

Palliatieve sedatie

Vooropgesteld dat een nauwkeurige uitvoering van de KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie meer dan wenselijk is, vraag ik me af of de klinische les van De Kinkelder et al. daar een bijdrage aan levert.¹ Het advies van de auteurs om tot een structurelere consultatie te komen voor het starten van palliatieve sedatie wordt niet goed onderbouwd en is niet nieuw. In de klinische les worden twee casussen opgevoerd die 'de ervaring' van de auteurs ondersteunen. Die ervaring lijkt te zijn dat er veel misgaat bij het toepassen van palliatieve sedatie door huisartsen.

In een tijd waarin – terecht – de palliatieve zorg ook aan de toets der wetenschap wordt onderworpen vind ik de klinische les mager. Met een uiterst selectieve referentielijst wordt vooral de mening van de auteurs uitgedragen. Uit niets blijkt hoe de auteurs hun 'ervaringen' kunnen staven. Hoe vaak gaat het eigenlijk mis in hun regio? Is er wel reden tot aanpassing van de adviezen?

Een advies om vooraf een deskundige te raadplegen is geen garantie dat palliatieve sedatie altijd juist zal worden toegepast. Dat illustreert het beschrijvende onderzoek in dit tijdschrift, waarin 18 huisartsen gedetailleerde informatie verstrekten over 26 casussen.² In alle gevallen (overigens uitgevoerd vóór de introductie van de KNMG-richtlijn) was een palliatief consulent geraadpleegd voordat sedatie werd toegepast. Toch bleek retrospectief dat bij één casus levensverkorting mede het doel was van de behandelende huisarts en dat in twee andere gevallen (waarin vooraf geen sedativa waren toegepast) midazolam niet effectief was. Consultatie zal ook de problemen in de continuïteit van zorg – zoals geïllustreerd in de tweede casus – niet voorkomen. Daarvoor zijn andere maatregelen nodig.

Terugbrengen van de maximale termijn voor het starten van sedatie naar maximaal een week lijkt ten slotte een advies dat in de praktijk al wordt uitgevoerd (66% 2 dagen of minder, slechts 4% langer dan een week).³

Marco Blanker

- 1 De Kinkelder A, Broes M, Raeven JM, Kimenai I, Schols JM. *Knelpunten bij de uitvoering van palliatieve sedatie. Een praktische kaart met aandachtspunten voor de hulpverlener.* Huisarts Wet 2007;50:695-9.
- 2 Blanker MH, Thiele M, Van der Velden PC. *Terminale sedatie met midazolam bij patiënten in de huisartsenpraktijk. Een exploratief onderzoek.* Huisarts Wet 2006;49:129-35.
- 3 Rietjens JA, Van Delden JJ, Van der Heide A, Vrakking AM, Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Maas PJ, et al. *Terminal sedation and euthanasia: a comparison of clinical practices.* Arch Intern Med 2006;166:749-53.

Antwoord

Wij zijn ervan overtuigd dat praktijkervaringen altijd leerzaam zijn. Blanker stelt dat de aanbeveling voor een structurelere consultatie niet goed onderbouwd is. Wij geven slechts het op zich logische advies dat een arts die zich niet bekwaam voelt op het terrein van palliatieve sedatie, het beste advies kan vragen. Overigens is dat maar één facet van onze totale bijdrage die vooral over knelpunten bij de uitvoering van palliatieve sedatie gaat. Blanker vraagt zich ook af hoe vaak het daadwerkelijk misgaat. Een interessante en belangrijke vraag, die wij echter zelf niet onderzocht hebben.

Maar dat neemt niet weg dat we in onze regio's en in andere regio's zeer regelmatig horen van niet goed verlopende palliatieve sedatie. Het afgelopen jaar is een onderzoek verricht vanuit het perspectief Medisch Technisch Handelen-verpleegkundigen,¹ waaruit weliswaar naar voren kwam dat de KNMG richtlijn Palliatieve Sedatie meestal goed gevolgd werd, maar ook dat 20% van de ondervraagde verpleegkundigen in het voorafgaande jaar een keer geweigerd had aan palliatieve sedatie mee te werken en dat met name het gevoerde medicatiebeleid en de communicatie tussen de hulpverleners belangrijke punten van zorg zijn. Een ander recent onderzoek² laat zien dat vier op de tien artsen de richtlijn (vooral op het gebied van de medicamenteuze behandeling) niet volgen. Voorlichting en consultatie worden in verband hiermee als mogelijke oplossingen gezien. Deze

