

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Verminderen van zorgconsumptie op huisartsenposten

ONDERZOEK

Nieuwe diagnostische index voor bacteriële conjunctivitis

NHG-STANDAARD

Anemie

- 510** **ONDERZOEK**
Verminderen van zorgconsumptie op huisartsenposten
Ellen Keizer, Irene Maassen, Marleen Smits, Paul Giesen
- 516** Een nieuwe diagnostische index voor bacteriële conjunctivitis
Gerben ter Riet, Ellinore Tellegen, Henk van Weert
- 520** Acuut loopoor bij kinderen met trommelvliesbuisjes
Thijs van Dongen, Geert van der Heijden, Roderick Venekamp, Maroeska Rovers, Anne Schilder
- 524** **BESCHOUWING**
Samen beslissen is beter
Haske van Veenendaal, Chris Rietmeijer, Helene Voogdt-Pruis, Ilse Raats

- 528** **NHG-STANDAARD**
Anemie (eerste herziening)
NHG-werkgroep Anemie
- 537** Acute rhinosinusitis (derde herziening)
Roderick Venekamp, An De Sutter, Alfred Sachs, Sonja Bons, Tjerk Wiersma, Egbert de Jongh
- 538** Addendum bij de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen
Marco Blanker, Wim Opstelten

- 519** **PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE**
Overzichtsartikelen
Rik Loijmans
- 540** **(VER)STAND VAN ZAKEN**
Vroege diagnose van atriumfibrilleren
Nicole Verbiest-van Gulp
- 541** **HUISARTSENZORG IN CIJFERS**
Online contactmogelijkheden bij de huisarts
Anne Brabers, Johan Krijgsman, Judith de Jong
- 542** **NASCHOLING**
Kindermishandeling en de meldcode
Wilma Duijst, Bèr Pleumeekers
- 546** **KLINISCHE LES**
Diabetes bij kinderen: direct glucose bepalen
Marie-Louise de Sonnaville, Jessica Rodenburg
- 549** **CASUÏSTIEK**
Man met pijnlijke, rode onderbenen
Nick Janssen, Stijn van Kerkhoven
- 554** **IMPORT**
Diabetes mellitus en het bewegingsapparaat
Jan Palmen
- 555** **CATS**
ESWT bij schouderpijn?
Ramon Ottenheijm
- 556** **PEARLS**
Cafeïne en urine-incontinentie
Marieke van Gerwen, Arie Knuistingh Neven
- 557** Zelfmanagementprogramma bij artrose niet effectief
Alex Bastick

- 507** **JOURNAAL**
515, 552 **COLUMNS**
550 **INTERVIEW**
553 **KENNISTOETS**
558 **INGEZONDEN**

Werken op de HAP: ook ons vak

Hoe ervaart u het werken op de HAP? Dat vroeg ik deze week tijdens mijn SEH-avonddienst aan een aantal huisartsen in onze gezamenlijke SEH/HAP-huiskamer. Kijkt u ernaar uit? Ziet u ertegenop? Veelgehoorde antwoorden waren: 'De visitediensten zijn leuk, maar de consultdiensten... druk! Te veel consulten die best tot morgen of tot na het weekend kunnen wachten.'

Toenemende werkdruk?

De antwoorden van deze huisartsen zijn in lijn met wat Keizer et al. vonden bij een vragenlijstonderzoek onder ruim 400 huisartsen over het werken op de HAP. De uitkomsten van dit onderzoek kunt u vinden in deze H&W. Huisartsen ervaren een toenemende werkdruk op de HAP en meer dan 90% denkt dat de zorgconsumptie van patiënten verminderd kan worden. Maar liefst 83,9% denkt dat bij de telefonische triage veel patiënten met laagurgente hulpvragen ten onrechte een consult of visite krijgen.



Maar is dat ook zo, vraag ik mij af. In hetzelfde artikel is te lezen dat de helft van alle patiëntencontacten op de HAP laagurgent zou zijn (U4 en U5). U kunt dit terugvinden in de benchmarkbulletins van de Vereniging Huisartsenposten Nederland, die voor iedereen online beschikbaar zijn (www.vhn.artsennet.nl). Deze bulletins leren ons ook dat de werkdruk niet toeneemt; het totaal aantal contacten met de HAP stijgt niet meer sinds 2009, maar blijft stabiel. Recent onderzoek van Giesen et al. op de HAP in Amersfoort en gepubliceerd in *Medisch Contact*, laat zien dat bij beoordeling achteraf slechts 10% van de consulten door huisartsen als overbodig wordt beschouwd! Met andere woorden: huisartsen ervaren een toegenomen werkdruk maar vinden niet werkelijk dat mensen voor niets komen.

Urgent of niet urgent?

Nu ik in het kader van mijn huisartsopleiding een aantal maanden de rol van SEH-arts mag spelen, erger ik mij regelmatig aan het kritische geluid van specialisten wanneer er een patiënt vanuit de HAP wordt doorgestuurd die 'niks' blijkt te hebben. Zij zien echter alleen het topje van de ijsberg en hebben geen weet van wat wij allemaal *niet* doorsturen. Het is voor de huisarts elke keer weer een kunst om uit de HAP bezoekende populatie precies die patiënten te pikken die in de tweede lijn behandeld moeten worden. Het is de kern van ons (moeilijke) vak. Daarnaast is het één van onze hoofdtaken om juist ook die laagurgente patiënten te herkennen en gerust te stellen. Het is in mijn ogen dan ook niet reëel om, zoals de ondervraagde huisartsen uit het stuk van Keizer aangaven, van de triagisten te verwachten dat zij nog scherper triëren om onze werkdruk te verminderen.

Tot slot, leest u ook eens het in mei verschenen artikel van Gaakeer in het NTVG over SEH-bezoeken. Daaruit blijkt dat het aantal SEH-bezoeken per 1000 inwoners in Nederland laag is en de laatste jaren laag blijft (zeker drie keer zo laag als in Engeland, de Verenigde Staten en Canada). Slechts 30% is zelfverwijzer en landelijk wordt gemiddeld 32% opgenomen in het ziekenhuis. Volgens mij doen wij huisartsen in Nederland het zo gek nog niet op de HAP. ■

Annet Sollie

Azitromycine voorkomt exacerbatie COPD

Ondanks optimale behandeling met inhalatiemedicatie, heeft iedere huisarts COPD-patiënten die regelmatig exacerbaties doormaken. Dit leidt tot veel ziekenhuisopnames, prednisonstootkuren en antibioticagebruik. Nieuw onderzoek laat zien dat de frequentie van exacerbaties flink kan afnemen door continu gebruik van azitromycine.

Longartsen uit Breda includeerden COPD-patiënten, die ondanks gebruik van luchtwegverwijders en inhalatiecorticosteroiden ≥ 3 exacerbaties per jaar hadden. In totaal kregen 92 patiënten azitromycine 500 mg of placebo, driemaal per week gedurende 1 jaar. Gemiddeld kregen patiënten die azitromycine gebruikten 1,9 exacerbaties per jaar, terwijl patiënten in de placebogroep gemiddeld 3,2 exacerbaties doormaakten.

Opvallend is dat juist patiënten die azitromycine gebruikten minder resistentie tegen macroliden ontwikkelden (6%) dan degenen die placebo kregen (24%). Mogelijk komt dit doordat er meer

exacerbaties waren in de placebogroep en hierbij vaker andere antibiotica werden ingezet. Wel kwam diarree als bijwerking duidelijk vaker voor in de azitromycinegroep (19% versus 2%).

Het gebruik van antibiotica om exacerbaties te voorkomen staat niet vermeld in de NHG-Standaard COPD. Dit onderzoek maakt duidelijk dat dit wellicht toch nuttig is voor patiënten

met frequente exacerbaties, eventueel in overleg met de longarts. ■

Tobias Bonten

Uzun S, et al. Azithromycin maintenance treatment in patients with frequent exacerbations of chronic pulmonary disease (COLUMBUS): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet Respir Med 2014;2:361-68.



Foto: Dmitry Lobanov/Shutterstock

Injectietherapie bij rugklachten

Chronische lagerugklachten zijn voor huisartsen een bekend probleem. Een belangrijke oorzaak is wervelkanaalstenose ofwel neurogene claudicatio. Als behandeling wordt uiteindelijk soms gekozen voor epidurale corticosteroidinjecties. De effectiviteit hiervan was echter nog nooit aangetoond met grootschalig, gecontroleerd onderzoek. Brits onderzoek laat zien dat er na 6 weken geen verschil is tussen de effecten van een corticosteroid en die van een lokaal anestheticum.

Janna Friedly et al. deden een RCT bij patiënten met de diagnose wervelkanaalstenose, aangetoond met een CT-scan. De patiënten waren ouder dan 50 jaar en

hadden bij inclusie een pijnscore van > 4 op een schaal van 0 tot 10 (0 = geen pijn, 10 = de heftigste pijn ooit) en een score van ≥ 7 op een speciaal hiervoor ontworpen schaal (de Roland Morris Disability Questionnaire, RMDQ, maximale beperking: 24). De interventie bestond uit een injectie met lidocaïne en een glucocorticosteroid. De controlegroep kreeg alleen het lokale anestheticum. De injecties werden gegeven door gecertificeerde specialisten. De twee primaire uitkomstmaten waren de RMDQ-score en de pijnscore na 6 weken. Er werden 400 patiënten gerandomiseerd: 200 patiënten kregen de interventie-injectie, 200 kwamen in de controlegroep.

Na 6 weken werd in elke groep bij 193 patiënten de pijnschaal en de RMDQ afgenomen. Beide groepen lieten verbetering zien. In de interventiegroep

meer dan in de controlegroep, maar het onderscheid was statistisch niet significant. Het verschil in verbetering was op de pijnschaal $-0,2$ (95%-BI $-0,8$ tot $0,4$; $p = 0,48$); op de RMDQ $-1,0$ (95%-BI $-2,1$ tot $0,1$; $p = 0,07$). Na 3 weken waren de verschillen wel significant, maar gering en dus klinisch niet relevant. De auteurs concluderen dat er nauwelijks verschillen waren tussen epidurale injecties met een anestheticum plus steroiden en injecties met alleen een anestheticum. ■

Arie Knuistingh Neven

Friedly JL, et al. A randomized trial of epidural glucocorticoid injections for spinal stenosis. N Engl J Med 2014;371:11-21.

Ziekte of geen ziekte?

De overeenkomst tussen ziekten die staan geregistreerd in het elektronisch dossier van de huisarts en aandoeningen die patiënten zelf rapporteren, is hoog. Wordt er echter gecorrigeerd voor kans (kappawaarden berekend), dan blijkt er sprake te zijn van forse onder- en overrapportage. De overeenkomst is het grootst voor diabetes mellitus (kappa 0,86) en het kleinst voor inflammatoire gewrichtsontstekingen en reuma (kappa 0,17).

Van den Akker et al. uit Maastricht vergeleken 14 verschillende diagnoses in de dossiers van 3443 patiënten > 55 jaar (respons 83,4%) met een door patiënten zelf ingevulde vragenlijst. De onderzoekers wilden de mate van overeenkomst bepalen, vaststellen of er sprake was van over- of onderrapportage van ziekten en dit zo mogelijk relateren aan demografische kenmerken.

Patiënten kregen een lijst voorgelegd met 14 aandoeningen (onder andere diabetes, migraine, kanker, beroerte) en beantwoordden de volgende vraag: 'Geef aan of u (ja/nee) deze ziekte heeft of heeft gehad.' Het elektronisch dossier van de huisarts werd gebruikt als



Foto: Microstock-Mani/Shutterstock

gouden standaard. Berekende kappawaarden waren redelijk voor kanker, beroerte, chronische longziekten en hartkwalen, goed voor diabetes mellitus, maar slecht voor de overige aandoeningen.

Onder- en overrapportage bleken geassocieerd te zijn met een slechtere fysieke en mentale kwaliteit van leven en met hogere leeftijd, maar ook met specifieke factoren bij bepaalde aandoeningen. Onderrapportage kwam bijvoorbeeld vooral voor bij pijngerelateerde ziekten die patiënten vaak zelf managen, zoals migraine of lage rug-

pijn. Overrapportage kwam onder meer voor bij angstige patiënten met diabetes mellitus. De gevonden resultaten zijn in lijn met eerdere onderzoeken die lieten zien dat het huisartsendossier en zelfrapportage het best overeenkomen bij goed herkenbare, relatief makkelijk te diagnosticeren, ziekten. ■

Annet Sollie

Van den Akker M, et al. Disease or no disease? Disagreement on diagnoses between self-reports and medical records of adult patients. *Eur J Gen Pract* 2014;16:1-7.

Let op bijwerkingen thiazide bij ouderen

Voor patiënten > 50 jaar met hypertensie is een thiazidediureticum eerste keuze. Als bijwerking kunnen hypokaliëmie, hyponatriëmie en achteruitgang van de nierfunctie optreden. Maar hoe vaak komen deze bijwerkingen daadwerkelijk voor in de praktijk? Recent onderzoek laat zien dat dit bij 1 op de 7 ouderen > 65 jaar het geval is. Het is dus zeker nuttig om deze laboratoriumwaarden te controleren.

