

‘Lever telkens opnieuw die diagnostische inspanning’

De Vlaamse huisarts en onderzoeker Ann Van den Bruel promoveerde op het onderwerp kinderen met koorts, begeleidt in Oxford een team dat diagnostische testen evalueert en is sinds juni aan de slag bij het Julius Centrum in Utrecht om onderzoek te begeleiden naar infectieziekten. Zij spreekt op het NHG-Congres 2016 over hoe je ernstige gevallen herkent tussen de alledaagse.

Hoe komt een Belgische huisarts in Oxford terecht?

‘Naar aanleiding van mijn promotieonderzoek over kinderen met koorts en publicaties over dit onderwerp ben ik zes jaar geleden benaderd om te kijken of we samen dingen konden doen. Tot een aantal maanden geleden werkte en woonde ik in Oxford. Ik ben nog steeds *director* van de *Diagnostic Evidence Cooperative*, een organisatie die door de overheid gesubsidieerd wordt om de ontwikkeling van diagnostische testen met relevantie voor de medische praktijk te steunen. We helpen bedrijven die nieuwe testen ontwikkelen om op een

goede en efficiënte manier hun testen in de markt te zetten. Maar ook zorgen we dat de Engelse *National Health Service* de juiste klinisch relevante testen naar zich toe ziet komen.’

Om wat voor soort testen gaat het?

‘Alle testen die voor huisartsen, maar ook voor andere eerstelijns zorgverleners relevant kunnen zijn. Simpele dingen als thermometers, maar ook meer gecompliceerde zaken zoals ademtesten voor COPD, of biomarkers. Sommige nieuwe testen moeten nog een hele weg afleggen, waarbij ze onderweg ook kunnen afvallen. Andere testen zijn vergoed en bijna klaar om gebruikt te worden.’

Wat kenmerkt een goede test?

‘Moeilijke vraag. Dat is afhankelijk van waarvoor je een test gaat gebruiken. Cruciaal in onze aanpak voor de nieuwe testen is dat we heel precies gaan bepalen wat de plaats van die test is en waarvoor die gebruikt gaat worden. Een thermometer wordt gebruikt om mogelijk koortsige kinderen eruit te halen. Maar je wil vooral de niet-koortsige kinderen uitsluiten. Andere testen kun je gebruiken om een bepaalde ziekte met zekerheid te diagnosticeren. Dat is een andere toepassing, want je wil dan weten of je een bepaalde behandeling moet starten. Bij zo’n test gaat het om andere karakteristieken. Het allerbelangrijkste is waarvoor je die test precies gaat gebruiken. Dan volgt de rest.’

U bent ook in Utrecht actief?

‘Ik ben hier aangesteld binnen de groep huisartsgeneeskunde, specifiek voor infectieziekten. Ik ga samen met Theo Verheij het onderzoek naar infectieziekten trekken. We begeleiden jongere onderzoekers om de juiste onderzoeksvragen te stellen, die het meest relevant zijn voor de praktijk. Ook begeleiden we het aanvragen van projecten en het binnenhalen van subsidies.’

Zijn er nog onbeantwoorde vragen over kinderen met koorts?

‘Zeker, al hebben we al veel antwoorden gevonden. Als het gaat om de diag-

nose van luchtweginfecties bijvoorbeeld, zijn we al een heel stuk vooruitgekomen. Een aantal andere ziektes zijn door vaccinatieprogramma’s zo zeldzaam geworden dat het bijna onmogelijk is om ze te bestuderen. Bijvoorbeeld meningitis en sepsis. Die onderwerpen zijn daardoor veel moeilijker te onderzoeken. Wat betreft de behandeling van urineweginfecties hebben we nog heel wat te doen. En er ligt nog werk voor ons als het gaat om het antibioticagebruik bij de behandeling van acuut zieke kinderen. Wij denken dat er nog teveel antibiotica wordt voorgeschreven, maar tegelijkertijd is het ook heel moeilijk om met veel precisie die kinderen te identificeren die zeker antibiotica moeten krijgen en anderen die ze zeker niet moeten krijgen. Daar is nog heel wat diagnostisch werk te verrichten. Niet zozeer van heeft dit kind nu meningitis of niet, maar moet dit kind nu antibiotica krijgen? Academici zijn het er over eens dat er teveel antibiotica gebruikt wordt. Maar als je zelf in de praktijk staat is het echt heel moeilijk om geen antibiotica te gebruiken als het tegen je gevoel ingaat. Dus we moeten niet alleen het gedrag veranderen, maar ook meer zekerheid kunnen geven met meer precisie. Instrumenten aanreiken.’

