



Cardiovasculair risicomanagement bij allochtonen

3 Casus 1 Cardiovasculair risicomanagement bij een man van niet-westerse afkomst

Wij hopen dat deze casuïstiek aan uw wensen voldoet. Wij horen het echter graag als u suggesties heeft voor verbetering. Zo kunnen wij onze materialen verbeteren en u de hoogste kwaliteit leveren. Mail uw reactie naar helpdeskfto@medicijngebruik.nl.

Cardiovasculair risicomanagement bij allochtonen

Casus 1 Cardiovasculair risicomanagement bij een man van niet-westerse afkomst

Doelen

- ▶ Vaststellen van criteria voor bloeddrukmeting bij allochtonen.
- ▶ Vaststellen behandelingscriteria bij hypertensie.
- ▶ Bepalen van voorkeursmedicatie.
- ▶ Afstemmen niet-medicamenteuze adviezen bij allochtonen.
- ▶ Afstemmen voorlichting bij medicamenteus beleid.

Gebruikte bronnen

- ▶ Flack JM, Sica DA, Bakris G, et al. Management of High Blood Pressure in Blacks: An Update of the International Society on Hypertension in Blacks Consensus Statement. Hypertension 2010;56:780-800. Zie <http://hyper.ahajournals.org/content/56/5/780>.
- ▶ NHG Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Huisarts Wet 2012;55(1):2-39. Zie www.nhg.org.
- ▶ Vintges MMO, Muijsenbergh van den METC. Etnische en culturele diversiteit in farmacotherapie. Med Farm Med;2(3):55-6.
- ▶ Wright JT, Agodoa LY, Appel L, et al. New Recommendations for Treating Hypertension in Black Patients: Evidence and/or consensus? Hypertension 2010;56:801-3. Zie <http://hyper.ahajournals.org/content/56/5/801>.
- ▶ www.huisarts-migrant.nl.

Instructie voor het invullen

- a. Vul de casus individueel in.
- b. Lees niet de gehele casus door voor u begint. Beantwoord eerst de vragen van pag. 1, daarna van pag. 2 enz. Blader dus niet vooruit.
- c. Beantwoord de vragen alsof zij zich werkelijk zo in uw praktijk, in uw apotheek, hebben voorgedaan. Noteer dus wat u werkelijk zou doen, niet wat u denkt dat u zou moeten doen.
- d. Bij deze casus zijn er aparte werkbladen voor de huisartsen en voor de apothekers. Bekijk steeds of u het juiste werkblad voor u heeft.
- e. Aanwijzingen voor bespreking van de casus in het FTO vindt u in de handleiding achter de laatste casus.

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

Cardiovasculair risicomanagement bij allochtonen

Werkblad 1A: Beleid van de huisarts

1A1

Abena Jansen-Boating, 50 jaar en van Ghanese afkomst, komt bij u voor haar jaarlijkse controle van de bloeddruk. Ze gebruikt al een paar jaar een antihypertensivum en daarmee is de bloeddruk goed onder controle te houden. Meestal wordt Abena vergezeld door haar man, maar dit keer is haar broer Kwame er bij. Hoewel hij ook bij u in de praktijk staat ingeschreven, ziet u hem zelden. Kwame is 47 jaar.

Ziet u reden om Kwame uit te nodigen voor het meten van zijn bloeddruk of voor het opstellen van een risicoprofiel voor hart- en vaatziekten (HVZ)? Waarom?

Zou uw antwoord anders zijn geweest als Kwame niet van Ghanese afkomst zou zijn geweest, maar bijvoorbeeld van Surinaamse of Chinese afkomst? Zo ja, wat zou u dan geantwoord hebben?

Cardiovasculair risicomanagement bij allochtonen

Werkblad 1A: Beleid van de huisarts

1A2

U heeft Kwame gevraagd een afspraak te maken met uw praktijkondersteuner om de bloeddruk te meten. Omdat uit de metingen bleek dat deze verhoogd was, heeft zij ook een risicoprofiel opgesteld. Dit leverde de volgende gegevens op:

Totaal cholesterol	7,0 mmol/l
HDL	1,4 mmol/l
Ratio tot. cholesterol/HDL	5,0
LDL	4,8 mmol/l
Triglyceriden	1,8 mmol/l
RR	160/95 mmHg
Roken	10 sigaretten/dag
Alcohol	geen
Bloedglucose	nuchter 4,8 mmol/l
Serumcreatininegehalte	100 µmol/l
eGFR	68 ml/min/1,73 m ²
Familieanamnese	zus met hoge bloeddruk, verdere familie onbekend
Voeding	veel zout
Lichamelijke activiteit	weinig actief
Body mass index	32 kg/m ²

Komt medicatie in aanmerking? Zo ja welke?

