

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/23762>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Verschillende visies van huisartsen en reumatologen op de zorg voor patiënten met reumatoïde artritis

M.C.POLLEMANS, S.L.GORTER, J.J.RETHANS, S.J.VAN DER LINDEN EN R.GROL

De samenwerking tussen huisarts en specialist staat in het middelpunt van de belangstelling.^{1,2} Speciaal aandachtspunt is de continuïteit in de zorg tussen de eerste en de tweede lijn, met name bij patiënten met chronische aandoeningen.³ De huisarts heeft voor deze patiënten een belangrijke selecterende rol wat betreft het (moment van) inschakelen van specialistische hulp. De door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelde standaard 'Reumatoïde artritis',⁴ beoogt de huisarts ten aanzien van patiënten met reumatoïde artritis (RA) hierin te ondersteunen. Deze NHG-standaard adviseert vanwege de hoge frequentie van vóórkomen van gewrichtsklachten,^{5,6} de lage prevalentie van RA en het wisselend beloop van RA,⁷ een terughoudend beleid ten aanzien van diagnostiek en verwijzen. Na verschijning van de NHG-standaard in 1994 werd duidelijk dat de opvattingen van de verenigingen van huisartsen en reumatologen op dit punt niet overeenkwamen.^{8,9} Vanuit de reumatologie werd snelle verwijzing van RA-patiënten aanbevolen vanwege het huidige beleid om in een vroeger stadium te beginnen met agressievere therapie teneinde irreversibele gewrichtsschade te voorkomen,¹⁰⁻¹² en vanwege de specifieke deskundigheid van de reumatoloog, nodig voor juiste toepassing van en controle bij deze therapie.^{13,14}

Onbekend was in hoeverre dit verschil in inzicht bij de beroepsverenigingen in de dagelijkse praktijk als probleem werd ervaren en welke oplossingen eventueel waren gevonden. In het onderzoek waarvan hier verslag wordt gedaan, zijn daartoe de opvattingen van zowel huisartsen als reumatologen geïnventariseerd.

METHODEN

De inventarisatie van opvattingen vond plaats via een schriftelijke enquête in de zomer van 1995 onder een aselecte steekproef van 500 huisartsen uit het landelijke bestand van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg en onder alle 148 (assistent)-reumatologen. Voorts zijn zogenaamde focusinterviews gehouden met een groep van 7 huisartsen, een groep van 3 reumatologen en 2 groepen van in totaal 7 patiënten.

Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.
Faculteit der Cultuurwetenschappen: mw.dr.M.C.Pollemans, arts.
Vakgroep Huisartsgeneeskunde: dr.J.J.Rethans, huisarts; prof.dr.R. Grol, coördinator werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde.
Academisch Ziekenhuis, vakgroep Interne Geneeskunde, werkgroep Reumatologie, Maastricht.
Mw.S.L.Gorter, arts; prof.dr.Sj.van der Linden, reumatoloog.
Correspondentie-adres: mw.dr.M.C.Pollemans.

SAMENVATTING

Doel. Inventariseren van de taakopvattingen en samenwerking tussen huisartsen en reumatologen in de zorg voor patiënten met reumatoïde artritis (RA) na het verschijnen van de NHG-standaard 'Reumatoïde artritis' in 1994.

Opzet. Descriptief.

Plaats. Universiteit Maastricht.

Methode. Met behulp van een schriftelijke enquête onder een steekproef van 500 huisartsen en onder alle 148 (assistent)-reumatologen in Nederland en van focusgroepsinterviews met huisartsen, reumatologen en RA-patiënten werden gegevens verzameld. Deze betroffen de opvattingen van beide groepen beroepsbeoefenaren over hun beider rol in de diagnostiek en de therapie van RA, bestaande samenwerkingsmodellen, de tevredenheid over de onderlinge contacten en ervaren knelpunten in en mogelijkheden tot verbetering van de samenwerking.

Resultaten. Er bestonden grote verschillen tussen beide beroepsgroepen in visie op de taak van de huisarts en de reumatoloog in de zorg voor RA-patiënten. Huisartsen waren meer geneigd af te wachten bij vermoede en ook na gediagnosticeerde RA, terwijl reumatologen eerder verwijzing van patiënten nodig achtten. Er bestonden nauwelijks samenwerkingsmodellen met schriftelijk vastgelegde afspraken over de wederzijdse taak ten aanzien van deze groep patiënten.

