

Cara-standaarden

Bij de NHG-Standaarden Cara bij Volwassenen: Diagnostiek en Cara bij Volwassenen: Behandeling wordt mijn naam als referent genoemd.^{1,2} Hiermee wordt de indruk gewekt dat deze standaarden mijn instemming hebben.

In een brief van 22 maart j.l., gericht aan het Nederlands Huisartsen Genootschap, heb ik enkele fundamentele bezwaren tegen beide standaarden geformuleerd. Ten aanzien van zowel de diagnostiek als de behandeling van Cara is er naar mijn mening sprake van een sterke simplificatie. De huisarts zou in principe beschikken over alle hulpmiddelen die nodig zijn voor een goede diagnostiek en behandeling van Cara-patiënten. Hierbij wordt voorbijgegaan aan het feit dat de diagnose alleen kan worden gesteld bij uitsluiting van een groot aantal andere aandoeningen. Naar mijn mening is hiervoor de hulp van de longarts onontbeerlijk.

In de diagnostiek-standaard wordt groot belang gehecht aan het aantonen van bronchiale hyperreactiviteit, maar naar mijn mening is de wijze waarop deze wordt vastgesteld, onder de maat. De dag- en nachtvariabiliteit met behulp van de piekstrommeting is voor de patiënt een zeer bewerkelijke methode, die bovendien niet meer dan een aanwijzing geeft voor het bestaan van bronchiale hyperreactiviteit. Voor nauwkeurige vaststelling hiervan wordt in ons land een histaminedrempel toegepast. Ik ben het er mee eens dat herkenning van de Cara-patiënt bij uitstek een taak is van de huisarts. Samenwerking met de tweede lijn is echter essentieel om tot een goede diagnostiek te kunnen komen.

De in de behandeling-standaard voorgestelde, stapsgewijze behandeling doet mijns inziens de Cara-patiënt te kort, omdat op geen enkele wijze rekening wordt gehouden met de diagnostiek. Het voorschrijven van inhalatiecorticosteroiden bij patiënten die bij voortdurende meer dan 2 dd bronchusverwijders nodig hebben, is een ernstige simplificatie. Hier wordt een 'trial and error'-beleid wordt aanbevolen, zonder dat eerst wordt nagegaan of er objectief aanwijzingen zijn voor bronchiale hyperreactiviteit. Een aanbeveling om op zijn minst een eenmalige inkaarting door een longarts te laten plaatsvinden, alvorens patiënten in te stellen op een langdurige inhalatiemedicatie en met name inhalatiecorticosteroiden, ontbreekt in de standaard. Het is in de geneeskunde gebruikelijk om diagnostiek vooraf te laten gaan aan therapie en niet andersom.

De richtlijnen betreffende verwijzing gaan naar mijn mening voorbij aan een goede samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Cara is een dermate complexe aandoening, dat de voorgestelde diagnostiek door de huisarts bij

veel patiënten ontoereikend is om de oorzaak van de obstructie duidelijk te maken. In het Cara-protocol van de Noordbrabantse Longartsen Vereniging is het de gewoonte dat de inkaarting van de huisarts wordt getoetst aan die van de longarts, waarna de patiënt kan worden terugverwezen naar de huisarts, of in de meer complexe gevallen door huisarts en longarts wordt gecontroleerd.³ Pas wanneer er een goede samenspraak is tussen de eerste en tweede lijn, kan de patiënt het maximale effect van de therapie verwachten. De huisarts dient zeker te beschikken over hulpmiddelen voor diagnostiek, zoals het laten verrichten van spirometrisch longfunctie-onderzoek en huidtests. Huisarts en longarts zullen vervolgens in vele gevallen de patiënt gezamenlijk inkaarten om tot een gezamenlijk beleid te kunnen komen. Competentiewesties tussen de beroepsgroepen kunnen dan worden vermeden, terwijl de patiënt het maximale rendement van de beschikbare middelen ondervindt.