Welke niet medicamenteuze adviezen geeft u? Waar legt u extra nadruk op in het geval van patiënten van west en zuidelijk Afrikaanse afkomst zoals Kwame?

Cardiovasculair risicomanagement bij allochtonen

Werkblad 1A: Beleid van de huisarts

1A3

In overleg met de patiënt besluit u een calciumantagonist en een cholesterolverlager voor te schrijven. U geeft uitleg over het gebruik van de medicatie, de verwachte werking en bijwerkingen.

Waar legt u in uw uitleg extra nadruk op in het geval van patiënten van niet-westerse afkomst zoals Kwame?

Cardiovasculair risicomanagement bij allochtonen

Werkblad 1B: Beleid van de apotheker

1B1

Er komt een voor u onbekende man in de apotheek. Hij stelt zich voor als Kwame Boating en zegt dat hij het antihypertensivum van zijn zus komt ophalen. Zijn zus is Abena Jansen-Boating, 50 jaar en van Ghanese afkomst.

U raakt aan de praat en Kwame vertelt u dat hij niet veel bij de dokter komt. Hij is gezond en hoeft gelukkig geen medicatie te gebruiken zoals zijn zus. Wanneer u er naar vraagt, zegt hij dat 47 jaar is. Hij drinkt geen alcohol, maar rookt wel.

Ziet u reden om Kwame te verwijzen naar de huisartsenpraktijk voor het meten van zijn bloeddruk of voor het opstellen van een risicoprofiel voor hart- en vaatziekten (HVZ)? Waarom?

Zou uw antwoord anders zijn geweest als Kwame niet van Ghanese afkomst zou zijn geweest, maar bijvoorbeeld van Surinaamse of Chinese afkomst? Zo ja, wat zou u dan geantwoord hebben?

Cardiovasculair risicomanagement bij allochtonen

Werkblad 1B: Beleid van de apotheker

1B2

U heeft Kwame geadviseerd om naar de huisarts te gaan. Een maand later ziet u hem terug met recepten voor een antihypertensivum en een cholesterolverlager. Zoals gebruikelijk geeft u bij het verstrekken van de medicatie informatie over het gebruik ervan, de verwachte werking en bijwerkingen.

Welke middelen verwacht u dat de huisarts heeft voorgeschreven?

Waar legt u in uw voorlichting over de medicatie extra nadruk op in het geval van patiënten van niet-westerse afkomst zoals Kwame?

Geeft u ook niet-medicamenteuze adviezen? Zo ja, waar legt u extra nadruk op in het geval van patiënten van west en zuidelijk Afrikaanse afkomst?

Cardiovasculair risicomanagement bij allochtonen

Toelichting 1: Beleid van de huisarts/apotheker

1A1/1B1

Ziet u reden om Kwame uit te nodigen/te verwijzen naar de huisartsenpraktijk voor het meten van zijn bloeddruk of voor het opstellen van een risicoprofiel voor hart- en vaatziekten (HVZ)? Waarom? *Huisarts, apotheker*

Het is verstandig om bij niet-westerse migranten, met name met west of zuidelijk Afrikaanse wortels, al vanaf een leeftijd van 30 jaar regelmatig de bloeddruk te meten en het glucosegehalte te bepalen. Reden hiervoor zijn:

- met name mensen met west of zuidelijk Afrikaanse wortels hebben een ongunstiger cardiovasculair risicoprofiel
- bij mensen met wortels in west en zuidelijk Afrika komt hypertensie driemaal zo vaak voor als bij autochtone Nederlanders
- hypertensie bij deze bevolkingsgroepen ontwikkelt zich sneller, dus eenmaal per 5 jaar meten is onvoldoende
- hypertensie bij deze bevolkingsgroepen geeft ernstigere complicaties op oudere leeftijd
- hypertensieve nierschade komt bij deze bevolkingsgroepen 5 tot 18 keer vaker voor (www.huisarts-migrant.nl)

Wanneer uit de metingen blijkt dat de systolische bloeddruk (SBD) hoger dan 140 mmHg of het totale cholesterol (TC) hoger dan 6,5 mmol/l is, is dit reden voor het opstellen van een risicoprofiel. Daarnaast dient de huisarts altijd aan te bieden een risicoprofiel op te stellen bij:

