wilde. Ik vroeg specifiek naar andere oorzaken van verwardheid, maar die waren er niet volgens de huisarts. Zij wilde uiteindelijk specifiek een

subduraal hematoom 'uitsluiten' omdat patiënt acenocoumarol gebruikte. In arren moede liet ik patiënt komen, die inderdaad fors verward en onrustig was. Hij had een urineretentie van 1600 ml. Na katheterisatie nam de onrust en verwardheid in korte tijd af, en kon patiënt terug naar het verzorgingstehuis met een CAD in situ.

'Hypochondrisch aangelegd'

Een 27-jarige vrouw werd verwezen omdat zij 'wazig in het hoofd' was, met de vraag of er aanwijzingen waren voor 'intracranieële pathologie'. Ze was bij 30 weken zwangerschap van haar tweede kind gaan samenwonen met haar nieuwe vriend, en ze had ook nog een zoon van 4 jaar die een andere vader had. Kort nadat ze was gaan samenwonen beviel ze van haar tweede kind, dat ten tijde van het polikliniekbezoek 's nachts nog maar sinds een aantal dagen doorsliep. Ze was dan ook fors vermoeid en had een chronisch tekort aan slaap, en lag 's avonds vaak om 20.30 uur al in bed. Ze had de nodige stress, en vaak hevige ruzies met haar nieuwe vriend, over van alles en nog wat. Daarnaast werkte ze zeventien tot twintig uur als schoonmaakster en had bij het uitwringen van de doekjes af en toe paresthesieën in het verzorgingsgebied van de ramus superficialis van de nervus radialis. Ze begreep zelf niet waarom ze naar de neuroloog was verwezen, ook al omdat ze naar eigen zeggen nogal 'hypochondrisch aangelegd' was, en zich door de verwijzing grote zorgen maakte over haar gezondheid.

Verwijzingen en diagnoses

verwijzing wegens:	cervicaal radiculair syndroom:	verwijzing wegens:	lumbaal radiculair syndroom:	verwijzing wegens:	carpaletunnelsyndroom:
uiteindelijke diagnose:		uiteindelijke diagnose:		uiteindelijke diagnose:	
subacromiaal pijnsyndroom:	30-35%	trochanterisch pijnsyndroom:	15-20%	tendosynovitis van De Quervain	2-5%
epicondylitis mediales of lateralis:	10-15%	liespijn door heuppathologie:	5-10%	artrose van het CMC-I-gewricht / artrose hand	5-10%
combinatie schouderprobleem of epicondylitis met een carpaletunnelsyndroom:	5-10%	aspecifieke lagerugpijn:	10%	ulnaropathie	10-15%
juiste diagnose huisarts:	40-55%		60-70%		70-83%

Verwijzingen door de huisarts wegens mogelijk cervicaal radiculair syndroom, lumbaal radiculair syndroom en carpaletunnelsyndroom, en de vervolgens door mij gestelde diagnose, geverifieerd door orthooped, plastisch chirurg, reumatoloog, revalidatiearts of pijnspecialist.

Het lukt de huisarts vaak niet meer om zijn rol als poortwachter te vervullen

Overvraagd

De maatschappij, de politiek en de huidige geneeskunde vragen erg veel van de huisarts, zeer waarschijnlijk te veel. Veel huisartsen voelen zich, en zijn waarschijnlijk ook, fors overvraagd. Desondanks wordt nog steeds gesproken over een verdergaande taakherschikking van tweedelijnszorg naar de eerste lijn. Dit terwijl het de huisarts nu al vaak niet meer lukt om zijn kerntaak als poortwachter voor de toegang tot de tweede lijn naar behoren uit te voeren. Sterker nog, al geruime tijd is er een stille verschuiving van taken van de eerste naar de tweede lijn merkbaar, waarbij de medisch specialist de zorg verleent die voorheen de huisarts verleende, simpelweg omdat de huisarts dit niet meer doet. Vermoedelijk omdat hem hiervoor de tijd ontbreekt, maar blijkbaar ook de noodzakelijke kennis en het eveneens noodzakelijke gevoel voor verantwoordelijkheid. Ik vrees dat dit de ongewilde neveneffecten zijn van alle veranderingen in de huisartsenopleiding en in de organisatie van de huisartsenzorg.

Ik weet niet of de huisartsgeneeskunde vooral gebaat is bij meer geld, een betere opleiding met vooral een grondige herwaardering van de medisch-inhoudelijke aspecten van de huisartsgeneeskunde, een betere inrichting van de organisatie van de huisartsenzorg of simpelweg meer tijd per consult. Misschien is het allemaal wel noodzakelijk. Ik ben bang dat als de huisartsgeneeskunde doorgaat op de ingeslagen weg, zij niet meer de centrale rol in de gezondheidszorg kan blijven vervullen zoals haar die wordt toebedacht, en die haar absoluut toekomt in het streven naar zinnige, efficiënte en goede gezondheidszorg. ■

contact

gjbonte@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

Meer informatie over dit onderwerp vindt u op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE BESTUURDER



HUGO KEUZENKAMP is bestuurslid van het Westfriesgasthuis in Hoorn

Bittere pnil

Het begint weer krap te worden op de markt voor zorgpersoneel. In de zorg hoort de nazomer lekker rustig te zijn, maar in werkelijkheid piept en kraakt het al. Bij de burens zijn electieve operaties teruggeschroefd omdat acute patiënten anders niet meer voldoende opgevangen kunnen worden. In ons huis hebben artsen uit frustratie de actiegroep 'Stop de stops' opgericht. Na de aanvankelijke obligate verwijten richting management dat zijn werk beter moest gaan doen, is er nu wel het besef dat het een veel breder probleem is. En het griepseizoen moet nog komen.

De personeelskrapte dwingt ons een beroep te doen op inhuurkrachten. Pnil, ofwel personeel niet in loondienst, heet dat in het jargon. Veel zorgmedewerkers kiezen op dit moment voor de vrijheid van zo'n flexbaan, met vaak een iets hoger loon als voordeel. Ten koste van sociale

bescherming en pensioenopbouw, maar wat zou het? De bemiddelaars varen er wel bij. En de kosten exploderen. Wij geven dit jaar ruim 7 miljoen euro uit aan pnil. Was dit personeel in loondienst (pil)

STILLETJES HOOP IK OP EEN ECONOMISCHE CRISIS

geweest, dan waren de kosten ruim 3 miljoen. Dit verschil leidt wellicht tot ongelovige reacties, maar neem een verpleegkundige. De totale loonkosten per uur (schaal 45, trede 6) bedragen 25 euro. Via een bemiddelaar huren wij eenzelfde verpleegkundige in voor 52 euro en dat is dan nog exclusief onregelmatigheidstoeslag.

De smalle marges van zorginstellingen staan hierdoor onder grote druk. Het is een duivels dilemma. In de rode cijfers komen of 'nee' verkopen aan pnil en daarmee ook aan onze patiënten. Stilletjes hoop ik op een snelle economische crisis, als beste medicijn voor een overspannen arbeidsmarkt.