

Een protocollaire benadering bij keelpijn

P. J. R. MESKER, J. J. L. M. MESKER-NIESTEN EN
H. G. A. MOKKINK

In het kader van het project *Preventie van somatische fixatie* is op het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut een methode ontwikkeld om de verschillende aspecten van het handelen van de huisarts te beoordelen. Dit vereiste onder meer het opstellen van normen, zowel met betrekking tot de medisch-technische aspecten van dat handelen, als ten aanzien van de gedragswetenschappelijke kant. In deze bijdrage over een protocollaire benadering bij keelpijn wordt uitsluitend aandacht besteed aan de medisch-technische aspecten.

Inleiding

Op het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut zijn thans als onderdeel van het toetsingsinstrument PREVARA (Mokkink e.a.) vierentwintig medisch-technische protocollen ontwikkeld. Onder een protocol verstaan wij de logische rangschikking van alle handelingen die wij adequaat achten bij het somatisch handelen van de huisarts, met name bij nieuw gepresenteerde klachten, of het uitvoeren van een controle tijdens een consult.

Of een handeling al dan niet als adequaat beschouwd wordt, is het resultaat van een proces van normontwikkeling, waarin de protocollen voortdurend worden bijgesteld (*figuur 1*). Kennis en ervaring uit de huisartspraktijk dragen zodoende optimaal bij tot het tot stand komen van een meer definitieve versie van een protocol. Dit houdt tevens in dat normen waarover tot nu toe geen eenduidige overeenstemming bestond, expliciet wel of niet kunnen worden ingepast.

In dit artikel willen wij beknopt ingaan op de overwegingen bij het samenstellen en opbouwen van de protocollen, in het bijzonder het keelpijn-protocol, om daarna aan de hand hiervan de toetsing aan de praktijk aan de orde te stellen.

Algemene uitgangspunten

Het risico van somatische fixatie neemt toe, indien de huisarts geen rekening houdt met het probleem-oplossend vermogen van de patiënt. Overbodige so-

matische aandacht maakt patiënten afhankelijk van de arts en staat daardoor hun probleem-oplossend vermogen in de weg. Anderzijds kan het achterwege blijven van somatisch handelen de ziekteduur onnodig verlengen. Ook het niet rekening houden met psychosociale aspecten van de klacht, en daardoor een te eenzijdige aandacht voor de lichamelijke aspecten, kan somatische fixatie bevorderen.

Voorts is van belang, dat de huisarts door doelgericht te werken tot een optimaal proces van probleem-oplossing komt. Elke stap binnen een consult houdt idealiter rekening met de informatie die is verkregen uit voorgaande stappen. Er is zodoende sprake van een voortdurende, logische, stapsgewijze verwerking van alle informatie binnen het consult.

Bovendien zijn er in elk consult unieke omstandigheden. Daarom is in de protocollen rekening gehouden met „condities”, omstandigheden waaronder een bepaalde handeling wel of niet verricht mag of moet worden. Het bestempelen van handelingen als overbodig/nalatig en het invoeren van de condities vormen een zeer belangrijk moment in de ontwikkeling van ons instrument. De volgende principiële overwegingen waren ons hierbij tot leidraad:

- *De huisarts dient logisch en consistent te handelen.*

Bij elke klacht zal de huisarts met een aantal differentieel-diagnostische overwegingen rekening houden. In het diagnostisch proces zal hij ernaar streven de verschillende mogelijkheden zo snel

en eenvoudig mogelijk aan te nemen of te verwerpen. Daarbij houdt hij idealiter rekening met epidemiologische waarschijnlijkheid, informatie verkregen tijdens het consult en relevante kennis over de patiënt. Hij onderkent daarbij tevens somatische en psychosociale signalen. De huisarts reduceert de differentieel-diagnostische hypothesen in de op verheldering gerichte fase tot een werkhypothese, waarmee hij in de op verandering gerichte fase verder werkt. Een voorwaarde hiervoor is, dat het proces stapsgewijze wordt opgebouwd en dat elke stap logisch op de vorige aansluit.