- rokers vanaf een leeftijd van 50 jaar
- antihypertensiva of statinegebruik
- een belaste familieanamnese voor HVZ
- chronische nierschade

(NHG-standaard *Cardiovasculair risicomanagement*, 2012)

De NHG-standaard *Cardiovasculair risicomanagement* (2012) adviseert bij allochtone bevolkingsgroepen extra aandacht te besteden aan het correct uitvragen van de familieanamnese. Bij twijfel kan de huisarts bij mensen van allochtone afkomst eerder overgaan tot bepaling van het risicoprofiel. De familieanamnese is belast wanneer een vader, moeder, broer of zus voor het 65e levensjaar een HVZ heeft.

Let op!

Vaak is bij niet-westerse allochtonen niet bekend aan welke ziekte familieleden lijden of hebben geleden of wat de doodsoorzaak was.

Zou uw antwoord anders zijn geweest als Kwame niet van Ghanese afkomst zou zijn geweest, maar bijvoorbeeld van Surinaamse of Chinese afkomst? Zo ja, wat zou u dan geantwoord hebben? *Huisarts, apotheker*

Het verhoogde risico op 'maligne' hypertensie geldt voor mensen met west of zuidelijk Afrikaanse wortels zoals creolen, Antillianen, Ghanezen en Nigerianen. Huisarts-migrant.nl adviseert dan ook juist om bij deze bevolkingsgroepen op jonge leeftijd de bloeddruk te meten en het glucosegehalte te bepalen. Voor Aziatische mensen en hindoestanen geldt dit niet.

Bij hindoestaanse en creoolse Surinamers komen hypertensie en diabetes vaker voor dan bij autochtone Nederlanders. Hypercholesterolemie komt echter minder vaak voor bij deze bevolkingsgroepen. Hypertensie komt ook vaker voor bij Hindoestanen uit zuidoost Azië (www.huisarts-migrant.nl).

Cardiovasculair risicomanagement bij allochtonen

Toelichting 1: Beleid van de huisarts/apotheker

Niet voor alle allochtone bevolkingsgroepen zijn cijfers bekend. Het advies uit de NHG-standaard om bij allochtone bevolkingsgroepen extra aandacht te besteden aan het correct uitvragen van de familieanamnese, is echter in alle gevallen relevant.

1A2/1B2

Komt medicatie in aanmerking? *Huisarts*

Let op!

In Nederland bestaat nog geen consensus over het wel of niet gebruiken van de risicotabel '10-jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ voor patiënten zonder HVZ' bij mensen met een andere etniciteit.

- De NHG-standaard *Cardiovasculair risicomanagement* (2012) geeft aan dat op grond van de sterk wisselende prevalentie van cardiovasculaire risicofactoren en HVZ bij de verschillende bevolkingsgroepen - en het feit dat vele individuele patiënten een gemengde etnische achtergrond hebben - een moeilijke risicofactor is om mee te wegen en legt de nadruk op het correct uitvragen van de familieanamnese.
- De International Society on Hypertension in Blacks (ISHIB) adviseert om patiënten zonder HVZ medicamenteus te behandelen als bloeddruk hoger is dan 135/85 mmHg (Flack et al, 2010), al wordt de grens van 135 mmHg (in plaats van 140 mmHg) wel gerelativeerd (Wright et al, 2010).

Gezien het grotere risico op complicaties bij hypertensieve mensen van west of zuidelijk Afrikaanse afkomst valt er veel te zeggen voor het strengere standpunt van het ISHIB.

De NHG-standaard *Cardiovasculair risicomanagement* (2012) geeft aan dat bij mensen zonder HVZ, diabetes mellitus of reumatoïde artritis de beslissing om wel of niet te medicamenteus te behandelen afhankelijk is van het geschatte risico op HVZ, de hoogte van de systolische bloeddruk en de hoogte van de totaal cholesterol/HDL-ratio. Mensen met een systolische bloeddruk hoger dan 180 mmHg of een ratio totaal cholesterol/HDL hoger dan 8 komen altijd in aanmerking voor medicatie, ongeacht het risico op HVZ. Hiervan is bij Kwame Boating geen sprake, dus moet een risicoschatting worden gemaakt door middel van de risicotabel '10-jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ voor patiënten zonder HVZ'. U vindt deze in de NHG-standaard *Cardiovasculair risicomanagement* (2012) en op de samenvattingkaart van deze NHG-standaard.

