

Valerie Storms | Veerle Foulon

# ZELFZORGADVIES IN DE APOTHEEK

Praktijkgids 1



# Zelfzorgadvies in de apotheek

Praktijkgids

*Valerie Storms en Veerle Foulon*

Acco Leuven / Den Haag

*Eerste druk:* 2014

*Gepubliceerd door*

Uitgeverij Acco, Blijde Inkomststraat 22, 3000 Leuven, België  
E-mail: [uitgeverij@acco.be](mailto:uitgeverij@acco.be) – Website: [www.uitgeverijacco.be](http://www.uitgeverijacco.be)

*Voor Nederland:*

Acco Nederland, Westvlietweg 67 F, 2495 AA Den Haag, Nederland  
E-mail: [info@uitgeverijacco.nl](mailto:info@uitgeverijacco.nl) – Website: [www.uitgeverijacco.nl](http://www.uitgeverijacco.nl)

*Omslagontwerp:* [www.frisco-ontwerpbureau.be](http://www.frisco-ontwerpbureau.be)

© 2014 by Acco (Academische Coöperatieve Vennootschap cvba), Leuven (België)

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

No part of this book may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means without permission in writing from the publisher.

Hardcover:

D/2014/0543/41

NUR 879

ISBN 978-90-334-9573-1

Softcover:

D/2014/0543/48

NUR 879

ISBN 978-90-334-9580-9



# Inhoud

<b>Woord vooraf</b>	<b>13</b>
---------------------	-----------

---

<b>Inleiding</b>	<b>15</b>
------------------	-----------

---

Zelfzorgadvies in de apotheek	17
1.1. Wettelijk kader: rol van de apotheker	17
1.2. Wettelijk kader: monopolie	18
1.3. Verschillende situaties	19
1.4. Huidige invulling van de rol van de apotheker	19
1.5. Waar naartoe?	20
Een goed gesprek over zelfzorg	21
2.1. Gesprek openen	21
2.2. Vraagstelling	22
2.3. Samenvatten en opties voorstellen	28
2.4. Advies geven	30
2.5. Gesprek afsluiten	32
Totstandkoming van deze praktijkgids	33
3.1. Auteursgroep	33
3.2. Uitgangspunt: WHAM-analyse	33
3.3. Literatuuronderzoek	34
3.4. Schrijven van een richtlijn	35
3.5. Toetsen van een richtlijn	35
3.6. Finaal nazicht door een leescommissie	36
Opbouw van deze praktijkgids	37
Hoe dit boek gebruiken?	39
Referenties	42

<b>Maagklachten</b>	<b>43</b>
---------------------	-----------

---

Inleiding	45
WHAM-Analyse	53
2.1. De vraagstelling	53
2.2. Achtergrondinformatie bij de vraagstelling	54
2.3. Algoritme na WHAM-analyse	66

Behandelopties	68
3.1. Peptisch ulcus	68
3.2. Gastro-oesofageale reflux	68
3.3. Nausea en braken	78
3.4. Maagklachten veroorzaakt door medicatie	84
3.5. Reiziekte	90
3.6. Functionele dyspepsie	93
Niet-medicamenteus advies	97
4.1. Levensstijlaanpassingen om reflux- en dyspepsieklachten te verminderen	97
4.2. Voedingsadviezen om reflux- en dyspepsieklachten te verminderen	97
4.3. Voorkomen van dehydratie	98
Medicamenteuze behandeling	99
5.1. Antacida	99
5.2. H <sub>2</sub> -antihistaminica	100
5.3. Protonpompinhibitoren	102
5.4. Gastroprokinetica	103
5.5. H <sub>1</sub> -Antihistaminica	104
5.6. Gember	106
Overzicht behandelopties	107
Realisatie van de richtlijn	110
7.1. Auteursgroep	110
7.2. Gecontacteerde experts	110
7.3. Apothekers en huisartsen betrokken bij de toetsing van de richtlijn	110
7.4. Zoekstrategie	111
7.5. Literatuuroverzicht	112

---

## **Diarree** **117**

Inleiding	119
WHAM-Analyse	122
2.1. De vraagstelling	122
2.2. Achtergrondinformatie bij de vraagstelling	124
2.3. Algoritme na WHAM-analyse	132
Behandelopties	133
3.1. Acute diarree	133
3.2. Chronische diarree	145

Niet-medicamenteus advies	151
4.1. Voorkomen van dehydratatie	151
4.2. Aanpassingen aan het voedingspatroon	154
4.3. Overdracht van verantwoordelijke kiemen vermijden	155
4.4. Aandachtspunten bij het gebruik van drinkwater en het bereiden en consumeren van voeding op reis	156
Medicamenteuze behandeling	158
5.1. Probiotica	158
5.2. Transitremmers	160
5.3. Antisecretoire geneesmiddelen	161
5.4. Zelfbehandeling van reizigersdiarree met antibiotica	162
5.5. Behandeling van een antibioticumgeassocieerde diarree door <i>Clostridium difficile</i>	163
5.6. Adsorbentia en adstringentia	163
Overzicht behandelopties	165
Realisatie van de richtlijn	166
7.1. Auteursgroep	166
7.2. Gecontacteerde experts	166
7.3. Apothekers en huisartsen betrokken bij de toetsing van de richtlijn	166
7.4. Zoekstrategie	167
7.5. Literatuuroverzicht	167
<b>Obstipatie</b>	<b>173</b>
Inleiding	175
WHAM-Analyse	178
2.1. De vraagstelling	178
2.2. Achtergrondinformatie bij de vraagstelling	179
2.3. Algoritme na WHAM-analyse	187
Behandelopties	188
3.1. Tijdelijke obstipatie	188
3.2. Chronische obstipatie	192
Niet-medicamenteus advies	201
4.1. Een uitgebalanceerde voeding met voldoende vezelname	201
4.2. Voldoende vochtinname	204
4.3. Voldoende lichaamsbeweging	204
4.4. Toiletgewoonten	204
Medicamenteuze behandeling	206
5.1. Osmotische laxativa	206

5.2. Contactlaxativa	210
5.3. Zwelmiddelen	212
5.4. Vloeibare paraffine	214
5.5. Rectale laxativa	215
Overzicht behandelopties	218
Realisatie van de richtlijn	219
7.1. Auteursgroep	219
7.2. Gecontacteerde experts	219
7.3. Apothekers en huisartsen betrokken bij de toetsing van de richtlijn	219
7.4. Zoekstrategie	220
7.5. Literatuuroverzicht	220
7.6. Bronnen van tabellen	222

---

## **Anale klachten** **223**

Inleiding	225
WHAM-Analyse	228
2.1. De vraagstelling	228
2.2. Achtergrondinformatie bij de vraagstelling	230
2.3. Algoritme na WHAM-analyse	237
Behandelopties	238
3.1. Hemorroïden	238
3.2. Anale fissuur	242
3.3. Anale Jeuk	245
3.4. Aarsmaden	246
Niet-medicamenteus advies	250
4.1. Goede regulatie van de intestinale transit	250
4.2. Perianale hygiëne	251
4.3. Toedienen van preparaten tot in het anale kanaal	252
Medicamenteuze behandeling	253
5.1. Lokale antihemorroïdale middelen	253
5.2. Veno- en capillarotropica	254
5.3. Lokale anesthetica	255
5.4. Mebendazol	256
Overzicht behandelopties	258
Realisatie van de richtlijn	260
7.1. Auteursgroep	260
7.2. Gecontacteerde experts	260
7.3. Apothekers en huisartsen betrokken bij de toetsing van de richtlijn	260

7.4. Zoekstrategie	260
7.5. Literatuuroverzicht	261
<b>Menstruatiepijn en PMS</b>	<b>265</b>
Inleiding	267
WHAM-Analyse	270
2.1. De vraagstelling	270
2.2. Achtergrondinformatie bij de vraagstelling	271
2.3. Algoritme na WHAM-analyse	275
Behandelopties	276
3.1. Primaire dysmenorroe	276
3.2. Secundaire dysmenorroe	279
3.3. Premenstrueel syndroom (PMS)	282
Niet-medicamenteus advies	286
4.1. Lokale warmte	286
4.2. TENS met een hoge frequentie	286
4.3. Andere	286
Medicamenteuze behandeling	287
5.1. NSAID's	287
Overzicht behandelopties	289
Realisatie van de richtlijn	290
7.1. Auteursgroep	290
7.2. Gecontacteerde experts	290
7.3. Apothekers en huisartsen betrokken bij de toetsing van de richtlijn	290
7.4. Zoekstrategie	290
7.5. Literatuuroverzicht	291
<b>Noodanticonceptie</b>	<b>295</b>
Inleiding	297
WHAM-Analyse	302
2.1. De vraagstelling	302
2.2. Achtergrondinformatie bij de vraagstelling	303
2.3. Algoritme na WHAM-analyse	309
Behandelopties	310
Niet-medicamenteus advies	320
4.1. Aanvullende beschermingsmaatregelen	320
4.2. Advies bij het gebruik van een zwangerschapstest	320



Medicamenteuze behandeling	322
5.1. Levonorgestrel	322
Overzicht behandelopties	324
Realisatie van de richtlijn	325
7.1. Auteursgroep	325
7.2. Gecontacteerde experts	325
7.3. Apothekers en huisartsen betrokken bij de toetsing van de richtlijn	325
7.4. Zoekstrategie	325
7.5. Literatuuroverzicht	326
<b>Vaginale schimmel</b>	<b>329</b>
Inleiding	331
WHAM-Analyse	332
2.1. De vraagstelling	332
2.2. Achtergrondinformatie bij de vraagstelling	333
2.3. Algoritme na WHAM-analyse	338
Behandelopties	339
3.1. Acute vaginale candidose	339
3.2. Recidiverende vaginale candidose	341
Niet-medicamenteus advies	343
4.1. In stand houden van de vaginale flora	343
4.2. Een gunstig milieu voor schimmels en gisten vermijden	343
4.3. Trauma ter hoogte van de vaginale wand vermijden	344
4.4. Overdracht van intestinale bacteriën naar de vagina vermijden	344
4.5. Overig niet-medicamenteus advies	344
Medicamenteuze behandeling	347
5.1. Lokale behandeling met antimycotica	347
Overzicht behandelopties	349
Realisatie van de richtlijn	350
7.1. Auteursgroep	350
7.2. Gecontacteerde experts	350
7.3. Apothekers en huisartsen betrokken bij de toetsing van de richtlijn	350
7.4. Zoekstrategie	351
7.5. Literatuuroverzicht	351

<b>Oogaandoeningen</b>	<b>355</b>
Inleiding	357
WHAM-Analyse	360
2.1. De vraagstelling	360
2.2. Achtergrondinformatie bij de vraagstelling	362
2.3. Algoritme na WHAM-analyse	371
Behandelopties	373
3.1. Conjunctivitis	373
3.2. Droge ogen	382
3.3. Subconjunctivale bloeding	385
3.4. Uv-keratitis of lasogen	386
3.5. Etsing door een chemische stof	387
3.6. Corpus alienum	389
3.7. Acuut geslotenhoekglaucoom	390
3.8. Blefaritis	391
3.9. Hordeolum	393
Niet-medicamenteus advies	395
4.1. Overdracht van verantwoordelijke kiemen vermijden	395
4.2. Oogspoeling	396
4.3. Overig niet-medicamenteus advies	396
Medicamenteuze behandeling	401
5.1. Bevochtigende kunsttranen	401
5.2. Uitgesteld antibioticagebruik bij een infectieuze conjunctivitis	405
5.3. Lokale antihistaminica	406
5.4. Orale antihistaminica	406
5.5. Cromoglicaat	407
Overzicht behandelopties	408
Realisatie van de richtlijn	410
7.1. Auteursgroep	410
7.2. Gecontacteerde experts	410
7.3. Apothekers en huisartsen betrokken bij de toetsing van de richtlijn	410
7.4. Zoekstrategie	411
7.5. Literatuuroverzicht	411
<b>Mond-lippen-tanden</b>	<b>417</b>
Inleiding	419
WHAM-Analyse	424
2.1. De vraagstelling	424

2.2. Achtergrondinformatie bij de vraagstelling	425
2.3. Algoritme na WHAM-analyse	439
Behandeloptyes	442
3.1. Klachten/aandoeningen ter hoogte van de mond	442
3.2. Klachten/aandoeningen ter hoogte van de lippen	459
3.3. Klachten/aandoeningen ter hoogte van de tanden	462
Niet-medicamenteus advies	474
4.1. Fluoridehoudende tandpasta	474
4.2. Tandepoetsen	478
4.3. Interdentale reiniging	481
4.4. Mondgezonde voeding	484
4.5. Tongschrapen	485
4.6. Aandachtspunten voor een goede mondgezondheid bij jonge kinderen	485
Medicamenteuze behandeling	487
5.1. Speekselvervangers en mondbevochtigers	487
5.2. Pilocarpine	488
5.3. Desinfecterende mondspoelmiddelen	488
5.4. Lokale anesthetica	493
5.5. Lokale preparaten op basis van zinkoxide of zinksulfaat	493
5.6. Antivirale preparaten	494
5.7. Verzachtende gels op basis van hyaluronzuur	495
Overzicht behandelopties	497
Realisatie van de richtlijn	501
7.1. Auteursgroep	501
7.2. Gecontacteerde experts	501
7.3. Apothekers en huisartsen betrokken bij de toetsing van de richtlijn	501
7.4. Zoekstrategie	501
7.5. Literatuuroverzicht	503
7.6. Bronnen van figuren	507

## Woord vooraf

In Vlaanderen staan een dicht netwerk en een goede spreiding van apotheken in voor een 24/7 beschikbaarheid voor de bevolking. De apotheker is de meest toegankelijke zorgverstrekker.