Zo kan uit de obligaate geachte vragen uit de anamnese van het keelpijn-protocol blijken, dat het om globus-klachten gaat. De huisarts zal dan al bij zijn anamnese rekening houden met functionele oorzaken van de klachten. Wanneer de bevindingen bij het lichamelijk onderzoek geen duidelijke aanwijzingen opleveren voor het bestaan van een somatische oorzaak van de klacht, zal de huisarts bij zijn hypothesereductie des te meer rekening houden met een functionele oorzaak.

- *Bij zijn handelen dient de huisarts het risico op schade voor de patiënt zo klein mogelijk te houden.*

Bij elke handeling zal de huisarts idealiter kritisch overwegen, welke positieve of negatieve gevolgen daaruit voortvloeien voor de patiënt. Zo zal hij bij onderzoek kiezen voor zo specifiek mogelijke onderzoeksmethoden, waardoor schijnbevindingen die de patiënt ten onrechte „ziek” verklaren, voorkomen worden (*Sturmans en Van Arkel*). Bij de keuze van zijn therapie houdt hij rekening met de bijwerkingen. Verder zal bijvoorbeeld het bepalen van een BSE bij een keelklacht die mogelijk viraal veroorzaakt wordt, niet de informatie opleveren, die noodzakelijk is voor een juiste diagnose. Een eventueel gevonden verhoogde bezinking kan wél de ziekenrol bevestigen.

- *De huisarts dient steeds te beseffen, dat een groot aantal aan hem gepresenteerde klachten „self-limiting” aandoeningen zijn.*

Door onnodige behandeling van dergelijke aandoeningen kan de huisarts bijdragen aan de bevestiging van de ziekenrol van de patiënt en aldus het risico op iatrogene aandoeningen vergroten. Daarbij speelt kennis van de epidemiologie een grote rol. Zo zal de huisarts op grond van zijn kennis van de epidemiologie en het klinisch verloop

van mononucleosis infectuosa een afwachtende houding aannemen bij dit ziektebeeld (*Schellekens*).

- *De huisarts dient, waar mogelijk, diagnostiek en therapie in eigen hand te houden.*

Idealiter zal de huisarts het uitwerken van hypothesen zoveel mogelijk in eigen beheer houden en alleen waar strikt noodzakelijk uit handen geven. Hiermee kan hij immers een onnodig lange duur van het ziekteproces, maar ook iatrogene schade van welke aard ook voorkomen of beperken. Indien de huisarts bijvoorbeeld zelf laryngoscopie verricht, zal een patiënt met globusklachten dit onderzoek eerder als „normaal” onderzoek beleven, dan wanneer hij verwezen wordt naar een specialist; die verwijzing kan de ziektebeleving versterken en de ziekenrol onnodig bestendigen.

Opbouw van een protocol

Onze protocollen zijn opgebouwd volgens de praktische gang van zaken tijdens een consult. Te onderscheiden zijn:

- *Een op verheldering gerichte fase:*

1. anamnese;
2. lichamelijk onderzoek;
3. laboratorium onderzoek in eigen beheer;
4. laboratorium- en röntgenonderzoek elders.

- *Een op verandering gerichte fase:*

5. voorlichten en adviseren;
6. therapie;
7. verwijzen;
8. terugbestellen.

De diagnose of probleemdefinitie werd niet expliciet als apart te observeren of te beoordelen onderdeel opgenomen. Voorzover de diagnose tijdens het con-

sult aan bod komt, werd deze binnen de deelactiviteit *Voorlichten en adviseren* geplaatst.

Voor elke deelactiviteit werden alle mogelijke relevante huisartsgeneeskundige activiteiten of handelingen geïnventariseerd, waarbij ook rekening werd gehouden met het differentieel-diagnostisch kader. Op grond van de literatuur en de resultaten van de Nijmeegse huisartsgeneeskundige conferenties (*Huygen*) werden deze handelingen vervolgens als noodzakelijk („obligaat”), overbodig („te veel”), of in het grensgebied tussen obligaat en overbodig („facultatief”) gerubriceerd. Hieruit volgt dat nagelaten, doch als obligaat beschouwde handelingen als nalatig handelen („te weinig”) geïdentificeerd werden. Er werd van uitgegaan, dat zowel overbodig als nalatig handelen als schadelijk beschouwd moet worden.

Het keelpijn-protocol

Een van de vierentwintig protocollen betreft de klacht keelpijn. Het gaat hierbij, zoals reeds is opgemerkt, om de eerste presentatie van deze klacht.