Conclusie. Gebrek aan wederzijds contact en inzicht in elkaars deskundigheid leken belangrijke knelpunten die verbetering van de onderlinge communicatie in de weg stonden. Beide beroepsgroepen onderkenden de noodzaak van verbetering van de onderlinge samenwerking.

(Bij een focusinterview zijn de gespreksdeelnemers met elkaar in gesprek, anders dan bij een 'gewoon' interview.)

Schriftelijke enquête. De enquête bestond uit 33 vragen die zich behalve op persoons-, praktijk- en beroepsachtergrondvariabelen richtten op:

- gewenst gedrag van de huisarts bij vermoeden of na vaststellen van RA;
- taakopvattingen;
- schatting van de competentie van huisartsen op het gebied van RA;
- bestaande samenwerkingsvormen;
- satisfactie met de bestaande samenwerking.

Tevens waren 9 beschrijvingen opgenomen van praktijkgevallen, ontleend aan door het NHG samengesteld onderwijs- of toetsmateriaal voor huisartsen. Alle casussen hadden de vorm van een patiëntbeschrijving in de setting van de huisartspraktijk, met steeds 3 antwoordmogelijkheden: 'verwijzen', 'onder controle huisarts' en 'anders'. Tabel 1 geeft een voorbeeld van een casus.

Focusinterviews. De focusinterviews hadden tot doel om de enquêteresultaten nader te verklaren en om mogelijkheden ter verbetering van de samenwerking te

exploreren. Deelnemers ontvingen tevoren informatie over de belangrijkste enquêteresultaten. Daarnaast boden deze interviews de gelegenheid de opvattingen van RA-patiënten zelf te horen. Hun werd onder meer gevraagd naar de rol van de huisarts in het ziektebeloop, naar ervaringen in het verwijstraject en naar de rol van een (eventueel aanwezige) reumaconsulent.

De deelnemers aan de focusinterviews werden nadrukkelijk uitgenodigd met elkaar in discussie te treden in plaats van zich tot de interviewers te richten.^{15 16} De interviews werden direct na afname uitgeschreven en inhoudelijk geanalyseerd, waarbij de belangrijkste thema's in enkele grote lijnen werden gegroepeerd.

RESULTATEN

Schriftelijke enquête

Respons. Ingevulde enquêteformulieren werden ontvangen van 106 reumatologen (72%). De huisartsen retourneerden 233 enquêteformulieren (47%). Hiervan waren er 210 ingevuld (42%); 23 huisartsen (5%) motiveerden om uiteenlopende redenen niet aan het onderzoek te kunnen meewerken. Wat betreft persoonlijke, demografische en professionele achtergrondkenmerken vertoonden de respondenten geen noemenswaardige afwijkingen van landelijk bekende cijfers. Ook het aantal RA-patiënten per praktijk kwam overeen met wat uit onderzoek bekend is.^{17 18}

Taakopvattingen. Bijna driekwart van de huisartsen meende dat als de huisarts RA vermoedt, deze het beste een afwachtend beleid kan voeren, terwijl ruim driekwart van de reumatologen van mening was dat op dat moment een patiënt moet worden verwezen (tabel 2). Over het gewenste gedrag van de huisarts na de (door de huisarts) gestelde diagnose 'RA', liepen de opvattingen nog verder uiteen: ruim 70% van de huisartsen meende dat een afwachtend beleid op zijn plaats is, terwijl bijna 90% van de reumatologen verwijzing gewenst achtte (zie tabel 2).

Nadere precisering van taakopvattingen maakte duidelijk dat tussen beide beroepsgroepen slechts overeenstemming bestond over de uitersten van het spectrum

TABEL 1. Voorbeeld van een casusvraag, gebruikt in een enquête onder huisartsen en (assistent-)reumatologen om (verschillen in) opvattingen te inventariseren over beleid bij patiënten met gewrichtsklachten

Een 36-jarige man heeft sinds een paar maanden wisselend last van artritiden in de volgende gewrichten: de ellebogen, de knieën en de enkels. De door de huisarts bepaalde BSE is 12. Met af en toe een NSAID kan hij zich goed behelpen, maar hij wil toch graag weten of hij reuma heeft.