In RCT's worden oudere patiënten met comorbiditeit vaak uitgesloten, waardoor onduidelijk is hoe vaak bijwerkingen voorkomen. Amerikaanse onderzoekers volgden 1060 patiënten > 65 jaar die startten met een thiazide-

diureticum vanwege hypertensie. Deze nieuwe gebruikers werden virtueel gekoppeld aan eenzelfde groep patiënten die in dezelfde periode zo'n middel niet gebruikten.

Van alle patiënten werd 9 maanden lang geregistreerd of er hypokaliëmie (< 3,5 mmol/l), hyponatriëmie (< 135 mmol/l) of > 25% achteruitgang van de nierfunctie optrad. Dit bleek bij 14,3% van de patiënten uit de eerste groep het geval te zijn, terwijl maar 6% van de patiënten die geen thiazide gebruikten deze bijwerkingen kreeg. Bij 3,8% van de thiazidegebruikers leidden ze zelfs tot een klinische opname. Leeftijd, comorbiditeit en lage natrium- of kaliumwaarden aan het begin van de behandeling waren gerelateerd aan het optreden van deze metabole bijwerkingen.

Voor de dagelijkse praktijk is het nuttig om te weten dat de bijwerkingen vaker voorkomen dan we dachten: 1 op de 7 patiënten die met een thiazide start, ontwikkelt hypokaliëmie, hyponatriëmie of verliest > 25% aan nierfunctie. In de NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement wordt aanbevolen om elektrolyten en nierfunctie te controleren na elke dosis aanpassing van een diureticum. Dit onderzoek maakt duidelijk dat het ook nuttig is om deze waarden te bepalen vóór de start met een thiazide. Oudere patiënten met comorbiditeit verdienen hierbij extra aandacht. ■

Tobias Bonten

Makam AN, et al. Risk of thiazide-induced metabolic adverse events in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:1039-45.

Is substitutie door verpleegkundigen effectief?

Wereldwijd komt het steeds vaker voor dat verpleegkundigen, meestal met speciale opleiding, een deel van het werk van artsen overnemen in de eerste lijn. Dit kan voordelen bieden, zoals minder werkdruk voor artsen, betere kwaliteit van zorg en minder kosten. Onderzoekers uit Zwitserland laten echter zien dat nog onvoldoende duidelijk is wat de effecten zijn van deze substitutie.

Martínez-González et al. deden een systematisch literatuuronderzoek met meta-analyse. Ze verzamelden alle gerandomiseerd gecontroleerde onderzoeken die verpleegkundigenzorg vergeleken met artsenzorg in de eerste lijn. Ze keken naar patiënttevredenheid,

kwaliteit van leven, ziekenhuisopname, sterfte en kosten. In totaal werden 26 relevante onderzoeken met 38.974 patiënten gevonden. De onderzoeken bleken zowel sterk te verschillen in opzet (type, kwaliteit, grootte) als in patiëntenpopulatie (leeftijd, klachten).

De onderzoekers voegden de beschikbare onderzoeksresultaten samen. Ze vonden een grotere patiënttevredenheid bij zorg door verpleegkundigen (7 onderzoeken) en een lager risico op ziekenhuisopname (5 onderzoeken) en sterfte (10 onderzoeken). De samengevoegde resultaten van patiënttevredenheid, zeiden echter weinig omdat die per onderzoek erg uiteenliepen. En bij de laatste twee uitkomsten, ziekenhuisopname en sterfte, lieten juist de beter uitgevoerde onderzoeken de slechtste resultaten zien. Over kwaliteit van leven en kostenaspecten konden de onderzoekers helemaal geen

uitspraak doen, omdat er te weinig vergelijkbare resultaten beschikbaar waren.

Het stemt hoopvol dat ziekenhuisopname en sterfte minder lijken voor te komen bij zorg door verpleegkundigen, maar voor we hierop kunnen bouwen moeten we dit bevestigd zien in goed uitgevoerde onderzoeken. Ook het kostenplaatje behoeft nader onderzoek, kostenreductie is immers een veelgevoemde reden om verpleegkundigen in te zetten. Daarover is echter nog maar weinig bekend. ■

Alma van de Pol

Martínez-González NA, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res 2014;14:214.

NSAID's moeten op recept

NSAID's worden regelmatig gebruikt door patiënten die ook acetylsalicylzuur (ASA) innemen in het kader van secundaire preventie van hart- en vaatziekte. Meek et al. onderzochten de mogelijke interactie tussen NSAID's en het remmende effect van ASA op de aggregatie van trombocyten. Met name voor ibuprofen en naproxine vonden zij een onderdrukking van dit effect. Enterocoxib en meloxicam daarentegen hadden geen effect op de remming van trombocytenaggregatie, geïnduceerd door ASA.

De COX-1-receptor is het aangrijpingspunt voor remming van de samenklontering van trombocyten. Pijnbestrijding gebeurt via blokkering van de COX-2-re-

ceptor. De COX-1-receptor kan zowel door ASA als door non-selectieve NSAID's, die op COX-1 én COX-2 aangrijpen, geblokkeerd worden. Is de COX-1 receptor inmiddels bezet door een NSAID, dan kan ASA zich niet meer hechten en zal bij de volgende leverpassage worden omgezet in inactieve metaboliëten. Omdat de binding met een NSAID niet sterk genoeg is, zal de COX-1-receptor na enige tijd weer vrijkomen en kunnen de trombocyten coaguleren. Dit effect is het grootst wanneer een niet-selectief NSAID 2 uur voor ASA is ingenomen.

Meek et al. deden een geblindeerd, placebogecontroleerd cross-overonderzoek bij 30 gezonde proefpersonen en konden deze specifieke interactie op de COX-1-receptor bevestigen. Jammer genoeg hebben de onderzoekers niet gekeken of hun bevindingen ook opgaan voor het in Nederland veel

voorgescreven Diclofenac. Andere onderzoeken laten in elk geval geen interactie zien.

Het afgewogen voorschrijven van NSAID's wordt zo wel complex. Behalve met interactie moeten we ook rekening houden met een (on)gunstig effect op het cardiovasculair risico en de gastro-intestinale bijwerkingen van NSAID's. Al met al een hele afweging voor een voorschrijvend huisarts en een haast onmogelijke taak voor onwetende patiënten die deze middelen nog steeds zonder recept in bezit kunnen krijgen. ■

Bèr Pleumeekers

Meek IL, et al. Interference of NSAIDs with the thrombocyte inhibitory effect of aspirin: A placebo-controlled, ex vivo, serial placebo-controlled serial crossover study. Eur J Clin Pharmacol 2013; 69:365-71.

De berichten, commentaren en reacties in het Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn van harte welkom (redactie@nhg.org).

Verminderen van zorgconsumptie op huisartsenposten

Samenvatting

Keizer E, Maassen I, Smits M, Giesen P. Verminderen van zorgconsumptie op huisartsenposten. *Huisarts Wet* 2014;57(10):510-4.

DOEL Op huisartsenposten (HAP's) is de werkdruk hoog en stijgen de kosten sterk, terwijl de helft van de hulpvragen uiteindelijk weinig urgent blijkt. Het is dus belangrijk aanknopingspunten te zoeken om de zorgconsumptie op HAP's – en daarmee de werkdruk en de kosten – in de hand te houden.

METHODE Wij voerden een crosssectioneel vragenlijstonderzoek uit onder een aselechte steekproef van 800 huisartsen.

RESULTATEN Van de 428 respondenten (53,5%) bevestigde 86,5% dat de werkdruk op de HAP is toegenomen en was 91,8% van mening dat de zorgconsumptie kan worden teruggedrongen. Volgens de huisartsen zijn de belangrijkste redenen om bij een laagurgente klacht niet op de eigen huisarts te wachten de 24-uurs maatschappij (75,4%), ongerustheid of angst (65,8%) en de laagdrempelige toegang tot de HAP (60,1%). Een grote meerderheid van de respondenten (83,9%) vond dat de telefonische triage strenger kan: te veel patiënten met laagurgente hulpvragen krijgen een consult of visite. De meest effectieve maatregelen om de zorgconsumptie te verminderen zijn volgens de respondenten: een eigen bijdrage van de patiënt, strengere triage en een grotere rol voor de telefoonarts. Minder effectief, maar even wenselijk, zijn patiëntenvoorlichting, betere telefonische bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk, spreekuurtijd reserveren om patiënten dezelfde dag te zien en terugkoppeling van gegevens over de zorgconsumptie op HAP's naar praktijken en triagisten.

CONCLUSIE Het overgrote deel van de ondervraagde huisartsen acht maatregelen noodzakelijk om de zorgconsumptie op HAP's te verminderen. Het invoeren van een eigen bijdrage, strengere triage en een grotere rol voor de telefoonarts verdienen nader onderzoek, met aandacht voor het effect op de zorgconsumptie en de patiëntveiligheid.

INLEIDING

In Nederland vindt huisartsenzorg buiten kantoortijd overwegend plaats op huisartsenposten (HAP's).^{1,2} HAP's zijn bedoeld voor spoedeisende hulpvragen die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag van de eigen huisarts. Toch blijkt ongeveer de helft van alle hulpvragen op de HAP, en ruim een derde (35%) van de consulten, laagurgent (U4 of U5). Een aanzienlijk deel van deze hulpvragers zou, medisch gezien, hebben kunnen wachten tot het spreekuur van de eigen huisarts.³ De meeste patiënten met laagurgente hulpvragen krijgen op de HAP telefonisch advies (63%) of een consult (33%).³ In

eerder onderzoek is gebleken dat 85% van de huisartsen vindt dat patiënten op de HAP te veel zorg ontvangen.⁴

Voor veel HAP's leidt de hoge zorgvraag tot piekbelastingen die negatieve consequenties kunnen hebben voor de zorgkwaliteit en voor de motivatie van huisartsen om diensten te doen.^{5,6} Weliswaar lijkt het aantal patiëntcontacten van de HAP's zich tussen 2008 en 2012 te hebben gestabiliseerd, maar in diezelfde periode zijn de totale kosten van avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten) met ruim 73 miljoen euro (35%) gestegen.^{7,8}

Om aanknopingspunten te vinden om de zorgconsumptie op de HAP te verminderen hebben wij huisartsen benaderd met de volgende vragen:

- ervaren huisartsen een toegenomen werkdruk op de HAP?
- wat zijn volgens huisartsen motieven van patiënten om met laagurgente klachten naar de HAP te komen?
- in hoeverre speelt volgens huisartsen telefonische triage een rol in de hoge zorgconsumptie?
- welke maatregelen ter vermindering van de zorgconsumptie op de HAP lijken volgens huisartsen effectief en wenselijk?

METHODE

Design en populatie

Wij voerden een schriftelijk vragenlijstonderzoek uit onder een aselechte steekproef van 800 praktijkhoudende huisartsen en huisartsen in dienst van een huisarts (HIDHA's), getrokken uit het praktijkadressenbestand van het NIVEL. Exclusie vond niet plaats.

Aan deze 800 huisartsen stuurden wij in september-oktober 2012 een vragenlijst die zij op papier of digitaal konden invullen. Na veertien dagen volgde een herinnering.

Wat is bekend?

- De helft van de patiëntcontacten op de HAP is laagurgent (U4-U5).
- De kosten voor de ANW huisartsenzorg zijn in de periode 2008-2012 met 35,4% gestegen.
- Veel huisartsen ervaren een hoge werkdruk op de HAP.

Wat is nieuw?

- Huisartsen denken dat de zorgconsumptie op de HAP kan worden verminderd.
- De belangrijkste redenen om met een laagurgente klacht de HAP te bezoeken zijn de 24-uurs maatschappij, ongerustheid of angst en de lage toegangsdrempel van de HAP.
- Huisartsen zijn van mening dat de telefonische triage te veel patiënten doorlaat met een laagurgente hulpvraag.
- Maatregelen die de zorgconsumptie kunnen verminderen, zijn het invoeren van een eigen bijdrage, strengere triage en een grotere rol voor de telefoonarts.

Vragenlijst

Wij ontwikkelden de vragenlijst op basis van een inventarisatie bij beleidsmedewerkers en directeurs van HAP's, waarin wij hen vroegen naar reeds genomen maatregelen om de zorgconsumptie te verminderen, en op basis van literatuur en bestaande vragenlijsten.⁹⁻¹² Het concept legden wij achtereenvolgens voor aan drie expertpanels met de vraag de vragenlijst te beoordelen op formulering en volledigheid. De expertpanels bestonden uit respectievelijk drie onderzoekers, drie huisartsen en twee vertegenwoordigers van belangenverenigingen (de Vereniging Huisartsenposten Nederland, thans InEen, en het Nederlands Huisartsen Genootschap).

De vragenlijst bevatte vragen over de werkdruk op HAP's, over de motieven van hulpvragers om met laagurgente klachten naar een HAP te gaan, over de rol van telefonische triage en over mogelijkheden om de zorgconsumptie te verminderen (onder andere invoering van een financiële bijdrage, voorlichting aan patiënten en aanpassing van de triage). Vragen over de motieven van patiënten konden de respondenten beantwoorden op een driepuntsschaal ('onbelangrijk', 'enigszins belangrijk' en 'zeer belangrijk'). Vragen over de rol van telefonische triage en over maatregelen om de zorgconsumptie te verminderen konden worden beantwoord op een driepuntsschaal ('geen invloed' 'een beetje invloed' of 'veel invloed'); vragen naar de wenselijkheid van een maatregel op een tweepuntsschaal ('wenselijk' of 'niet wenselijk').