Uit de risicotabel blijkt Kwame (man, roker, 47 jaar, ratio totaal cholesterol/HDL 5,0 en SBD 160) een risico te hebben van 13 procent. Het vakje is geel. Wanneer het vakje geel is, komt medicamenteuze behandeling volgens de NHG-standaard *Cardiovasculair risicomanagement* (2012) alleen in aanmerking bij risicoverhogende factoren in combinatie met een LDL hoger dan 2,5 mmol/l of een systolische bloeddruk van meer dan 140 mmHg. Deze risicoverhogende factoren ziet u in tabel 1. Omdat Kwame weinig lichamelijke activiteit verricht en zijn gewicht te hoog is, is er sprake van risicoverhogende factoren. Gezien de hoogte van zijn bloeddruk en LDL kan de huisarts - naast niet-medicamenteuze adviezen - medicatie overwegen.

De ISHIB geeft voor Kwame aan dat de huisarts eerst kan proberen om de bloeddruk te verlagen door middel van niet-medicamenteuze adviezen. Als de bloeddruk na 3 maanden nog niet is gedaald tot onder 135/85 mmHg, is medicamenteuze behandeling geïndiceerd.

Cardiovasculair risicomanagement bij allochtonen

Toelichting 1: Beleid van de huisarts/apotheker

Tabel 1 Risicoverhogende factoren bij patiënten met een 10-jaarsrisico op HVZ van 10 tot 20% (NHG-standaard *Cardiovasculair risicomanagement*, 2012)

	Niet risicoverhogend	Mild risicoverhogend	Sterk risicoverhogend
Eerstegraads familielid met premature HVZ	geen	1 familielid < 65 jaar	≥ 2 familieleden < 65 jaar óf ≥ 1 familielid < 60 jaar
Lichamelijke activiteit	≥ 30 min/d, ≥ 5 dgn/wk	< 30 min/d, ≤ 5 dgn/wk	sedentair bestaan
Lichaamsbouw	BMI < 30 kg/m ²	BMI 30-35 kg/m ²	BMI > 35 kg/m ²
eGFR	< 65 jaar: > 60 ml/min/1,73 m ² ≥ 65 jaar: > 45 ml/min/1,73 m ²	< 65 jaar: 30-60 ml/min/1,73 m ² ≥ 65 jaar: 30-45 ml/min/1,73 m ²	alle leeftijden: < 30 ml/min/1,73 m ²

Zo ja welke? *Huisarts*

Welke middelen verwacht u dat de huisarts heeft voorgeschreven? *Apotheker*

Kwame is een relatief jonge man van negroïde afkomst. De NHG-standaard *Cardiovasculair risicomanagement* (2012) geeft voor hem verschillende adviezen met betrekking tot de antihypertensieve voorkeursmedicatie:

- ▶ leeftijd < 50 jaar: ACE-remmer (bij kriebelhoest ARB)
- ▶ negroïde afkomst: calciumantagonist of diureticum

ACE-remmers zijn, evenals bètablokkers, niet werkzaam bij patiënten van een west en zuidelijk Afrikaanse afkomst. Daarnaast hebben deze mensen driemaal zoveel kans als andere bevolkingsgroepen op het ontwikkelen van angio-oedeem door ACE-remmers (Vintges en van den Muijsenbergh, 2012). Daarom gaat de voorkeur bij deze patiënt uit naar een calciumantagonist of diureticum.

Eerste keuze cholesterolverlager is simvastatine. Zover bekend is dit middel ook geschikt voor mensen met een niet-westerse achtergrond.

Wees bij allochtonen alert op een onverwacht effect bij het voorschrijven van de medicatie. Door interetnische verschillen in de activiteit van metaboliserende enzymen kunnen geneesmiddelen meer of minder effectief zijn. Begin voorzichtig en monitor nauwkeurig om de dosering naar boven of naar beneden bij te kunnen stellen.

Let op!