1. Deze patiënt dient op dit moment naar een reumatoloog te worden verwezen
2. De huisarts kan op dit moment het beste laboratoriumonderzoek (latexfixatietest) laten doen en het resultaat daarvan afwachten alvorens te beslissen over een eventuele verwijzing
3. Anders, namelijk: . . .

NSAID = niet-steroïde anti-inflammatoir geneesmiddel.

TABEL 2. Opvattingen van huisartsen en reumatologen (in %) ten aanzien van gewenst gedrag van de huisarts bij vermoeden van reumatoïde artritis (RA) en bij bewezen RA

gewenst gedrag huisarts	opvattingen	
	huisartsen	reumatologen
bij vermoeden van RA	(n = 201)	(n = 104)
verwijzen	10	77
zelf aanvullende diagnostiek verrichten	73	13
zelf proefbehandeling instellen	17	11
na diagnose 'RA'	(n = 209)	(n = 105)
verwijzen	28	89
zelf NSAID geven en beloop afwachten	71	11
zelf salazopyrine geven	1	0
zelf hydroxychloroquine geven	1	0

NSAID = niet-steroïde anti-inflammatoir geneesmiddel.

van diagnostiek en behandeling: beide beroepsgroepen beschouwden eenvoudige diagnostiek bij patiënten met gewrichtspijn primair als taak van de huisarts en het inzetten van een behandeling met 'disease-modifying anti-rheumatic drugs' primair als taak van de reumatoloog. Over de vraag tot wiens taak het behoort bij artritispatiënten aanvullende diagnostiek te verrichten en bij RA-patiënten niet-steroïde anti-inflammatoire medicijnen toe te passen, fysiotherapie in te schakelen, voorlichting te geven en de informatiestromen te coördineren, verschilden huisartsen en reumatologen van mening.

Schatting competentie huisartsen. De huisartsen meenden dat 2 van de 3 huisartsen in staat zijn zowel de diagnose 'RA' te stellen als, eventueel na consultatie van een reumatoloog, zelfstandig RA-patiënten te begeleiden. De reumatologen waren van oordeel dat dit ten aanzien van de diagnostiek wellicht geldt voor 1 op de 3 huisartsen, maar dat niet meer dan 10% van de huisartsen in staat is RA-patiënten zelfstandig adequaat te begeleiden.

Samenwerking. Concrete voorbeelden van functionerende samenwerkingsvormen heeft het onderzoek niet opgeleverd. Slechts op 1 plaats was een project in ontwikkeling dat ertoe moest leiden dat er samenwerkingsafspraken op papier zouden komen.

Onderling contact had meestal de vorm van incidenteel telefonisch overleg. Gevraagd naar voorkeur voor samenwerkingsmodellen kozen beide beroepsgroepen voor plaatselijk ontwikkelde richtlijnen. Door beide groepen werd hierbij opgemerkt dat het nuttig was elkaar persoonlijk ooit gesproken te hebben, bij wat voor vorm van samenwerking dan ook. Van beide kanten werd de waarde van gezamenlijke consulten benadrukt.

Satisfactie met wederzijdse contacten. Ondanks de verschillen in taakopvattingen bestond er toch een relatief hoge mate van tevredenheid bij beide beroepsgroepen over de onderlinge contacten. Bijna 80% van de huisartsen en tweederde van de reumatologen was in het algemeen tevreden over de wederzijdse contacten. Desalniettemin werden knelpunten genoemd. De huisartsen waren het minst tevreden over de informatie die zij ont-

vingen, de contactfrequentie en de bereikbaarheid van reumatologen. Een frequent geuite klacht was dat patiënten nauwelijks werden terugverwezen: 'eenmaal verwezen, blijft verwezen'. Als knelpunten noemden de huisartsen vooral de lange wachttijden en wachtlijsten. Zij klaagden over te afstandelijke relaties met steeds wisselende consultants in academische centra, verschil in werkwijze tussen reumatologen onderling en gebrek aan reumatologen in de buurt. De reumatologen hadden er vooral klachten over dat huisartsen weinig contact met hen zoeken en een aantal reumatologen klaagde over late verwijzingen. Zij beoordeelden tekortschietende kennis en ervaring van huisartsen als belangrijkste knelpunt. Zowel door huisartsen als door reumatologen werd overigens opgemerkt dat men eigenlijk te weinig wist van elkaars mogelijkheden.