De apotheker scoort hoog op het vlak van vertrouwen. Mede door de duurzame relatie tussen patiënt en apotheker wordt het begrip ‘huisapotheker’ steeds meer aanvaard.

De apotheker is erkend als zorgverstrekker en als expert van het geneesmiddel. De apotheker draagt bij tot een rationeel gebruik van geneesmiddelen.

De apotheker begeleidt patiënten met correct advies omtrent medicatie, vitamines, voeding en gezondheid.

*“De apotheek van de toekomst is het kruispunt van patiënten én zorgverleners. De focus is geneesmiddelenbehandeling in de ruimste zin van het woord.*

*Maar ook in andere aspecten van gezondheid en ziekte neemt de apotheker zijn verantwoordelijkheid op, zowel op preventief als curatief vlak.”*

Vlaams Apothekers Netwerk (VAN), charter 2012

Voor u ligt een praktijkgericht boek dat een leidraad vormt bij het bevragen en behandelen van zelfzorgklachten in de apotheek. Het boek is geschreven als een levend werkdocument, dat gebruiksvriendelijk en vlot te consulteren is. In de eerste plaats richt het boek zich tot apothekers en hun assistenten, maar ook huisartsen en verpleegkundigen kunnen er hun voordeel mee doen.

Dit boek kwam tot stand dankzij een samenwerking die in 2012 gestart is. Door de inbreng van professoren farmaceutische zorg van de verschillende Vlaamse universiteiten, VAN, Domus Medica, artsen-experts en een uitgebreide redactie van apothekers uit verschillende hoeken, werd een breed draagvlak gecreëerd.

Dit boek dient om apothekers te ondersteunen bij het bevragen van zelfzorgklachten en het afleveren van medicatie zonder voorschrift. Daarmee wil VAN de huisapotheker bijstaan bij zijn kerntaak als verstrekker van farmaceutische zorg. Dit boek dient ook om andere zorgverstrekkers op de eerste lijn te ondersteunen bij hun kerntaak.

Hilde Deneyer en Thierry De Heyn – resp. algemeen directeur en voorzitter VAN

[www.vlaamsapothekersnetwerk.be](http://www.vlaamsapothekersnetwerk.be)

# INLEIDING

Zelfzorg is wat mensen zelf doen om gezond te zijn en te blijven, en om te gaan met ziekte. Het omvat voeding, beweging, hygiëne en zelfzorggeneesmiddelen <sup>[1]</sup>.

Mensen zijn beter geïnformeerd dan ooit tevoren en hebben toegang tot duidelijke, begrijpbare, objectieve en geüpdatete informatie over geneesmiddelen. Bovendien willen mensen meer en meer zelf beslissingen nemen over hun eigen zorg, of op zijn minst bij die beslissingen betrokken worden. Dat maakt dat nogal wat mensen zelf op zoek gaan naar een verklaring voor bepaalde klachten, of zelf een idee hebben van wat een geschikte behandeling zou kunnen zijn voor de kwaaltjes die ze ervaren.

Goede zelfzorg vraagt echter goede coaching. Het is onze overtuiging dat de apotheker de coaching van het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen kan en moet opnemen.

Deze praktijkgids heeft tot doel om apothekers in de eerste lijn te ondersteunen bij de begeleiding van patiënten die met klachten in de apotheek komen waarvoor een behandeling met een zelfzorgproduct in aanmerking zou kunnen komen. De praktijkgids moet apothekers helpen bij het nemen van beslissingen over het al dan niet doorverwijzen van patiënten en bij het kiezen van een geschikt zelfzorgproduct.

De aanbevelingen in deze praktijkgids zijn gebaseerd op een systematische review van de literatuur. Ze bieden een houvast in de veelheid van informatie die beschikbaar is, zowel voor professionals als voor patiënten.

## Zelfzorgadvies in de apotheek

### 1.1. Wettelijk kader: rol van de apotheker

De afgelopen jaren is de rol van de apotheker aanzienlijk veranderd. Waar vroeger vooral de nadruk lag op het bereiden en afleveren van geneesmiddelen, is de focus nu meer verschoven naar het begeleiden van patiënten bij het gebruik van geneesmiddelen [2,3]. Die nieuwe praktijkvoering, die omschreven wordt als 'farmaceutische zorg', is in België juridisch verankerd in het gewijzigde KB 78 over de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (Wet van 1 mei 2006). Het gewijzigde KB 78 en de *Gids voor goede officinale farmaceutische praktijken*

(GGOFP, 21/01/2009) geven de apotheker een duidelijke verantwoordelijkheid in de begeleiding van de patiënt, zeker ook wat het gebruik van niet-voorgeschreven geneesmiddelen betreft.

“Wanneer een product zonder voorschrift wordt gevraagd, vergewist de apotheker zich ervan dat hij voldoende informatie krijgt om het specifieke gezondheidsprobleem van de patiënt te kunnen inschatten. Elke vraag moet het onderwerp uitmaken van een analyse die leidt tot het verstrekken van een advies, de verstrekking van een product, of de weigering om een product te verstrekken. De keuze van het geneesmiddel of van een ander gezondheids- en verzorgingsproduct, en het verstrekte advies moeten steunen op wetenschappelijk relevante documentatie of op de professionele ervaring van het volledige apothekerteam waarbij ieder dezelfde criteria hanteert. De apotheker blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid: telkens wanneer nodig verwijst hij de patiënt door naar een andere zorgverstrekker.” (GGOFP)

## 1.2. Wettelijk kader: monopolie

In België kunnen voorschriftvrije geneesmiddelen enkel afgeleverd worden in de apotheek; ze moeten bovendien altijd ‘gevraagd’ worden aan de apotheker of assistent. Dat is anders dan in een aantal van onze buurlanden, waar sommige voorschriftvrije geneesmiddelen beschikbaar zijn in de drogisterij of de supermarkt. Het monopolie van de apotheker in de aflevering van voorschriftvrije geneesmiddelen is een belangrijke troef, maar schept meteen ook hoge eisen voor de kwaliteit van de begeleiding en medicatieveiligheid.

Op basis van zijn opleiding (kennis van fysiopathologie, farmacologie, farmacotherapie) zou de apotheker in staat moeten zijn om logische behandelkeuzes te maken, gebaseerd op de individuele noden van de patiënt. Die keuzes moeten gebaseerd zijn op evidentie: de apotheker kiest in principe voor een geneesmiddel met een bewezen effectiviteit en zo weinig mogelijk nevenwerkingen. Bovendien houdt de apotheker ook rekening met mogelijke interacties en contra-indicaties. Aangezien de keuze van een zelfzorggeneesmiddel vaak ook wordt ingegeven door de vraag of de voorkeur van de patiënt, is een goed gesprek cruciaal.

### 1.3. Verschillende situaties

Wat de begeleiding van patiënten bij het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen betreft, doen zich in de praktijk 2 types situaties voor. Ofwel vraagt de patiënt naar een concreet product (bijvoorbeeld: ‘Een doosje Immodium alstublieft’), ofwel vraagt hij naar een advies of product bij een bepaalde klacht (bijvoorbeeld: ‘Ik zou iets willen om beter naar het toilet te kunnen gaan’).

De eerste situatie lijkt eenvoudig en makkelijk af te handelen: de patiënt weet immers wat hij nodig heeft, en het product is doorgaans beschikbaar. Toch zou elke vraag naar een zelfzorggeneesmiddel aanleiding moeten zijn voor een gesprek: heeft de patiënt de aandoening die hij denkt te hebben? Komt die conditie in aanmerking voor zelfzorg? Zijn er patiëntspecifieke factoren die doorverwijzing nodig maken? Kan het gevraagde zelfzorggeneesmiddel een gunstig effect hebben op het verloop van de aandoening? Is het gevraagde zelfzorggeneesmiddel effectief en veilig voor deze patiënt?

De meeste patiënten zullen zich wellicht niet bewust zijn van het belang van die overwegingen en niet verwachten dat er bij die aspecten wordt stilgestaan. Toch is net dát de coachende rol die de apotheker kan en moet opnemen, of de patiënt nu vraagt naar een concreet product of eerder naar een advies.

### 1.4. Huidige invulling van de rol van de apotheker

“Apothekers stellen te weinig vragen en geven daardoor soms foute producten mee.” (Test Gezondheid, 2008)

“Apothekers waarschuwen te weinig voor gevaarlijke geneesmiddelencombinaties.” (Test Gezondheid, 2012)

Uit een aantal onderzoeken, zowel door organisaties als Test Gezondheid als door de beroepsverenigingen en universiteiten, blijkt dat het invullen van de coachende rol voor het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen in bepaalde gevallen nog voor verbetering vatbaar is. Er worden soms nog te weinig vragen gesteld, en bij de analyse worden niet altijd alle aspecten in rekening gebracht. Daar zijn verschillende verklaringen voor te geven. Heel wat apothekers hebben de indruk dat de meeste patiënten snel geholpen willen worden, ongemakkelijk worden wanneer er vragen gesteld worden en liever niet willen praten over hun klachten, zodat ze zich dus niet engageren in een dergelijk gesprek. Anderen geven aan dat ze niet geleerd hebben om veel vragen te stellen en/of dat ze in hun opleiding weinig of niets gehoord



hebben over de aanpak van zelfzorgvragen, en zich die materie zelf eigen hebben gemaakt, met alle mogelijke beperkingen van dien. Tot slot is er ook wat controverse over ‘evidence-based’ handelen: apothekers ervaren het als beklemmend wanneer ze zich bij de behandelopties moeten beperken tot die producten en maatregelen waarvoor ‘harde’ wetenschappelijke evidentie bestaat.

Gelukkig zijn er ook heel wat voorbeelden te vinden van hoe het wel kan, en groeit het bewustzijn dat die kerntaak van de apotheker een gestructureerde, evidence-based aanpak verdient. Met dat laatste wordt een aanpak bedoeld die gestoeld is op de beste wetenschappelijke evidentie, de (klinische) ervaring van de zorgverlener én de wensen en voorkeuren van de patiënt.

## **1.5. Waar naartoe?**

Met deze praktijkgids willen we – aansluitend bij het baanbrekende werk dat al gerealiseerd werd met de eerste mappen ‘Adviezen voor zelfzorg’ en het AZ-project ‘Van advies tot zelfzorg’ – de apotheker een houvast bieden om zijn taak in de begeleiding van patiënten met zelfzorgvragen adequaat op te blijven nemen. Tegelijk willen we een pleidooi houden om die zorg te documenteren en de aflevering van zelfzorggeneesmiddelen, mits akkoord van de patiënt, te registreren in de medicatiehistoriek.

Als de meerderheid van de apothekers erin slaagt om in de meerderheid van de gevallen die coachende rol naar behoren op te nemen, leidt dat ongetwijfeld tot een verdere verankering van de apotheker in de eerstelijnszorg. Artsen én overheid kunnen er dan blijvend op vertrouwen dat de apotheker, met zijn laagdrempelige en vlotte beschikbaarheid, onderscheid kan maken tussen ‘pluis’ en ‘niet pluis’, tussen het afleveren van een zelfzorggeneesmiddel en doorverwijzen. Als apothekers er bovendien in slagen om aan te geven hoe ze die rol invullen, welke overwegingen ze maken om tot een ‘diagnose’ te komen en met welke elementen ze rekening houden bij het voorstellen van een bepaald advies en/of product, dan zou de meerwaarde van de apotheker tegenover andere distributiekanaal duidelijk moeten blijven.

