

Gelderse Vallei succesvol met geïntegreerd zorgpad

# Meer grip op buikklachten

drs. Sophie Bonarius, arts-assistent, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde, UMC Utrecht

dr. Niek de Wit, huisarts, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde, UMC Utrecht

dr. Ben Witterman, MDL-arts, Ziekenhuis Gelderse Vallei

Correspondentieadres:  
b.witterman@planet.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

beeld: Shutterstock

Functionele buikklachten komen veel voor, maar een oorzaak wordt zelden gevonden. Ziekenhuis Gelderse Vallei startte een multidisciplinair behandelconcept vanuit een individuele benadering van de patiënt. En met een goed resultaat.

**N**aar schatting heeft 10 tot 20 procent van de westerse bevolking last van buikklachten. Meestal betreft het functionele buikklachten gekarakteriseerd door terugkerende buikpijn, maagklachten of opgeblazen gevoel met veranderd ontlastingspatroon zonder duidelijke onderliggende structurele oorzaak.<sup>1-5</sup> Dit klachtenpatroon wordt gedefinieerd in de Rome III diagnostische criteria.<sup>2,3</sup> Het natuurlijke beloop van functionele buikklachten is vaak chronisch, waarbij klachten levenslang kunnen terugkeren.<sup>6,7</sup> Uit een follow-up studie van Agreus et al (2001) bleek dat 55 procent van de patiënten met PDS (prikkelbaredarmsyndroom) na zeven jaar nog steeds buikklachten had. De overige patiënten hadden na zeven jaar functionele dyspepsie of gastro-oesofageale reflux. Slechts 13 procent was symptoomvrij.<sup>8</sup>

## Frustratie

Functionele buikklachten behoren tot de meest voorkomende redenen om de huisarts of MDL-arts te consulteren. Ze leiden tot veel werkverzuim, minder kwaliteit van leven en hoge kosten voor gezondheidszorg.<sup>9</sup> De oorzaak is onbekend, hoewel verschillende mechanismen worden gesuggereerd.<sup>10-13</sup> Zo worden functionele buikklachten gerelateerd aan stress en psychologische factoren, en kun-

nen ze worden uitgelokt door gastro-intestinale infecties en dieet.<sup>5,14</sup>

Ondanks veelvuldig onderzoek is er nog geen universeel effectieve behandeling voor deze klachten.<sup>9</sup> Uitleg over de aandoening en het ontstaan van klachten is, naast geruststelling, belangrijk. Veranderingen in leefstijl kunnen effectief zijn,<sup>13-15</sup> evenals bekkenbodemptherapie en dieetadviezen. Ook psychologische interventies kunnen een positief effect hebben.<sup>16-19</sup> Resultaten van medicamenteuze behandeling zijn teleurstellend.<sup>5</sup>

Functionele buikklachten zijn vaak een bron van frustratie voor arts en patiënt, die elk een verschillende perceptie van de klachten hebben en andere verwachtingen koesteren.<sup>20,21</sup> Artsen ontbreekt het vaak aan tijd en geduld om patiënten goed te informeren en te begeleiden.<sup>22</sup> Bovendien vormen de patiënten een heterogene groep, waardoor een behandeling moet worden afgestemd op de specifieke presentatie van de patiënt.<sup>2,16</sup>

Daarom is een meer individuele, doelgerichte benadering nodig, waarbij een individueel behandelplan centraal staat.<sup>2,13,18,23,24</sup>

## Zorgpad

Met dit hoofddoel voor ogen is in Ziekenhuis Gelderse Vallei een geïntegreerd behandelconcept ontwikkeld dat, afhankelijk van de ernst van de klachten, kan worden ingevuld.



De belangrijkste componenten van dit concept zijn:

- 'cure & care'-benadering;
- uitgebreide informatieverstrekking, geruiststelling;
- exploreren en afstemmen van verwachtingen van patiënt;
- beperkt maar adequaat diagnostisch traject (uitsluiten andere pathologie);
- multidisciplinaire evaluatie;
- individueel afgestemd behandeladvies.

Alleen patiënten met aanhoudende buikklachten, die voldoen aan de Rome III-criteria,<sup>2,3</sup> zonder alarmsymptomen en bij wie een onderliggende structurele oorzaak is uitgesloten of onwaarschijnlijk wordt geacht, kunnen via de huisarts of behandelend specialist worden aangemeld.<sup>1</sup> Uit de literatuur blijkt dat bij patiënten zonder alarmsymptomen die voldoen aan de Rome III-criteria, de positief voorspellende waarde voor functionele buikklachten 98 procent bedraagt. Aanvullend diagnostisch onderzoek blijkt slechts noodzakelijk bij minder dan 2 procent van de patiënten.<sup>3</sup> Vanuit de veronderstelling dat een geprotocolleerd multidisciplinair consultatietraject de

doelmatigheid van het beleid bij functionele buikklachten kan vergroten is, in 2006 in Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede, het Zorgpad Functionele Buikklachten (ZFB) gestart op de polikliniek voor maag-darm-leverziekten (MDL), in samenwerking met de regionale huisartsen.