Wat zijn verschillen tussen Nederland, België en het Verenigd Koninkrijk?

‘Er worden in Nederland heel weinig antibiotica voorgeschreven in vergelijking met andere landen. België was vroeger het andere uiterste, maar heeft een inhaalbeweging gemaakt. Daar is zeker nog verbetering mogelijk. Het Verenigd Koninkrijk zit er qua antibioticagebruik tussenin. Ze doen het niet zo heel slecht in vergelijking met andere landen. Maar als ik kijk naar sommige groepen van patiënten, bijvoorbeeld kinderen en ouderen, dan schrijven de Britten heel veel antibiotica voor. Het is moeilijk om dat te veranderen omdat de risico’s bij deze groepen ook wel redelijk groot zijn. Het komt er op neer dat we eigenlijk betere middelen, preciezere diagnostische in-



strumenten moeten hebben om duidelijker ons beleid te kunnen vastleggen.

Iedereen die met een ziek kind heeft thuisgezet en herkent de ongerustheid en het gevoel van angst dat er iets mis gaat. Ik denk dat huisartsen zich heel erg bewust zijn van die gevoelens en gerust willen stellen. Maar of antibiotica voorschrijven daarvoor echt een goed middel is? Soms gebruiken we CRP-testen om dezelfde reden. Eerder als communicatiemiddel en geruststelling dan als diagnostisch instrument. De vraag is of dat de goede strategie is. Want ik kan mij voorstellen dat als ouders zich daardoor laten geruststellen, ze bij een volgende episode opnieuw dezelfde geruststelling willen en dat op die manier de CRP-test misschien wel een omgekeerd effect heeft. Dan gaat het juist meer hulpvragend gedrag bevorderen. Dat kan een effect zijn waarvan we ons bewust moeten zijn. Diagnostische testen en voorschrijven horen bij het medisch handelen en we moeten die testen op dezelfde manier beoordelen en bekijken als dat we behandelingen beoordelen en bekijken. Ze kunnen voor- en nadelen hebben. En ook een aantal gedragsconsequenties. Bij onszelf en bij onze patiënten.'

Hoe gaan de verschillende landen om met richtlijnen?

'In Engeland wordt een huisarts verondersteld om de *NICE Guidance* strikt op te volgen. Dat is de verwachting, maar zeker niet de realiteit. Als het in de *NICE Guidance* staat, dan hoort het zo te gebeuren, tenzij er goede redenen zijn om af te wijken. Er worden ook allerlei procedures uitgeschreven op basis van die *NICE Guidance*. Hoe je kan verwijzen bijvoorbeeld, dat hangt in Engeland rechtstreeks af van de criteria die in de *NICE Guidance* worden opgesteld en die moet je dan aankruisen op het verwijsformulier.

Hoe hier in Nederland in de praktijk met de NHG-Standaarden wordt omgegaan, weet ik eerlijk gezegd niet. Als ik ze lees lijken ze qua format erg op de Belgische richtlijnen. In België worden de richtlijnen zoveel mogelijk gevolgd, maar meer als een richtlijn beschouwd

en niet als een opgelegde manier van werken. De Belgische richtlijnen zijn ook meer geschreven als een tekst die zegt dit is de evidence die rond dit onderwerp beschikbaar is, dit zijn de aanbevelingen die je voor de praktijk kunt hanteren. Er wordt meer ruimte gelaten voor interpretatie.