Analyse

De analyses zijn beschrijvend en de resultaten zijn in percentages weergegeven. De gegevens zijn met SPSS 20.0 geanalyseerd.

RESULTATEN

Kenmerken van de respondenten

De respons op de vragenlijst was 53,5% (n = 428). Van de respondenten was 53,2% man, de gemiddelde leeftijd was 48 jaar (SD 8,5). Het merendeel van de huisartsen was werkzaam in een duopraktijk (31,5%) of groepspraktijk (30,8%), in stedelijk gebied (41,7%) of verstedelijk platteland (41,7%).

Werkdruk op de HAP

Verreweg de meeste huisartsen gaven aan dat zij de laatste jaren een toename van de werkdruk op de HAP hadden ervaren (46,7% 'een beetje' en 39,8% 'veel'). Bijna alle huisartsen dachten dat de zorgconsumptie op de HAP verminderd kan worden (46,6% 'een beetje' en 45,2% 'veel').

Motieven van hulpvragers

[Tabel 1] toont de mogelijke motieven om met een laagurgente klacht naar de HAP te komen die wij aan de respondenten voorlegden. De vijf motieven die de huisartsen het vaakst als 'zeer belangrijk' aanmerkten, waren het ontstaan van een 24-uurs maatschappij (75,4%), ongerustheid of angst (65,8%), de laagdrempelige toegang tot de HAP (60,1%), overdag geen tijd hebben (53,5%) en geen risico willen nemen (52,2%).

Tabel 1 Redenen waarom patiënten met laagurgente klachten naar de HAP komen (n = 428)

| | Onbelangrijk (%) | Enigszins belangrijk (%) | Zeer belangrijk (%) |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------|---------------------|
| Het ontstaan van een 24-uurs service-maatschappij | 1,9 | 22,8 | 75,4 |
| Ongerustheid of angst bij de patiënt | 0,7 | 33,5 | 65,8 |
| Lage toegangsdrempel HAP | 7,7 | 32,2 | 60,1 |
| Overdag geen tijd hebben om naar de huisarts te gaan | 3,8 | 42,7 | 53,5 |
| Patiënt wil geen risico nemen | 3,5 | 44,2 | 52,2 |
| Onwetendheid over wanneer naar de HAP te gaan | 13,2 | 52,4 | 34,4 |
| Bekendheid van de HAP | 15,8 | 51,4 | 32,8 |
| Anonimiteit op de HAP | 45,3 | 37,0 | 17,7 |
| Bepaalde toegankelijkheid eigen huisarts: wachttijd voor een consult te lang | 42,8 | 45,6 | 11,5 |
| Second opinion | 25,9 | 63,4 | 10,6 |
| Bepaalde telefonische toegankelijkheid eigen huisarts | 49,4 | 40,7 | 9,9 |
| Tevredenheid over de HAP | 47,8 | 45,6 | 6,6 |
| Slechte relatie met eigen huisarts | 54,8 | 43,3 | 1,9 |

Triage

Een groot deel van de huisartsen (83,9%) was van mening dat de huidige wijze van telefonische triage ertoe leidt dat veel patiënten met laagurgente hulpvragen ten onrechte een consult of visite krijgen. Volgens 87,0% komt dit door het gebruikte

Abstract

Keizer E, Maassen I, Smits M, Giesen P. How to control the use of primary care out-of-hours services? *Huisarts Wet* 2014;57(10):510-4.

AIM Primary care out-of-hours services have a high workload and costs are increasing, but half of all contacts are of low urgency. It is important to look for ways to control the use of these services, and thereby the workload and costs.

METHOD Cross-sectional survey study among a random sample of 800 general practitioners.

RESULTS Of the 428 respondents (53,5%), 86,5% confirmed that their workload had increased and 91,8% thought that the number of patient contacts could be reduced. They considered the main reasons why people with low urgency symptoms attended these services rather than wait to see their own GP to be the 24-hour society (75,4%), worry or anxiety (65,8%), and a low barrier to contact the service (60,1%). Many GPs (83,9%) believed that telephone triage (triage nurse and system) in part contributes to the high use of out-of hours services: too many patients with non-urgent problems are given a consultation. Measures that were believed both desirable and effective to reduce the number of patient contacts were a financial contribution from the patient, stricter triage, and a greater role for the telephone doctor in handling low-urgency cases. Patient education, improved telephone accessibility of daytime general practices, more possibilities for same-day appointments, and feedback of health consumption to practices and triage nurses were also considered desirable, but less effective.

CONCLUSION Most GPs believe that steps should be taken to reduce the use of out-of-hours services, such as introducing a financial contribution from the patient, stricter triage, and a greater role for the telephone doctor. Further research is needed to examine the impact and safety of these strategies.

Tabel 2 Invloed en wenselijkheid van maatregelen om zorgconsumptie te verminderen (n = 428)

| | Geen invloed (%) | Een beetje invloed (%) | Veel invloed (%) | Wenselijk (%) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------|------------------|---------------|
| Financiële prikkels | | | | |
| ■ invoeren eigen bijdrage van < € 10 per contact | 21,9 | 58,1 | 20,0 | 47,4 |
| ■ invoeren eigen bijdrage van € 10-30 per contact | 4,4 | 37,1 | 58,5 | 39,6 |
| ■ invoeren eigen bijdrage van > € 30 per contact | 3,5 | 11,9 | 84,7 | 13,1 |
| ■ toekennen van meer ANW-diensten aan huisartsen(praktijken) met een hoge U4/U5-zorgconsumptie | 64,5 | 31,3 | 4,2 | 13,0 |
| ■ korten van huisartsen(praktijken) met een hoge U4/U5-zorgconsumptie in de vergoeding van de zorgverzekeraar | 68,4 | 27,2 | 4,4 | 4,8 |
| Voorlichting | | | | |
| ■ starten nationale voorlichtingscampagne (door het NHG en de VHN*) over doel en gebruik van de HAP | 6,2 | 69,1 | 24,6 | 91,5 |
| ■ aanspreken van veelgebruikers door de eigen huisarts | 8,1 | 62,1 | 29,8 | 89,2 |
| ■ stimuleren van het gebruik van (betrouwbare) gezondheidssites zoals thuisarts.nl | 14,6 | 72,5 | 12,9 | 88,5 |
| ■ voorlichtingsmateriaal in de huisartsenpraktijk over het doel en gebruik van de HAP (folders, website) | 13,6 | 71,5 | 14,8 | 85,9 |
| ■ landelijke website maken over doel en gebruik van de HAP | 30,4 | 59,3 | 10,3 | 72,5 |
| Huisartsenpraktijk | | | | |
| ■ tijd reserveren in spreekuur om patiënten dezelfde dag te zien | 9,8 | 48,1 | 42,1 | 91,0 |
| ■ verbetering telefonische bereikbaarheid huisartsenpraktijk overdag | 16,2 | 54,6 | 29,2 | 90,1 |
| ■ training van huisartsen in stimuleren van zelfredzaamheid patiënten | 32,8 | 56,0 | 11,2 | 55,4 |
| ■ instellen avondspreekuur | 18,8 | 52,9 | 28,3 | 30,7 |
| ■ invoeren vrij inloopspreekuur aan het einde van de middag | 33,3 | 54,8 | 11,8 | 18,6 |
| ■ invoeren vrij inloopspreekuur in de ochtend | 53,4 | 37,2 | 8,5 | 17,2 |
| Triage | | | | |
| ■ strengere triage (HAP alleen voor urgente hulpvragen) | 3,1 | 39,8 | 57,1 | 80,9 |
| ■ grotere rol telefoonarts in afhandelen van twijfelgevallen U4 en U5 | 5,0 | 43,4 | 51,6 | 79,2 |
| Terugkoppeling | | | | |
| ■ jaarlijkse terugkoppeling aan triagisten van het percentage consulten en visites in vergelijking met andere triagisten | 10,7 | 62,7 | 26,4 | 88,0 |
| ■ jaarlijkse terugkoppeling aan huisartsen van het aantal HAP-contacten in vergelijking met andere praktijken | 21,8 | 65,3 | 12,9 | 86,0 |

* tegenwoordig ineen.

triagesysteem (62,4% 'een beetje'; 24,6% 'veel') en volgens 84,6% door kenmerken van de triagist, zoals ervaring, opleiding, attitude en persoonlijkheid (60,8% 'een beetje'; 23,8% 'veel').

Maatregelen om de zorgconsumptie terug te dringen

Wij legden de respondenten een aantal maatregelen voor die de zorgconsumptie op de HAP zouden kunnen verminderen. [Tabel 2] laat zien hoe zij de effectiviteit van deze maatregelen beoordeelden en of zij ze al dan niet wenselijk achtten. Hun inschatting van het effect van een eigen bijdrage hangt sterk samen met de hoogte van die bijdrage: hoe hoger het bedrag, hoe meer invloed de respondenten ervan verwachten, ook al vinden zij zo'n hogere bijdrage minder wenselijk. Bijna de

helft van de huisartsen (47,4%) vond het invoeren van een eigen bijdrage van minder dan 10 euro per contact wenselijk en 39,6% vond een eigen bijdrage van 10 tot 30 euro wenselijk. Uit een aanvullende analyse bleek dat 32,0% van de huisartsen geen enkele eigen bijdrage wenselijk achtte.

Andere financiële maatregelen, zoals het toekennen van meer ANW-diensten of het korten van huisartsen(praktijken) met een hoge U4/U5-zorgconsumptie, beschouwden de respondenten als niet effectief en niet wenselijk.

Een meerderheid van de huisartsen achtte voorlichtingsactiviteiten wenselijk en verwachtte dat deze 'een beetje' invloed zullen hebben. Het gaat dan om voorlichting over het gebruik van de HAP in de vorm van een nationale voorlich-

tingscampagne (91,5%), voorlichtingsmateriaal in de praktijk (85,9%) of een landelijke website (72,5%), en om maatregelen zoals het aanspreken van veelgebruikers in de eigen praktijk (89,2%) en het stimuleren van gezondheidssites (88,5%).

Een aantal aanpassingen in de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de eigen huisartsenpraktijk werd door de huisartsen als wenselijk gezien. Het hoogst scoorden hier het verbeteren van de telefonische bereikbaarheid (90,1%) en tijd reserveren in het spreekuur om de patiënt nog dezelfde dag te zien (91,0%); een minderheid (30,7%) vond het instellen van een avondspreekuur wenselijk. Het trainen van huisartsen in het stimuleren van de zelfredzaamheid van patiënten kreeg bijval van een kleine meerderheid (55,4%). De respondenten verwachtten overwegend dat deze aanpassingen 'een beetje invloed' zullen hebben.

Bijna alle respondenten (96,9%) verwachtten dat strengere triage invloed zal hebben op het terugdringen van de zorgconsumptie. Ruim de helft (57,1%) dacht zelfs dat dat 'veel invloed' zal zijn en 80,9% beschouwde strengere triage ook als wenselijk. Bijna even brede steun is er voor de mogelijkheid de telefoonarts een grotere rol te geven in de afhandeling van laagurgente twijfelgevallen: 51,6% verwachtte dat deze maatregel 'veel invloed' zal hebben en 79,2% vond haar wenselijk.

Terugkoppeling van HAP-gegevens kan rekenen op de steun van een meerderheid van de huisartsen: 86,0% van de respondenten vond het een goed idee als huisartsen jaarlijks een overzicht krijgen van het aantal HAP-contacten uit de eigen praktijk in vergelijking met die uit andere praktijken, en 88,0% vond het wenselijk dat triagisten op de HAP's terugkoppeling krijgen van het percentage door hen toegewezen consulten en visites in vergelijking met dat van andere triagisten. De respondenten meenden overwegend dat zulke terugkoppelingen 'een beetje invloed' zullen hebben op de zorgconsumptie.

BESCHOUWING

Belangrijkste bevindingen

Een groot deel van de geraadpleegde huisartsen ervaart een toegenomen werkdruk op de HAP en zij denken bijna allemaal dat de zorgconsumptie van patiënten kan worden vermindert. Als de vijf belangrijkste motieven voor patiënten met laagurgente klachten om contact te zoeken met een HAP noemen de respondenten de 24-uurs maatschappij, ongerustheid of angst, laagdrempelige toegang tot de HAP, overdag geen tijd hebben om naar de huisarts te gaan en geen risico willen nemen.

Een groot deel van de huisartsen is van mening dat de telefonische triage in haar huidige vorm veel patiënten met laagurgente hulpvragen ten onrechte een consult of visite toestaat.

Maatregelen die huisartsen effectief én wenselijk vinden om de zorgconsumptie te verminderen, zijn het invoeren van een eigen bijdrage, strengere triage en een grotere rol voor de telefoonarts bij het afhandelen van laagurgente klachten.