### Iedere discipline

Voorafgaand aan het programma vullen patiënten twee vragenlijsten in: het anamneseformulier functionele buikklachten (waarin Rome III-criteria, alarmsymptomen, en pijnvaluatie middels VAS-score staan opgenomen) en een vragenlijst naar psychologische aspecten en kwaliteit van leven (IBS-QOL).<sup>25</sup> Tijdens het intakegesprek met de MDL-verpleegkundige geeft deze de patiënt uitgebreid uitleg over functionele buikklachten en neemt samen met hem/haar de vragenlijsten door. Vervolgens worden deze gegevens besproken met een multidisciplinair team, bestaande uit een MDL-verpleegkundige, MDL-arts, diëtist, medisch psycholoog en bekkenbodemptherapeut. Elke discipline geeft advies over wat de kwaliteit van leven voor de patiënt kan verbeteren: de diëtist let op de voedingsanamnese en eetgewoonte,

Het aanvraagformulier waarmee de huisarts of de behandelend specialist een patiënt met functionele buikklachten kan aanmelden.

beeld: auteur

## Aanvraagformulier Functionele buikklachten

[Home](#)
[Verwijs formulieren](#)
[Func. buikkl. formulier](#)
[Afdrukken Algemeen](#)
[Informatie voor patiënt](#)

[Verwijzen](#)
[Onderzoek](#)
[Bestellen](#)

**Patiëntgegevens**

Klok:       Initialen:       Geboortedatum:       Man ☐ Vrouw ☐

Achternaam:       Postcode:       Woonplaats:

Adres:       Verzekeringsmaatschappij:

Telefoon / mobiel:

**Aanvraag onderzoek : Functionele buikklachten**

Dit zorgpad is alleen toegankelijk voor patiënten met functionele buikklachten waarbij een somatische oorzaak is uitgesloten of onwaarschijnlijk is gemaakt.

☐ Continue of recidiverende buikpijn of buikpijnklachten  
☐ Langer dan 3 maanden    ☐ Anders:

☐ Veranderde frequentie van ontlasting naar  
☐ Meer dan 3x per dag    ☐ Minder dan 3x per week

**Anamnese :** ☐ Veranderde vorm van ontlasting  
☐ Hard    ☐ Waterig

☐ Veranderde passage van ontlasting  
☐ Hard moeten persen    ☐ "Niet leeg" gevoel na ontlasting

☐ Slijm bij ontlasting

☐ Opgezette buik of opgeblazen gevoel

**Aanvullende informatie :**

Laboratorium :	Beeldvorming :	Endoscopie :
<input type="checkbox"/> CRP/BSE	<input type="checkbox"/> Echografie	<input type="checkbox"/> Gastro-duodenoscopie
<b>Reeds verricht : onderzoek</b> <input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> X-colon of X-DDP	<input type="checkbox"/> Colonoscopie
<input type="checkbox"/> Hemoglobine	<input type="checkbox"/> CT-scan	<input type="checkbox"/> Sigmoidoscopie
<input type="checkbox"/> Leverenzymen	<input type="checkbox"/> MRI	
<input type="checkbox"/> Albumine		

**Wijze van : terugrapportage** ☐ De huisarts ontvangt bericht nadat het behandelingsvoorstel is vastgesteld.

Ingekomen :  datum

Arts :       Telefoonnummer :

Plaats :       Datum :

Disclaimer Copyright MCDC 2005-2006

## SAMENVATTING

- Functionele buikklachten vormen een bron van frustratie voor arts en patiënt, door de slecht begrepen achtergrond en het gebrek aan effectieve behandelingen.
- Een meer individuele, doelgerichte benadering is nodig, waarbij informatie en behandeling multidisciplinair worden gecombineerd binnen een gestructureerd consult.
- Daarom is in 2006 het Zorgpad Functionele Buikklachten (ZFB) gestart in Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede.
- Dit zorgpad leidde bij meer dan 35 procent van de patiënten tot een duidelijke vermindering van klachten.

de medisch psycholoog beoordeelt of psychotherapie of hypnotherapie zinvol is, de bekkenbodempatiënt kijkt naar de Rome III-vragenlijst met betrekking tot de bekkenbodempatiënt, defecatiepatroon en mictie, en de MDL-arts bepaalt of verder onderzoek nodig is en schrijft eventueel medicatie voor.

Tijdens het tweede consult met de MDL-verpleegkundige worden de diagnose en het behandeladvies besproken. Ook krijgt de patiënt leefstijladviezen.