recente onderzoeken bevestigen onze praktijkervaringen en vormen een ondersteuning voor onze adviezen. Blanker noemt de klinische les 'mager' en de referentielijst selectief. Uiteraard is dat zijn oordeel, maar wij willen hier nog eens benadrukken dat dit een klinische les betreft en geen (systematisch) literatuuronderzoek. Blanker geeft terecht aan dat een consult op zich geen garantie biedt. Zijn onderbouwing is echter gebaseerd op onderzoek uit 2003.³ Het doel van dit onderzoek was om een beeld te vormen van terminale sedatie in de huisartsenpraktijk. Blanker noemt drie casussen waarbij er ondanks aanwezige consultatie zaken toch niet goed verliepen. Het onderzoek geeft hier echter geen nadere verklaringen voor. Daarbij was de landelijke richtlijn toen nog niet verschenen; de consulenten hadden dus mogelijk minder ervaring met de specifieke indicaties en voorwaarden en ook met de praktische uitvoering van palliatieve sedatie. Vervolgens suggereert Blanker dat wij consultatie als oplossing zien voor de problemen rondom de continuïteit van zorg. Wij hebben hierover echter alleen aangegeven, dat een goede samenwerking tussen de betrokken hulpverleners belangrijk is. Het feit dat de meeste patiënten bij wie sedatie gestart wordt, snel overlijden, laat volgens Blanker zien dat in de praktijk de termijn al is teruggebracht naar één week. Wij hopen dat dit ook daadwerkelijk zo is. Naar onze mening is dit gegeven een extra argument om de termijn op maximaal een week te houden.

Namens de auteurs, Adriaan de Kinkelder

- 1 Perez RSGM, Zuurmond WWA, Stoffer-Brink A, Deliëns L, Klinkenberg L. *Palliatieve sedatie in de thuissituatie: een landelijk onderzoek naar de praktijkvoering van palliatieve sedatie na invoering van de KNMG-richtlijn vanuit het perspectief van Medisch Technisch Handelen-verpleegkundigen* Integraal Kankercentrum Amsterdam juli 2007 http://www.ikcnet.nl/IKa/thema_s/palliatieve_zorg/index.php?id=1988.
- 2 Hasselaar JG, Reuzel RP, Verhagen SC, De Graeff A, Vissers KC, Crul BJ. *Improving prescription in palliative sedation: compliance with Dutch guidelines.* Arch Intern Med 2007;167:1166-71

3 Blanker MH, Thiele M, Van der Velden PC. Terminale sedatie met midazolam bij patiënten in de huisartsenpraktijk. Een exploratief onderzoek. *Huisarts Wet* 2006;49:129-35.

D-dimeertest in de huisartsenpraktijk: goedkoop is duurkoop

De herziene NHG-Standaard Diepe veneuze trombose (DVT) bevat zowel een deel over diagnostiek als een deel over therapie.¹ Ten aanzien van de diagnostiek wordt een zogenaamde beslisregel in combinatie met de D-dimeertest besproken. In tegenstelling tot de tweedelijnssetting, waarbij eerst een klinische beslisregel wordt uitgevoerd en hierna pas een D-dimeertest, is voor de eerste lijn een klinische beslisregel ontwikkeld, waarbij de D-dimeertest geïntegreerd is in de klinische beslisregel.^{2,3} Volgens de NHG-Standaard kan een DVT betrouwbaar uitgesloten worden indien een patiënt bij presentatie een lage waarschijnlijkheid als uitslag heeft. Bij een dergelijke uitslag 'lage waarschijnlijkheid' is de D-dimeerwaarde normaal. Dit is zeker waar, maar wat is het onderscheidend vermogen van de test bij patiënten van wie de huisarts denkt dat ze DVT hebben?

De incidentie van diepe veneuze trombose in de huisartsenpraktijk is laag, in een normpraktijk wordt naar schatting bij één tot twee patiënten per jaar de diagnose DVT gesteld.⁴ De incidentie zal nog lager zijn in de populatie waarvoor de D-dimeertest is bedoeld, immers de patiënten met een zeer waarschijnlijke diagnose DVT worden al zonder aanvullende test verwezen. Om een indruk te krijgen van het onderscheidende vermogen van de D-dimeertest in de huisartsenpraktijk hebben wij alle aanvragen die in de periode 01-06-2006 tot 01-06-2007 in een groepspraktijk met ongeveer 10.000 patiënten zijn gedaan, opgevraagd. De gegevens zijn verkregen van het laboratorium, waar alle door de huisartsen aangevraagde laboratoriumonderzoeken worden gedaan.