Beleid naar aanleiding van voorgelegde casussen. Volgens de NHG-standaard 'Reumatoïde artritis' hoeven de meeste patiënten in de casussen op dit moment (nog) niet verwezen te worden. Huisartsen en reumatologen verschilden hierover echter nadrukkelijk van mening (tabel 3). Alleen ten aanzien van de casus over artrose (patiënt kan voorlopig bij de huisarts blijven) en casus 7 en 9, over toenemende klachten bij RA-patiënten, kwamen de opvattingen (verwijzing) enigszins bij elkaar in de buurt. Opvallend was dat ten aanzien van casus 4, over septische artritis (volgens de NHG-standaard een reden voor spoedverwijzing), bijna de helft van de huisartsen aangaf op dit moment niet tot verwijzen of overleg te zullen overgaan. De verschillen tussen huisartsen en reumatologen waren voor alle vragen significant ($p < 0,001$).

Focusinterviews

Huisartsen benadrukten het veelal geleidelijke begin van de klachten en het wisselend beloop. Patiënten met een heftige beginfase werden overigens meestal direct verwezen. De huisartsen meenden dat reumatologen geen goed beeld hebben van de frequentie waarmee huisartsen met gewrichtsklachten worden geconfronteerd. Verder vonden zij dat de reumatoloog in het algemeen bij twijfelgevallen niet meer zekerheid of snellere diagnostiek kan bieden dan de huisarts.

De reumatologen gaven aan patiënten in een eerdere fase te willen zien, vooral om patiënten die een verhoogd risico lopen op ernstige invaliditeit in een vroeg stadium te kunnen herkennen.

De patiënten maakten onderscheid tussen de begeleiding van de patiënt en diens omgeving (taak van de huisarts) enerzijds en de behandeling van de aandoening (taak van de reumatoloog) anderzijds. Patiënten gingen ervan uit dat zowel de huisarts als de reumatoloog voortdurend goed op de hoogte is van bijvoorbeeld (veranderingen in) de medicatie of van veranderingen in hun persoonlijke omstandigheden. Een voor de patiënten zeer wezenlijk element was de voorlichting en de informatieverstrekking aan het gezin en de partner. Zij zagen hierin vooral een taak voor de huisarts, omdat deze meestal een langdurige persoonlijke band met het gezin heeft.

TABEL 3. Opvattingen huisartsen en reumatologen (in %) over het bestaan van een indicatie tot verwijzen van patiënten met gewrichtsklachten in 9 patiëntencasussen*

casus	verwijsbeleid	opvattingen	
		huis- artsen†	reumato- logen‡
1. Ongespecificeerde gewrichtsklachten: bejaarde man, 1 maand klachten	verwijzen/overleg blijft bij huisarts	6 93	45 55
2. Reactieve artritis: scheepskapitein, 49 jaar, 2 maanden pijn in knie, daarvoor diarree, ontstekingsverschijnselen knie	verwijzen/overleg blijft bij huisarts	24 76	88 12
3. Vaststellen RA: man, 36 jaar, enkele maanden wisselende artritiden grote gewrichten, BSE 12, NSAID helpt	verwijzen/overleg blijft bij huisarts	19 81	90 11
4. Septische artritis: vrouw, 45 jaar, koorts, enkele dagen pijn in knie, ontstekingsverschijnselen knie	verwijzen/overleg blijft bij huisarts	56 44	99 1
5. Artrose: vrouw, 64 jaar, enkele weken gezwollen pijnlijke PIP's beide handen, pijnlijke enkels, benige verdikking vinger-gewrichten	verwijzen/overleg blijft bij huisarts	19 81	41 60
6. Verdenking RA: man, 46 jaar, plotseling pijnlijk gezwollen PIP's rechter hand, later pijn en zwelling knie en enkel, BSE 18, latexfixatietest normaal, röntgenbeeld: artrose knie	verwijzen/overleg blijft bij huisarts	52 48	89 11
7. Resultaat behandeling NSAID: man, 34 jaar, sinds jaar RA, met NSAID behandeld, toename klachten	verwijzen/overleg blijft bij huisarts	77 23	100 0
8. Onvoldoende effect NSAID: man, 38 jaar, seropositieve RA, incidenteel pijnstillers onvoldoende	verwijzen/overleg blijft bij huisarts	60 40	94 6
9. Beleid toenemende klachten RA: man, 76 jaar, veel klachten, sulfasalazine, klachten blijven toenemen	verwijzen/overleg blijft bij huisarts	88 12	93 7