De huisarts of verwijzend specialist wordt schriftelijk geïnformeerd over de vastgestelde diagnose en het behandeladvies. Uitvoering daarvan ligt bij de behandelend arts.

## Substantieel resultaat

Tussen augustus 2006 en december 2007 hebben 173 patiënten het zorgpad doorlopen. Ter evaluatie werden zij allemaal aangeschreven voor een schriftelijke enquête. Hiervoor kregen zij opnieuw eerdergenoemde vragenlijsten toegestuurd en daarnaast een vragenlijst over het behandelplan en ervaren klachtenvermindering ('adequate relief').<sup>26</sup> 107 (61,8%) patiënten hebben de evaluatieformulieren geretourneerd. Van de respondenten zei 35,4% minder buikklachten te hebben. De gemiddelde pijnintensiteit nam significant af van 6,74 naar 5,86 op een VAS-schaal van 1 tot 10. Na het doorlopen van het zorgpad was er minder verstoring van dagelijkse activiteiten, minder arbeidsverzuim en een betere levenskwaliteit door een afname van buikklachten.

Bij functionele klachten staat het chronisch karakter voorop en laat het natuurlijke beloop meestal geen spontane verbeteringen zien.<sup>8</sup> De gunstige resultaten van het zorgpad zijn mogelijk een gevolg van het feit dat veel aandacht wordt besteed aan voorlichting waardoor patiënten zich meer begrepen voelen, meer inzicht krijgen in de oorzaak en


gevolgen van hun aandoening en hierdoor zelf beter met de klachten leren omgaan.

Helaas heeft een derde van de behandelde patiënten niet deelgenomen aan de evaluatie. Dit kan een gevolg zijn van negatieve selectie, waarbij patiënten die geen profijt hadden, eerder geneigd zullen zijn om niet mee te doen. Maar zelfs als we ervan uitgaan dat alle niet-responders het zorgpad negatief evalueerden, dan nog had meer dan 20 procent van de patiënten een duidelijke klachtenvermindering. Voor patiënten die vaak al meerdere therapieën

hebben ondergaan en meerdere artsen hebben geconsulteerd zonder enig effect, is dit voor een aandoening, met weinig kans op spontane verbetering een substantieel resultaat.

## Geen harde conclusies

Natuurlijk heeft deze voorlopige evaluatie een groot aantal beperkingen en legitimeren de resultaten geen harde conclusies over de effectiviteit van het zorgpad. Het klachtenbeloop bij functionele buikklachten kan wisselend zijn. Het is daarom mogelijk dat de resultaten het gevolg zijn van andere factoren, zoals spontane verbeteringen van symptomen of verandering in psychosociale context. Patiënten met functionele buikklachten vormen een heterogene groep met moeilijk te objectiveren klachten waardoor wetenschappelijk onderzoek vaak moeizaam is. In het zorgpad worden de klachten echter met behulp van gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijsten nauwkeurig in kaart gebracht. Na *informed consent* is het mogelijk om alle patiëntgegevens op te slaan in een databank, zodat ze zijn te raadplegen bij klinisch wetenschappelijk onderzoek. Op die manier is op korte termijn de effectiviteit van dit zorgpad met gerandomiseerd onderzoek te bevestigen. Tevens moet duidelijk worden of dat primair het gevolg is van geruuststelling door specialistische consultatie, effect van intensieve voorlichting of effectiviteit van toegespitste behandeling.

De mogelijkheid tot korte, specialistische consultatie middels het zorgpad lijkt een zinvolle aanvulling op het beleid van functionele buikklachten. Het specialistische advies ondersteunt het beleid van de behandelend arts, komt tegemoet aan de verwachtingen van de patiënt en rationaliseert deze tegelijk. De impasse die er in de dagelijkse praktijk vaak ontstaat in de relatie tussen patiënten met onbegrepen buikklachten en behandelend artsen kan op deze manier worden doorbroken. De adequate documentatie van het klachtenpatroon vormt een goede basis voor verder klinisch onderzoek in deze patiëntengroep. Voor een goed werkend zorgpad is het belangrijk om een enthousiast en gemotiveerd multidisciplinair team te hebben. Het zorgpad moet bekend zijn bij huisartsen uit de regio en moet makkelijk toegankelijk zijn. Daarnaast is het natuurlijk belangrijk dat de juiste patiënten worden aangemeld en er een filtering plaatsvindt middels alarmsymptomen, zodat eventuele structurele (of niet-functionele) pathologie niet over het hoofd wordt gezien. 

