



# Richtlijnen

## PRAKTIJKPROBLEEM

Een van uw patiënten is op de huisartsenpost geweest vanwege een TIA. Uit het verslag blijkt dat er geen contact is gezocht met een neuroloog voor evaluatie op een TIA-poli, omdat de waarnemend huisarts geen soufflé over de arteria carotis interna had gehoord. U bedenkt dat deze bevinding een vernauwing van deze slagader niet uitsluit en verwijst uw patiënt alsnog naar de neuroloog. Per slot van rekening is de kans op een herseninfarct met blijvende uitval na een TIA niet bepaald gering.

De volgende patiënt op uw spreekuur is een aantal weken geleden op de huisartsenpost gezien in verband met een verwonding. Deze patiënt komt nu voor een tweede injectie met tetanusvaccin. De ampul heeft hij al bij zich. U meent zich te herinneren dat een complete serie toxoidinjecties niet nodig is bij patiënten die als kind hebben deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma en dat een eenmalige injectie in zulke gevallen voldoende is. U vraagt zich af waarom uw collega zo heeft gehandeld, hier bestaat toch een richtlijn voor?

## ACHTERGROND

De wenselijkheid van richtlijnen, zoals NHG-Standaarden, ontstond vooral vanuit de waarneming dat het beleid van huisartsen bij eenzelfde aandoening vaak behoorlijk uiteenliep. Dergelijke variatie in beleid betekende dat een deel van de huisartsen zijn patiënten vermoedelijk op de verkeerde wijze behandelde. Bovendien waren de uiteenlopende adviezen die patiënten kregen niet bevorderlijk voor het aanzien van de beroepsgroep. In 1989 verscheen de eerste richtlijn voor huisartsen, de NHG-Standaard Diabetes.

## UITWERKING

Richtlijnen zijn op te vatten als een verzameling van aanbevelingen over diagnostiek en beleid bij een klacht of aandoening. De aanbevelingen berusten zoveel mogelijk op resultaten van wetenschappelijk onderzoek, maar volgen daar nimmer rechtstreeks uit. Om een aanbeveling te kunnen formuleren, dient de wetenschappelijke kennis door de richtlijnmakers gewaardeerd en in context van de dagelijkse praktijk geplaatst te worden.<sup>1</sup> Daarbij letten zij op de onderlinge consistentie en coherentie van de aanbevelingen. Een aanbeveling om bepaalde diagnostiek te doen heeft alleen zin als de uitkomst ervan invloed heeft op de waarschijnlijkheidsdiagnose, de prognose, de therapiekeuze of het besluit te verwijzen. Anders

De serie Praktische epidemiologie laat zien dat er een wetenschappelijke onderbouwing bestaat voor veel handelingen die de huisarts in de dagelijkse praktijk intuïtief uitvoert. Aan de hand van een herkenbaar praktisch gegeven in de praktijk geven we kort aan hoe de wetenschap achter dit praktijkprobleem in elkaar zit. Correspondentie: j.eekhof@nhg.org

kan deze diagnostiek achterwege worden gelaten. Een voorbeeld daarvan is het beluisteren van de arteria carotis interna bij patiënten met een TIA. Het horen van een soufflé maakt een forse stenose die in aanmerking komt voor een endarteriectomie wat waarschijnlijker, maar daarvoor geenszins bewijzend. Anderzijds sluit de afwezigheid van een soufflé een dergelijke stenose onvoldoende uit. Dat is de reden dat in de NHG-Standaard TIA uit 2004 het beluisteren van de arteria carotis niet wordt aanbevolen en het advies is meteen te verwijzen voor een duplexscan ter beoordeling van de doorgankelijkheid van de arterie.<sup>2</sup> In de NHG-Standaard Beroerte, die de NHG-Standaard TIA inmiddels vervangt, komt het beluisteren van de carotiden niet meer ter sprake.

Het advies van de Gezondheidsraad bij een verwonding is dat bij volledig gevaccineerde mensen na meer dan 10 jaar met een eenmalige booster kan worden volstaan. Dit advies berust op de waarneming dat tetanus vrijwel uitsluitend voorkomt bij niet- of onvolledig gevaccineerde mensen, terwijl bij het overgrote merendeel van degenen die het Rijksvaccinatieprogramma hebben doorlopen een beschermende antistof titer wordt gevonden. Van dit advies is ook een richtlijnvariant voor huisartsen beschikbaar die is te raadplegen via de site van het NHG.<sup>3,4</sup>

## BETEKENIS VOOR DE PRAKTIJK

Zonder richtlijnen zouden huisartsen zelf de literatuur moeten raadplegen om te achterhalen welk beleid het beste is. Dit is met de drukke dagelijkse praktijk en de grote variatie aan gepresenteerde ziektebeelden natuurlijk geen haalbare kaart.

Door de NHG-Standaarden is het beleid van huisartsen aanmerkelijk uniformer geworden. Huisartsen moeten globaal op de hoogte zijn van de inhoud en als ze zich iets niet tot in detail kunnen herinneren, deze weten te raadplegen. Helemaal uniform werken is eveneens geen reële optie, omdat het klachtenpatroon bij een aandoening geweldig kan variëren en ook de wens van de patiënt het beleid kan beïnvloeden. Met deze variatie houdt het vak zijn charmes. ■

## LITERATUUR

- 1 Wiersma Tj, Zuiderent-Jerak T, Van Everdingen JJE, Burgers JS. Het formuleren van aanbevelingen. In: Van Everdingen JJE, Dreesens DHH, Burgers JS, Swinkels JA, Van Barneveld TA, Van der Weijden T, redactie. Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014.
- 2 Van Binsbergen JJ, Verhoeven S, Van Bentum STB, Schuling J, Beusmans GHM, Pleumeekers HJCM, et al. NHG-Standaard TIA. [www.nhg.org](http://www.nhg.org).
- 3 Boukes FS, Wiersma Tj, Beaujean D, Burgmeijer RJE, Timen A. Tetanusprofylaxe in de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:2172-3.
- 4 Aanbevolen schema tetanusprofylaxe. [https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_images/2004121730001t.jpg](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_images/2004121730001t.jpg).

Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: dr. Tj. Wiersma, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker • Correspondentie: t.wiersma@nhg.org