De huisarts heeft vrijwel dagelijks te maken met keelpijn. Bij de twintig meest voorkomende aandoeningen komt de diagnose tonsillitis acuta op de zesde plaats (*Huygen en Van der Velden*). Telt men griepachtige aandoeningen gepaard gaande met keelpijn, keelpijn als „presenting symptom” van nerveus-functionele aandoeningen en de zeldzame oorzaken als mononucleosis infectuosa mee, dan kan men stellen dat keelpijn een zeer frequent aan de huisarts gepresenteerde klacht is.

De basis voor ons protocol werd gevormd door de differentieel-diagnostische mogelijkheden bij deze typisch huisartsgeneeskundige klacht. Om te beginnen stelden wij een zo breed mogelijke differentieële diagnostiek op, waarbij ook zeldzame hypothesen werden betrokken. Deze hypothesen werden vanuit huisarts-geneeskundig, epidemiologisch oogpunt gerangschikt. Hierna inventariseerden wij voor elke medische activiteit (anamnese, lichamelijk onderzoek, etcetera) met behulp van de literatuur alle mogelijke handelingen. Vervolgens werd aangegeven, zoals beschreven, wat als noodzakelijk, overbodig, of nalatig handelen beschouwd werd, in samenhang met de eventueel geldende omstandigheden. Wij toetsten deze kwalificaties, zoals in *figuur 2* is aangegeven. De huidige versie van het protocol (*figuur 1*) is het resultaat van deze procedure.



Figuur 1. Het keelpijn-protocol.

Anamnese	
<p><i>Altijd obligaat:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - karakter van de pijn uitvragen zoals pijn bij slikken, hoesten - hoe lang bestaat de klacht? - vragen naar begeleidende symptomen zoals koorts, malaise - omstandigheden waarbij pijn optreedt, zoals hoesten, stemgebruik e.d. <p><i>Altijd facultatief:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - vragen naar voorkomen in omgeving <p><i>Bij geldende conditie obligaat/bij afwezigheid facultatief</i></p> <p><i>In geval van:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - globusklachten - atypische klachten - beslag tonsillen bij inspectie keel <p><i>Dan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - vragen naar relatie klacht en omstandigheden - vragen naar levensomstandigheden (roken, stemgebruik, psychosociale factoren) - vragen naar medicatie 	
Lichamelijk onderzoek	
<p><i>altijd obligaat:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - inspectie van mond en keel - palpatie van de halsklieren <p><i>Bij geldende conditie obligaat/bij afwezigheid facultatief:</i></p> <p><i>In geval van:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - oorpijn <p><i>Dan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - otoscopie <p><i>Bij geldende conditie facultatief/bij afwezigheid overbodig:</i></p> <p><i>In geval van:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - globusgevoel - larynxklachten - koorts, hoogte temperatuur onbekend - klierzwellings, lang bestaande klachten bij patiënten van 10-30 jaar oud - anamnestiche aanwijzingen voor mononucleosis infectiosa <p><i>Dan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - laryngoscopie - temperatuur opnemen - palpatie lever, milt 	
Eigen laboratoriumonderzoek	
<p><i>Bij geldende conditie obligaat/bij afwezigheid overbodig:</i></p> <p><i>In geval van:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - klierzwellings, koorts en algemene malaise - hardnekkige angina (> 2 weken ondanks therapie) - beslag, ulcera tonsillen - klachten bij langdurige medicatie (middelen die hematopoëtisch systeem onderdrukken) <p><i>Dan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - monosticon - leuko's + differentiatie - leuko's + differentiatie 	

Toetsing aan de praktijk

Het keelpijn-protocol is – met een aantal andere protocollen – getoetst aan de praktijk. In deze bijdrage worden enkele resultaten hiervan beknopt weergegeven. Het is de bedoeling te verduidelijken welke mogelijkheden een protocolaire benadering biedt.