## Elke discipline adviseert over het verbeteren van de kwaliteit van leven



De literatuurlijst en meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op onze website: [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

## Referenties

1. Akehurst R, Kalenthaler E. Treatment of irritable bowel syndrome; a review of randomised controlled trials. *Gut*. 2001; 48: 272-82.
2. Drossman DA, Thompson WG. The irritable bowel syndrome: Review and a graduated multicomponent treatment approach. *Ann Intern Med*. 1992; 116: 1009-16.
3. Vanner SJ, Depew WT, Paterson WG, DaCosta LR, Groll AG, Simon JB, Djurfeldt M. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 1999 Oct; 94 (10): 2912-7.
4. Blanchard EB, Lackner JM, Jaccard J, Rowell D, Carosella AM, Powell C, et al. The role of stress in symptom exacerbation among IBS patients. *J Psychosom Res*. 2008; 64: 119-28.
5. Quartero AO, Meineche-Schmidt V, Muris J, Rubin G, de Wit N. Bulking agents, antispasmodic and antidepressant medication for the treatment of irritable bowel syndrome (review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 18 (2): CD003460.
6. Waller SJ, Misiewicz JJ. Prognosis in the irritable-bowel syndrome: a prospective Study. *The Lancet*. 1969; 2 (7624): 754-6.
7. Svendsen JH, Munck LK, Andersen JR. Irritable bowel syndrome—prognosis and diagnostic safety. A 5-year follow-up study. *Scand J Gastroenterol*. 1985; 20 (4): 415-8.
8. Agréus L, Svärdsudd K, Talley NJ, Jones MP, Tibblin G. Natural history of gastroesophageal reflux disease and functional abdominal disorders: a population based study. *Am J Gastroenterol*. 2001; 94: 2905-14.
9. Vahedi H, Merat S, Momtahan S, Kazzazi AS, Ghaffari N, Olfati G, et al. Clinical trial: the effect of amitriptyline in patients with diarrhea predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008; [Epub ahead of print]
10. Pimental M, Park S, Mirocha J, Kane SV, Kong Y. The effect of nonabsorbed oral antibiotic (Rifaximin) on the symptoms of the irritable bowel syndrome. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 557-63.
11. Drossman DA. The Rome criteria process: diagnosis and legitimization of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 1999; 94: 2803-7.
12. Spiller R. Serotonin, inflammation, and IBS: Fitting the jigsaw together? *J Ped Gastroenterol and Nutrition*. 2007; 45: S115-9.
13. Drossman DA. Review article: an integrated approach to the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 1999; 13: 3-14.
14. Visser M, Geelen A, Pot GK, Bergeijk JD van, Brehler HH, Kampman E, Witteman BJM. Stress, angst en depressie bij patiënten met inflammatoire darmziekten (IBD) en het prikkelbare darmsyndroom (PDS). *Psychologie & gezondheid*. 2008; 36: 56-62.
15. Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut*. 2007; 56: 1770-98.
16. Villanueva A, Dominguez-Munoz J, Mearin F. Update in the therapeutic management of irritable bowel syndrome. *Dig Dis*. 2001; 19: 244-50.
17. Lackner JM, Mesmer C, Morley S, Dowzer C, Hamilton S. Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2004; 72: 1100-300.
18. Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med*. 1995; 122: 107-12.
19. Whorwell PJ, Colgan SM. Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome: further experience. *Gut*. 1987; 28: 423-5.
20. Casiday RE, Hungin AP, Cornford CS, de Wit NJ, Blell MT. Patients' explanatory models for irritable bowel syndrome: symptoms and treatment more important than explaining aetiology. *Fam Pract*. 2009 Feb; 26 (1): 40-7.
21. Casiday RE, Hungin AP, Cornford CS, de Wit NJ, Blell MT. GPs' explanatory models for irritable bowel syndrome: a mismatch with patient models? *Fam Pract*. 2009 Feb; 26 (1): 34-9.
22. Dixon-Woods M, Critchley S. Medical and lay views of irritable bowel syndrome. *Fam Pract*. 2000; 17: 108-13.
23. Gaynes BN, Drossman DA. The role of psychosocial factors in Irritable bowel syndrome. *Balliere's Clin Gastroenterol*. 1999; 13: 437-52.
24. Thomson WG. Irritable bowel syndrome: a management strategy. *Balliere's Clin Gastroenterol*. 1999; 13: 453-60.
25. Drossman DA, Patrick DL, Whitehead WE, Toner BB, Diamant NE, Hu Y, Jia H, Bangdiwala SI. Further validation of the IBS-QOL: A disease-specific quality-of-life questionnaire. *Am J Gastroenterol*. 2000; 95: 999-1007.
26. Bijkerk CL, de Wit NJ, Muris JW, Jones RH, Knotterus JA, Hoes AW. Outcome measures in irritable bowel syndrome: comparison of psychometric en methodological characteristics. *Am J Gastroenterol*. 2003; 98: 122-7.