- ▶ Een Amerikaans onderzoek toont aan dat hoesten als bijwerking van ACE-remmers 2,7 keer zo vaak voorkomt bij mensen uit zuidoost Azië dan bij blanke Amerikanen (Vintges en van den Muijsenbergh, 2012).
- ▶ Wegens een genetisch bepaalde verhoogde bloedingsneiging bij patiënten uit west en zuidelijk Afrika wordt voorzichtigheid geadviseerd bij het voorschrijven van bloedverdunners aan deze groepen (Vintges en van den Muijsenbergh, 2012, www.huisarts-migrant.nl).
- ▶ Omdat de meeste Aziaten langzame metaboliseerders zijn, moet de arts de medicatie waarbij cytochroom P450 betrokken is - zoals cholesterolverlagers - lager doseren. Voor rosuvastatine is bewezen dat Aziaten vaker bijwerkingen krijgen. Voor andere cholesterolverlagers is dit waarschijnlijk, maar niet onderzocht (Vintges en van den Muijsenbergh, 2012).

Cardiovasculair risicomanagement bij allochtonen

Toelichting 1: Beleid van de huisarts/apotheker

Welke niet medicamenteuze adviezen geeft u? *Huisarts*

Geeft u ook niet-medicamenteuze adviezen? *Apotheker*

(Zo ja,) waar legt u extra nadruk op in het geval van patiënten van west en zuidelijk Afrikaanse afkomst (zoals Kwame)? *Huisarts, apotheker*

De huisarts adviseert Kwame

- ▶ de hoeveelheid zout in de voeding te reduceren. Zout is een belangrijke oorzaak van hypertensie bij mensen met west en zuidelijk Afrikaanse wortels.
- ▶ te stoppen met roken.
- ▶ meer te bewegen. Lichaamsbeweging heeft tevens een gunstige invloed op andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Een algemeen bewegingsadvies is ten minste vijf dagen per week 30 minuten per dag matig intensieve inspanning zoals fietsen, stevig wandelen, tuinieren enzovoort.
- ▶ voor een optimaal gewicht te zorgen, dat wil zeggen een body mass index (BMI) $<25\text{kg/m}^2$ voor personen tot 70 jaar.

De apotheker geeft - in zoverre hij weet welke factoren bij deze patiënt van toepassing zijn - dezelfde niet-medicamenteuze adviezen.

Besteed veel aandacht aan uitleg van oorzaak en belang van behandeling. Veel allochtonen hebben weinig kennis over chronische ziekten en preventieve behandeling. Gebruik metaforen die de patiënt begrijpt en accepteert. Noem hypertensie bijvoorbeeld 'de zoutziekte'.

Houd bij het geven van uw adviezen rekening met de beleavingswereld van de patiënt. Vraag naar de eigen ideeën van de patiënt over de oorzaak en gevolgen van hypertensie en zijn ervaring met de medicatie. In veel niet-westerse culturen is dik zijn bijvoorbeeld een teken van gezondheid, rijkdom en schoonheid. En fietsen is voor veel allochtonen geen gewone bezigheid. Impotentie als bijwerking van bloeddrukverlagende medicatie is onder veel Afrikanen bekend en reden om geen medicatie in te nemen.

Voor het aanpassen van de leefstijl en het voedingspatroon formuleert de huisarts samen met de patiënt concrete, haalbare veranderingsdoelen. Hoe de patiënt daarbij het beste ondersteund kan worden, hangt af van de behoefte van de patiënt en de lokale mogelijkheden. Als u verwijst naar een diëtiste, kies dan iemand met kennis van de specifieke eetgewoonten.

1A3/1B2

Waar legt u in uw uitleg/voorlichting over de medicatie extra nadruk op in het geval van patiënten van niet-westerse afkomst zoals Kwame? *Huisarts, apotheker*

Besteed bij niet-westerse allochtonen extra aandacht aan therapietrouw. Van de laaggeletterde bevolking in Nederland is 30 procent van niet-westerse afkomst (Vintges en van den Muijsenbergh, 2012). De therapietrouw bij laaggeletterden is vaak onvoldoende, vooral bij chronische aandoeningen. Deze verminderde therapietrouw wordt onder andere veroorzaakt door het slecht begrijpen van mondelinge uitleg en bijsluiterteksten.

Daarnaast hebben mensen van niet-westerse culturen soms andere opvattingen over medicatie dan autochtone Nederlanders, zeker wanneer het gaat om preventieve medicatie. Kwame Boating heeft geen klachten maar moet wel twee verschillende geneesmiddelen gebruiken, die ook nog eens bijwerkingen kunnen veroorzaken. Bij niet-westerse allochtonen stuit dit vaak op onbegrip. Het is belangrijk dat u hier oog voor heeft. Besteed veel aandacht aan het belang van deze chronische medicatie en benoem de risico's die de patiënt loopt zoals het risico op hypertensieve nierschade.