In totaal werden 17 D-dimeertests aangevraagd vanwege een eventuele DVT. Hiervan waren 13 testen (76%) positief, terwijl

maar in één geval de diagnose DVT is gesteld. Terwijl de negatief voorspellende waarde 100% was, betekent dit dat bij 12 van de 17 (71%) uitgevoerde D-dimeertests, de uitslag fout-positief was. Dit geeft een positief voorspellende waarde van slechts 7,7%. Een patiënt met een abnormale D-dimeertest moet worden verwezen voor een compressie echografie, welke bij een negatieve bevinding na 5-7 dagen moet worden herhaald. De implicatie van onze gegevens is dat een zeer groot deel van de patiënten met een verdenking op een DVT achteraf onnodig is verwezen. De reden voor deze lage incidentie van DVT bij onze patiënten, die op grond van een positieve D-dimeertest werden ingestuurd voor aanvullend echo-onderzoek, wordt wellicht veroorzaakt door het feit dat patiënten met een zeer overtuigende kliniek van DVT meteen worden ingestuurd en dat bij grotere twijfel over de diagnose DVT de patiënt binnen de eerste lijn blijft; bij deze laatste patiënten is heel vaak een ander ziektebeeld – cellulitis, bloeding, Bakerse cyste, distorsie en dergelijke – aanwezig, die vaak gepaard gaan met een positieve D-dimeertest.

Een meeropbrengst van de beslisregel kan in de dagelijkse praktijk alleen dan ontstaan als deze bij elke patiënt met een duidelijke klinische verdenking op DVT wordt toegepast.

Hoewel ons onderzoek in een klein aantal patiënten is uitgevoerd en wij de nieuwe beslisregel niet hebben getoetst, zetten wij vraagtekens bij het huidige gebruik van de D-dimeertest in de huisartsenpraktijk. Alhoewel een D-dimeertest in combinatie met de klinische beslisregel een DVT kan uitsluiten, wordt deze eigenschap in onze ervaring overschaduwed door de vele fout-positieve resultaten van de test. In dit geval lijkt goedkoop dus duurkoop. Wanneer de huisarts toch een D-dimeertest aanvraagt, moet hij zich tenminste bewust zijn van het beperkte onderscheidend vermogen van deze test. Onze gegevens onderstrepen eens te meer dat tussen eerste- en tweedelijns goede afspraken gemaakt moeten worden, zowel ten aanzien van diagnostiek als behandeling van DVT.

M. Tan, M.V. Huisman, Sectie Vascu-

laire Geneeskunde, afdeling Algemene Interne Geneeskunde-Endocrinologie, LUMC.
C. Bakx, Afdeling Huisartsgeneeskunde, UMC St. Radboud

- 1 Oudega R, Van Weert H, Stoffers HEJH, Sival PPE, Schure RI, Delemarre J, Eizenga WH. NHG-Standaard Diepe veneuze trombose. www.nhg.org.
- 2 Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, Guy F, Mitchell M, Gray L, et al. Value of assessment of pre-test probability of deep-vein thrombosis in clinical management. *Lancet* 1997;350:1795-8.
- 3 Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Forgie M, Keaton C, Dreyer J, et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *J Thromb Haemost* 2003;349:1227-35.
- 4 Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Lagro-Janssen ALM, redactie. *Ziekten in de huisartspraktijk. Vierde druk*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003.

Antwoord

Met enige verbazing lezen wij de reactie van collega's Tan, Huisman en Bakx op de publicatie van de NHG-Standaard DVT in H&W. De kern van hun reactie betreft vooral een aarzeling over het gebruik van de D-dimeertest door de huisarts.

De standaard beveelt een strategie aan voor de huisarts om DVT veilig uit te sluiten met behulp van een diagnostische regel in combinatie met een D-dimeertest. Dat is belangrijk, omdat op dit moment bij meer dan 80% van de patiënten die voor een echo worden ingestuurd geen sprake is van DVT.

Natuurlijk hebben de briefschrijvers gelijk dat men twijfel uitspreekt bij de introductie van een nieuwe test of procedure in de huisartsenpraktijk. Een dergelijke test zal zijn waarde moeten bewijzen in de dagelijkse praktijk en dan blijkt vaak dat de opbrengst wat minder is dan in keurig geprotocolleerd onderzoek wordt gevonden. Het commentaar van Tan en collega's sluit echter nauwelijks aan bij de gepubliceerde standaard en lijkt zich toe te spitzen op een onderzoek in de eigen praktijk van de briefschrijvers naar de waarde van een D-dimeertest bij 17 patiënten. Hieruit concluderen de briefschrijvers dat een D-dimeertest teveel fout-positieven oplevert om kosteneffectief te kunnen zijn.

De diagnostische waarde van een test is