Vergelijking met ander onderzoek

Patiënten schatten hun klacht vaker als urgent in dan een arts zou doen. Bij een onderzoek onder patiënten met een laagurgente hulpvraag bleek dat driekwart van hen de klacht wel degelijk urgent vond.¹³ Het belang dat onze respondenten hechten aan de in de vragenlijst genoemde motieven om contact te zoeken met een HAP strookt voor een deel met het belang dat patiënten zelf daaraan toekennen. Voor patiënten met een laagurgente hulpvraag is ongerustheid bijvoorbeeld de belangrijkste reden om contact op te nemen met de HAP,¹³ en ook huisartsen denken dat dit een belangrijk motief is. Verder vinden patiënten en huisartsen allebei dat een second opinion of beperkte toegankelijkheid van de eigen huisarts niet behoren tot de belangrijke redenen om contact op te nemen met de HAP. Maar er zijn ook belangrijke verschillen. Veel huisartsen denken dat patiënten de HAP vaker raadplegen omdat ze overdag geen tijd hebben om naar de eigen huisarts te gaan, maar patiënten vinden dit juist géén belangrijke reden. En huisartsen denken ook dat de telefonische bereikbaarheid van de eigen praktijk weinig invloed heeft op de zorgconsumptie op de HAP, terwijl uit zorgconsumptiecijfers blijkt dat praktijken die telefonisch beperkt bereikbaar zijn een hogere zorgconsumptie op de HAP genereren dan praktijken die telefonisch beter bereikbaar zijn.¹⁴

In eerdere onderzoeken naar de inschatting van urgentie door triagisten op HAP's is niet gebleken dat zij de ernst van de hulpvraag vaak overschatten (1-18,8%), eerder dat zij die vaker onderschatten (7,1-41%).¹⁵⁻¹⁷ Bij de wens tot strengere triage kunnen dus vraagtekens worden gezet: dit kan de veiligheid van de patiënt wellicht in het geding brengen.

Ruim tweederde (68%) van de huisartsen vindt enige vorm van eigen bijdrage wenselijk. Toch waren er bij elke hoogte van de afzonderlijk voorgelegde bedragen meer tegenstanders dan voorstanders, en de tegenstand nam toe met de hoogte van het bedrag. In eerder onderzoek werd gevonden dat 77% voorstander is van een eigen bijdrage op de HAP.¹⁸ Onderzoek onder patiënten toont aan dat 48% van de patiënten voorstander is van een eigen bijdrage van 10 euro voor een bezoek aan de huisarts of specialist.¹⁹ Het gevaar dreigt echter dat de bijdrage een drempel opwerpt voor patiënten die wél zorg nodig hebben: met name kwetsbare groepen zullen wellicht geen contact meer zoeken met de HAP.²⁰ Op afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) blijkt dat het laten betalen voor een onterecht bezoek aan de SEH een remmend effect heeft op de aantallen bezoekers. Ook is gebleken dat de eigen bijdrage ertoe kan leiden dat patiënten niet naar de SEH gaan als dat wel nodig is.²¹ Ditzelfde zou kunnen gelden voor de HAP.

De respondenten in ons onderzoek zijn voorstanders van een grotere rol van de telefoonarts. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de inzet van een telefoonarts het aantal telefonische consulten doet toenemen terwijl het aantal consulten op de HAP gelijk blijft en het aantal visites afneemt.²²

Beperkingen van het onderzoek

Waarnemers waren in ons onderzoek niet vertegenwoordigd, hoewel zij een deel van de diensten op HAP's voor hun

rekening nemen. Wellicht oordelen zij minder negatief over de werkdruk. We verwachten echter dat deze beperking geen groot effect heeft, aangezien het grootste deel van de diensten op de HAP door de huisartsen zelf wordt gedaan.⁶

De respons van 53,5% kan men als voldoende beschouwen. Het is mogelijk dat de niet-respondenten een andere mening over dit onderwerp hadden dan de respondenten en dat er dus sprake was van bias. De kenmerken van onze respondenten zijn echter vergelijkbaar met die van de landelijke huisartsenpopulatie.²³

Een laatste beperking is dat wij ondanks de anonimiteit van de vragenlijst niet kunnen uitsluiten dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven.

Vervolgonderzoek

Onze resultaten leveren aanknopingspunten voor vervolgonderzoek. Het verdient aanbeveling objectiever te onderzoeken in hoeverre het huidige proces van triage leidt tot het al dan niet terecht toekennen van consulten en visites. Ook zou een verdiepend kwalitatief onderzoek meer inzicht kunnen geven in de meningen van huisartsen; het zou zinvol zijn daarbij ook de meningen van triagisten en waarnemers te inventariseren. Daarnaast zou de rol van de telefoonarts bij het verminderen van de zorgconsumptie verder onderzocht kunnen worden. Tenslotte zou meer onderzoek naar de consequenties van het invoeren van een eigen bijdrage zinvol zijn.

Conclusie

Om de zorgconsumptie op de HAP te verminderen zullen er volgens huisartsen maatregelen moeten worden genomen zoals het invoeren van een eigen bijdrage, strengere triage en een grotere rol voor de telefoonarts. Het daadwerkelijke effect van deze maatregelen op de zorgconsumptie en patiëntveiligheid verdient nader onderzoek. ■

LITERATUUR

- Giesen P, Smits M, Huibers L, Grol R, Wensing M. Quality of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. *Ann Intern Med* 2011;155:108-13.
- Van Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, Grol RP. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. *Fam Med* 2006;38:565-9.
- Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN). Benchmarkbulletin 2012. Utrecht: VHN, 2013.
- Wammes J, Verhoef L, Westert G, Assendelft P, Jeurissen P, Faber M. Onnodige zorg in de Nederlandse gezondheidszorg, gezien vanuit het perspectief van de huisarts. Nijmegen: Celsus, 2013.
- Giesen P, Morkink H, Ophey G, Drijver R, Grol R, Van den Bosch W. Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de Centrale Huisartsenpost? *Huisarts Wet* 2005;48:207-10.
- Smits M, Keizer E, Huibers L, Giesen P. Ervaringen van huisartsen op de huisartsenpost. *Huisarts Wet* 2012;55:102-5.
- College voor zorgverzekeringen (CVZ). Zorgcijfers, huisartsenzorg: Avond-, nacht-, en weekenddiensten 2008 t/m 2012. Zorginstituut Nederland, 2013. www.zorgcijfersdatabank.nl, geraadpleegd augustus 2013.
- Smits M, Lenos M, Giesen P. Zorgconsumptie op huisartsenposten. *Huisarts Wet* 2014;57:137.
- Giesen P, Hammink A, Mulders A, Oude Bos A. Te snel naar de huisartsenpost: 'Spoedbeleving' van patiënt amper te beïnvloeden. *Med Contact* 2009;64:239-42.
- Heikens BA, Hogervorst SL, De Groot MM, Van Steenberghe C, Bosveld HEP, De Haan J. Avondspreekuur, vloek of zegen? *Huisarts Wet* 2002;45:598-600.
- Verheij R, Van den Hoogen H. Vooral kinderen op de huisartsenpost. *Huisarts Wet* 2006;49:233.
- Schers H. Borghuis M. Huisartsenpost geen tweede keus. *Med Contact* 2007;35:1391.
- Keizer E, Peters Y, Smits M, Giesen P. Motieven van patiënten met laag urgente klachten die contact zoeken met de huisartsenpost. Nijmegen: Nederlands Kennisnetwerk Spoedzorg, IQ healthcare, Radboudumc, 2013.
- Peters Y, Smits M, Giesen P. Zorgconsumptie op de huisartsenpost: wat is de samenhang met huisarts- en praktijkkenmerken? Nijmegen: Nederlands Kennisnetwerk Spoedzorg, IQ healthcare, Radboudumc, 2013.
- Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Morkink H, Drijver R, Van den Bosch W, et al. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Qual Saf Health Care* 2007;16:181-4.
- Derckx HP, Rethans JJ, Muijtjens AM, Maiburg BH, Winkens R, Van Rooij HG, et al. Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: cross sectional national study. *BMJ* 2008;337:a1264.
- Huibers L, Keizer E, Giesen P, Grol R, Wensing M. Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. *Fam Pract* 2012;29:547-52.
- Huizinga J, Nobel H. Enquête HuisartsVandaag wijst uit: Huisartsen willen eigen bijdrage HAP. *Med Contact* 2012;67:1544-6.
- Ruys P. Resultaten onderzoek Bezuinigingen in de Gezondheidszorg 2012, ZorgKiezer.nl. Amsterdam: Zorgkiezer.nl, 2012. <http://blog.zorgkiezer.nl/zorgverzekeringen/resultaten-onderzoek-bezuinigingen-in-de-gezondheidszorg-2012-zorgkiezer-nl>, geraadpleegd augustus 2014.
- Brabers A, Reitsma M. Minder naar de huisarts bij eigen bijdrage. *Huisarts Wet* 2013;56:187.
- Reitsma-van Rooijen M, De Jong J. Betalen voor de SEH schrikt af. *Med Contact* 2010;65:1479-81.
- Giesen P, Halink D. Smeerolie van de huisartsenpost: Patiënten en hulpverleners tevreden over regiearts. *Med Contact* 2007;62:371-3.
- Van Hassel DTP, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2012. Utrecht: Nivel, 2013.

Praatjes vullen geen gaatjes

Mensen die willen afvallen, krijgen te maken met twee vormen van terreur. Niet alleen moeten ze voortdurend weerstand bieden aan hoogenergetische verleidingen, ze moeten zich bovendien teweerstellen tegen allerlei onzin en kletspraat. Het lijkt wel of de meelevende omgeving denkt de ontbrekende calorieën te moeten vervangen door wat extra flauwekul – meestal verpakt in zinnen die beginnen met: ‘Je moet gewoon...’ en ‘Mijn huisarts zegt...’

Daarom deze maand, voor de encyclopedie van misvattingen, twee ook door huisartsen vermoedelijk nog vaak gehuldigde en uitgesproken dubieuze teksten. De ene is onlangs van kanttekeningen voorzien, de andere al een paar jaar geleden (die kwam hier eerder ter sprake).

Eind jaren negentig deed opeens de nieuwe theorie opgeld dat zelfbeheersing een schaars goed was: mensen kunnen lang weerstand bieden – bijvoorbeeld aan een taartje – maar als ze moe en uitgeput zijn – bijvoorbeeld doordat ze steeds weerstand aan een taartje hebben geboden – gaan ze op een gegeven moment voor de bijl. Het idee kwam van Mark Muraven en Roy Baumeister.^{1,2} In twee, inmiddels duitzenden malen geciteerde, artikelen lieten ze mensen allerlei opdrachten uitvoeren die veel zelfbeheersing vergden. Proefpersonen die daarvoor al eenzelfde soort opdracht hadden gedaan, brachten die zelfbeheersing minder op dan mensen die eerst een minder veel-eisende opdracht hadden uitgevoerd. Wilskracht is eindig (of een soort spier, heette het ook wel). Een meta-analyse van al het onderzoek sindsdien bevestigde de theorie van de psychologen zonder meer.³

Maar deze zomer verscheen de eerste wolk boven dit anders zo zonnige onderzoeksgebied. Het effect is waarschijnlijk ‘puur een artefact van de weerzin van tijdschriften en onderzoekers om onderzoeken zonder positief

resultaat te publiceren,’ aldus Evan Carter en Michael McCullough in *Frontiers in Psychology*.⁴ Zij deden de meta-analyse nog eens over met nieuwe en betere statistische bewapening, en lieten zien dat er dan weinig van overblijft. Onderzoekers die in kleine onderzoeken grote positieve effecten vinden, weten de weg naar de tijdschriften te vinden, schrijven zij. Negatieve resultaten zijn niet in de mode en nulresultaten worden opgerekt tot er toch een publicabel klein effect uitkomt. Ze erkennen dat dit moeilijk strikt valt aan te tonen, maar maken zich weinig illusies: de prevalentie van datamassage in de psychologie ligt boven de 60 procent.⁵

Carter en McCullough haasten zich uiteraard te benadrukken dat zij het bestaan van het uitputtingseffect niet weerlegd hebben, noch dat onderzoek ernaar zinloos is, maar wel dat het huidige bewijs ervoor niet overtuigend is, ‘ondanks de honderden experimenten die ernaar zijn gedaan.’

Er zit, voor de liefhebber, nog een extra verraderlijke draai in: mensen die in de theorie geloven, denken (ook volgens de theorie) dat zij met extra energie hun tanende weerstand kunnen voeden, en krijgen prompt meer trek in een taartje...⁶

Afvallen is al zwaar genoeg zonder psychomythes. En zonder valse voorstelling van zaken, aldus voedingsonderzoeker Kevin Hall. Hij verzet zich tegen de, ook door huisartsen nog veel gebezigde, vuistregel dat 1 kilo lichaamsgewicht overeenkomt met 7000 kilocalorieën. De zin ‘miskent dynamische fysiologische aanpassingen aan het lichaamsgewicht die zowel ruststofwisseling als energiekosten van beweging beïnvloeden,’ schreef hij al in 2011.⁷ De regel is veel te optimistisch, berekent hij met zijn model: niet alleen moet er veel meer worden bespaard per kilo, bovendien moet er meer bespaard worden naarmate meer kilo’s verdwijnen. Hij heeft ‘voor professionals’ een fraaie website rond zijn model gebouwd,⁸ maar het komt erop neer dat iemand die 500 kcal per dag uitspaart, na een jaar niet 23 kilo kwijt is, zoals

de oude vuistregel suggereert, maar hooguit de helft. De andere helft kost daarna ruim twee jaar. De winst van energiebesparing (ook in bijvoorbeeld landelijk beleid) is dus veel kleiner dan veelal wordt aangenomen: afvallen is zeker tweemaal zo moeilijk als we vroeger dachten. Met of zonder uitgeputte wilskracht. ■

Hans van Maanen

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.