Wat valt u op aan de herziening van de NHG-Standaard Kinderen met koorts?

'Het is een hele uitgebalanceerde standaard. Ik vind het goed dat de nadruk wordt gelegd op het klinisch onderzoeken van het kind en het toelaten van je niet-pluisgevoel. Daar heb ik zelf ook onderzoek naar gedaan. Ik vind het heel belangrijk dat het met zoveel woorden genoemd wordt in een richtlijn, want dat niet-pluisgevoel is iets wat huisartsen allemaal herkennen, maar waar ze soms niet over durven te praten omdat ze denken dat het niet wetenschappelijk is of niet professioneel. Verder vind ik de nadruk die gelegd wordt op het doen van urineonderzoek heel sterk. Er wordt aanbevolen urineonderzoek te doen als er niet direct een verklaring wordt gevonden voor de koorts. Ik volg dat volledig. Het is zeker niet makkelijk om bij kinderen urineonderzoek te doen, maar ik denk dat we het veel te weinig doen. Een aanbeveling om het meer te doen is dus heel positief.

Wat me daarnaast opvalt, is dat het lijstje met alarmsymptomen in de herziene richtlijn langer is geworden en ik vraag me af waarom dat is. We hebben de vorige lijst alarmsymptomen geëvalueerd in verschillende datasets waar ook Nederlandse onderzoekers bij betrokken waren en toen bleek dat die alarmsymptomen heel sensitief zijn, maar weinig specifiek. Er zijn dus veel kinderen die je onterecht als *at risk* gaat beschouwen, waardoor het praktisch moeilijk toepasbaar wordt. Zoals je eigenlijk wel verwacht. Door er dan nog items aan toe te voegen ga je dat probleem vergroten. Dan neemt de sensitiviteit wel toe – dus de kans dat je een kind met een ernstige infectie mist, neemt af – maar de specificiteit neemt

nog verder af. Op den duur past elk kind erin. Overigens zijn het op zich allemaal zinvolle alarmsymptomen.

Wat gaat u op het congres vertellen?

'Er is mij gevraagd om te praten over hoe je binnen alledaagse situaties de ernstige zaken eruit pikt. Natuurlijk ga ik af en toe refereren aan mijn eigen thema omdat dat het acuut zieke kind is, iets wat heel vaak voorkomt. Er zijn heel veel acuut zieke kinderen in de praktijk. De ernstig zieke kinderen in die groep zijn er maar weinig. Welke hulpmiddelen kunnen we gebruiken om de ernstige gevallen te herkennen, welke strategieën kunnen huisartsen toepassen? En ook wat zijn daar de problemen of moeilijkheden bij en de voordelen?

Een aantal zaken doen huisartsen intuïtief vanzelf. Andere zaken wil ik expliciet benoemen waardoor ze er misschien de voordelen van kunnen inzien. Op diagnostisch vlak is onze kernuitdaging niet te vervallen in een soort diagnostisch nihilisme. Binnen de stroom van patiënten die we zien met alledaagse presentaties zoals koorts en hoesten zijn we misschien geneigd te denken het zal wel een virale infectie zijn. Als dat mijn basishouding is bij een acuut ziek kind, heb ik het bijna altijd goed. Ook al onderzoek ik het kind niet en doe ik helemaal niks. Als ik na tien minuten zeg het is een virus, dan zal het maar heel af en toe verkeerd zijn. En dat maakt het heel moeilijk om telkens opnieuw bij dezelfde alledaagse klacht dezelfde diagnostische inspanning te leveren om die enkele ernstige zieke mensen eruit te pikken. Want voor die mensen kan het echt een verschil maken dat je ze op dat moment eruit pikt. Daar komt nog bij dat sommige diagnoses zo zeldzaam zijn dat we ze soms maar één of twee keer te zien krijgen en dat we dus ook van elkaar moeten leren. En regeltjes moeten gebruiken om ervoor te zorgen dat we er klaar voor zijn als we toch iets ernstigs tegenkomen.'

Susan Umans