

ECG's in de huisartsenpraktijk: melkkoe of paard van Troje?

Waar in *Medisch Contact* recent nog gepleit werd voor het 'bewaken van onze grenzen' omdat huisartsen 'het afvoerputje van de zorg' zijn geworden,^{1,2} tref ik in H&W in diezelfde week een blijmoedig redactioneel over een aankomende serie over het ECG in de huisartsensetting. In het bijzonder gericht op het zelf beoordelen daarvan: 'zodat u uw vaardigheden kunt blijven oefenen en u zich vertrouwer kunt voelen bij het lezen van het ECG's'.³ Het gaat me allemaal een stapje te snel: moeten huisartsen de kunst van het ECG-lezen eigenlijk wel beheersen?

DE KASSA EN DE KWALITEIT

Het maken en beoordelen van een ECG is sinds jaar en dag een M&I-verrichting waar volgens de Nederlandse Zorgautoriteit een bedrag van enkele tientallen euro's voor gedeclareerd mag worden.⁴ Dat heeft er toe geleid dat veel huisartsen een prijzig ECG-apparaat hebben aangeschaft: voor sommige collega's voldoende aanleiding om het indicatiegebied voor het (laten) maken van een ECG maar wat ruim te nemen. Of, recht voor zijn raap, om het ECG als melkkoe in te zetten, bijvoorbeeld in het kader van diabetesbegeleiding of cardiovasculair risicomangement. Kassa. Naast deze 'rammelende indicatiestelling' vormt de technische kwaliteit een zorg: welke praktijkmedewerkers maken de ECG's en hoe is hun instructie geregeld? Maar het belangrijkste probleem vormt natuurlijk de medische interpretatie. De getallen uit het artikel van Chan et al. in hetzelfde H&W-nummer⁵ geven aan dat het ook bij getrainde huisartsen vaak misgaat: veel fout positieven ('te scherp afgestelde software'), maar ook, meestal belangrijker: fout negatieven. Laat staan wanneer op alléén de software of het huisartsenoordeel vertrouwd wordt.

WAARSCHUWING

Een recente tuchtrechtspraak⁶ illustreert nog eens dat de komst van een ECG-apparaat in de huisartsenpraktijk opvallende gelijkenissen vertoont met het binnenhalen van het paard van Troje. Samengevat krijgt de huisarts in deze zaak een waarschuwing omdat hij bij een patiënte met pijn op de borst enkel een ECG heeft gemaakt en dit ECG uitsluitend op grond van de software als 'zonder afwijkingen' heeft beoordeeld. Patiënte bleek een hartinfarct te hebben.

Allereerst leert ons dit dat anamnese en lichamelijk onderzoek onmisbare diagnostische schakels blijven die niet vervangen kunnen worden door aanvullend onderzoek waarvan je de uitslag niet in perspectief kunt plaatsen. Vervolgens over de praktijkorganisatie: maak geen ECG's die om acute beoordeling vragen wanneer er niemand 'in huis' is die deze goed kan beoordelen. Ten slotte een les in bescheidenheid: we willen

misschien wel alles, maar we *kunnen* toch echt niet alles. Al zou deze M&I-verrichting het tienvoudige opleveren, dat maakt nog niet dat alle huisartsen met een ECG-apparaat ook goede ECG-beoordelaars zijn. 'Taakherschikking' en 'verschuiving naar eerste lijn': het zijn mooie (politieke) kreten, maar het vereist van de beroepsgroep wél dat wij onszelf aan een kritische beoordeling van onze eigen kennis en vaardigheden blootstellen, alvorens we weer eens een taak overnemen van de tweede lijn. En als dan blijkt dat we daarvoor niet competent (genoeg) zijn, dan geldt nog altijd dat prachtige adagium 'in dubio abstine': niet doen dus. Anders gezegd: het is razend moeilijk om ECG's te beoordelen en het vereist herhaalde scholing, veel doen, goede feedback uit de tweede lijn en borging van kwaliteit. In alle andere gevallen zou dit paard van Troje wel eens vol met juridische voetangels en klemmen kunnen zitten, of, erger nog: met fatale gevolgen voor de patiënten die zich aan onze professionaliteit en vakkundigheid hebben vertrouwd.

Terug naar het hoofdredactioneel van collega-huisarts Hans van Santen van *Medisch Contact*: het bewaken van grenzen impliceert niet alleen voorkómen dat de huisarts als afvalputje van de gezondheidszorg dient, maar ook de grenzen van je eigen competenties bewaken. Anders gezegd: je professionaliteit serieus nemen. En als u dus nog niet zo vaardig was in het beoordelen van ECG's, dan gaat een serie in H&W dat niet veranderen. Daar is zwaarder geschut voor nodig. ■

LITERATUUR

- 1 Van Santen H. Grenzen. *Med Contact* 2014;15:741.
- 2 Konings K. Huisarts is het afvoerputje van de zorg. *Med Contact* 2014;15:753-5.
- 3 Scherptong-Engbers M. ECG's in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2014;57:166.
- 4 Nederlandse Zorgautoriteit 17-12-2013. Bijlage 3, tariefbeschikking TB/CU-7076-02.
- 5 Chan CM, Willemsen RTA, Konings KTS. Electrocardiografie in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2014;57:196-200.
- 6 Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 2013; ECLI:NL:TCZREIN:2013:YG2679.

Reactie

In de nascholing van Chan wordt uitgaande van de NHG-Standaarden op gestructureerde wijze de wetenschappelijke achtergronden van het ECG in de huisartsenpraktijk besproken. Huisartsen zijn vrij in hun keuze of zij ECG's door een cardioloog laten beoordelen of dat zij het zelf doen als zij zich daartoe bekwaam achten. Het hoeft geen uitleg dat een nascholingsartikel in H&W onvoldoende is als basis om zelf als huisarts ECG's te kunnen beoordelen. Met een volgend artikel over ECG's lezen en interpreteren hopen wij huisartsen te prikkelen die met enthousiasme hun kennis over ECG's verder willen vergroten. Die groep huisartsen willen wij graag van dienst zijn.
De redactie van H&W