LITERATUUR

- 1 Muraven M, Tice DM, Baumeister RF. Self-control as a limited resource: Regulatory depletion patterns. *J Pers Soc Psychol* 1998;74:774-89.
- 2 Baumeister RF, Bratslavsky E, Muraven M, Tice DM. Ego depletion: is the active self a limited resource? *J Pers Soc Psychol* 1998;74:1252-65.
- 3 Hagger MS, Wood C, Stiff C, Chatzisarantis NL. Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2010;136:495-525.
- 4 Carter EC, McCullough ME. Publication bias and the limited strength model of self-control: Has the evidence for ego depletion been overestimated? *Front Psychol* 2014;doi: 10.3389/fpsyg.2014.00823.
- 5 John LK, Loewenstein G, Prelec D. Measuring the prevalence of questionable research practices with incentives for truth telling. *Psychol Sci* 2012;23:524-32.
- 6 Job V, Walton GM, Bernecker K, Dweck CS. Beliefs about willpower determine the impact of glucose on self-control. *Proc Natl Acad Sci USA* 2013;110:14837-42.
- 7 Hall KD, Sacks G, Chandramohan D, Chow CC, Wang YC, Gortmaker SL, et al. Quantification of the effect of energy imbalance on body-weight. *Lancet* 2011;378:826-37.
- 8 <http://bwsimulator.niddk.nih.gov>.



Een nieuwe diagnostische index voor bacteriële conjunctivitis

Samenvatting

Ter Riet G, Tellegen E, Van Weert HCPM. Een nieuwe diagnostische index voor bacteriële conjunctivitis. *Huisarts Wet* 2014;57(10):516-8.

DOEL Valideren, en waar nodig verbeteren, van een bestaande diagnostische index voor bacteriële conjunctivitis bij volwassenen in de eerste lijn.

METHODE Wij repliceerden het onderzoek waarop de bestaande index gebaseerd was in een nieuwe populatie van 210 volwassen patiënten die met een acuut rood oog en vermoedelijk een acute infectieuze conjunctivitis bij de huisarts kwamen. De 22 deelnemende huisartsen voerden 3 diagnostische tests uit: een gestandaardiseerde vragenlijst, inspectie van de ogen en materiaalafname voor een kweek. In een centraal laboratorium werden de kweken blind beoordeeld. Omdat de bestaande index in de nieuwe populatie slecht presteerde, leidden we een nieuwe index af uit de combinatie van de oude ($n = 176$) en de nieuwe ($n = 210$) dataset. De diagnostische variabelen selecteerden wij met behulp van *backward selection* met *bootstrap*, beginnend vanuit een grote set diagnostische tests. Wij zwakten de regressiecoëfficiënten van de geselecteerde tests af om de nieuwe index enigszins te beschermen tegen slechte prestaties bij toekomstige patiënten.

RESULTATEN In de samengevoegde dataset had 36,3% (140/386) van de patiënten een positieve bacteriekweek. De diagnostische indicatoren 'leeftijd' en 'aantal dichtgeplakte ogen bij ontwaken' hingen consistent het sterkst samen met een positieve kweek. De aldus afgeleide index, die goed gekalibreerd bleek, classificeerde 48% (183/386) van de patiënten als laagrisico (< 25% kans op een positieve kweek) en 2% (7/386) als hoogrisico (> 70% kans).

CONCLUSIE Het opnieuw, in een grotere dataset en met geavanceerdere statistische technieken afleiden van een diagnostische index voor bacteriële conjunctivitis resulteerde in een eenvoudig model, dat gebaseerd is op slechts twee anamnestiche indicatoren: leeftijd en aantal dichtgeplakte ogen bij ontwaken. De nieuwe index lijkt bruikbaar om bacteriële conjunctivitis uit te sluiten bij patiënten jonger dan 70 jaar die in de anamnese aangeven dat zij bij ontwaken géén dichtgeplakte ogen hebben. Dit onderzoek onderstreept nog eens hoe belangrijk het is dat diagnostische indices extern gevalideerd worden.

INLEIDING

Dit artikel is gebaseerd op gegevens die werden verzameld tussen 2006 en 2008 en corrigeert een publicatie uit 2004.¹

Jaarlijks ziet een huisarts gemiddeld ongeveer 38 patiënten met een acute infectieuze conjunctivitis. Slechts ongeveer eenderde van deze patiënten heeft een bacteriële conjunctivitis, maar toch ontvangt 80% van hen een recept voor een lokaal antibioticum.^{2,4} In 2004 publiceerden wij een diagnostische index om bij patiënten met een acute infectieuze conjunctivitis een bacteriële oorzaak te helpen uitsluiten of aantonen.¹ Hier rapporteren wij onze bevindingen bij validatie van die index op 210 nieuwe patiënten met een rood oog en vermoedelijk een acute infectieuze conjunctivitis.⁵

METHODE

Opzet

Wij repliceerden het oudere onderzoek in een nieuw cross-sectioneel onderzoek met 212 patiënten die naar de huisarts kwamen met een rood oog of afscheiding. Exclusiecriteria waren leeftijd jonger dan 18 jaar, symptoomduur langer dan 7 dagen, gebruik van systemische of lokale antibiotica in de afgelopen 2 weken, herpes keratitis doorgemaakt, recente visusdaling of oogtrauma, actieve infectie met *Chlamydia trachomatis* of *Neisseria gonorrhoeae*. Bij de deelnemers verzamelden 22 huisartsen tussen april 2006 en november 2008 gegevens op vrijwel iden-

Wat is bekend?

- Lokale antibiotica bekorten de ziekteduur bij een aangetoonde bacteriële conjunctivitis.
- In de eerste lijn heeft infectieuze conjunctivitis bij slechts eenderde van de patiënten een bacteriële oorzaak, maar vier-vijfde van de patiënten krijgt een antibioticum.
- Een bacteriële oorzaak is op basis van klinische kenmerken moeilijk te onderscheiden van een virale oorzaak; een eenvoudige en snelle test zou handig zijn.

Wat is nieuw?

- De diagnostische index voor acute infectieuze conjunctivitis bij volwassenen die is opgenomen in de NHG-Standaard Het rode oog blijkt geen goede voorspeller van een bacteriële oorzaak.
- Het opnieuw afleiden van een index, in een groter bestand en met betere statistische methoden, leverde een index met slechts twee indicatoren op: leeftijd en aantal dichtgeplakte ogen bij ontwaken.
- Bij volwassenen jonger dan 70 jaar die bij ontwaken geen dichtgeplakte ogen hebben, is de kans op een bacteriële oorzaak kleiner dan 25%.
- Bij volwassenen ouder dan 70 jaar die klagen over twee dichtgeplakte ogen bij ontwaken is de kans op een bacteriële oorzaak groter dan 70%.
- Jeuk, conjunctivitis in het verleden en type roodheid (alleen perifeer versus gehele conjunctiva en pericorneaal) lijken niet geassocieerd met een positieve bacteriekweek.

AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde J2-218, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam: dr. G. ter Riet, epidemioloog; dr. E.E. Tellegen, huisarts-onderzoeker; prof.dr. H.C.P.M. van Weert, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: g.terriet@amc.uva.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek is mogelijk gemaakt door een subsidie van ZorgOnderzoek Nederland - Medische Wetenschappen (ZonMW), project 42000024.

Dit artikel is een bewerking van Van Weert HCPM, Tellegen E, Ter Riet G, A new diagnostic index for bacterial conjunctivitis in primary care. A re-derivation study. *Eur J Gen Pract* 2014;20:202-8. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

tieke wijze als in het oudere onderzoek.¹ De medisch-ethische commissie van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam achtte het onderzoek niet WMO-plichtig. Alle deelnemers gaven schriftelijk toestemming.

Gegevensverzameling

Bij iedere deelnemer werd één oog onderzocht, het 'studie-oog'. Dit was het oog dat het ernstigst was aangedaan of, indien er geen verschil was, het oog dat het eerst was aangedaan. In de anamnese verzamelden de huisartsen aan de hand van een standaard vragenformulier informatie over jeuk, branderig gevoel, gevoel dat er een corpus alienum in het oog zit, tranen, aantal dichtgeplakte ogen bij ontwaken, symptoomduur, andere oogproblemen (allergische conjunctivitis, oogchirurgie, conjunctividen in het verleden) en medicatie. Via inspectie verkregen ze informatie over het type roodheid (geen, perifeer, gehele conjunctiva en niet pericorneaal, gehele conjunctiva en pericorneaal), periorbitaal oedeem, type afscheiding (geen, waterig, mucus, purulent) en aantal aangedane ogen. Tot slot namen de artsen met een wattenstokje een monster uit de onderste fornix van het studie-oog. Dit materiaal werd op dezelfde dag in een Stuartmedium verzonden naar het centrale laboratorium in Alkmaar en op de gebruikelijke wijze geanalyseerd. De technische details van de microbiologische handelingen zijn na te gaan in de oorspronkelijke publicatie.⁵

Statistische methodes

We hadden 2 datasets ter beschikking, set 1 ($n = 177$) uit de publicatie van 2004 en set 2 verkregen bij 212 nieuwe deelnemers. Enkele patiënten werden uitgesloten van analyse: in set 1 zat 1 patiënt zonder rood oog terwijl dat een inclusie-criterium was; in set 2 sloten we 2 patiënten uit vanwege een ontbrekende kweekuitslag. We pasten de regressieformule van de oude index toe op de nieuwe patiënten (externe validatie). De resultaten wezen op zeer incorrecte kansschattingen (zie Resultaten). Daarna besloten we set 1 en set 2 samen te voegen en een nieuwe index af te leiden op de 386 patiënten met volledige informatie. Voor de selectie van variabelen pasten we steeds dezelfde techniek toe van *backward selection* met *bootstrap* (herhaalde trekking met teruglegging) bij 3 verschillende drempels, namelijk p -waarden van 0,05, 0,10 en 0,157 (laatstgenoemde drempel komt overeen met het informatie-criterium van Akaike). Bij elk van deze drempels testten we de stabiliteit van de variabelenselectie 1000 keer, waarbij we een variabele accepteerden in het model als deze in minstens twee derde ($> 670/1000$) van de steekproeven werd geselecteerd. De sterkte van de gevonden oddsratio's zwakten we af door parametergewijze *shrinkage*.⁶ Dit helpt om het model in nieuwe omstandigheden robuuster te maken. Meer details zijn te vinden in de appendix van de oorspronkelijke publicatie.⁵

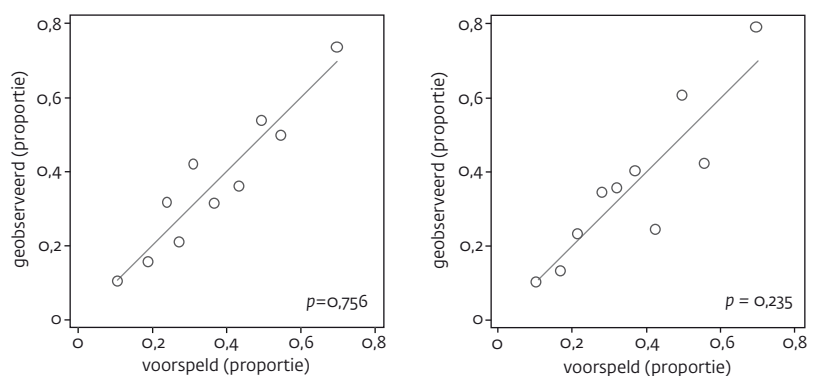
RESULTATEN

De prevalentie van positieve bacteriekweken was 36,3% (140/386), met, zoals verwacht, *Streptococcus pneumoniae* (44/140) en *Staphylococcus aureus* (41/140) als meestvoorkomende verwekkers.

Bij toepassing van de oude index op de nieuwe patiëntenpopulatie verminderde de eerder gevonden discriminatie sterk. De *area under the curve* (AUC-ROC) ging van 0,72 naar 0,58, terwijl de Hosmer-Lemeshow p -waarde daalde tot onder de 0,0001, hetgeen duidt op een zeer sterke discrepantie tussen de geschatte en de waargenomen kansen op een positieve bacteriekweek (dus op een slechte kalibratie). Omdat de inclusiecriteria en de gegevensverzameling van het tweede onderzoek exact gelijk waren aan die van het eerste, voegden we beide onderzoekspopulaties samen in een nieuw, samengesteld gegevensbestand. Bij het afleiden van een nieuwe index op basis van die 386 patiënten bleek dat alleen de leeftijd en het aantal dichtgeplakte ogen bij ontwaken een positieve uitslag van de bacteriekweek voorspelden, ongeacht de gehanteerde p -waarde. De leeftijd bleek lineair geassocieerd met de (logit van de) kans op een positieve kweek. De Hosmer-Lemeshow p -waarde van 0,756 wees, samen met de bijbehorende grafiek [figuur 1], op een goede kalibratie. De drie regressiecoëfficiënten (twee voor het aantal dichtgeplakte ogen en een voor de leeftijd) werden met respectievelijk 19%, 11% en 7% afgezwakt in verdere berekeningen. [Figuur 2] toont de kansen op een positieve bacteriekweek in samenhang met de leeftijd en het aantal (0, 1 of 2) dichtgeplakte ogen bij ontwaken.