Cardiovasculair risicomanagement bij allochtonen

Toelichting 1: Beleid van de huisarts/apotheker

Besteed tot slot ook aandacht aan het gebruik van middelen die de patiënt zonder tussenkomst van u kan gebruiken. Regelmatig gebruiken niet-westerse allochtonen traditionele middelen die mogelijk voor u onbekend zijn. Nodig de patiënt uit u hierover te vertellen en zoek zo nodig uit of er sprake kan zijn van negatieve interacties.

TIP

Verzoek de apothekers en onderzoekers van Pharos om mogelijke interacties voor u uit te zoeken. Ga hiervoor naar de rubriek 'Contact' op www.huisarts-migrant.nl.

Creools-Surinaamse patiënten behandelen hypertensie soms met kruiden en huismiddelen zoals sopropo, tamarinde, papaya, rode katoen, kokosbast of knoflook. Men gebruikt deze middelen naast - of soms in plaats van - de reguliere medicijnen. Hier zijn geen schadelijke effecten van bekend (www.huisarts-migrant.nl).

Handleiding voor het bespreken van een casus in het FTO

Doelstelling

- Inzichtelijk maken van verschillen en overeenkomsten in het huidige medicatiebeleid.
- Per casus zijn er verschillende subdoelen aangegeven.

Voorbereiding

- Neem de casuïstiek en de toelichting door.
- Zorg dat u zelf op de hoogte bent van de NHG-standaarden van het betreffende onderwerp.
- Lees van tevoren het betreffende hoofdstuk in het Farmacotherapeutisch Kompas en eventuele lokale formularia.
- Kopieer de casus voor alle deelnemers.
- Zorg voor een flapover of sheets en schrijfmateriaal.
- Maak een inventarisatieschema met eventueel een afgeplakt advies.

Uitvoering

Let op! De tijdsinvestering verschilt per casus. Het zwaartepunt ligt op de discussie. De genoemde tijden zijn een indicatie.

1. Presentatie casus 5 min.

- Leg deelnemers uit wat het doel is van de werkvorm.
- Geef alle huisartsen een kopie van de werkbladen 'Beleid van de huisarts' en alle apothekers een kopie van de werkbladen 'Beleid van de apotheker'.
- Nodig de deelnemers uit de vragen individueel schriftelijk te beantwoorden.
*N.B. Voorkom in deze fase onderlinge uitwisseling van antwoorden.
Vermijd interpretatie en discussie over diagnostiek. Bij de beantwoording van de casus wordt uitgegaan van een vaststaande diagnose.*

2. Inventarisatie 10 min.

- Nodig een deelnemer uit zijn/haar antwoord voor te lezen. Noteer deze op flapover. Vraag de andere deelnemers naar afwijkende meningen. Stop als er geen nieuwe informatie op tafel komt.
N.B. Voorkom discussie. Het gaat alleen om een inventarisatie van verschillende handelwijzen.
- Laat het advies van de literatuur zien en wijs op overeenkomsten en verschillen.

3. Discussie 30 min.

- Stel gezamenlijk vast wat, op grond van geconstateerde verschillen, de discussiepunten bij de casus zijn. Noteer deze op flapover, stel prioriteiten en bepaal per punt de discussietijd.
- Stel telkens één discussiepunt aan de orde.
 - ✗ Geef gelegenheid tot inbreng van informatie uit de literatuur.
 - ✗ Zorg dat het gesprek gericht blijft op het discussiepunt dat aan de orde is.
 - ✗ Vermijd discussie over diagnostiek.
 - ✗ Vraag door naar argumenten.
 - ✗ Bewaak de tijd per discussiepunt.
 - ✗ Sluit elk discussiepunt af met een conclusie.
- Geef als afsluiting van de discussiefase een samenvatting van de conclusies.

4. Conclusie 10 min.

- Ga na of er algemene conclusies getrokken kunnen worden die kunnen resulteren in consensus over de behandeling van een bepaald ziektebeeld. Noteer deze conclusies op flapover. Noteer bij geen consensus expliciet de verschilpunten.
- Vraag de deelnemers wat zij in de praktijk gaan doen met de conclusies van de bespreking.
- Als de bespreking leidt tot voornemens tot gedragsverandering, stel dan vast wanneer er op teruggekomen wordt.
- Mochten er vragen zijn die nog moeten worden uitgezocht, spreek dan af wie dit doet en wanneer en hoe hierover wordt gerapporteerd.