De gegevens waaraan wij dit keelpijn-protocol willen toetsen, maken deel uit van een groter onderzoek in het kader van het project *Preventie van somatische fixatie*. Zevenenvijftig huisartsen werden gedurende twee normale spreekuren geobserveerd. Door een huisarts-observator werden tijdens deze spreekuren bandopnamen gemaakt, terwijl alle door de huisarts verrichte handelingen op daartoe ontworpen formulieren werden geregistreerd. In totaal leverde dit 1213 consulten op, waarop een of meer protocollen van toepassing waren. De aldus verkregen gegevens werden daarna beoordeeld door huisartsen. Deze beoordeling betrof het al of niet (overbodig) verrichten van bepaalde handelingen onder al of niet aanwezige condities.

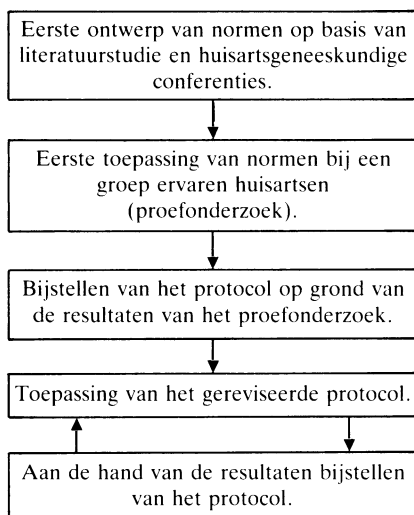
Het keelpijn-protocol was van toepassing op zestig consulten. Het ging hierbij om vijftig mannen en vijftig vrouwen. In achtenveertig gevallen ging het uitsluitend om keelpijn en in acht, respectievelijk vier gevallen werd de keelpijn gepresenteerd in combinatie met twee, respectievelijk drie of meer klachten. De klachten werden vooral gepresenteerd door patiënten van 15-45 jaar oud.

Wij willen hier niet uitvoerig ingaan op alle onderzoeksresultaten; ter illustratie bespreken we hier alleen op welke punten het handelen van de huisartsen afweek van het protocol. Aan de hand daarvan wordt toegelicht welke mogelijke consequenties deze resultaten hebben voor het handelen van de huisarts in de praktijk.

De huisartsen die met de klacht keelpijn te maken kregen, lieten veel vaker handelingen na (303 noodzakelijke handelingen) dan dat zij overbodige handelingen verrichtten (41). Opvallend was dat de noodzakelijk geachte vragen uit de anamnese veelvuldig achterwege werden gelaten. Slechts 48 procent van de informatie kwam ter tafel, waarvan de helft spontaan door de patiënt ter berde werd gebracht. De facultatieve vraag met betrekking tot de epidemiologie kwam zelfs nooit aan de orde.

Anders was het gesteld met het lichamelijk onderzoek. Men keek nagenoeg altijd in de keel (93 procent), terwijl in 62

Figuur 2. De ontwikkeling van een protocol.



procent van de gevallen naar lymfomen in de hals werd gevoeld.

Wat de therapie betreft: in een kwart van de gevallen volstonden de huisartsen met uitleg en eenvoudige adviezen. Symptomatische therapie werd in achtendertig gevallen gegeven, antibiotica zeven maal (63 procent, respectievelijk 12 procent). In minder dan de helft van de gevallen (42 procent) maakten de artsen de patiënt duidelijk of hij al of niet moest terugkomen indien de klachten zouden voortduren.

Waar te weinig handelingen werden verricht, hing deze – volgens het protocol – inadequate benadering samen met onvoldoende aandacht voor mogelijk bijzondere omstandigheden. De obligate items brengen immers het al of niet aanwezig zijn van dergelijke condities aan het licht. Als een conditie aanwezig was, verzuimden de huisartsen vaak daarop adequate actie te ondernemen. Wij onderzochten de onderlinge correlaties van het „te weinig” respectievelijk het „te veel” handelen en het niet verhelderen van condities. Deze drie beoordelingscategorieën werden bestudeerd in relatie tot de verschillende aspecten van het handelen van de huisarts. Deze analyse bracht enige wetenswaardige (significante) feiten aan het licht.

Naarmate de huisartsen meer informatie inwonen door middel van de vier obligate vragen uit de keelpijn-anamnese, werd het lichamenlijk onderzoek vollediger uitgevoerd en werd meer gevraagd naar het al of niet bestaan van condities. Een volgens het protocol te uitgebreide anamnese toonde geen verband met de scores voor andere deelactiviteiten.