## Een goed gesprek over zelfzorg

De bedoeling van een zelfzorggesprek is de patiënt zo goed mogelijk begeleiden bij zijn vraag naar een zelfzorgproduct of bij zijn vraag naar advies bij een bepaalde klacht. Een dergelijk gesprek is moeilijker dan dat op het eerste gezicht lijkt. Het is immers van belang om een goed beeld te krijgen van de vraag of klacht van de patiënt, de verschillende mogelijkheden te overwegen, een keuze te maken die verantwoord is én op evidentie gebaseerd is, en de patiënt correct te informeren.

Effectieve communicatie, ook wat zelfzorg betreft, is geen gedachteloos proces. Het vraagt inspanning en het zorgvuldig kiezen van de communicatiedoelstellingen. Effectieve communicatie kan wél aangeleerd worden. Het is daarbij onder meer van belang te leren een vaste structuur te volgen en te groeien op basis van feedback van docenten, collega's en patiënten.

Hieronder staan we stil bij 3 grote delen van het zelfzorggesprek: de vraagstelling, de samenvatting en het geven van advies. Uiteraard begint elk gesprek met een warme en persoonlijke verwelkoming en wordt elk gesprek professioneel afgesloten.

### 2.1. Gesprek openen

Bij de opening van het gesprek kan het van belang zijn om aan te geven dat je een aantal vragen zult stellen en waarom dat nodig is. Veel patiënten blijken immers te verwachten dat ze meteen iets meekrijgen, zonder dat er op de klacht of vraag wordt ingegaan.

*Patiënt: Kun je mij iets meegeven tegen aambeien?*

*Apotheker: Zeker. Maar om je zo goed mogelijk te helpen zou ik toch graag wat vragen stellen. Is dat oké voor jou?*

## 2.2. Vraagstelling

### 2.2.1. ALGEMEEN

---

Een goede analyse van de klachten is onontbeerlijk om de patiënt gericht advies te kunnen geven en mogelijke probleemsituaties op te sporen. Verschillende factoren kunnen het advies en de productkeuze beïnvloeden of doorverwijzen noodzakelijk maken. Daarom zijn er enkele essentiële vragen die je als apotheker altijd moet stellen. Dat geheel van vragenstellen wordt samengevat als de ‘WHAM-analyse’.

We hebben ervoor gekozen om de klassieke WHAM-analyse uit te breiden tot zes groepen van vragen:

- **Voor wie** is het advies/product bestemd?
- **Hoelang** heeft de patiënt al last?
- **Hoe** omschrijft de patiënt zijn klachten?
- Wat is de mogelijke **oorzaak** van de klachten?
- Welke **acties** heeft de patiënt zelf al ondernomen?
- Welke **medicatie** neemt de patiënt?

Verder wordt duidelijk gemaakt waarom die groepen van vragen belangrijk zijn, en wat ermee bereikt kan worden. Het is geenszins de bedoeling die vragen strikt na elkaar te stellen, of ze letterlijk zo te formuleren.

Voor een goede en volledige analyse van de situatie zal het belangrijk zijn om als apotheker zo veel mogelijk open vragen te stellen, zeker in het begin van het gesprek. Die laten de patiënt toe om veel informatie aan te reiken, waarop nadien ingepikt kan worden met meer specifieke vragen. Suggestieve en samengestelde vragen worden beter vermeden.

Suggestieve vragen zijn vragen waarbij het antwoord al op voorhand vast lijkt te liggen.

*Bijvoorbeeld:*

*Je hebt toch nog niets genomen?*

*Je hebt geen maaglast zeker?*

*Je neemt geen medicatie hé?*

Bij dergelijke vragen is het voor de patiënt lastig om tegen het verwachte antwoord in te gaan. Hij moet al sterk in zijn schoenen staan om toch aan te

geven hoe het werkelijk zit: ‘Jawel...’, ‘Eigenlijk wel...’. Dergelijke vragen blokkeren dus alle openheid.

In samengestelde vragen worden 2 elementen tegelijk bevraagd.

*Bijvoorbeeld:*

*Is het een branderig gevoel en komt het zuur tot in de mond?*

*Kun je moeilijk naar het toilet gaan of is er ook bloed bij?*

Meestal krijg je slechts op een van beide vragen een antwoord. Dat kan op het eerste deel van de vraag zijn, omdat de patiënt daarop is beginnen na te denken/te antwoorden. Maar het antwoord kan ook slaan op het tweede deel van de vraag omdat de patiënt het eerste deel van de vraag al vergeten is.

Wanneer je dergelijke vragen bovendien gesloten formuleert, zoals in de voorbeelden hierboven, riskeer je bovendien enkel een ‘ja’ of ‘nee’ als antwoord te krijgen, en dan ben je hier eigenlijk niets mee.

Probeer je vragen ook altijd eenduidig te formuleren. Vermijd woorden als ‘voldoende’, ‘veel’ of ‘lang’. Die woorden worden immers door iedereen anders geïnterpreteerd. Een positief antwoord op de vraag ‘drink je voldoende’ kan immers betekenen dat iemand 1,5 liter water per dag drinkt, maar ook dat iemand slechts 2 kopjes koffie per dag nuttigt.

Hieronder geven we bij elk van de rubrieken concrete voorbeelden van de vragen die je kunt stellen om bepaalde informatie te weten te komen. Tabel 1 toont de belangrijkste verschillen tussen open en gesloten vragen.

**Tabel 1:** onderscheid tussen open en gesloten vragen

Open vragen	Gesloten vragen
Antwoord > ‘ja’ of ‘nee’ Laat toe dat de patiënt zich zelf uitdrukt	Meestal een ‘ja’ of ‘nee’ als antwoord
Patiënt aan het woord	Patiënt passief
Patiëntgecentreerd	Apothekergecentreerd
Interactief proces	Ondervraging
Levert veel informatie op	Levert weinig informatie op

Minstens even belangrijk als een effectieve vraagstelling is het luisteren naar de patiënt. In een zelfzorggesprek komt het erop aan in te pikken op wat de patiënt vertelt en van daaruit de klacht of vraag verder te exploreren. Een vlot zelfzorggesprek is dan ook een echte dialoog, waarin zowel de patiënt als de apotheker evenwichtig aan bod komt, en waarin de vragen logisch volgen op de antwoorden. Een goede manier om een klacht of vraag verder te exploreren, is spiegelend antwoorden. Je herhaalt daarbij een woord of begrip uit het verhaal van de patiënt, met de bedoeling er meer over te weten te komen. Een andere techniek die gebruikt kan worden, is het parafraseren van de inhoud. Je geeft daarmee in je eigen woorden de belangrijkste elementen uit het verhaal van de patiënt weer, op een veronderstellende toon. De patiënt krijgt dan de mogelijkheid om de informatie aan te vullen of te corrigeren.

*Apotheker: Je zei aambeien... wat voor last heb je juist? (spiegelend antwoord, gevolgd door open vraag)*

*Patiënt: Wel, er is een zwelling, en het bloedt als ik naar het toilet ga. Het is al jaren bezig.*

*Apotheker: Je zegt jaren? (spiegelend antwoord)*

*Patiënt: Ja, sinds mijn laatste zwangerschap eigenlijk. Ik ben er al een aantal keer voor bij de dokter geweest, en hij vindt dat het geopereerd moet worden, maar dat zie ik eigenlijk niet zitten. Kun je geen suppo's meegeven zodat het toch wat kan genezen en het minder gaat bloeden?*

*Apotheker: Het bloedt de laatste tijd dus vrij fel? (parafraseren van de inhoud)*

*Patiënt: Ja, elke keer als ik naar het toilet ga. Dan is er overal bloed. Het is felrood.*

### 2.2.2. TE BEVRAGEN ELEMENTEN

---

#### **W: Voor wie is het advies/product bestemd?**

Probeer zo vroeg mogelijk in het gesprek te weten te komen voor wie het advies of product bedoeld is. Dat vermijdt verkeerde veronderstellingen en foute vraagstelling. Al te vaak gaan we er als apotheker van uit dat diegene die het advies vraagt, ook diegene is voor wie het advies bedoeld is. Dat is echter niet noodzakelijk zo.

*Lieve vraagt iets tegen diarree. Het blijkt bedoeld te zijn voor haar kleindochtertje, Linde, die net haar eerste verjaardag vierde.*

*Josseline vraagt wat je kunt meegeven tegen constipatie. Bij doorvragen merk je dat het advies bedoeld is voor haar vader Oscar, een kranige negentiger.*

*Luc wil een doosje Rennie. Het product is bedoeld voor zijn vrouw Joke, die 7 maanden zwanger is.*

Vooraf de leeftijd van de patiënt is een belangrijke factor. Afhankelijk van de leeftijd zal een klacht immers als meer of minder ernstig worden geïnterpreteerd. Zo komt diarree bij een volwassene die voor de rest gezond is, in aanmerking voor zelfzorg. Dezelfde symptomen bij een baby of peuter (zoals in het voorbeeld hierboven), of bij oudere personen kunnen echter makkelijk aanleiding geven tot dehydratatie en vragen mogelijk om doorverwijzing naar een arts. Plotse klachten, die voor het eerst optreden boven een bepaalde leeftijd, kunnen wijzen op een maligniteit en vragen eveneens om doorverwijzing, terwijl ze in andere situaties best met zelfzorgproducten behandeld kunnen worden.

De leeftijd zal ook de keuze voor een bepaalde behandeling bepalen. Sommige producten kunnen niet meegegeven worden voor kinderen onder de 12 jaar, of onder de 6 jaar; bij andere producten moet de dosis aangepast worden.

Daarnaast is het, afhankelijk van de klacht, ook van belang bepaalde specifieke aspecten in kaart te brengen, zoals zwangerschap, gewicht (obesitas?), rookgedrag, alcoholverbruik, stress, ... Sommige van die factoren kunnen spontaan genoemd worden bij het vragen naar de oorzaak van de klacht (zie verder), andere moeten specifiek bevestigd worden.

*Je wilt graag iets tegen diarree. Voor wie is het product bedoeld? Voor je kleindochter... Hoe oud is ze ondertussen? Hoeveel weegt ze?*

*Iets om beter naar het toilet te kunnen gaan... Wie heeft er juist last van? Je vader...*

*Een doosje Rennie... voor Joke. Als ik me niet vergis, is Joke zwanger?*

### **H: Hoelang heeft de patiënt al last?**

Het is belangrijk om na te gaan wanneer de klachten begonnen zijn en hoe lang de klachten al aanhouden. Over het algemeen wijzen langdurige klachten eerder op een ernstig probleem, waarvoor consultatie bij een arts aangewezen is; kleine kwaaltjes zijn meestal zelflimiterend en verdwijnen doorgaans na een aantal dagen.

Verder is het van belang na te gaan of de patiënt al eerder last heeft gehad van eenzelfde of een vergelijkbare klacht, en zo ja, hoe vaak. Zo is het advies bij een patiënte die gedurende het laatste jaar al een drietal keer last had van een

vaginale schimmelinfectie en zich nu aandient met dezelfde klacht, verschillend van dat bij een vrouw die nog maar één keer vergelijkbare klachten gehad heeft.

*Hoelang heeft Linde al last van de diarree? Wanneer zijn de klachten begonnen?*

*Hoelang klaagt jouw vader al dat hij moeilijker naar het toilet kan gaan?*

*Hoelang heeft Joke al last van zure oprispingen? Heeft ze dat bij haar eerste zwangerschap ook gehad?*

### **H: Hoe omschrijft de patiënt zijn klachten?**

De bevraging van de aard van de klachten is een heel belangrijk element in de vraagstelling. Probeer hier zo open mogelijk te starten en eventueel met gesloten vragen een aantal specificaties te weten te komen.

*Hoe is de diarree juist? (lopend, waterig, bloed, slijmen, ...) Hoeveel keer heeft ze al waterige stoelgang gemaakt?*

*Wat bedoelt jouw vader met 'moeilijker naar het toilet gaan'? (harde stoelgang, minder frequent, pijn bij ontlasting, ...)*

*Waar heeft Joke juist last van? (branderig gevoel, zure oprispingen bij vooroverbuigen, ...)*

Probeer ook aandacht te besteden aan 'andere' symptomen, die mogelijk niet meteen vermeld worden. Dat kan door bijkomende open vragen te stellen, maar ook door gericht te polsen naar bepaalde symptomen.