De nieuwe index, die goed gekalibreerd bleek, classificeerde 48% (183/386) van de patiënten als laag-risico ($< 25\%$ kans op een positieve kweek) en 2% (7/386) als hoog-risico ($> 70\%$ kans). Voor volwassenen jonger dan 70 jaar zonder dichtgeplakte ogen bij ontwaken was die kans $< 25\%$. Voor volwassenen ouder dan 70 jaar met twee dichtgeplakte ogen bij ontwaken was die kans $> 70\%$.

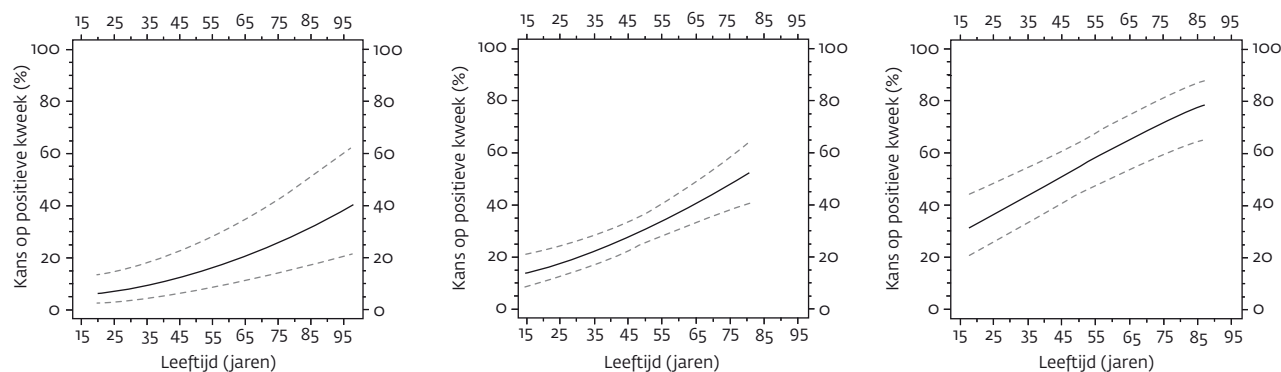
Figuur 1 Hosmer-Lemeshow kalibratiegrafieken waarin de door de index voorspelde kansen worden afgezet tegen de werkelijk waargenomen kansen in tien groepen van ongeveer gelijke grootte (386/10)



Afbeelding A toont de kalibratie voor een index gebaseerd op leeftijd en aantal dichtgeplakte ogen bij ontwaken. De grafiek laat zien dat de voorspelde en de waargenomen kansen elkaar niet veel ontlopen; de hoge p -waarde van 0,756 ondersteunt dit.

Afbeelding B toont de kalibratie wanneer de indicator 'type roodheid' (alleen perifeer versus gehele conjunctiva en/of pericorneaal) aan de index zou worden toegevoegd. In de vier groepen met de hoogste voorspelde kans neemt de discrepantie met de waargenomen kans sterk toe. Dit voorbeeld illustreert dat men niet kan volstaan met het controleren van de p -waarde (hier 0,235) maar altijd ook naar de grafiek moet kijken.

Figuur 2 Diagnostische indicatoren voor een positieve bacteriekweek bij volwassenen die de huisarts bezoeken met symptomen van een infectieuze conjunctivitis: leeftijd en aantal (van links naar rechts: 0, 1 en 2) dichtgeplakte ogen bij ontwaken



De ononderbroken lijnen tonen de kansen op een positieve bacteriekweek (prevalenties), de stippellijnen geven 95%-betrouwbaarheidsintervallen aan. Om de validiteit van de index in nieuwe patiëntenpopulaties te vergroten, zijn de kansen en betrouwbaarheidsintervallen berekend op basis van afgezwakte regressiecoëfficiënten.

BESCHOUWING

De diagnostische index voor bacteriële conjunctivitis bij volwassenen die is opgenomen in de NHG-Standaard Het rode oog blijkt bij nader inzien te vroeg geïmplementeerd te zijn. Externe validatie wees uit dat de index de kansen op een positieve bacteriekweek niet goed inschat. Wij hebben de index opnieuw afgeleid op basis van een grotere dataset met meer positieve kweken en betere statistische methodes, en zijn daarmee gekomen tot een handzaam en hopelijk bruikbaar model.

Onze eerdere index was gebaseerd op slechts 56 positieve kweken en de statistische analyse was niet erg robuust (*forward stepwise* variabelenselectie zonder *bootstrap*, geen *shrinkage*),² hetgeen leidde tot een overoptimistisch model. De hier beschreven index, gebaseerd op 140 positieve kweken, is waarschijnlijk robuuster, maar strikt genomen is ook bij deze index externe validatie nodig.⁷⁻⁹ De index gebruikt uitsluitend informatie uit de anamnese en kan dus telefonisch worden toegepast, onder voorwaarde dat de arts aan de telefoon keratitis, iritis en onze andere uitsluitcriteria veilig kan uitsluiten.

CONCLUSIE

Ons onderzoek bevestigt nog eens dat ongeveer eenderde van de volwassenen die zich bij de huisarts melden met acute infectieuze conjunctivitis een positieve bacteriekweek heeft en dus waarschijnlijk een bacteriële conjunctivitis. Behandeling daarvan bekort de duur van de klachten,^{10,11} dus een eenvoudige diagnostische test waarmee men een kweek kan vermijden lijkt aantrekkelijk.

De nieuwe index lijkt tevens bruikbaar om bacteriële conjunctivitis uit te sluiten bij patiënten jonger dan 70 jaar die in de anamnese aangeven dat zij bij ontwaken géén dichtgeplakte ogen hebben. Dat geeft de huisarts een eenvoudig instru-

ment in handen om de kans te schatten dat de conjunctivitis geen bacteriële oorsprong heeft en dus geen behandeling met lokale antibiotica behoeft. En onderzoekers kunnen onze index gebruiken om tot homogener onderzoekspopulaties te komen voorzover het de kans op een bacteriële verwekker betreft.

Tot slot onderstreept ons onderzoek nog eens het belang van externe validatie van diagnostische indices.

DANKBETUIGING

We bedanken alle deelnemende huisartsen en hun patiënten voor hun tijdsinvestering en enthousiaste deelname, waar geen vergoeding tegenover stond. ■

LITERATUUR

- Rietveld RP, Ter Riet G, Bindels PJ, Sloos JH, Van Weert HC. Predicting bacterial cause in infectious conjunctivitis: cohort study on informativeness of combinations of signs and symptoms. *BMJ* 2004;329:206-10.
- Rietveld RP, Van Weert HC, Ter Riet G, Bindels PJ. Diagnostic impact of signs and symptoms in acute infectious conjunctivitis: systematic literature search. *BMJ* 2003;327:789.
- Everitt H, Little P. How do GPs diagnose and manage acute infective conjunctivitis? A GP survey. *Fam Pract* 2002;19:658-60.
- Høvding G. Acute bacterial conjunctivitis. *Acta Ophthalmol* 2008;86:5-17.
- Van Weert HC, Tellegen E, Ter Riet G. A new diagnostic index for bacterial conjunctivitis in primary care. A re-derivation study. *Eur J Gen Pract* 2014;20:202-8.
- Sauerbrei W. The use of resampling methods to simplify regression models in medical statistics. *Journal of the Royal Statistical Society: Series C (Applied Statistics)* 1999;48:313-29.
- Altman DG, Royston P. What do we mean by validating a prognostic model? *Stat Med* 2000;19:453-73.
- Altman DG, Vergouwe Y, Royston P, Moons KG. Prognosis and prognostic research: validating a prognostic model. *BMJ* 2009;338:b605.
- Toll DB, Janssen KJ, Vergouwe Y, Moons KG. Validation, updating and impact of clinical prediction rules: a review. *J Clin Epidemiol* 2008;61:1085-94.
- Sheikh A, Hurwitz B, Van Schayck CP, McLean S, Nurmatov U. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD001211.
- Jefferis J, Perera R, Everitt H, Van Weert H, Rietveld R, Glasziou P, et al. Acute infective conjunctivitis in primary care: who needs antibiotics? An individual patient data meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2011;61:e542-8.



Overzichtsartikelen

PRAKTIJKPROBLEEM

Voor me zit een patiënt die me zojuist heeft verteld dat hij de ziekte van Kimura heeft. De internist heeft voorgesteld hem een experimentele behandeling met monoclonale antilichamen te geven. Voordat de patiënt een besluit neemt wil hij de mening van zijn huisarts weten, want 'die kent hem toch het beste'.

Als generalist worden we vaak geconfronteerd met aandoeningen of behandelingen waarvan we het fijne niet weten. Daarom maken we gebruik van elektronische bronnen zoals PubMed die ons snel van veel informatie voorzien. Maar zelfs over zeer specifieke onderwerpen zijn vaak duizenden artikelen te vinden, zodat we door de bomen het bos niet meer zien. Met een enkele klik extra reduceren we de hoeveelheid informatie tot reviews. De ene review is echter de andere niet. Welke soorten zijn er, en welke kunnen we het beste gebruiken?

ACHTERGROND

Er zijn grofweg twee soorten reviews. De eerste is de systematische review, waarin al dan niet een meta-analyse is opgenomen. Dit type bewijs staat bovenaan in de piramide van evidence-based medicine. Daarnaast hebben we de traditionele (narratieve) review. In dit type review wordt, vaak door een autoriteit op het vakgebied, een overzicht gegeven van de stand van zaken van een bepaald onderwerp. De kwaliteit hiervan is wisselend: soms laat de auteur zich vooral leiden door zijn eigen mening. Door de mogelijke subjectiviteit bungelt het als 'expert opinion' onderaan in de piramide van de evidence-based medicine. Het is voor de lezer niet altijd duidelijk of de geboden informatie voldoende betrouwbaar is.

UITWERKING

Het essentiële verschil tussen een systematische en een traditionele review is dat de systematische review tracht een voorafgestelde vraag te beantwoorden door de huidige literatuur op systematische manier te doorzoeken. Doordat van te voren duidelijk wordt aangegeven welke onderzoeken wel en niet worden meegenomen is het resultaat reproduceerbaar. Over dit type review werd al eerder geschreven.¹

De traditionele review geeft een overzicht over een specifiek onderwerp. Soms gebeurt dit op eigen initiatief, soms op uitnodiging van een tijdschrift. Het motief blijft vaak onduidelijk. Waarom schrijft een auteur het stuk? Doet hij dat op verzoek van een farmaceut? Ook de manier waarop de auteur

aan zijn literatuur komt is onduidelijk. Er wordt niet op een systematische manier naar literatuur gezocht, en de verantwoording waarom bepaalde publicaties wel of niet gebruikt worden blijft meestal achterwege. De onderzoeken die wel worden gebruikt, worden zelden kritisch beoordeeld op kwaliteit. Een onderzoek naar verschillen tussen systematische en traditionele reviews liet zien dat traditionele reviews gerapporteerde behandel-effecten ernstig overschatten ten opzichte van een systematische review.²

Toch heeft een traditionele review wel voordelen. Waar systematische reviews zich beperken tot het beantwoorden van een specifieke vraag worden in overzichtsartikelen onderwerpen juist meer uitgemeten, meestal door iemand die goed in het vakgebied zit. Het is daarom een prima bron om een overzicht te krijgen van wat er bij een bepaalde aandoening allemaal speelt.

Daarnaast is een overzichtsartikel geschikter om kennis te nemen van de actuele situatie binnen een vakgebied. Waar een systematische review alleen bestaande behandelingen vergelijkt kan een traditionele review de laatste ontwikkelingen binnen een vakgebied beschrijven. Auteurs van traditionele reviews durven ook meer in de (nabije) toekomst te kijken: wat zit er allemaal in de pijplijn? Verder kost het schrijven van een traditionele review veel minder tijd dan het schrijven van een systematische review.

Wanneer er in PubMed veel reviews over een aandoening worden gevonden bestaat ook de mogelijkheid om een selectie op 'core clinical journals' te doen. Deze optie is in het linker frame te vinden door bij 'Show additional filters' voor 'journal categories' te kiezen. Dit is een selectie van ongeveer 120 'grote' tijdschriften met als voordeel dat het tijdschrift vaker full text bij de bibliotheek van een van de UMC's aanwezig is.