Huisartsen die de diagnose en prognose aan hun patiënten meedeelden, bleken vaker een uitsluitend symptomatische therapie voor te schrijven en besteedden vaker tijd aan uitleg met betrekking tot het doel van de therapie. Huisartsen die weinig uitleg gaven, schreven bij keelpijn vaker een antibioticum voor, al of niet in combinatie met symptomatische therapie. Het verklaren van de diagnose en de prognose vertoonde een positieve samenhang met duidelijke afspraken met de patiënt over een al of niet noodzakelijke controle. Huisartsen die zowel in de diagnostische als therapeutische fase meer condities verhelderden, bleken ook vaker uitleg te geven over diagnose en prognose.

Er bleek geen samenhang te bestaan tussen het geven van therapie bij keelpijn en het al of niet terugbestellen van patiënten, ook niet wanneer antibiotica werden voorgeschreven. Het voorschrijven van medicamenten bleek onafhankelijk te zijn van de mate waarin aandacht werd besteed aan bijzondere omstandigheden.

Een belangrijke bevinding is, dat huisartsen die „te weinig” scoorden in de op verheldering gerichte (diagnostische) fase, ook bij alle verdere deelactiviteiten van die fase lager scoorden. Indien de huisartsen dus te weinig deden in deze fase, deden zij dit in alle deelactiviteiten van die fase. Dit geldt eveneens

voor de op verandering gerichte (therapeutische) fase.

Het onverhelderd laten van bijzondere omstandigheden bleek een sterke positieve samenhang te vertonen met hoge „te weinig”-scores voor het gehele keelpijn-consult. Indien er, met name in de anamnese, te weinig wordt gedaan, heeft dat een steeds groter wordend aantal onverhelderde condities in de daaropvolgende deelactiviteiten van het consult tot gevolg. Een „te veel”-score vertoonde tenslotte geen correlatie met enig andere deficiëntie met betrekking tot het verhelderen van de condities.

Merkwaardig is dat een „te weinig”-score voor de op verheldering gerichte fase een geringe samenhang vertoonde met de score voor de op verandering gerichte fase. Bij keelpijn bleken de huisartsen bij hun therapie vooral uit gewoonte te handelen, daarbij weinig rekening houdend met hun diagnostische bevindingen.

De betekenis van de resultaten

Wij zijn ons er terdege van bewust, dat het opstellen van normen voor adequaat somatisch handelen een hachelijke zaak is. Evenals dat het geval is bij het handelen van de huisarts, is een bepaalde mate van onzekerheid inherent aan het opgestelde protocol. Normen moeten ook

Figuur 1. Het keelpijn-protocol (vervolg).

Laboratoriumonderzoek elders	
<i>Bij geldende conditie obli-gaat/bij afwezigheid overbodig:</i>	
<i>In geval van:</i>	<i>Dan:</i>
<ul style="list-style-type: none"> – klierzwellng, koorts en algemene malaise, monosticon negatief – hardnekkige angina (> 2 weken bestaand ondanks therapie), monosticon negatief 	} – Paul Bunnell-reactie
Voorlichten & adviseren	
<i>Altijd obli-gaat:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> – diagnose bespreken – prognose bespreken 	
<i>Bij geldende conditie obli-gaat/bij afwezigheid facultatief:</i>	
<i>In geval van:</i>	<i>Dan:</i>
<ul style="list-style-type: none"> – het geven van symptomatische therapie – patiënt die antibiotica wenst voor de keelpijn (niet voldoende aan de criteria volgens Bots) 	<ul style="list-style-type: none"> – uitleg geven over karakter en beperking van deze therapie – nuttelooheid hiervan bespreken

Figuur 1. Het keelpijn-protocol (vervolg).