*Wat merk je nog aan Linde? (koorts, hangerig, lusteloos, ...)*

*Is je vader de laatste tijd ook vermagerd? Heeft hij bloed opgemerkt in of op de stoelgang?*

*Heeft Joke ook last van maagpijn?*

### **O: Wat is de mogelijke oorzaak van de klachten?**

Probeer van de patiënt te weten te komen wat de mogelijke oorzaak is van de klachten. Heeft hij een mogelijk aanknopingspunt?

Het stellen van een goede open vraag kan hier vermijden dat tal van mogelijke oorzaken doorlopen moeten worden, waarbij de patiënt telkens negatief moet antwoorden.

*Wat zou volgens jou de oorzaak kunnen zijn van de diarree? (infectie in de kribbe, eerdere diarree bij broertje of zusje, heeft op haar verjaardagsfeestje voor het eerst een ijsje gegeten, ...)*

*Wat kan volgens jou de reden zijn dat je vader nu meer last heeft van constipatie? (is recent gevallen en zit meer stil, drinkt niet genoeg, is vorige week gestart met een nieuw geneesmiddel, ...)*

*Ik veronderstel dat de zwangerschap van Joke de belangrijkste oorzaak is van de klachten. Tenzij jij nog aan iets anders denkt?*

### **A: Welke acties heeft de patiënt zelf al ondernomen?**

Probeer na te gaan wat de patiënt zelf al geprobeerd heeft om de last te verminderen. Het kan daarbij gaan om niet-medicamenteuze maatregelen, zoals de voeding aanpassen, maar ook om medicamenteuze maatregelen. In dat laatste geval vraag je concreet welk product de patiënt al heeft gebruikt, in welke dosis, met welke frequentie, sinds wanneer en met welk effect. Wanneer een patiënt immers al een adequaat zelfzorgproduct heeft gebruikt, in de juiste dosis en met de juiste frequentie, zonder afdoend resultaat, moet er doorverwezen worden. In andere gevallen kan eventueel de productkeuze, de dosering of de frequentie bijgestuurd worden.

Het is ook mogelijk dat de patiënt nu nog niets geprobeerd heeft, maar dat hij in het verleden wel al eens iets gebruikt heeft bij vergelijkbare klachten. Wanneer een patiënt tevreden was over die aanpak, kan het aangewezen zijn hetzelfde product opnieuw af te leveren.

Tot slot probeer je te weten te komen of de patiënt voor die klacht (of voor een vergelijkbare klacht in het verleden) al een dokter heeft geraadpleegd, en zo ja, wat het advies was.

*Wat heb je zelf al geprobeerd tegen de diarree? (rijstwater laten drinken, ...)*

*Wat heeft hij al geprobeerd om beter naar het toilet te kunnen gaan? Dulcolax... Hoeveel neemt hij daarvan? Wanneer neemt hij dat? Wat is het effect?*

*Je vroeg bij het binnenkomen specifiek naar Rennie. Klopt het dat Joke tijdens haar vorige zwangerschap ook Rennie heeft gebruikt? Hoe nam ze dat? Heeft ze daar nu of toen met haar gynaecoloog over gesproken?*



### **M: Welke medicatie neemt de patiënt? Wat is de medische voorgeschiedenis?**

Het bevragen van het medicatiegebruik van de patiënt is belangrijk om 2 redenen. Enerzijds kan medicatie de oorzaak zijn van de klacht waarvoor de patiënt advies zoekt, anderzijds kan de medicatie de keuze voor een bepaalde aanpak beïnvloeden.

Als de patiënt bekend is in de apotheek of wanneer er een gedeeld farmaceutisch dossier beschikbaar is, open je bij een vraag naar een zelfzorgproduct of een advies steeds de medicatiehistoriek van de patiënt. Hierin vind je mogelijk een aanknopingspunt voor het ontstaan van de klacht. Het geeft je ook een beeld van de geneesmiddelen en medische condities waarmee je rekening moet houden bij de keuze voor een bepaalde aanpak. Het registreren van het zelfzorgproduct dat je wilt afleveren in de medicatiehistoriek van de patiënt, laat verder toe dat er gecontroleerd wordt op interacties en contra-indicaties.

Wanneer de patiënt niet bekend is in de apotheek en er ook geen gedeeld farmaceutisch dossier beschikbaar is, dan is het belangrijk de medicatie actief te bevragen. Besteed daarbij vooral aandacht aan medicatie die recent werd opgestart.

*Je zei dat Linde vorige week ziek is geweest... Kreeg ze eventueel antibiotica voorgeschreven?*

*Ik zie in de medicatiefiche van je vader dat hij vorige week Dafalgan codeïne kreeg voorgeschreven voor de pijn na zijn val. Zou het kunnen dat de constipatie sindsdien verergerd is?*

*Ik zie dat Joke behalve een multivitaminepreparaat geen andere geneesmiddelen neemt. Klopt dat?*

### **2.3. Samenvatten en opties voorstellen**

Op het einde van het vraaggesprek breng je alle elementen samen en formuleer je een samenvatting. Die samenvatting, die je steeds op een veronderstellende toon formuleert, heeft 2 belangrijke functies: ze laat enerzijds toe om voor jezelf na te gaan of je alle informatie hebt die nodig is om een keuze te kunnen maken, en geeft anderzijds de patiënt de kans om de informatie aan te vullen of te corrigeren.

*Als ik het goed begrepen heb, heeft Linde sinds deze ochtend last van diarree. Het is waterige stoelgang, zonder bloed of slijmpjes. Ze heeft lichte koorts, maar is niet echt hangerig. In de kribbe bleken er nog kindjes te zijn met diarree.*

*Als ik het goed heb, heeft je vader al een hele tijd last van constipatie, waarvoor hij af en toe wat Dulcolax neemt. Sinds vorige week neemt hij Dafalgan codeïne voor de pijn na zijn val. De constipatie lijkt sindsdien erger.*

*Joke heeft dus al een paar weken last van reflux, net als tijdens haar eerste zwangerschap. Ze neemt enkel nog een vitaminepreparaat en wil graag weer Rennie nemen.*

De samenvatting geeft je verder de mogelijkheid om de informatie te overwegen:

- Heeft de patiënt de aandoening die hij denkt te hebben?
- Komt die conditie in aanmerking voor zelfzorg?
- Zijn er patiëntspecifieke factoren die doorverwijzing nodig maken?
- Kan een zelfzorgproduct een gunstig effect hebben op het verloop van de aandoening?

Als vanzelfsprekend volgt op een dergelijke samenvatting een voorstel van advies. Er zijn daarbij meerdere opties:

- de patiënt heeft geen (bijkomend) geneesmiddel nodig;
- de patiënt moet doorverwezen worden naar een arts;
- de patiënt kan een veilig en effectief zelfzorgproduct gebruiken.

Het komt er bij de samenvatting op aan om je voorstel van aanpak te bespreken met de patiënt en te vragen of hij daarmee akkoord kan gaan. Pas daarna volgt het adviesgesprek.

*Ik denk dat Linde last heeft van een darminfectie, wellicht opgelopen in de kribbe. Normaal gezien gaat dat vanzelf voorbij. Het is wel belangrijk dat we ervoor zorgen dat ze niet uitdroogt, en dat we verdere verspreiding van de infectie tegengaan. Ik zal je daarover advies geven. Als de diarree toch langer dan 24 uur zou aanhouden of erg uitgesproken zou worden, dan zou ik aanraden om een arts te raadplegen.*

*Ik denk dat de moeilijke ontlasting bij je vader te maken heeft met het opstarten van de Dafalgan codeïne. Aangezien hij nog veel pijn heeft, zal hij die wellicht nog een tijdje blijven nemen. De Dulcolax die hij neemt, is eigenlijk niet zo geschikt voor langdurig gebruik. Ik zou voorstellen om over te schakelen op lactulose, dat is een siroop, of op bijvoorbeeld Forlax, dat zijn zakjes. Wat lijkt jou het makkelijkst?*

*Aangezien Joke eerder al Rennie gebruikte en ze dat toen ook besproken heeft met de gynaecoloog, mag ze hier zeker mee verder gaan.*

## 2.4. Advies geven

Een goed advies omvat zowel informatie bij het voorgestelde zelfzorggeneesmiddel als niet-medicamenteuze tips.

### 2.4.1. ADVIES BIJ HET AFLEVEREN VAN EEN ZELFZORGGENEESMIDDEL

---

Het advies bij het afleveren van een zelfzorggeneesmiddel omvat minstens de volgende elementen:

- doel en werking van het geneesmiddel;
- gebruik;
- duur van de behandeling;
- nevenwerkingen.

#### Doel en werking

Vermeld kort en op een begrijpelijke wijze wat het geneesmiddel verondersteld wordt te doen. Probeer daarbij te vertrekken van de beschrijving/oorzaak van de klacht en de verwachtingen van de patiënt. De belangrijkste uitdaging is ervoor te zorgen dat de patiënt zich aangesproken voelt en dat hij ervan overtuigd is dat het voorgestelde geneesmiddel geschikt is om de symptomen, zoals hij ze ervaart, te behandelen.

*Dit geneesmiddel zal ervoor zorgen dat je vader makkelijker naar het toilet kan gaan. Het zorgt dat er meer water wordt aangetrokken in de darm, waardoor de stoelgang zachter wordt. Het werkt niet onmiddellijk, maar normaal gezien moet je vader na 2 dagen toch een duidelijke verbetering voelen.*

*De reflux wordt veroorzaakt doordat de sfincter die normaal gezien de overgang tussen slokdarm en maag afsluit, onder invloed van de veranderde hormoonspiegels tijdens de zwangerschap minder goed werkt. Bovendien drukt de groeiende baby op de maag, waardoor er gemakkelijk zure maaginhoud in de slokdarm terugvloeit, die bij het vooroverbuigen zelfs tot in de mond kan komen. Rennie zorgt ervoor dat de maaginhoud minder zuur is, waardoor oprispingen minder pijnlijk zijn. Rennie werkt vrijwel meteen, maar de klachten komen meestal na een paar uur terug.*

## Gebruik

Vertel de patiënt hoe hij het geneesmiddel moet gebruiken. Besteed ruim aandacht aan het uitleggen van specifieke toedieningsvormen (zoals een applicator voor het gebruik van een vaginale crème) en toon ook bij eenvoudige doseervormen het lepeltje of hoe de tablet uit de verpakking moet worden gehaald.

Vertel duidelijk hoeveel van het geneesmiddel gebruikt moet worden en wanneer dat moet gebeuren. Geef ook instructies in verband met de bewaring van het geneesmiddel.

*Je vader mag elke dag 1 zakje Forlax nemen, bij voorkeur 's morgens. De inhoud van het zakje wordt opgelost in een glas water, dat hij vervolgens best in één keer leeg drinkt. Probeer er zeker op te letten dat hij ook gedurende de dag voldoende blijft drinken. Zonder voldoende vochtinname kan het geneesmiddel immers zijn werking niet goed uitoefenen.*

*Joke mag telkens 1 uur na de maaltijd een tablet Rennie nemen, en best ook voor het slapengaan. Als ze tussenin nog last heeft, mag ze nog een bijkomende tablet nemen, maar niet meer dan nodig. Ze zorgt er wel beter voor dat ze 2 uur tussenlaat tussen de inname van haar vitaminepreparaat en de Rennie (dus bijvoorbeeld het vitaminepreparaat 's morgens nuchter, een half uur voor het ontbijt, en de eerste tablet Rennie ten vroegste 2 uur later). De tabletten zijn eigenlijk kauwtabletten: ze kan de tabletten het best stuk bijten in de mond en vervolgens doorslikken.*

## Duur van de behandeling

Het is belangrijk dat de patiënt duidelijk weet hoelang hij het zelfzorggeneesmiddel moet gebruiken om voldoende effect te hebben, hoelang hij het product mag gebruiken zonder bijkomend medisch advies en/of wanneer hij een arts moet raadplegen.

*Om ervoor te zorgen dat de schimmel helemaal uitgeroeid is, moet je deze crème (Daktarin vaginale crème) 10 dagen na elkaar gebruiken.*

*Je vader mag dit geneesmiddel (Forlax) gebruiken zolang hij de Dafalgan codeïne neemt.*

*Joke zal waarschijnlijk tot het einde van haar zwangerschap last blijven hebben van de reflux. Ze mag Rennie gebruiken indien nodig, maar ik zou toch graag hebben dat ze dat even meldt bij haar volgende bezoek aan de gynaecoloog.*

## Nevenwerkingen

Vermeld, indien relevant, de mogelijke bijwerkingen van het voorgestelde geneesmiddel. Probeer daarbij de volgende aandachtspunten te respecteren:

- ▣ benadruk, indien mogelijk, de voordelen van de behandeling en plaats de nevenwerkingen in perspectief;
- ▣ vermeld enkel de symptomen van de nevenwerkingen en vermijd vaktaal;
- ▣ geef duidelijk aan hoe de patiënt nevenwerkingen kan vermijden of hoe hij ermee moet omgaan;
- ▣ maak onderscheid tussen symptomen die weinig zorgen baren en effecten die een contact met de arts noodzakelijk maken.

