

## Triage 1

De analyse in het hoofdredactioneel commentaar van Zaat en Van der Werf op onze casus over problemen met de triage in de dienst H&W (2002;45:299-302) kan ik wel delen. Telefonische advisering en triage is een kwetsbaar proces met veel voetangels en klemmen. Schijnbaar onbelangrijke informatie aan de telefoon kan essentieel zijn in het triageproces en een verkeerde start in het stroomdiagram kan ernstige consequenties hebben voor de patiënt. Afwezigheid van het (elektronisch) medisch dossier is hierbij een groot obstakel.

De door hen gesuggereerde oplossing deel ik niet. Het is niet haalbaar ervaren huisartsen aan de telefoon in te zetten, omdat daardoor de dienstbelasting weer fors toeneemt en er een tekort aan huisartsen is. Een huisarts aan de telefoon is ook niet noodzakelijk. Zeker 50% van de contacten tijdens de dienst kan door de assistente prima telefonisch verwerkt worden, mits goed opgeleid en mits goed gesuperviseerd door de (aanwezige!) huisarts. De andere 50% – met name de (potentieel) levensbedreigende, spoedeisende en complexe situaties – is voor de huisarts.

In de praktijk van alledag is er op het terrein van de telefonische triage en advisering nog veel winst te boeken. Als we om ons heen kijken, weten we dat overdag en tijdens de (kleinschalige) waarneming meestal – ongeschoolde – anderen de telefoon aannemen. Of wordt de afhandeling van telefooncontacten uitbesteed aan commerciële doktersdiensten die functioneren zonder enige kwaliteitscontrole of supervisie door huisartsen.

Met de komst van centrale huisartsenposten hebben we mijns inziens randvoorwaarden geschapen om de telefonische triage op een behoorlijk niveau te brengen door alleen ervaren assistentes of verpleegkundigen aan te nemen. Daarnaast geeft het kansen op systematische feedback, foutenanalyse, scholing, een aanwezig elektronisch dossier en een vaste superviserende telefoonarts.

*Paul van der Giesen*

## Triage 2

De casus van Giesen et al. over triage in de dienst (H&W 2002;45:299-302) en de discussie daarover vonden we leerzaam. Het geeft aan dat doktersassistenten en huisartsen steeds alert moeten zijn tijdens hun dienst. Achter ogenschijnlijk onschuldige zaken kunnen immers dodelijke gevaren schuilen. Wat ons echter verbaast in het bijbehorende commentaar van Zaat en Van der Werf is dat zij naar aanleiding van deze casus gaan twijfelen aan de rol van de doktersassistente en de plaats van protocollen bij triage. Zij menen dat de casus een voorbeeld is van een bijzonder individueel geval dat zich moeilijk laat vangen in een protocol. Nader beschouwd is de casus echter minder bijzonder. Zo beweert de vader van patiënt bij het tweede telefonische consult: 'mijn zoontje heeft enkele dagen niet gegeten noch gedronken en de temperatuur schommelt tussen de 38-39 graden Celsius'. De doktersassistente schat vervolgens de aandoening in als een gastro-enteritis en geeft het advies goed te drinken. Uitgaande van de NHG-Standaard Acute Diarree en de bijbehorende telefoonkaart is hier echter duidelijk niet gehandeld conform de richtlijn. Zowel de duur, de minimale vochtopname als de aanhoudende koorts zijn redenen om een afspraak te maken met de huisarts. Hier schiet dus niet het protocol tekort, maar is er sprake van een medisch-inhoudelijke beoordelingsfout. Dit heeft niets te maken met 'context' of met het niet doorvragen naar angsten en bezorgdheid. We vermoeden dat het expliciet benoemen van de zere plek is nagelaten omdat dit te pijnlijk zou zijn voor de betreffende assistente. Tja, het had toch iedereen kunnen overkomen. Tevens is opvallend dat met geen woord gerept wordt over de rol van de verantwoordelijke (of 'autoriserende') huisarts. Een algemene discussie over de gevaren van triage heeft de persoonlijke pijnpunten ongemoeid gelaten. Wij vinden dat de discussie zeker moet worden gevoerd, maar dat neemt niet weg dat de medische inhoud niet moet worden verborgen

onder de sluier van 'contextuele aspecten' van triage. Graag zouden we de doktersassistente en haar beroepsgroep de gelegenheid willen geven haar handelen te verbeteren.