Therapie	
<i>Altijd facultatief:</i>	
– Symptomatische therapie zoals ascal, paracetamol zuigtabletten, huismiddelen e.d.	
<i>Bij geldende conditie obligaat/bij afwezigheid overbodig:</i>	
<i>In geval van:</i>	<i>Dan:</i>
– aanwezigheid criterium volgens Bots:	
1) acute glomerulonefritis in anamnese	} – antibiotica
2) scarlatina	
3) vitium cordis	
4) sprake van β -hemolytische streptokokken-infectie in gesloten gemeenschap	
5) beginnend tonsillair abces	
<i>Bij geldende conditie facultatief/bij afwezigheid overbodig:</i>	
<i>In geval van:</i>	<i>Dan:</i>
– angina gepaard gaande met ernstige algemene malaise, koorts	} – antibiotica
– tonsillitis acuta bij patiënten met slechte algemene weerstand	
– tonsillitis acuta in combinatie met otitis media acuta	
– peritonsillair abces	
Verwijzen	
<i>Bij geldende conditie facultatief/bij afwezigheid overbodig:</i>	
<i>In geval van:</i>	<i>Dan:</i>
– peritonsillair abces	– verwijzen KNO
Terugbestellen	
<i>Altijd obligaat:</i>	
– aangeven of patiënt al of niet teruggezien dient te worden; dit in relatie met prognose.	
<i>Bij geldende conditie obligaat/bij afwezigheid overbodig:</i>	
<i>In geval van:</i>	<i>Dan:</i>
– antibiotica	– na kuur (1 week) terugbestellen

niet gezien worden als een hulpmiddel om de zekerheid te vergroten. Protocolen moeten veeleer gezien worden als een middel om tot kritische reflectie over gangbare handelwijzen te komen en routines te ontdekken.

Bij de beschouwing van de hier gepresenteerde resultaten moeten wij voor ogen houden dat het hier slechts gaat om één protocol en dat het trekken van algemene conclusies ten aanzien van het huisartsgeneeskundig handelen eerst

kan geschieden aan de hand van de resultaten van uitgebreid onderzoek met veel meer protocollen, die een diversiteit van klachten bestrijken.

Over het algemeen is er een discrepantie tussen de gestelde normen van het keelpijn-protocol en het feitelijk handelen van de huisarts. Dit zou er op kunnen duiden dat de normen te streng zijn gesteld. Anderzijds moet men rekening houden met het feit dat er een groot verschil bestaat tussen hetgeen huis-

artsen denken idealiter te moeten doen (de normen) en wat er in werkelijkheid in de praktijk gedaan wordt.

Er blijken grote verschillen te bestaan tussen de handelingspatronen van de huisartsen. De uitkomst dat er een duidelijke samenhang bestaat tussen het nalatig handelen en het niet verhelderen van condities in de op verheldering gerichte fase, wijst op inadequate routines op dit punt. Dit komt het duidelijkst aan het licht bij het lichamelijk onderzoek; hieraan wordt een grotere waarde toegerekend dan aan de anamnese. Deze conclusie wordt ondersteund door de observatie dat de anamnese vaak pas tijdens of na het lichamelijk onderzoek wordt opgenomen, met name als dit onderzoek onvoldoende resultaten oplevert. Zoals gebleken is, leidt een volledige anamnese en een daarop aansluitend gericht onderzoek tot een efficiënt proces van hypothesereductie. In dit geval wordt dan beter voldaan aan de in het protocol gestelde normen.

De medicamenteuze behandeling van keelpijn lijkt voornamelijk op gewoonte te berusten. De onderzochte groep huisartsen hield bij zijn therapie onvoldoende rekening met de resultaten van de diagnostiek. Het lijkt onwaarschijnlijk dat onze protocollaire normen voor de therapie van keelpijn onjuist zijn, gezien onze uitgangspunten, die onderbouwd zijn door de uitvoerige literatuur over dit onderwerp. Dit verschiensel berust eveneens op de bovengenoemde discrepantie tussen denken en doen.

Het werken met een protocol lijkt belangrijke resultaten op te kunnen leveren, die verandering teweeg zouden kunnen brengen in het huisartsgeneeskundig handelen. Zo blijkt een protocol een geschikt middel om het huisartsgeneeskundig handelen te kunnen beoordelen. Op grond van de in deze bijdrage beknopt gepresenteerde resultaten, menen wij nu al te mogen concluderen dat bij toetsing en nascholing het adequaat leren hanteren van het proces van problem-solving aandacht verdient. Wat betreft het therapeutisch handelen lijkt het van belang het zwaartepunt te leggen op kritische analyse van en reflectie op routines. Dit zal echter verder onderbouwd moeten worden door ervaring met de overige protocollen.

Over onze ervaringen met de overige drieëntwintig protocollen als toetsingsmethodiek hopen wij in de nabije toekomst te berichten.

Literatuur op p. 61.