### 2.4.2. NIET-MEDICAMENTEUS ADVIES

---

Net zoals bij het advies over zelfzorggeneesmiddelen vermeld je ook bij niet-medicamenteus advies het doel van de aanpak en het te verwachten effect. Je probeert verder zo concreet mogelijk te zijn, zodat de patiënt het advies ook effectief kan toepassen.

*Het is belangrijk dat Linde voldoende drinkt om uitdroging te voorkomen. Je kunt haar het best op de normale tijdstippen haar flesvoeding geven (niet verdunnen!) en tussenin water. Geef zeker geen frisdrank of sportdrank. Ze mag ook normaal blijven eten, het best in kleine porties.*

*Om verdere verspreiding van het virus te voorkomen, was je goed de handen met warm water en zeep na het verschonen van de luier en ontsmet je het luierkussen. Was bevuilde kledij/beddengoed op een hoge temperatuur en gebruik aparte washandjes en handdoeken. Je houdt Linde het best thuis tot 48 uur na het verdwijnen van de symptomen.*

## 2.5. Gesprek afsluiten

Ga op het einde van het gesprek zeker na of de patiënt de informatie begrepen heeft. Laat ook weten dat de patiënt bij jou terecht kan als hij nog vragen zou hebben of als de voorgestelde aanpak onvoldoende effect zou hebben.

## Totstandkoming van deze praktijkgids

Deze praktijkgids bestaat uit verschillende hoofdstukken, waarin telkens een andere klacht of groep van klachten aan bod komt.

Elk hoofdstuk kan beschouwd worden als een ‘richtlijn’ of ‘standaard’ voor de aanpak van een bepaalde klacht. De termen ‘richtlijn’ en ‘standaard’ worden hierbij bewust tussen aanhalingstekens geplaatst. De aanbevelingen werden immers zo veel mogelijk uitgewerkt volgens de criteria voor het ontwikkelen van richtlijnen, maar voldoen daar niet helemaal aan.

Hieronder wordt aangegeven hoe elke ‘richtlijn’ tot stand is gekomen en waar, naar de toekomst toe, nog verbeterpunten mogelijk zijn.

### 3.1. Auteursgroep

Elke richtlijn werd geschreven door een wetenschappelijk medewerker (Valerie Storms, apotheker met praktijkervaring en met ervaring in het kritisch lezen en samenvatten van onderzoeksliteratuur), die hierbij gecoacht werd door een docent farmaceutische zorg (Veerle Foulon) en door een medewerker van het Vlaams Apothekers Netwerk (Marie Van de Putte).

Deze auteursgroep werd voor elke richtlijn aangevuld met experts, apothekers uit de praktijk en huisartsen. Alle personen die aan een richtlijn hebben meegewerkt, worden vermeld in de uiteindelijke richtlijn.

### 3.2. Uitgangspunt: WHAM-analyse

Elke richtlijn vertrekt vanuit een beschrijving van de analyse van het klachtenpatroon (H) in functie van de patiënt (W), eerdere behandelingen/aanpak (A), medische voorgeschiedenis en medicatiegebruik (M).

### 3.3. Literatuuronderzoek

#### 3.3.1. FORMULEREN VAN DE KLINISCHE VRAAG

---

Elk eindpunt van de WHAM-analyse leidt tot een klinische vraag, waarvoor de evidentie voor de verschillende behandelopties werd onderzocht. De vragen werden vervolgens vertaald naar zoektermen.

*Voorbeelden van klinische vragen bij 'diarree':*

- *Wat zijn de behandelopties voor reizigersdiarree bij volwassenen?*
- *Wat zijn de behandelopties voor acute diarree ten gevolge van antibioticagebruik bij volwassenen?*

#### 3.3.2. STAPSGEWIJZE ZOEKSTRATEGIE

---

In eerste instantie werd gezocht naar bestaande richtlijnen over het onderwerp. Hierbij werd voornamelijk gebruik gemaakt van de zoekfunctie van het Guidelines International Network (G-I-N), beschikbaar via CEBAM. In principe werden richtlijnen enkel weerhouden als ze gepubliceerd of herzien werden in de laatste 5 jaar. Indien er geen of onvoldoende recente richtlijnen beschikbaar waren, werd daar echter van afgeweken.

Vervolgens werd via BMJ Evidence Centre nagegaan of er 'clinical evidence' beschikbaar was.

In een derde stap werd gezocht naar relevante meta-analyses en systematische reviews. Hierbij werd gebruik gemaakt van de Cochrane Database of Systematic Reviews en Pubmed (Medline).

Indien nodig werd ook gezocht naar bijkomende RCT's. Hierbij werd eveneens gebruik gemaakt van Pubmed (Medline).

#### 3.3.3. KRITISCHE BEOORDELING VAN DE LITERATUURGEGEVENS

---

Bij het selecteren van bestaande richtlijnen voor verder gebruik werd rekening gehouden met een beperkte set van criteria. Belangrijk criterium was uiteraard de mate waarin de gevonden informatie een antwoord gaf op de klinische vragen die geformuleerd werden. Verder werd ervoor gekozen om richtlijnen van organisaties met een gekende hoge kwaliteit te laten primeren (NICE, SIGN, CBO/NHG, NHS, Clinical Knowledge Summaries). De gevonden richtlijnen werden echter niet getoetst aan alle criteria van het AGREE-instrument.

### 3.3.4. SAMENVATTING VAN DE LITERATUURGEGEVENS

---

De informatie uit de beschikbare richtlijnen werd topic per topic bestudeerd en getoetst aan de clinical evidence en aan de informatie uit meta-analyses en systematic reviews. Op basis van die analyse werd geprobeerd om voor elke klinische vraag tot een consensus te komen wat de plaats van de verschillende behandelopties betreft. Wanneer de verschillende richtlijnen niet eenduidig waren, werd op zoek gegaan naar meer recente literatuur over het betreffende onderwerp.

Heel wat richtlijnen die gebruikt werden, bevatten geen graad van evidentie voor elk van de afzonderlijke aanbevelingen. Gezien het beperkte tijdsbestek waarin deze praktijkgids uitgewerkt werd, was het ook voor deze auteursgroep niet mogelijk om een dergelijke graad van evidentie aan elk van de behandelopties toe te kennen. Bij elk van de behandelopties werd wel duidelijk vermeld waarop de aanbeveling gebaseerd was of uit welke informatie de aanbeveling overgenomen werd.

## 3.4. Schrijven van een richtlijn

De eigenlijke richtlijnen werden opgesteld volgens een vaste structuur: inleiding, WHAM-analyse, behandelopties, niet-medicamenteus advies, medicamenteuze behandeling, overzicht van de behandelopties, realisatie van de richtlijn (zie ook verder onder punt 4).

## 3.5. Toetsen van een richtlijn

Alle richtlijnen werden getoetst door een panel van experts, apothekers uit de praktijk en huisartsen.

### 3.5.1. TOETSING DOOR EXPERTS

---

De tekst werd in eerste instantie voorgelegd aan minstens één bijkomende docent farmaceutische zorg verbonden aan een Vlaamse faculteit farmaceutische wetenschappen.

Vervolgens werd de tekst voorgelegd aan minstens 2 artsen-specialisten, experts in het betreffende domein en verbonden aan een universiteit en/of universitair ziekenhuis.



Alle opmerkingen werden door de auteursgroep bekeken. In consensus werden de nodige wijzigingen aan de richtlijn doorgevoerd. De opvolging van de opmerkingen van de experts werd door de auteursgroep nauwkeurig bijgehouden.

### 3.5.2. TOETSING DOOR PRAKTIJKDESKUNDIGEN

---

Elke richtlijn werd toegestuurd aan minstens vijf apothekers uit verschillende regio's in Vlaanderen. De apothekers kregen de opdracht om aan de hand van enkele concrete vragen de praktische bruikbaarheid van de richtlijn na te gaan. Ze kregen ook de mogelijkheid om inhoudelijke opmerkingen te maken. De coördinatie van deze toetsing gebeurde door Apr. Marie Van de Putte.

Daarnaast werd de richtlijn toegestuurd aan minstens één huisarts, betrokken bij de ontwikkeling van richtlijnen voor huisartsen op het niveau van Domus Medica.

De opmerkingen van de apothekers en huisartsen werden elk afzonderlijk behandeld en indien van toepassing werden er aanpassingen aan de tekst aangebracht. De antwoorden op alle opmerkingen werden eveneens bijgehouden.

## 3.6. Finaal nazicht door een leescommissie

Elke richtlijn werd een laatste keer doorgenomen door een taalredacteur en door de auteursgroep, aangevuld met Apr. Valerie De Vriese en Apr. Lieven Zwaenepoel.

De auteurs en het Vlaams Apothekers Netwerk danken alle experts, apothekers en huisartsen die hun bijdrage leverden bij het tot stand komen van de richtlijnen. We hopen dat ze niet ontgoocheld zijn wanneer niet al hun suggesties werden opgenomen of uitgevoerd.

Ondanks de zorgvuldigheid waarmee deze praktijkgids tot stand is gekomen, is het mogelijk dat deze tekst nog fouten of onduidelijkheden bevat. We verontschuldigen ons hiervoor en verwelkomen graag elke aanvulling of correctie.

## Opbouw van deze praktijkgids

Zoals vermeld, bestaat deze praktijkgids uit verschillende hoofdstukken, waarin telkens een andere klacht of groep van klachten aan bod komt. Het gaat om gastro-intestinale klachten (maaglast, diarree, obstipatie, anale klachten), gender-specifieke aandoeningen (menstruatiepijn, noodanticonceptie, vaginale schimmel), oogaandoeningen en klachten ter hoogte van mond, lippen en tanden. In het najaar van 2016 verschijnt een tweede deel, waarin onder meer respiratoire klachten en dermatologische vragen worden behandeld.

Elke richtlijn is opgebouwd volgens een vaste structuur. Hieronder wordt aangegeven wat je in de verschillende rubrieken kunt terugvinden.

### Inleiding

In de inleiding worden enkele begrippen geduid die van belang zijn voor een correcte interpretatie en toepassing van de vraagstelling en het advies. Het gaat onder meer om anatomische begrippen, fysiologische processen en achtergrond bij de fysiopathologie. Er wordt daarbij zo veel mogelijk gewerkt met schema's, figuren en tabellen.

### WHAM-analyse

In dit onderdeel wordt eerst, schematisch, een overzicht gegeven van de te bevragen elementen. Die vragen dienen zeker niet allemaal 'letterlijk' gesteld te worden; veeleer zijn ze richtinggevend voor de elementen die in het vraaggesprek aan bod zouden moeten komen.

Vervolgens wordt de nodige achtergrondinformatie gegeven bij elk van die te bevragen elementen. Hierin wordt een antwoord gegeven op de vraag waarom dat element het best besproken wordt met de patiënt, en hoe dat de beoordeling van de klacht en het advies kan oriënteren.

Het onderdeel 'WHAM-analyse' wordt steeds afgesloten met een algoritme. Dat algoritme moet de lezer in staat stellen om na de vraagstelling gemakkelijk over te gaan naar een samenvatting van de klacht, een vermoedelijke 'diagnose' en de bijbehorende behandelopties.

### Behandelopties

In het onderdeel 'behandelopties' worden de verschillende mogelijke aandoeningen afzonderlijk besproken.

Hierbij wordt telkens gestart met een soort ‘definitie’ waarin de mogelijke symptomen, oorzaken, ontstaansmechanismen en risicofactoren besproken worden. Nadien volgt een oplistings van mogelijke behandelopties, zowel medicamenteus als niet-medicamenteus. Hierbij wordt telkens aangegeven wat de evidentie is voor die behandelopties.

Indicaties die doorverwijzen noodzakelijk maken, worden kort besproken, maar het verdere beleid door de huisarts en/of specialist valt buiten het bestek van deze richtlijnen. Hier en daar worden wel mogelijke behandelopties aangegeven om het doorverwijzen naar een arts gemakkelijker bespreekbaar te maken. Een verdere uitwerking van de verschillende behandelopties komt in dit onderdeel niet aan bod. Dat is bewust zo gedaan zodat de apotheker een duidelijk overzicht behoudt. Voor een verdere uitwerking wordt verwezen naar volgende hoofdstukken. Dat staat ook altijd duidelijk aangegeven in de tekst zelf.