NSAID = niet steroïde anti-inflammatoir geneesmiddel; PIP = proximaal interfalangeaal gewricht.
*Volledig uitgewerkte casusbeschrijvingen zijn op verzoek verkrijgbaar bij de auteurs.
†Aantal respondenten per casus wisselde en bedroeg 205-207.
‡Aantal respondenten per casus wisselde en bedroeg 105-106.

BESCHOUWING

Zowel de schriftelijke enquête als de focusinterviews laten zien dat de visies van huisartsen en reumatologen op de eigen taken en verantwoordelijkheden in de zorg voor RA-patiënten sterk uiteenliepen. De verschillen lij-

ken mede te worden veroorzaakt door het perspectief van beide beroepsgroepen wat betreft patiënten met gewrichtsklachten: voor reumatologen gaat het om problemen die de kern van hun vakgebied uitmaken, voor huisartsen vormen RA-patiënten maar een zeer beperkt deel van de praktijkpopulatie. Dit verklaart wellicht ook het verschil in respons op de vragenlijst.

Het belangrijkste geschilpunt tussen huisartsen en reumatologen lijkt gelegen in de terughoudendheid die huisartsen met verwijzen willen betrachten en de snelheid waarmee reumatologen (vermoedelijke) RA-patiënten wensen te zien. Huisartsen baseerden zich hierbij op hun ervaring (patiënt wordt er in het algemeen niet veel wijzer van), reumatologen wezen op de kentering in het beleid bij RA-patiënten, waarbij agressieve tweedelijnsmiddelen in een vroeger stadium toegepast worden.¹¹ Bij beide beroepsgroepen bestond behoefte aan meer inzicht in elkaars deskundigheid. Het ontbreken van inzicht in de wederzijdse deskundigheid is een algemeen terugkerende bevinding in onderzoeken die zich richten op samenwerking tussen huisarts en specialist.^{19, 20} Het leidt ertoe dat binnen gescheiden compartimenten wordt gewerkt²¹ en het weerhoudt betrokkenen van het ontwikkelen van een gezamenlijke zorgvisie.²² Het elkaar persoonlijk kennen lijkt een belangrijke voorwaarde voor het zoeken van contact tussen huisarts en specialist en daarmee voor het maken van samenwerkingsafspraken.

CONCLUSIE

De bevindingen geven aanleiding tot een aantal aanbevelingen. Concrete samenwerkingsprojecten dienen gestimuleerd te worden en op korte termijn moeten de mogelijkheden tot consulterende diagnostiek worden verruimd. Het voorschrijven van tweedelijnsmiddelen door huisartsen, zoals geopperd in de NHG-standaard, lijkt door de huisartsen zelf niet breed te worden ondersteund. Het onderhavige onderzoek beperkte zich tot opvattingen en 'papier' casussen. Het is bekend dat dergelijk onderzoek niet altijd een beeld oplevert dat geheel met het werkelijke handelen overeenkomt.²³ Nader onderzoek zou zich dan ook moeten richten op het werkelijke praktijkgedrag ten aanzien van reumapatiënten. Daaraan gekoppeld lijkt onderzoek wenselijk naar de effectiviteit van verschillende vormen van interventies (zoals gezamenlijk consult of gezamenlijke protocolontwikkeling).

Het onderzoek werd gesubsidieerd door het Nationaal Reumafonds.

ABSTRACT

Different opinions of GPs and rheumatologists about the management of rheumatoid arthritis patients.

Objective. To make an inventory of the opinions about professional duties and of the cooperation of general practitioners (GPs) and rheumatologists in the care of patients with rheumatoid arthritis (RA), after the publication of the standard 'Rheumatoid arthritis' issued by the Dutch College of General Practitioners in 1994.

Design. Descriptive.

Setting. Maastricht University, the Netherlands.