*Jako Burgers, huisarts*

*Carla Meijer-Rüger, doktersassistente*

## Antwoord 1

Burgers en Meijer-Rüger geven aan dat in het tweede contact in de door ons beschreven casus een medische beoordelingsfout is gemaakt, gezien het feit dat hier niet gehandeld is volgens de NHG-Standaard. Bij het terugluisteren viel ons inderdaad op dat de assistente niet doorvroeg op de afwijkende (alarm)signalen maar te snel overging op advisering volgens het haar bekende protocol. Analyse door nader in te gaan op de onrust van de ouders en op somatische signalen en inzage in de voorgeschiedenis hadden haar verder kunnen helpen. Ze had zich kunnen realiseren dat het hier een afwijkend beloop betrof en een afspraak kunnen maken. Waarom dit niet gebeurd is, blijft onduidelijk. Misschien was ze moe, was ze afgeleid of had ze door de afwachtende communicatiestijl van de vader de neiging meteen te gaan helpen met adviezen.

Het geeft wel aan hoe continue alert we dienen te zijn aan de telefoon en dat een dubbele check door de huisarts geen overbodige luxe is. Bij een routineverhaal van de assistente is een fiat door de huisarts snel gegeven. Het volledig en uitgebreid registreren door de assistente had hem bij controle op het goede spoor kunnen helpen. Zoals in de casus beschreven hebben we naar aanleiding hiervan de telefoonarts in het leven geroepen en een aantal andere maatregelen getroffen.

*Paul Giesen huisarts, onderzoeker WOK*

## Antwoord 2

Burgers en Meijer-Rüger hebben gelijk. Er valt veel meer over de casus te zeggen, maar de bijdrage van Van der Giessen et al. liet uitdrukkelijk de medische inhoud buiten beschouwing en dat deden wij dus in ons commentaar ook. Met het bedekken met de mantel der context heeft dat

weinig te maken. Wij hebben de casus in ons commentaar gebruikt om een aantal mogelijk structurele problemen van triage te behandelen en niet om het beleid bij een acute gastro-enteritis of het adequaat autoriseren te bespreken. Het vol-

gen van protocollen gaat vaak iets moeilijker dan het simpel afvinken van een aantal kenmerken van een klacht en daarvoor vroegen wij aandacht. Dat het vroeger volgens Van Giessen slecht was, betekent nog niet dat het nu beter gaat. Er is

veel gemopper door patiënten, er zijn lang niet overal ervaren assistentes en lang niet overal is er een aparte telefoon-dokter. Inderdaad, wij zijn en blijven voorlopig toch maar twijfelaars.

Joost Zaat, Ger van der Werf

## Cochrane-reviews

### Behandeling van chronisch astma

Adams N, Bestall JM, Jones PW. *Fluticasone versus beclomethasone or budesonide for chronic asthma (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software*.

**Achtergrond** Inhalatiecorticosteroïden (ICS) zijn een belangrijke pijler in de behandeling van chronisch astma. Over de werkzaamheid van ICS in het verminderen van de klachten en het verbeteren van de longfunctie bij deze patiëntengroep (stap 2 NHG-Standaard) bestaat geen twijfel. Alleen wanneer er sprake is van een milde of intermitterende vorm van astma kan volstaan worden met het gebruik van een bètamimeticum (stap 1). Naast het al langer gebruikte beclometason (BDP) en budesonide (BUD), is sinds enige jaren ook fluticason (FP) beschikbaar. Van dit laatste middel is in vitro aangetoond dat het sterker werkzaam is dan BDP (tweemaal sterker) en BUD (25% sterker). Dit zou kunnen betekenen dat FP met een in potentie vergelijkbare dosis even werkzaam is of mogelijk zelfs een betere controle van de astma zou geven dan de andere twee middelen.