### **Niet-medicamenteus advies**

In dit onderdeel worden de verschillende niet-medicamenteuze adviezen, die al aangehaald zijn in het onderdeel ‘behandelopties’, uitvoerig besproken. Het advies wordt er volledig uitgewerkt, inclusief concrete voorbeelden en tekeningen/figuren.

### **Medicamenteuze behandeling**

In dit onderdeel worden de verschillende groepen van beschikbare zelfzorggeneesmiddelen besproken waarvoor voldoende evidentie is om ze bij bepaalde klachten aan te bevelen. Hierbij komen zowel het doel en de werking van de geneesmiddelen aan bod, als mogelijke nevenwerkingen, contra-indicaties en interacties met andere geneesmiddelen. Bij het oplistjen van de producten die voor behandeling van de betreffende indicatie in aanmerking komen, werd vertrokken van de in België geregistreerde geneesmiddelen. Daarnaast werd ook een aantal niet-geregistreerde producten opgenomen die exclusief via de apotheek verdeeld worden.

Wanneer men over bepaalde specialiteiten/geneesmiddelengroepen geen informatie kan terugvinden, wil dat zeggen dat het gebruik ervan ook niet aanbevolen wordt. Vaak gaat dat dan over oude specialiteiten waarvan het gebruik obsoleet geworden is.

### **Overzicht behandelopties**

Dit overzicht biedt de mogelijkheid aan de apotheker om, na vraagstelling en het doorlopen van het algoritme, per ‘diagnose’ een beknopt overzicht te krijgen van de niet-medicamenteuze adviezen en medicamenteuze behandelingen waar

evidentie voor bestaat. Bovendien staat per optie aangegeven waar men in het hoofdstuk een volledige uitwerking van die behandelopties kan terugvinden.

### **Realisatie van de richtlijn**

Dit laatste onderdeel geeft per hoofdstuk de gevolgde zoekstrategie weer evenals een oplistings van de gebruikte referenties en bronnen van figuren. Ook alle apothekers en artsen die betrokken waren bij het opstellen van de richtlijn en de toetsing, worden hier vermeld.

## **Hoe dit boek gebruiken?**

Dit boek kan op verschillende manieren gebruikt worden. Het wil als praktijkgids een antwoord bieden op verschillende soorten vragen en uitdagingen.

### **“Ik wil de leerstof in verband met de aanpak van zelfzorgvragen in de apotheek onder de knie krijgen”**

Lees/bestudeer elk hoofdstuk van voren naar achteren.

Per type klacht krijg je een mooi overzicht van de achtergrondinformatie die je nodig hebt om de vraag of klacht te kunnen interpreteren, de elementen die zeker bevestigd moeten worden en het belang daarvan, de mogelijke aandoeningen en de verschillende behandelopties, inclusief de evidentie voor die behandelopties, de eigenschappen van de verschillende geneesmiddelen en hun gebruikadvies, en de mogelijke niet-medicamenteuze maatregelen. De te bevragen elementen en de behandelopties bij elk van de indicaties worden bovendien samengevat in handige algoritmes.

### **“Ik loop vast in een vraaggesprek”**

Ga naar het onderdeel ‘WHAM-analyse’.

In de kaders bij het begin van dat onderdeel zie je in één oogopslag welke vragen relevant zijn in verband met bijvoorbeeld de aard van de klacht. Zo kun je zien of je wel alle informatie verzameld hebt die je nodig hebt om een verantwoorde keuze te kunnen maken.

Wanneer de patiënt je in het vraaggesprek bepaalde informatie geeft, maar je weet niet goed waar die informatie op zou kunnen wijzen en of die relevant is, dan vind je mogelijk een aanknopingspunt in de uitgebreidere tekst ‘achtergrondinformatie bij de vraagstelling’.

Wanneer je twijfelt of een geneesmiddel aan de basis zou kunnen liggen van de klacht, consulteer dan zeker de rubriek ‘andere medicatie’.

**“Ik heb geen idee waar het geheel van symptomen en klachten op zou kunnen wijzen”**

Blader in het onderdeel ‘WHAM-analyse’ naar het algoritme dat volgt op de vraagstelling.

Dat algoritme kun je doorlopen op basis van de informatie uit het gesprek. Indien het antwoord op een vraag in het algoritme ‘ja’ is, dan volg je de groene pijl. Indien het antwoord ‘nee’ is, dan volg je de rode pijl. Op die manier kun je het geheel van symptomen en informatie herleiden tot een mogelijke ‘diagnose’. Je vindt er meteen ook een verwijzing naar de plaats in het hoofdstuk waar de verschillende behandelopties voor deze klacht worden besproken. Ingeval de aard van de symptomen doorverwijzing naar een arts nodig maakt, staat dat ook duidelijk aangegeven.

**“Ik vraag me af wat de mogelijke opties zijn bij een bepaalde klacht, en voor welke opties er evidentie is”**

Ga naar het onderdeel ‘behandelopties’.

Hier vind je bij elk van de mogelijke indicaties een oplistings van de verschillende behandelopties, opgesplitst in ‘niet-medicamenteus advies’ en ‘medicamenteuze behandeling’. Bij elk van de behandelopties staat vermeld of er wel of niet evidentie voor is, en op basis van welke informatie we tot dat besluit zijn gekomen (referenties). Wil je meer weten over de evidentie, dan kun je die bronnen raadplegen. De referentielijst vind je op het einde van elk hoofdstuk.

**“Ik zoek specifieke informatie over het gebruik van een bepaald product”**

Ga naar het onderdeel ‘medicamenteuze behandeling’.

In de kaders bij dat onderdeel vind je voor elk geneesmiddel (stofnaam) een oplistings van mogelijke specialiteiten, dosering per leeftijdsgroep, specifieke aandachtspunten, ...

In de tekst die aan de kaders voorafgaat, vind je uitgebreide informatie over het geneesmiddel, het doel en de werking, het gebruik, de nevenwerkingen, ...

**“Ik wil een patiënt concrete niet-medicamenteuze tips geven om de klacht zo veel mogelijk te beperken”**

Ga naar het onderdeel ‘niet-medicamenteus advies’.

Hier vind je bijvoorbeeld een overzicht van de voedingswaren die veel vezels bevatten, informatie over correcte handhygiëne, een tekening en verwijzing naar een filmpje over het correct toedienen van oogdruppels, ...

**“Ik weet wat ik wil opzoeken maar ik vind het niet in het boek”**

Ga naar de index, achteraan in het boek.

In de index zijn alle belangrijke termen uit het boek opgenomen. Het gaat zowel om symptomen, indicaties, stofnamen van geneesmiddelen, ... De paginanummers verwijzen steeds naar de plaats in het boek waarin die term uitvoerig besproken wordt.

**“Ik wil rond het thema ‘zelfzorgadvies in de apotheek’ een overleg organiseren met mijn apotheekteam”**

Bespreek op voorhand welk thema jullie willen bespreken en neem elk het betreffende hoofdstuk door. Ga na op welke punten jullie afwijken van de adviezen, welke producten bij jullie in de kast staan waarvoor weinig evidentie is, en hoe jullie de huidige aanpak kunnen verbeteren. Leg een aantal actiepunten vast en evalueer na een aantal weken in welke mate jullie die actiepunten hebben kunnen realiseren.

Herhaal dat voor andere thema's.

**“Ik wil rond het thema ‘zelfzorgadvies in de apotheek’ een MFO organiseren”**

Nodig artsen en apothekers uit je regio uit om samen de aanpak van zelfzorgvragen in de apotheek te bespreken. Zorg voor een aantal exemplaren van het boek en licht toe hoe deze praktijkgids tot stand is gekomen (zie inleidend hoofdstuk). Selecteer een aantal casussen en geef aan op basis van welke elementen (WHAM-analyse) de apotheker de aard van de klachten in kaart brengt, op basis waarvan er eventueel wordt doorverwezen, hoe de keuze voor een bepaald product of advies tot stand komt en hoe OTC-geneesmiddelen worden geregistreerd in het (gedeelde) farmaceutische dossier van de patiënt. Ga na hoe jullie eventueel nog beter kunnen samenwerken en leg een aantal actiepunten vast. Evalueer na een aantal maanden.

Wat ook de concrete vraag of aanleiding is, werk met dit boek, lees erin, maak notities en aantekeningen, en laat ons weten wat je ervan vindt. Feedback op de inhoud van de aanbevelingen, aanvullingen en suggesties zijn welkom via [www.vlaamsapothekersnetwerk.be](http://www.vlaamsapothekersnetwerk.be).

## Referenties

- (1) Wertheimer, A.I., & Serradell, J. (2008). A discussion paper on self-care and its implications for pharmacists. *Pharm World Sci*, 30(4), 309-315.
- (2) Van Mil, F. (2002). Pharmacy and health care. *Pharm World Sci*, 24(6), 213.
- (3) Wiedenmayer, K., Summers, R., Mackie, C., Gous, A., Everard, M., & Tromp, D. (2006). *Developing pharmacy practice 'A focus on patient care'*. Geneva/The Hague: World Health Organization, Department of Medicine Policies and Standards and International Pharmaceutical Federation.

De teksten in verband met 'zelfzorgadvies in de apotheek' en 'een goed gesprek over zelfzorg' zijn een neerslag van lesmateriaal dat ontwikkeld werd voor de onderwijsleeractiviteit 'Algemene aspecten van farmaceutische zorg m.i.v. communicatie' en 'Adviezen zelfzorggeneesmiddelen' voor studenten master in de farmaceutische zorg van de KU Leuven. Dat lesmateriaal is onder meer gebaseerd op de volgende bronnen:

- Blenkinsopp, A., & Paxton, P. (1998). *Symptoms in the pharmacy*. Oxford: Blackwell Science.
- Laekeman, G., & Leemans, L. (1999). *Communicatie in de apotheek*. Leuven: Acco.
- Rantucci, M.J. (2007). *Pharmacists talking with patients: A guide to patient counseling*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.



# MAAGKLACHTEN



# Inleiding

## 1.1. Definities

Maagklachten is een verzamelnaam voor niet-acute pijnklachten boven in de buik en/of zuurbranden en/of regurgitatie, eventueel in combinatie met misselijkheid, braken, een opgeblazen gevoel en een snelle verzadiging<sup>[1]</sup>.

Men kan onderscheid maken tussen 3 verschillende categorieën<sup>[2]</sup>:

- ‘ulcer-like’: klachten waarbij epigastrische pijn de hoofdklacht is en pijn vaak uitgelokt of verlicht wordt door maaltijden
- ‘reflux-like’: klachten met voornamelijk zuurbranden (= pyrosis)
- ‘dysmotility-like’: klachten gekenmerkt door misselijkheid, een opgeblazen gevoel, een snelle verzadiging en eventueel braken.

In de huisartsenpraktijk bestaat er een aanzienlijke overlap tussen epigastrische symptomen en zuurbranden en het onderscheid is dan ook vaak moeilijk te maken. In een studie die uitgevoerd werd in de eerste lijn, kon op basis van de symptomen slechts 18% van de patiënten onderverdeeld worden in één bepaalde categorie ‘reflux-like’ (10%), ‘ulcer-like’ (5%) of ‘dysmotility-like’ (3%)<sup>[2]</sup>. Vaak bestaat er ook heel wat verwarring over de terminologie.

*Dyspepsie* (‘slechte vertering’) is een verzamelnaam voor chronische of recidiverende klachten en/of ongemakken die optreden in de bovenbuik<sup>[3-5]</sup>. Door gebruik te maken van de term ‘ongemakken’ refereert men aan subjectieve, negatieve gewaarwordingen die de patiënt niet interpreteert als pijn, zoals een abdominaal zwaartegevoel, een vroegtijdig verzadigingsgevoel, nausea, kokhalzen en/of braken<sup>[3]</sup>. Dyspepsie is geen diagnose. Het is een complex van symptomen dat meestal uitgelokt wordt door een organische oorzaak. Bepaalde condities of ziektebeelden van het bovenste deel van de gastro-intestinale tractus (vb. peptisch ulcus, maagkanker, galstenen, ...) gaan gepaard met dergelijke klachten. Wanneer dyspeptische klachten optreden zonder dat men een aantoonbare organische oorzaak kan terugvinden, spreekt men van functionele dyspepsie<sup>[3,4]</sup>. Klachten van zuurbranden, retrosternale pijn en zure regurgitaties treden vaak samen op met dyspepsie, maar worden toch apart besproken omdat ze eerder geassocieerd zijn met een disfunctie van de onderste oesofageale sfincter (overgang slokdarm-maag)<sup>[4]</sup>.