BETEKENIS

Traditionele reviews kunnen prima worden gebruikt om snel een overzicht te krijgen van een onderwerp of van de recentste ontwikkelingen in een bepaald gebied. Gebruik van gezond verstand is hierbij erg belangrijk. Lijkt iets te mooi om waar te zijn? Dan is dat meestal ook zo. En wie is de auteur? Is het een expert? Dat is gemakkelijk te controleren door zijn/haar andere publicaties na te gaan. Is hij/zij verbonden aan de farmaceutische industrie? Check de belangenverstrengeling (conflict of interest). ■

LITERATUUR

- 1 Van der Wouden JC. Systematische review. *Huisarts Wet* 2014;57:183.
- 2 Schmidt LM, Gøtzsche PC. Of mites and men: reference bias in narrative review articles: a systematic review. *J Fam Pract* 2005;54:334-8.

De serie Praktische epidemiologie laat zien dat er een wetenschappelijke onderbouwing bestaat voor veel handelingen die de huisarts in de dagelijkse praktijk intuïtief uitvoert. Aan de hand van een herkenbaar praktisch gegeven in de praktijk geven we kort aan hoe de wetenschap achter dit praktijkprobleem in elkaar zit. Correspondentie: j.eekhof@nhg.org

AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 22700 1100 DE Amsterdam; R. Loijmans, aiotho • Correspondentie: r.j.loijmans@amc.uva.nl

Acuut loopoor bij kinderen met trommelvliesbuisjes

Samenvatting

Van Dongen TMA, Van der Heijden GJMG, Venekamp RP, Rovers MM, Schilder AGM. Acuut loopoor bij kinderen met trommelvliesbuisjes. *Huisarts Wet* 2014;57(9):520-3.

ACHTERGROND Het staat niet vast welke behandeling het meest effectief is bij kinderen met trommelvliesbuisjes die een acuut loopoor ontwikkelen: antibiotica(glucocorticoïd)oordruppels, een oraal antibioticum of een afwachtend beleid.

METHODE Een gerandomiseerd pragmatisch interventieonderzoek waaraan in totaal 230 kinderen tussen 1 en 10 jaar oud met trommelvliesbuisjes en een kort bestaand loopoor (< 7 dagen) hebben meegedaan. We hebben de kinderen door loting toegewezen aan een van de drie behandelgroepen: hydrocortison-bacitracine-colistineoordruppels (76 kinderen), amoxicilline-clavulaanzuurdrank (77) of een afwachtend beleid (77). De primaire uitkomst was aanwezigheid van otorroe bij otoscopie 2 weken na randomisatie. Secundaire uitkomsten waren onder andere de duur van het initiële loopoor, het totaal aantal dagen met een loopoor en het aantal recidieven na 6 maanden, en complicaties en bijwerkingen van de onderzoeksmedicatie.

RESULTATEN Antibiotica-glucocorticoïdoordruppels waren effectiever dan een antibioticumdrank en een afwachtend beleid voor zowel de primaire als secundaire uitkomstmaten. Ten tijde van otoscopie, 2 weken na de start van de behandeling, zagen we dat 5% van de kinderen die waren behandeld met antibiotica-glucocorticoïdoordruppels nog otorroe had, versus 44% van de kinderen die een behandeling kregen met een antibioticumdrank (risicoverschil (RV): -39%, 95%-BI: -51% tot -26%) en 55% van de kinderen bij wie werd afgewacht (RV: -49%, 95%-BI: -62% tot -37%). De mediane duur van dit loopoor was 4 dagen bij de kinderen die waren behandeld met oordruppels, versus 5 dagen bij de kinderen die een antibioticumdrank hadden gekregen ($p < 0,001$) en 12 dagen bij de kinderen bij wie werd afgewacht ($p < 0,001$). De kinderen hadden alleen milde bijwerkingen van de gebruikte medicatie en geen van de ouders rapporteerde complicaties van middenoorontstekingen in de eerste 2 weken.

CONCLUSIE Van de onderzochte behandelingen is behandeling met antibiotica-glucocorticoïdoordruppels het meest effectief bij kinderen met trommelvliesbuisjes die een acuut loopoor ontwikkelen. We adviseren om patiëntinformatie en richtlijnen aan te passen, opdat deze kinderen eerder en met oordruppels worden behandeld.

INLEIDING

Het plaatsen van trommelvliesbuisjes is een van de meest uitgevoerde chirurgische ingrepen bij kinderen.¹ In het eerste jaar na plaatsing van de buisjes krijgt 67% van de kinderen een of meer keer een loopoor.² Zo'n loopoor is doorgaans een uiting van otitis media acuta (OMA), waarbij ontstekingsvocht via het buisje de gehoorgang in loopt. Men veronderstelt dat een bacteriële (super)infectie van het middenoor de belangrijkste oorzaak van OMA is, en daarmee ook van een acuut loopoor bij buisjes.³ Daarom schrijven artsen vaak orale antibiotica en antibiotica(glucocorticoïd)oordruppels voor. Er zijn echter maar weinig onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van deze behandelingen bij een loopoor bij kinderen met trommelvliesbuisjes. De methodologische kwaliteit van de bestaande onderzoeken is matig en/of het aantal deelnemers is klein.⁴⁻⁷ Hoe het ook zij, op basis van deze onderzoeken lijken antibiotica-oordruppels tenminste gelijkwaardig aan een orale behandeling.⁵⁻⁷ Lokale behandeling met antibiotica heeft daarnaast in vergelijking met een orale behandeling het voordeel van een kleinere kans op systemische bijwerkingen en op antibioticaresistentie.^{5,7,8} Omdat OMA ook spontaan over kan gaan, is een afwachtend beleid mogelijk ook een goed alternatief.^{9,10} De effectiviteit hiervan bij kinderen met een loopoor bij buisjes is echter nog niet eerder onderzocht. We hebben daarom een interventieonderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de drie meest toegepaste behandelstrategieën bij kinderen met trommelvliesbuisjes die een acuut loopoor ontwikkelen: antibiotica-glucocorticoïdoordruppels, een oraal antibioticum en een afwachtend beleid.

METHODE

Onderzoeksopzet

We hebben een gerandomiseerd pragmatisch interventieonderzoek uitgevoerd. Voor een gedetailleerder overzicht van de

Wat is bekend?

- In het jaar na plaatsing van trommelvliesbuisjes krijgt 67% van de kinderen een of meer looporen.
- Het staat niet vast welke behandeling het meest effectief is in de acute fase: antibiotica(glucocorticoïd)oordruppels, een oraal antibioticum of een afwachtend beleid.

Wat is nieuw?

- Behandeling met antibiotica-glucocorticoïdoordruppels is het meest effectief bij kinderen met trommelvliesbuisjes die een acuut loopoor ontwikkelen.
- Afwachten is geen goede behandelstrategie bij een acuut loopoor bij kinderen met buisjes: na twee weken heeft meer dan de helft nog steeds een loopoor en de kans op chroniciteit en recidieven in de maanden erna is groter.

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht, Postbus 85060, 3508 AB Utrecht: dr. T.M.A. van Dongen, arts-epidemioloog; prof.dr. G.J.M.G. van der Heijden, epidemioloog; dr. R.P. Venekamp, huisarts-in-opleiding, epidemioloog; prof.dr. M.M. Rovers, epidemioloog; prof.dr. A.G.M. Schilder, kno-arts, epidemioloog • Correspondentie: T.M.A.vanDongen@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek is gefinancierd door ZonMw, subsidie 170992502; Nederlands Trial Register, NTR1481.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Van Dongen TMA, Van der Heijden GJMG, Venekamp RP, Rovers MM, Schilder AGM. A trial of treatment for acute otorrhea in children with tympanostomy tubes. *NEJM* 2014;370:723-33. Publicatie gebeurt met toestemming van de Massachusetts Medical Society, maar de vertaling is niet door hen beoordeeld.

onderzoeksoepzet en gegevensanalyse verwijzen we naar het originele artikel en onderzoeksprotocol op NEJM.org.¹¹

Onderzoekspopulatie

Kinderen van 1 tot 10 jaar oud met trommelvliesbuisjes en een acuut loopoor dat korter dan 7 dagen bestond konden deelnemen aan ons onderzoek. We excludeerden kinderen met koorts (lichaamstemperatuur hoger dan 38,5 °C), antibioticumgebruik in de voorgaande 2 weken, plaatsing van trommelvliesbuisjes in de voorgaande 2 weken, een loopoor in de voorgaande 4 weken, 3 of meer episoden in de voorgaande 6 maanden of 3 of meer episoden in het voorgaande jaar.

Van juni 2009 tot en met mei 2012 hebben Nederlandse huisartsen en kno-artsen de ouders van kinderen met trommelvliesbuisjes benaderd voor deelname aan het onderzoek. Ons onderzoeksteam nam telefonisch contact op met ouders die hiervoor interesse hadden. We informeerden ze over het onderzoek en controleerden de in- en exclusiecriteria. Als het kind een loopoor had ten tijde van het telefonisch contact en in aanmerking kwam voor onderzoeksdeelname planden we een huisbezoek door de onderzoeksarts in. Indien het kind geen loopoor had, verzochten we de ouders om contact op te nemen zodra een loopoor ontstond.

Tijdens het huisbezoek gaven ouders schriftelijke toestemming voor onderzoeksdeelname en onderzocht de arts het oor met een otoscoop, nam hij een kweek van het loopoor af voor microbiologische analyse, en verzamelde hij demografische en ziektespecifieke gegevens.

Behandelstrategieën, randomisatie en onderzoeksomvang

Aan het eind van het huisbezoek werd het kind door middel van loting (met een 1:1:1-verdeling) ingedeeld in een van drie

behandelgroepen: hydrocortison-bacitracine-colistineoordruppels (Baciline-B, Daleco Pharma) vijf druppels driemaal daags in het aangedane oor of oren gedurende 7 dagen; amoxicilline-clavulaanzuurdrank 30/7,5 mg per kilogram lichaamsgewicht per dag verdeeld over 3 giften gedurende 7 dagen; of een afwachtend beleid gedurende 2 weken. We hebben de primaire uitkomst gedefinieerd als de aanwezigheid van otorroe bij otoscopie door de onderzoeksarts 2 weken na randomisatie. Uit berekeningen vooraf met een type-2-foutkans van 10% en een type-1-foutkans van 5% bleek dat we 105 kinderen in elke behandelgroep nodig hadden om bij een conservatieve primaire uitkomstschatting bij een afwachtend beleid van 60%^{5,7,12} een klinisch relevant verschil te vinden voor de primaire uitkomst van ten minste 20% tussen de groepen. Secundaire uitkomsten waren gebaseerd op door ouders ingevulde dagboekjes en betroffen onder andere de duur van het initiële loopoor, het totaal aantal dagen met een loopoor en aantal recidieven in 6 maanden, en complicaties en bijwerkingen van onderzoeksmedicatie gedurende de eerste 2 weken.

Verzameling en analyse van gegevens

De ouders hielden gedurende twee weken een dagboek bij over medicatiegebruik, bijwerkingen en complicaties, en gedurende zes maanden over de aanwezigheid van oorklachten. Na twee weken en zes maanden bezocht de onderzoeksarts de kinderen thuis, onderzocht hun oren door middel van otoscopie en nam de dagboekjes in. Als het oor na twee weken nog liep, lieten we de verdere behandeling hiervan over aan de eigen huisarts of kno-arts.

Volgens het intention-to-treatprincipe berekenden wij risicoverschillen met 95%-betrouwbaarheidsintervallen voor de primaire uitkomstmaat. We maakten kaplan-meiercurves van

Tabel 1 Samenvatting van de meest relevante patiëntkenmerken van de 230 deelnemende kinderen. Een volledig overzicht is te vinden op www.nejm.org.

| Patiëntkenmerk | Antibioticum-gluco-corticoïdoordruppels (n = 76) | Orale antibiotica (n = 77) | Afwachtend beleid (n = 77) | Totaal (n = 230) |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------|
| Gemiddelde leeftijd (sd) | 4,6 (2,1) | 4,4 (2,0) | 4,4 (2,0) | 4,5 (2,0) |
| Mannelijk geslacht, n (%) | 50 (66) | 40 (52) | 43 (56) | 133 (58) |
| Duur van het loopoor voorafgaand aan inclusie, mediaan (bereik) | 3 (0-7) | 2 (0-7) | 2 (0-7) | 3 (0-7) |
| Bilateraal loopoor, n (%) | 14 (18) | 11 (14) | 13 (17) | 38 (17) |
| Aantal keer dat buisjes zijn geplaatst, mediaan (bereik)* | 1 (1-7) | 1 (1-3) | 1 (1-5) | 1 (1-7) |
| Aantal eerdere looporen, mediaan (bereik)† | 0 (0-5) | 0 (0-5) | 0 (0-3) | 0 (0-5) |
| Reden voor huidige buisjes, n (%) | | | | |
| Recidiverende otitis media acuta | 36 (47) | 27 (35) | 36 (47) | 99 (43) |
| Chronische otitis media met effusie | 40 (53) | 50 (65) | 41 (53) | 131 (57) |

n = aantal; sd = standaardafwijking.

* inclusief de huidige buisjes.

† bij de huidige buisjes.