**Doel** Het doel van deze review was dan ook de werkzaamheid en veiligheid van FP te vergelijken met die van BDP of BUD bij de behandeling van patiënten met chronisch astma.

**Zoekstrategie en insluiting** Als basis van de zoekstrategie zijn de auteurs uitgegaan van de Cochrane Airways Group Trial Register. Vervolgens zijn de referenties van gevonden trials onderzocht, zijn de onderzoekers en farmaceutische

bedrijven benaderd voor aanvullende onderzoeken en als laatste zijn de abstracts van de grote congressen (1997-1999) nagezocht op aanvullende onderzoeken. Alleen prospectieve en gerandomiseerde trials, zowel bij volwassenen als kinderen (vanaf 2 jaar), die FP vergeleken met BDP of BUD werden geselecteerd. Alleen dosisaërosols als poederinhalators waren toegestaan, vernevelaars niet. Als belangrijkste uitkomstmaat werd gekeken naar het effect op de longfunctie (FEV<sub>1</sub> en PEF). Secundaire uitkomstmaten waren: symptoomreductie, extra gebruik van bètamimetica, kwaliteit van leven, exacerbaties en systemische bijwerkingen.

**Resultaten** Uiteindelijk zijn 42 onderzoeken met wisselende methodologische kwaliteit bij in totaal meer dan 10.000 patiënten geïncludeerd (26 met redelijke of hogere Jadad-score). Drieëndertig procent was uitgevoerd bij kinderen. Vooral onderzoeken waarbij de dosisverhouding FP: BDP/BUD gelijk was aan 1:2 (= vergelijkbare werkzame dosis) zijn onderzocht. In deze verhouding werd een significant grotere FEV<sub>1</sub> (gewogen gemiddeld verschil: 0,11 liter), ochtend-PEF (verschil 13 l/min) en avond-PEF (11 l/min) gevonden in de fluticasongroep vergeleken met de andere middelen. Alhoewel het gebruik van verschillende symptoomscoringlijsten de vergelijking beperkt maakt, lijken er geen significante verschillen in symptomen tussen de groepen te bestaan. Hetzelfde geldt voor de frequentie van exacerbaties of het gebruik van extra bètamimetica. Bij het gebruik van een hoge dosis van FP werden meer bijwerkingen in de vorm van heesheid en faryngitisklachten gemeld.

De reviewers concluderen dat FP een kleine verbetering van de longfunctie geeft ten opzichte van BUD of BDP (in de 1:2-verhouding), maar een hogere kans op bijwerkingen bij het gebruik van hogere doses.

### Commentaar

Het starten van een behandeling met ICS bij patiënten met astma is in Nederland bij uitstek een taak van de huisarts. Farmaceutische industrieën proberen de huisarts te overtuigen van de superioriteit van hun product. Een onafhankelijke beoordeling, bij voorkeur in de vorm van een systematische review is daarom van groot belang. Alhoewel fluticason een significante verbetering van de longfunctie lijkt te geven, is het verschil met de andere twee producten te klein om het voorschrijfbeleid aan te passen. Een meta-analyse van de symptoomreductie was door de diversiteit van de scoringslijsten in de diverse onderzoeken niet goed mogelijk. Duidelijk lijkt wel dat bij een in potentie vergelijkbare dosis geen klinisch significante verschillen gevonden werden en daar gaat het uiteindelijk om. Hetzelfde geldt voor de andere onderzochte uitkomstmaten. In een andere recent verschenen Cochrane-review is de werkzaamheid tussen budesonide en beclometason vergeleken en wordt geconcludeerd dat deze gelijk is. Dit betekent dat er sprake is van drie werkzame en vergelijkbare producten en dat met de nu beschikbare informatie er geen expliciete voorkeur voor FP boven BUD of BDP gegeven kan worden. In de NHG-Standaard 'Astma bij volwassenen: behandeling' wordt dit dus terecht ook niet gedaan. Ervaring van de huisarts met