*Gastro-oesofageale reflux* wordt gedefinieerd als een retrograde terugvloeiing van de maaginhoud in de slokdarm. Zuurbranden (met of zonder regurgitatie) is het meest typerende symptoom, maar het is niet noodzakelijk aanwezig. Daarnaast kunnen ook andere, eerder atypische klachten optreden, zoals heesheid, hoestbuien, astma of abdominale pijn. Men spreekt van *gastro-oesofageale refluxziekte* (GORD of GERD) wanneer er macroscopische afwijkingen zijn ter hoogte van de mucosa of wanneer de symptomen interfereren met de kwaliteit van leven. Toch is het niet zo dat de aanwezigheid van anatomische letsels en het optreden van symptomen sowieso samengaan. Sommige patiënten met gastro-oesofageale reflux hebben een normale endoscopie. Hier spreekt men van endoscopie-negatieve refluxziekte (ENRD)<sup>[2;3;6]</sup>.

*Nausea en braken* treden vaak, maar niet altijd, in combinatie met elkaar op. Kenmerkende symptomen zijn: speekselvloed, bleekheid, zweten en een snelle hartslag. Ook een opgeblazen gevoel en een gebrek aan eetlust behoren meestal tot het klachtenpatroon<sup>[7;8]</sup>.

Hoewel 25-40% van de volwassenen jaarlijks maagklachten ondervindt, zal slechts 2% hiervoor een arts consulteren. Er is dus een belangrijke taak weggelegd voor de apotheker om patiënten met alarmsymptomen te herkennen en tijdig door te sturen. Dat om ernstige aandoeningen zoals maag- en duodenulcus, galsteen- en/of pancreasproblemen, refluxoesofagitis of Barrett-oesofagus en de zeldzame maag- en slokdarmkankers tijdig te kunnen opsporen. Bepaalde maagklachten kunnen ook een mogelijk alarmsymptoom zijn voor onderliggende cardiovasculaire aandoeningen zoals een acuut myocardinfarct of een aorta aneurysma<sup>[2;5]</sup>.

## 1.2. Opbouw en werking van de maag

Om een goed inzicht te kunnen verwerven in de problematiek omtrent maagklachten, is een algemene basiskennis van de vertering en van de werking en opbouw van de maag essentieel. Daarom worden eerst enkele basiselementen ter herinnering aangehaald.

### 1.2.1. DE VERTERING

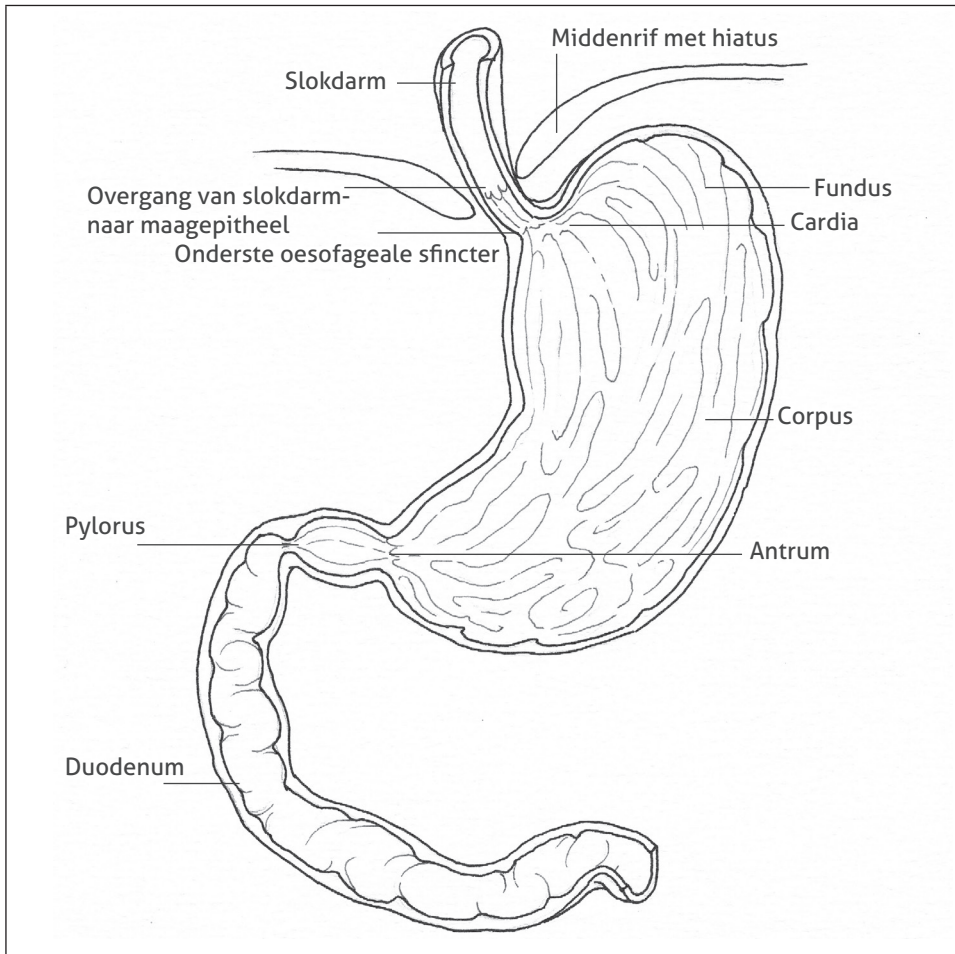
---

De spijsvertering begint in de mond door het voedsel te kauwen en hierdoor fijn te maken. Tegelijkertijd worden via het speeksel verschillende spijsverteringsenzymen aan het voedsel toegevoegd<sup>[6]</sup>.

De slokdarm, die langs beide zijden afgesloten wordt door een sluitspier of sfincter, stuwt het ingeslikte voedsel verder naar de maag. Deze voorwaartse beweging wordt verwezenlijkt door een samenspel van zwaartekracht en peristaltiek. De bovenste slokdarmsfincter vermijdt dat het voedsel terugvloeit naar de mond, de onderste slokdarmsfincter houdt reflux (= terugvloeiing van de maaginhoud naar de slokdarm) vanuit de maag tegen<sup>[9;10]</sup>.

De overgang tussen slokdarm en maag ligt gewoonlijk ter hoogte van het middenrif en loopt door een opening van het middenrif, de hiatus genoemd<sup>[9]</sup>. Naast de onderste oesofageale sfincter speelt ook het middenrif een belangrijke ondersteunende rol om reflux te voorkomen<sup>[10]</sup>. Tijdens het slikken zal de onderste oesofageale sfincter relaxeren, waardoor de voedselbolus kan passeren naar de maag. Ook door te boeren kan de onderste slokdarmsfincter relaxeren<sup>[11]</sup>. De aansluiting van de slokdarm op de maag wordt aangeduid met een anatomische term: de cardia of maagmond. De hoek waarin de slokdarm aansluit op de maag, wordt de hoek van His genoemd. De overgang tussen slokdarm en maag is goed zichtbaar omdat er op deze plaats ook een overschakeling is naar een ander type epitheel. Het slokdarmepitheel is niet bestand tegen de inwerking van zuur, het maagepitheel wel<sup>[10]</sup>. De maag wordt boven- en onderaan afgesloten door middel van 2 sfincters of sluitspijeren. Het gaat om de onderste oesofageale sfincter die zich aan de ingang van de maag bevindt, en de pylorussfincter aan de uitgang van de maag. Tussen deze 2 sfincters kan men anatomisch gezien nog de volgende zones in de maag onderscheiden: de fundus, het corpus en het antrum<sup>[12]</sup>.





Figuur 1: slokdarm-middenrif-maag

In de maag wordt het voedsel verder verteerd. Hierbij heeft de maagfundus vooral een ‘mengende’ rol en het maagantrum een ‘ledigende’ rol door de gemengde voedselbrij voort te sturen (3 pulsen/min) naar het duodenum. De passage van voedsel naar het duodenum wordt onder meer geregeld door de pylorus<sup>[10]</sup>.

In het duodenum worden onder andere enzymen en galzuren aan het voedsel toegevoegd. De pancreas scheidt naast lipase (dat belangrijk is voor de vetafbraak) ook natriumwaterstofcarbonaat af om de zure maaginhoud te neutraliseren. De galzuren, afkomstig uit de galblaas, zorgen mee voor de vertering van vetten<sup>[9;10]</sup>.

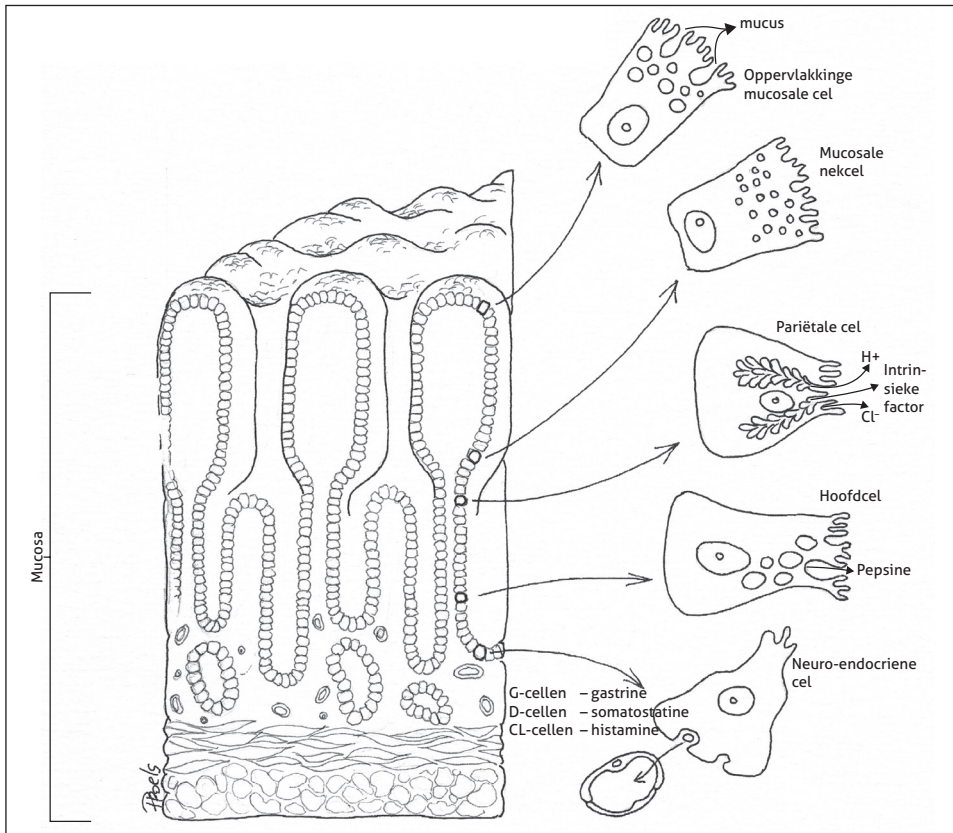
### 1.2.2. OPBOUW VAN HET MAAGSLIJMVLIES

Het maagslijmvlies of de mucosa vormt een dikke laag goed doorbloed weefsel dat de maagwand bekleedt. De mucosa bestaat uit een epitheellaag, die bedekt is met een slijmlaag (mucus), en een dunne laag gladde spiercellen, de muscularis mucosae. In de mucosa liggen de maagklieren ingebed. Deze klieren zijn tubulair en kunnen variëren in vorm en cellulaire samenstelling.

