ECG-casus 'Buikgriep'

Citation for published version (APA):

Willemsen, R., & Konings, K. (2017). ECG-casus 'Buikgriep'. *Huisarts en Wetenschap*, (7), 375.
<https://doi.org/10.1007/s12445-017-0225-2>

Document status and date:

Published: 01/07/2017

DOI:

[10.1007/s12445-017-0225-2](https://doi.org/10.1007/s12445-017-0225-2)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Document license:

Taverne

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

EBM, SDM of GOH?

We zijn nog niet gekomen van EBM, en leren langzamerhand hoe wij daarmee op een gezonde manier moeten omgaan, of er dient zich een nieuwe afkorting aan: shared decision making (SDM). Iedere huisarts zal eraan moeten geloven.

Uit een recent onderzoek naar SDM bij huisartsconsulten van Sanders et al. bleek dat getrainde huisartsen – vrij vertaald – meer SDM-gedrag lieten zien dan ongetrainde huisartsen maar het verschil was niet significant.^{1,2} Hun consulten duurden een paar minuten langer, maar zij besteedden minder tijd aan lichamelijk onderzoek. Uiteindelijk grepen de artsen toch vaak terug op een paternalistische aanpak, richtlijngeoriënteerd.

Deze uitkomst is niet verwonderlijk! Als huisarts hebben wij vooral te maken

met kleine kwalen die meestal vanzelf overgaan en met chronische aandoeningen, inclusief bijbehorende protocollen.

In mijn consulten verhelder ik de hulpvraag en geef de patiënt antwoord, veelal is er ongerustheid of zijn er zorgen. Met andere woorden: er is helemaal niet zoveel om over te beslissen en al helemaal niet gezamenlijk. Antwoord geven op de vraag van de patiënt en zo nodig effectief geruststellen staan centraal, een gedegen lichamelijk onderzoek draagt hier zeker aan bij.

De discussies in onze spreekkamer gaan vaak over zaken waarvan wij weten dat ze meestal niet helpen, maar de patiënt denkt van wel (zoal antibioticum bij een virale luchtweginfectie). Dat heeft echter weinig met SDM te maken, het zou raar zijn dan alsnog te kiezen voor een zinloze behandelingsoptie. Hier ligt wel een grote communicatieve

uitdaging.

In de tweede lijn liggen de zaken anders: daar is een probleem met een vraag. Dat kan op verschillende manieren worden opgelost, alle met voor- en nadelen. Denk aan wel of niet opereren, wel of geen chemo. SDM heeft in deze gevallen een duidelijke meerwaarde.

Laten we als huisartsen vooral niet doorschieten en gewoon blijven doen waar wij goed in zijn. Het SDM-concept heeft vooral meerwaarde bij belangrijke en ingrijpende keuzes met reële (behandelings)alternatieven. Als afwachten en niets doen de beste opties zijn, moet de huisarts de patiënt ook geen schijnkeuze geven. Dat is geen paternalisme, maar Good Old Huisartsgeneeskunde (GOH)! ■

Ralph Laven, huisarts in Beek (L)

LITERATUUR

- 1 Dees M. Shared decision making bij huisartsconsulten. Huisarts Wet 2017;60:149.
- 2 Sanders ARJ, et al. Does training general practitioners result in more shared decision making during consultations. Patient Educ Couns 2017;100:563-74.

Robert Willemsen, Karen Konings

ECG-casus 'Buikgriep'

Casus

Patiënt: Man, 83 jaar.

Voorgeschiedenis: U behandelt de patiënt al twintig jaar voor hypertensie en diabetes mellitus type 2. De patiënt heeft een actieve levensstijl voor zijn leeftijd.

Medicatie: Quinapril/hydrochloorthiazide 1 x 20/12,5 mg, metformine 3 x 500 mg, insuline novomix 30/70 bij ontbijt 22E, bij avondeten 18E. Simvastatine 1 x 40 mg.

Anamnese: Sinds een halve dag misselijk, braken en pijn in epigastrio. Hij komt tussendoor op uw spreekuur. Hij vraagt om medicatie tegen het braken en wil die graag meteen in de nabijgelegen apotheek ophalen.

Lichamelijk onderzoek: De patiënt oogt wat bleek en heeft geen last van zweten. Bloeddruk 136/80 mmHg. Pols 86/min, regulair. Normale harttonen, geen soufflé. Geeft pijn aan in epigastrio. Er is geen evident drukgevoelige pijn bij palpatie. De buik is niet geprikkeld en de peristaltiek klinkt normaal.

ECG

OPGAVE

U denkt aan buikgriep, maar beoordeelt de pijn als behoorlijk en als niet naadloos passend bij een simpele buikgriep. U besluit een ECG te maken.

1. Beschrijf het ECG systematisch volgens ECG-10+.
2. Wat is uw beleid?

Het juiste antwoord staat op www.henw.org/oplossingcasus. ■