Dr. C.A.F. Jansveld, longarts

- 1 Bottema BJAM, Fabels EJ, Van Grunsven PM, et al. NHG-Standaard Cara bij Volwassenen: Diagnostiek. Huisarts Wet 1992; 35: 430-6.
- 2 Van der Waart MAC, Dekker FW, Nijhoff S, et al. NHG-Standaard Cara bij Volwassenen: Behandeling. Huisarts Wet 1992; 35: 437-43.
- 3 Schipper RM, et al. Cara in kaart. Med Contact 1988; 43: 1347-9.

Naschrift

De naamsvermelding van referenten bij standaarden betekent niet automatisch dat deze referenten het voorgestelde beleid volledig onderschrijven. Het komt regelmatig voor dat referenten het voorgestelde beleid in de beoordeelde standaard op onderdelen niet onderschrijven. Deze kritiek wordt door de werkgroep beoordeeld en leidt al dan niet tot wijziging van het voorgestelde beleid. De naamsvermelding van referenten moet hierbij niet worden gezien als teken van volledige instemming, maar als een dankbetuiging voor het leveren van commentaar.

Een goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn wordt ook door ons gezien als basis van een goede Cara-zorg. In de voorwaarden voor de uitvoering van beide standaarden wordt hiervan ook expliciet melding gemaakt. In sommige delen van ons land is de samenwerking tussen long- en huisartsen ten aanzien van Cara reeds vervat in uitgewerkte protocollen; in andere delen is dit echter nog niet geval. Met

het maken en publiceren van standaarden proberen wij hiertoe een aanzet te geven, met het doel de Cara-zorg verder te optimaliseren. Dit is een proces dat aan veranderingen onderhevig zal zijn. Deze veranderingen worden te zijner tijd ook in beide standaarden doorgevoerd.

Ten aanzien van de diagnostiek-standaard stelt Jansveld dat de hulp van de longarts onontbeerlijk is voor het uitsluiten van een groot aantal aandoeningen. Aan dit punt is echter wel degelijk aandacht besteed, getuige bijvoorbeeld de zinsneden gewijd aan decompensatio cordis en het bronchuscarcinoom. Het is echter de vraag hoe uitputtend de huisarts hierin moet of kan zijn. Dit heeft invloed op de diagnostische waarde van de sets tests die de longarts momenteel gebruikt voor het uitsluiten van deze differentiële diagnoses. Wordt deze set tests gebruikt bij een ongeselecteerde populatie, dan neemt het aantal fout-positieve uitslagen sterk toe. Daarom leek de werkgroep een stapsgewijze aanpak beter: als de huisarts na de voorgeschreven diagnostiek nog onvoldoende zekerheid heeft, ligt ook in onze visie verwijzing naar de longarts voor de hand.

De waarde van de histaminedrempel als maat voor de bronchiale hyperreactiviteit wordt door ons niet betwist. De dag-nacht-variabiliteit correleert in onze ogen zeer redelijk met een afwijkende histamineprovocatietest. Veel patiënten registreren graag hun piekstroom, omdat zij zo meer inzicht in hun aandoening krijgen. Het bepalen van een histaminedrempel kan voor hen echter nogal belastend zijn. De werkgroep heeft op dit punt dan ook een andere afweging gemaakt dan Jansveld.

Ten aanzien van de behandelings-standaard stelt Jansveld dat wordt aanbevolen de behandeling te starten door middel van een stappenplan, voordat de diagnostiek volledig is uitgediept. Dit is niet juist. In de standaard wordt uitdrukkelijk vermeld dat dit stappenplan geadviseerd wordt, 'indien de klachten behandeld moeten worden, voordat de diagnostiek afgerond is'. De standaard stelt uitdrukkelijk dat de behandeling waar mogelijk gericht moet zijn op het onderliggende lijden en verwijst daarbij voor de diagnostiek naar de betreffende NHG-Standaard. De opvatting dat diagnostiek vooraf dient te gaan aan behandeling, wordt daarmee onderschreven voor zover dit praktisch gezien mogelijk is. Bij Cara-patiënten zal de bronchusobstructie echter regelmatig behandeling behoeven, alvorens de diagnostiek afgerond kan zijn.

W. van Hensbergen
C.F.H. Rosmalen