Er kunnen verschillende celtypes onderscheiden worden, die elk hun bijdrage leveren aan het verteringsproces<sup>[12]</sup>:

- Oppervlakkige mucosale cellen en mucosale nekcellen. Deze mucus-secreterende cellen kan men overal in de maag terugvinden in de oppervlakkige mucosa. De nekcellen zijn verantwoordelijk voor de aanmaak van het maagslijm, dat voor 90-95% uit water en elektrolyten en voor 5-10% uit mucus bestaat. Het beschermt de maag tegen de inwerking van zuur en bacteriën. De secretie van het maagslijm gebeurt langzaam, maar continu en in normale omstandigheden is de aanmaak in evenwicht met de afbraak. Onevenwicht kan ontstaan door exogene (vb. NSAID's, alcohol) of endogene (vb. galreflux) factoren en kan eventueel een maagbloeding of -perforatie in de hand werken.
- Pariëtale cellen. Deze zuurproducerende cellen scheiden zowel zoutzuur als intrinsieke factor af. De intrinsieke factor is belangrijk voor de actieve resorptie van vitamine B12, die plaatsvindt achteraan in de darm. Het zoutzuur bepaalt mee de zuurtegraad van de maag. Tussen de maaltijden door zijn de pariëtale cellen niet actief en bedraagt de pH in de maag 4 à 5. Wanneer men honger heeft en/of tijdens een maaltijd worden de protonpompen echter geactiveerd en kan de maag-pH dalen tot 0,8<sup>[10]</sup>.
- Hoofdcellen. Deze cellen zijn een bron van de verteringsenzymen pepsine en lipase. Ze zorgen voor een afscheiding van pepsinogeen, wat geactiveerd wordt tot pepsine bij een pH lager dan 4<sup>[10]</sup>.
- Neuro-endocriene cellen. Deze cellen vindt men voornamelijk terug in het corpus en de fundus van de maag. Ze zijn gelegen in de dieper gelegen delen van de maagklieren en zorgen voor de synthese van verschillende biogene amines en polypeptiden die belangrijk zijn voor de gastrische motiliteit en secretie. Zo onderscheidt men onder andere de G-cellen, de D-cellen en de ECL-cellen. De G-cellen zijn voornamelijk gelegen ter hoogte van de pylorus en zorgen voor de aanmaak van gastrine. Dat hormoon wordt vooral geproduceerd wanneer het voedsel in contact komt met dieper gelegen delen van de maag en zal via het bloed de maag-zuursecretie stimuleren<sup>[10]</sup>. De D-cellen en ECL-cellen zijn respectievelijk verantwoordelijk voor de secretie van somatostatine en histamine.





Figuur 2: microstructuur van de maagmucosa

### 1.2.3. HET VERTERINGSPROCES IN DE MAAG

Men kan de digestieve periode onderverdelen in 2 fasen.

Tijdens de eerste fase of cefalische fase speelt vooral de vagale stimulatie een belangrijke rol. Psychische (denken aan voedsel) en sensorische (reuk, smaak, zicht van voedsel) prikkels stimuleren de aanmaak van zoutzuur en pepsinogeen op een directe (via muscarinereceptoren) en indirecte (via histamine en gastrine) manier<sup>[10]</sup>.

Tijdens de gastrische fase zal voedsel de maag doen uitzetten, waardoor de receptoren geactiveerd worden. Hierbij wordt de zoutzuur- en pepsinesecretie verder gestimuleerd door het directe contact dat gemaakt wordt met zowel chemische (vb. voedsel) als mechanische (vb. rekking van het antrum) prikkels<sup>[10]</sup>.

### 1.3. Opbouw en werking van het braakcentrum

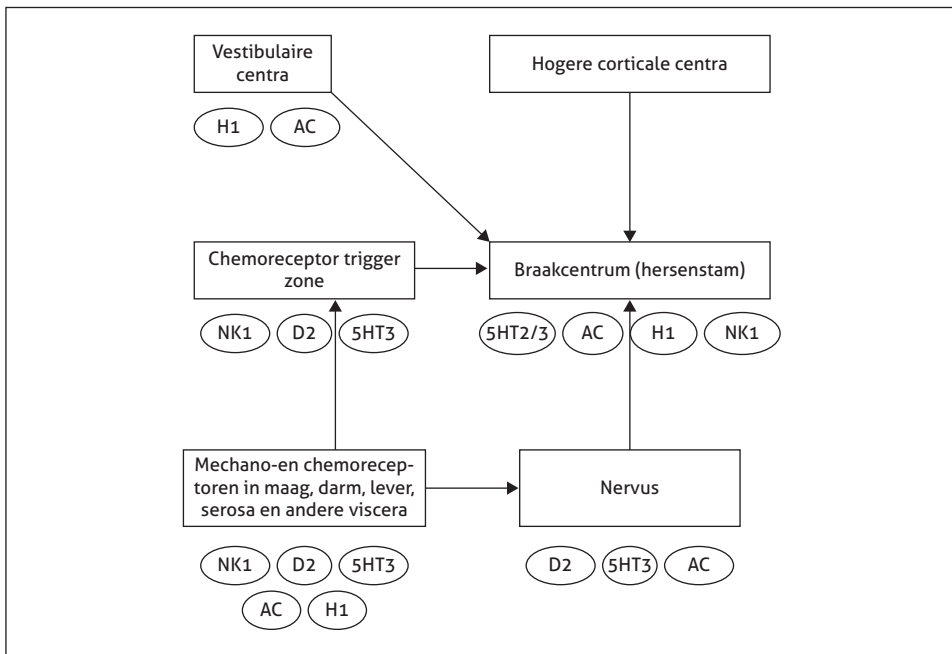
Het optreden van misselijkheid en braken wordt gereguleerd door het braakcentrum, dat gelegen is in de herstenstam<sup>[8]</sup>.

Bij de activatie van het braakcentrum zijn verschillende neurotransmitters, receptoren en aanvoerende banen betrokken. Hierbij bestaat er een grote inter-individuele variatie in de respons van het braakcentrum op afferente prikkels<sup>[7]</sup>.

Figuur 3 geeft de pathofysiologie van misselijkheid en braken overzichtelijk weer.

De betrokken neurotransmitters zijn:

- dopamine (D2-receptor)
- serotonine (5HT3-receptor)
- acetylcholine (AC-receptor)
- histamine (H1-receptor)
- substantie P (NK1-receptor).



Figuur 3: pathofysiologie van misselijkheid en braken

In tabel 1 staan mogelijke uitlokkende factoren en de bijbehorende aanvoerende banen weergegeven die misselijkheid en braken in de hand kunnen werken.



Tabel 1: uitlokkende factoren en bijbehorende aanvoerende banen die misselijkheid en braken in de hand werken<sup>[8]</sup>

Uitlokkende factor	Aanvoerende baan	Effect
<b>Stimulatie van chemo- en mechanoreceptoren in de maag, de darm, de lever en het peritoneum</b> (vb. bij vertraagde maaglediging, intestinale obstructie, infecties van slokdarm of maag-darmkanaal, ...)	Nervus vagus	Activatie braakcentrum
<b>Bepaalde medicatie</b> (vb. opioïden, chemotherapeutica)	Chemoreceptor trigger zone (hersensham, buiten bloed-hersenbarrière)	Activatie braakcentrum
<b>Metabole en endocrinologische stoornissen</b> (vb. elektrolytstoornissen, acute nierinsufficiëntie, diabetische ketoacidose, zwangerschap)	Chemoreceptor trigger zone (hersensham, buiten bloed-hersenbarrière)	Activatie braakcentrum
<b>Vestibulaire factoren</b> (vb. reisziekte, ziekte van Ménière, ...)	Vestibulaire centra in het evenwichtsorgaan	Activatie braakcentrum
<b>Psychogene factoren</b> (vb. invloeden van geur en smaak, angst en spanning, conditionering bij chemotherapie, verhoogde intracranieële druk, ...)	Hogere corticale centra	Activatie braakcentrum

Wanneer het braakcentrum geactiveerd wordt, zal het op zijn beurt zorgen voor de stimulatie van het diafragma, het dwarsgestreepte spierweefsel van de buikwand en de thorax en het spierweefsel van de maag, de oesofagus, de larynx en de farynx. Deze stimulatie wekt het optreden van kokhalzen en de daarbij horende verschijnselen in de hand<sup>[8]</sup>.

Misselijkheid en braken kunnen de levenskwaliteit aanzienlijk beïnvloeden. Aanhoudende klachten kunnen immers leiden tot dehydratatie, metabole ontregeling, ondervoeding, inefficiënte opname van medicatie, bloedbraken door scheurtjes in de oesofagus of aspiratiepneumonie<sup>[8]</sup>.



# WHAM-Analyse

## 2.1. De vraagstelling

<b>W</b>	<b>Voor wie is het advies/product bestemd?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>☐ Zuigeling?</li><li>☐ Kind &lt; 12 jaar?</li><li>☐ Zwangere?</li><li>☐ Volwassene &gt; 50 jaar?</li><li>☐ Roker?</li><li>☐ Obese patiënt?</li><li>☐ Bejaarde?</li></ul>
<b>H</b>	<b>Hoelang heeft de patiënt al last?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>☐ Wanneer zijn de klachten begonnen?</li><li>☐ Had de patiënt in het verleden al last van vergelijkbare klachten?</li></ul>
<b>H</b>	<b>Hoe omschrijft de patiënt zijn klachten?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>☐ <b>Welke klachten heeft de patiënt?</b><ul style="list-style-type: none"><li>☐ Maagpijn? Zo ja:<ul style="list-style-type: none"><li>☐ Straalt deze pijn uit naar de armen, de kaken of de rug?</li><li>☐ Wordt de pijn beïnvloed door de inname van voedsel?</li></ul></li><li>☐ Een branderig gevoel/pijn achter het borstbeen?</li><li>☐ Zure oprispingen?</li><li>☐ Misselijkheid en/of opgeblazen gevoel?</li><li>☐ Snelle verzadiging?</li><li>☐ Braken?</li></ul></li><li>☐ <b>Heeft de patiënt last van bijkomende klachten?</b><ul style="list-style-type: none"><li>☐ Bloedverlies (via braaksel/stoelgang)?</li><li>☐ Slikmoeilijkheden of pijn tijdens het slikken?</li><li>☐ Gewichtsverlies zonder duidelijke oorzaak?</li><li>☐ Diarree?</li><li>☐ Koorts?</li><li>☐ Dehydratiesymptomen (donkere urine, droge mond, tachycardie, ingevallen ogen, weinig elastische huid, lusteloosheid, ...?)</li></ul></li></ul>



Patiënten begeleiden bij het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen is een belangrijk onderdeel van de apotheekpraktijk. Het gaat daarbij zowel om patiënten die een specifiek geneesmiddel vragen, als om patiënten die advies willen voor een bepaalde klacht. Neemt de apotheker die rol goed op, dan kan hij in belangrijke mate het geneesmiddelengebruik van patiënten bewaken én hen tijdig doorverwijzen naar de arts. In onderzoek met pseudo-patiënten werd echter herhaaldelijk aangetoond dat het voor apothekers niet vanzelfsprekend is om die rol correct op te nemen. Een van de voornaamste redenen is dat zij de klacht niet altijd grondig kunnen bevragen, en het moeilijk vinden om op basis van de informatie van de patiënt een verantwoorde keuze te maken.

Deze praktijkgids is een wegwijzer in de aanpak van vragen rond zelfzorg in de apotheek. Elk hoofdstuk start met een uitgebreid voorstel voor de analyse van de vraag of klacht van de patiënt, resulterend in een overzichtelijk algoritme. Vervolgens wordt voor elk van de aandoeningen en subtypes de evidentie voor de verschillende behandelopties weergegeven, inclusief referenties naar de literatuur. Het boek bevat daarnaast heel wat praktische informatie over zowel de medicamenteuze als niet-medicamenteuze aanpak, waardoor het rechtstreeks bruikbaar is in de communicatie met de patiënt.

Deze praktijkgids is het resultaat van een samenwerking tussen het Vlaams Apothekers Netwerk (VAN) en de docenten Farmaceutische Zorg/Farmacotherapie van de Vlaamse universiteiten. Ook heel wat officina-apothekers, huisartsen en artsen-specialisten verleenden hun medewerking.

## OVER DE INITIATIEFNEMERS EN AUTEURS

VAN is een samenwerkingsverband van de apothekersverenigingen in de Vlaamse gemeenschap. Het omkadert en versterkt de positie van de apotheker als actieve partner binnen een Vlaams gezondheidsbeleid en bevordert de ontwikkeling van farmaceutische zorg, preventie en gezondheidsprojecten. VAN ondersteunt de Vlaamse apotheker in zijn dagdagelijkse praktijk en ontwikkelt en valoriseert het beroep van apotheker.

Valerie Storms is als apotheker werkzaam in een openbare apotheek, en is actief als vrijwilliger bij beroepsorganisaties. Daarnaast is ze verbonden aan de KU Leuven waar ze als wetenschappelijk medewerker evidence-based informatie vertaalt naar bruikbare aanbevelingen voor de apotheker en de patiënt.

Veerle Foulon is apotheker en hoofddocent aan de KU Leuven. Ze doceert onder meer het vak 'Adviezen zelfzorg-geneesmiddelen'. Haar onderzoek richt zich op de implementatie van farmaceutische zorg in de openbare apotheek. Communicatie met patiënten en tussen zorgverleners staat daarbij centraal.