Method. Information was collected by means of a written questionnaire submitted to a random sample of 500 GPs and all 148 (assistant) rheumatologists in the Netherlands, and by means of focus group interviews with GPs, rheumatologists and RA patients. This information focused on the opinion of both groups of professionals on their professional duties in diagnosis and management of RA, existing models of cooperation, the satisfaction with mutual consultations, experienced problems and possibilities to improve cooperation.

Results. Substantial differences existed between both groups of professionals in their views on the duties of the GP and the rheumatologist respectively, in the care of RA patients. GPs tended to an expectative policy in cases of suspected or even diagnosed RA, whereas rheumatologists preferred early referral. Hardly any cooperation model was found with agreements committed to paper on the mutual duties regarding RA patients.

Conclusion. Inadequate mutual contacts and inadequate insight of both parties into each other's abilities appeared to be major problems impeding improvement of the mutual communication. Both groups recognized the need to improve the mutual cooperation.

LITERATUUR

- 1 Commissie modernisering curatieve zorg (commissie Biesheuvel). Gedeelde zorg: betere zorg. Achtergrondstudie van de commissie modernisering curatieve zorg. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1994.
- 2 Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV). Transmurale somatische zorg. Den Haag: NRV, 1995.
- 3 Eijk JThM van, Haan M de. Zorg voor chronisch zieken: de toekomstige rol van hulpverleners en patiënten. Huisarts Wet 1996;39:332-7.
- 4 Schuurman W, Alphen-Jager JM van, Bosch WJHM van den, Lagro HAHM, Willems D, Romeijnders ACM, et al. NHG-standaard Reumatoïde artritis. Huisarts Wet 1994;37:248-59.
- 5 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 6 Miedema HS. Reuma-onderzoek meerdere echelons: ROME-rapport. Leiden: NIPG/TNO, 1994.
- 7 Velden J van der, Bakker DH de, Claessen AAMC, Schellevis FG. Basisrapport morbiditeit in de huisartspraktijk. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 8 Linden Sj van der, Laar MAFJ van de. Reumatoïde artritis. Huisarts Wet 1995;38:82.
- 9 Wiersma Tj, Thomas S. Reumatoïde artritis. Huisarts Wet 1995;38:82-3.
- 10 Emery P, Salmon M. Early rheumatoid arthritis: time to aim for remission? Ann Rheum Dis 1995;54:944-7.
- 11 Emery P. Therapeutic approaches for early rheumatoid arthritis. How early? How aggressive? Br J Rheumatol 1995;34 Suppl 2:87-90.
- 12 Heijde DMFM van der. Joint erosions and patients with early rheumatoid arthritis. Br J Rheumatol 1995;34 Suppl 2:74-8.
- 13 Blaauw AAM, Schuwirth LWT, Vleuten CPM van der, Smits F, Linden Sj van der. Assessing clinical competence: recognition of case descriptions of rheumatic diseases by general practitioners. Br J Rheumatol 1995;34:375-9.
- 14 Werkgroep Patiëntenzorg ROZON. Stappen naar een nieuw tijdsgewricht. Den Haag: Nationaal Reumafonds, 1995.
- 15 Bender DE, Ewbank E. The focus group as a tool for health research: issues in design and analysis. Health Transition Review 1994;4:63-80.
- 16 Kitzinger J. Introducing focus groups. BMJ 1995;311:299-302.
- 17 Hingstman L, Harmsen J. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 1994. Utrecht: NIVEL, 1994.
- 18 Bernelot Moens HJ, Dungen LMR van, Wijkkel D. Postgraduate rheumatology training for general practitioners in the Netherlands. Experience from a consultation project. Amsterdam: Proceedings EULAR Congress Rheumatology Highlights, 1995.

- ¹⁹ Spreeuwenberg C. Samenwerking: landelijk en regionaal. *Med Contact* 1996;51:633.
- ²⁰ Grundmeijer H. General practitioner and specialist: why do they communicate so badly? *Eur J Gen Pract* 1996;2:53-4.
- ²¹ Geertsma A, Engelsman C, Haaijer-Ruskamp FM. Overeenstemming van specialistische zorg en bedoeling van de huisarts bij verwijzing van patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992;136:1107-11.

- ²² Bokken G. De samenwerking tussen huisarts en specialist. Een model. *Huisarts Wet* 1995;38:506-12.
- ²³ Rethans JJ, Boven CPA van. Simulated patients in general practice: a different look at the consultation. *BMJ* 1987;294:809-12.

Aanvaard op 19 juli 1996

Casuïstische mededelingen

Ruptuur van de quadricepspees; niet te missen?

I.V.VAN DALEN, S.J.HAM, R.W.BROUWER EN R.DEUTMAN

Een ruptuur van de pees van de M. quadriceps femoris is een weinig voorkomend letsel,^{1,2} dat door anamnese en lichamelijk onderzoek vaak eenvoudig kan worden gediagnosticeerd. Dat deze peesruptuur in de praktijk nogal eens wordt gemist is voornamelijk het gevolg van de onbekendheid met het letsel.

Op onze polikliniek werden het afgelopen jaar 4 patiënten met een unilaterale quadricepspeesruptuur behandeld. Bij 2 van hen werd in eerste instantie de juiste diagnose niet gesteld. In dit artikel beschrijven wij deze 4 patiënten.

ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

Patiënt A, een 59-jarige gezonde man, struikelde over een stoepje terwijl het linker been geflecteerd was. Hij hoorde een luide knal in de linker knie en kon vervolgens dit been niet meer actief strekken. Hij werd hiervoor in een ander ziekenhuis geïmmobiliseerd met behulp van een gipsspalk. Vijf dagen later bezocht patiënt onze polikliniek. Bij lichamelijk onderzoek stelden wij haemarthros van de linker knie vast; de knie kon niet actief worden gestrekt. Proximaal van de patella was een zogenaamde delle palpabel (een indeuking). Op grond van deze bevindingen werd de diagnose 'quadricepspeesruptuur' gesteld. Patiënt werd direct geopereerd en de continuïteit van de quadricepspees werd in lagen hersteld (figuur 1). Direct postoperatief werd patiënt gemobiliseerd met behulp van een gipskoker om het getroffen been. Na 6 weken werd het gips verwijderd en werd intensieve actieve en passieve oefentherapie toegepast. Drie maanden na de operatie had patiënt geen extensiebeperking meer en was flexie van de knie mogelijk tot 100°.

Patiënt B, een 68-jarige man, zakte door zijn linker knie bij het verlaten van de trein en kon na dit trauma het linker been niet meer belasten. Enkele dagen later bezocht hij onze polikliniek. Bij lichamelijk onderzoek vonden wij haemarthros van de linker knie en een extensiebeperking van 60°. Röntgenopnamen lieten geen afwijkingen zien. De diagnose luidde 'distorsie van de linker knie'. Patiënt kreeg functionele training voorgeschreven. Overigens had hij de week voor het trauma ciprofloxacine

SAMENVATTING

Bij 4 patiënten, 2 mannen van 59 en 68 jaar en 2 vrouwen van 59 en 50 jaar, werd een eenzijdige ruptuur van de pees van de M. quadriceps femoris gediagnosticeerd. Bij 2 van deze 4 patiënten werd de diagnose niet tijdens het eerste consult gesteld, waardoor operatieve therapie pas in een later stadium kon worden verricht. Bij alle patiënten was een delle palpabel proximaal van de patella. De patiënten kregen na operatieve therapie een bevredigende kniefunctie. Met het oog op een zo goed mogelijk eindresultaat is vroegtijdige behandeling echter van belang. Daarom dient bij een patiënt die zich meldt met een haemarthros en een strekbeperking van de knie de diagnose 'quadricepspeesruptuur' te worden overwogen.

gebruikt in verband met een urineweginfectie. Bij controle 3 maanden later was er nog een duidelijke quadricepsatrofie. Bij MRI-onderzoek bleek dat patiënt een degeneratieve scheur van de achterhoorn van beide menisci had; het niveau van de quadricepspees werd echter niet afgebeeld. De oefentherapie werd gecontinueerd. In verband met persisterende pijnklach-



FIGUUR 1. Ruptuur van de quadricepspees van patiënt A zichtbaar tijdens operatie: aanblik van proximodorsaal.

Martini Ziekenhuis, afd. Orthopedie, Groningen.

Mw.I.V.van Dalen (thans: Academisch Ziekenhuis, afd. Orthopedie, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen) en S.J.Ham, assistent-geneeskundigen; R.W.Brouwer, co-assistent; dr.R.Deutman, orthopedisch chirurg. *Correspondentie-adres:* mw.I.V.van Dalen.