We misten gegevens van de duur van het loopoor voorafgaand aan inclusie voor één kind (1%) uit de orale-antibioticagroep en van het aantal eerdere looporen bij de huidige buisjes voor drie kinderen: één kind (1%) uit de orale-antibioticagroep en twee (3%) kinderen die een behandeling kregen met antibioticum-gluco-corticoïdoordruppels. We hebben deze gegevens geïmputeerd met de mediaan.

de duur van het initiële loopoor en gebruikten log-ranktests om de verschillen tussen de groepen uit te drukken. We berekenden de mediaan voor het totaal aantal dagen met een loopoor en het aantal recidieven na zes maanden, en gebruikten mann-whitney-U-tests om de verschillen tussen de groepen te bepalen.

Interim-analyse

Twee jaar na de start van het onderzoek waren 150 van de geplande 315 kinderen gerandomiseerd. In overleg met ZonMw besloten we een onafhankelijke commissie een (niet van tevoren geplande) interim-analyse uit te laten voeren. Deze commissie was geblindeerd voor de toegewezen behandelingen. Het vooraf gedefinieerd eindpunt was een risicoverschil tussen de groepen groter dan 20% voor de primaire uitkomst, dat we met een type-1-foutkans kleiner dan 1% volgens de haybittle-peto-methode hebben getest. Tijdens de interim-analyse gingen we door met het includeren van kinderen. De interim-analyse toonde aan dat het kleinste risicoverschil voor het primaire eindpunt tussen de meest effectieve en de overige behandelingen -32% was (95%-BI -48% tot -17%, p-waarde < 0,001). Op 21 mei 2012 adviseerde de commissie om de inclusie

te staken, alle deelnemers volgens protocol te blijven opvolgen en de gegevens geblindeerd te laten analyseren.

RESULTATEN

Onderzoekspopulatie

Ouders van 1133 kinderen met trommelvliesbuisjes gaven aan te willen meedoen aan het onderzoek als hun kind een loopoor zou krijgen. Van deze kinderen hebben we er 247 thuis bezocht omdat ouders klachten van een acuut loopoor hadden gemeld; 17 konden niet deelnemen vanwege koorts of omdat het buisje al uitgestoten bleek.

Door middel van loting hebben we 230 kinderen toegewezen aan een van de drie behandelgroepen: antibioticum-gluco-corticoidoordruppels (76 kinderen), orale antibiotica (77) of een afwachtend beleid (77). Ten tijde van inclusie zagen we geen grote klinisch relevante verschillen tussen de groepen wat betreft demografische en ziektespecifieke kenmerken [tabel 1].

Bij 228 kinderen (99%) konden we de primaire uitkomst meten en van 221 (96%) waren dagboeken beschikbaar.

Primaire uitkomst

De onderzoeksarts zag bij otoscopie 2 weken na start van de behandeling dat 5% van de kinderen die waren behandeld met antibiotica-gluco-corticoidoordruppels nog otorroe had, versus 44% van de kinderen die een behandeling kregen met een antibioticumdrank (risicoverschil (RV): -39%, 95%-BI -51% tot -26%) en 55% van de kinderen bij wie de arts heeft afgewacht (RV: -49%, 95%-BI: -62% tot -37%) [tabel 2].

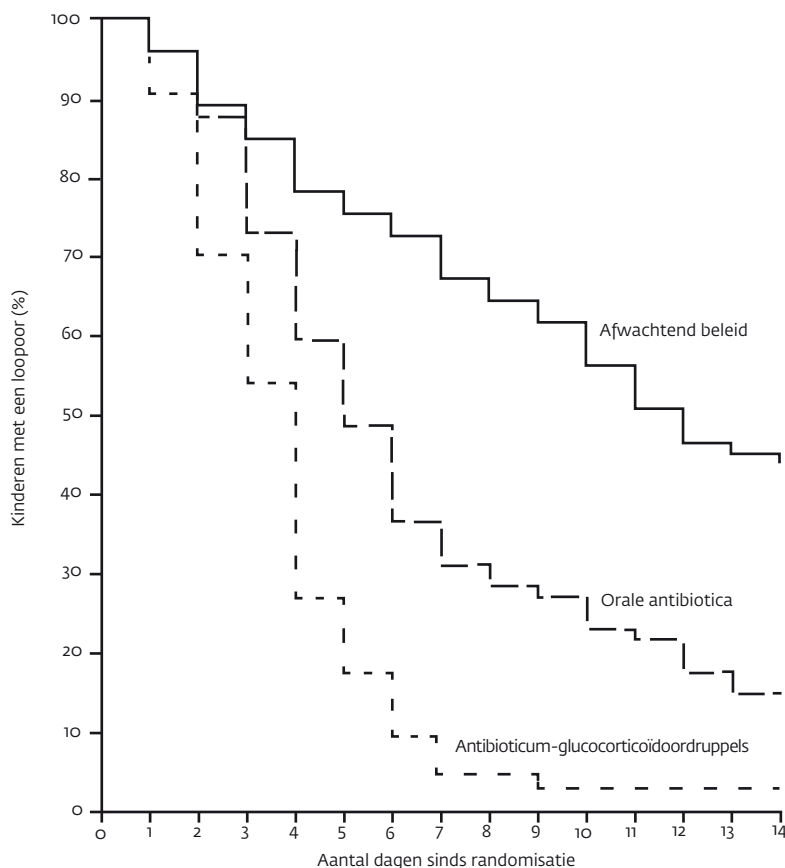
Secundaire uitkomsten

De mediane duur van het initiële loopoor was 4 dagen bij kinderen die waren behandeld met antibiotica-gluco-corticoidoordruppels versus 5 dagen bij kinderen die waren behandeld met een antibioticumdrank ($p < 0,001$) en 12 dagen bij kinderen bij wie werd afgewacht ($p < 0,001$) [tabel 2 en figuur]. Het totaal aantal dagen met een loopoor in 6 maanden (mediaan) was het kleinst in de oordruppelsgroep: 5 dagen versus 13,5 dagen en 18 dagen respectievelijk ($p < 0,001$) [tabel 2]. Het aantal recidieven (mediaan) was ook het kleinst in de oordruppelsgroep [tabel 2]. Geen van de ouders rapporteerde complicaties, zoals lokale cellulitis, mastoiditis en intracraniale complicaties in de eerste 2 weken. Zestien kinderen (21%) die een behandeling kregen met oordruppels gaven aan pijn te hebben bij toediening en 2 (3%) vertoonden een lokale huiduitslag. Bij 18 kinderen (23%) die een behandeling kregen met een antibioticumdrank ontstonden er maag-darmklachten en 3 (4%) ontwikkelden een huiduitslag.

BESCHOUWING

Ons onderzoek toont aan dat antibiotica-gluco-corticoidoordruppels effectiever zijn dan een oraal antibioticum en een afwachtend beleid bij kinderen met trommelvliesbuisjes die een acuut loopoor ontwikkelen. Onze bevindingen komen overeen met resultaten van de eerdere onderzoeken naar de

Figuur Kaplan-meiercurve voor de duur van het loopoor na randomisatie, zoals gerapporteerd door de ouders in het dagboek. Zie de volledige publicatie op www.nejm.org voor de bijbehorende aantallen kinderen.



Tabel 2 Resultaten

| Uitkomstmaat | Antibioticum-glucocorticoidoordruppels (n = 76) | Orale antibiotica (n = 77) | Afwachtend beleid (n = 77) | Antibioticum-glucocorticoidoordruppels versus | | Orale antibiotica versus |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| | | | | afwachtend beleid | orale antibiotica | |
| Otoscopie, n ^o | 76 | 77 | 75 | | | |
| Loopoor na 2 weken, n (%) | 4 (5) | 34 (44) | 41 (55) | | | |
| Risicoverschil, % (95%-BI) | | | | -49 (-62 tot -37) | -39 (-51 tot -26) | -11 (-27 tot 5) |
| Dagboek, n† | 74 | 74 | 73 | Verschillen in mediaan‡ | | |
| Duur van het eerste loopoor, dagen, mediaan (bereik)¶ | 4 (1-28) | 5 (1-36) | 12 (1-159) | -8 (p < 0,001) | -1 (p < 0,001) | -7 (p < 0,001) |
| Totaal aantal dagen met een loopoor gedurende 6 maanden, mediaan (bereik) | 5 (1-62) | 13,5 (1-61) | 18 (1-159) | -13 (p < 0,001) | -8,5 (p < 0,001) | -4,5 (p = 0,04) |
| Aantal recidieven gedurende 6 maanden, mediaan (bereik)** | 0 (0-9) | 1 (0-6) | 1 (0-5) | -1 (p = 0,26) | -1 (p = 0,03) | 0 (p = 0,21) |

^o Beoordeeld door onderzoeksarts.

[†] Gerapporteerd door ouders.

[‡] Log-ranktest of mann-whitney-U-test.

[¶] Vanaf randomisatie tot de eerste dag met otorroe die wordt gevolgd door 7 of meer dagen zonder otorroe, mediaan van kaplan-meieranalyses.

** = 1 of meer dagen met een loopoor na een interval van 7 of meer dagen zonder een loopoor.

effectiviteit van oordruppels en orale antibiotica bij kinderen met trommelvliesbuisjes die een loopoor kregen.^{5,7} Een afwachtend beleid is niet eerder onderzocht: wij tonen aan dat dit geen goede behandelstrategie is bij deze kinderen.

We hebben gekozen voor een pragmatische onderzoeksopzet met een robuuste, harde primaire uitkomstmaat en hebben daarom geen blinding toegepast. De otoscopische bevindingen van de onderzoeksarts kwamen niettemin goed overeen met wat de ouders in het dagboek hebben gerapporteerd. Er waren geen verschillen in leeftijd, geslacht en aantal buisjesplaatsingen tussen de deelnemers en de kinderen die wel bij ons werden aangemeld, maar niet aan het onderzoek deelnamen. Door de pragmatische onderzoeksopzet en het feit dat kinderen uit zowel de eerste als de tweede lijn aan ons onderzoek mee konden doen, zijn onze bevindingen breed toepasbaar in de dagelijkse praktijk.³³

CONCLUSIE

Behandeling met antibiotica-glucocorticoidoordruppels is het meest effectief bij kinderen met trommelvliesbuisjes die een acuut loopoor ontwikkelen. We adviseren om patiëntinformatie en richtlijnen aan te passen, opdat deze kinderen eerder en met oordruppels worden behandeld.

DANKWOORD

Wij danken alle kinderen en hun ouders voor hun enthousiaste deelname; Pauline Winkler, Nelly van Eden, Lidian Izeboud, Dicky Mooiweer en ons team van medisch studenten voor hun praktische en administratieve ondersteuning; de deelnemende huisartsen, in het bijzonder Roger Damoiseaux, Marco Blanker en Herman Kolk, en de kno-artsen van de deelnemende ziekenhuizen; Arno Hoes en Marc Bonten voor hun adviezen tijdens het opzetten van het onderzoek; Marloes van Beurden voor gegevensmanagement; Rolf Groenwold en

Chantal Boonacker voor de assistentie bij de interim-analyse en de leden van de onafhankelijke interim-analysecommissie (Gerard Zielhuis, Hendrik Verschuur en René Eijkemans). ■

LITERATUUR

- Cullen K, Hall M, Golosinskiy A. Ambulatory surgery in the United States, 2006. National health statistics reports, no. 11, revised. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2009.
- Van Dongen TM, Van der Heijden GJ, Freling HG, Venekamp RP, Schilder AC. Parent-reported otorrhea in children with tympanostomy tubes: incidence and predictors. *PLoS One* 2013;8:e69062.
- Peters BM, Jabra-Rizk MA, O'May GA, Costerton JW, Shirtliff ME. Polymicrobial interactions: impact on pathogenesis and human disease. *Clin Microbiol Rev* 2012; 25:193-213.
- Vaile L, Williamson T, Waddell A, Taylor G. Interventions for ear discharge associated with grommets (ventilation tubes). *Cochrane Database Syst Rev* 2006;2:CD001933.
- Dohar J, Giles W, Roland P, Bikhazi N, Carroll S, Moe R, et al. Topical ciprofloxacin/dexamethasone superior to oral amoxicillin/clavulanic acid in acute otitis media with otorrhea through tympanostomy tubes. *Pediatrics* 2006;118:e561-e569.
- Heslop A, Lildholdt T, Gammelgaard N, Ovesen T. Topical ciprofloxacin is superior to topical saline and systemic antibiotics in the treatment of tympanostomy tube otorrhea in children: the results of a randomized clinical trial. *Laryngoscope* 2010;120:2516-20.
- Goldblatt EL, Dohar J, Nozza RJ, Nielsen RW, Goldberg T, Sidman JD, et al. Topical ofloxacin versus systemic amoxicillin/clavulanate in purulent otorrhea in children with tympanostomy tubes. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998;46:91-101.
- Weber PC, Roland PS, Hannley M, Friedman R, Manolidis S, Matz G, et al. The development of antibiotic resistant organisms with the use of otological medications. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130:S89-S94.
- Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, Damoiseaux RA, et al. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet* 2006;368:1429-35.
- Isaacson G. Why don't those ear drops work for my patients? *Pediatrics* 2006;118:1252-3.
- Van Dongen TMA, Van der Heijden GJMG, Venekamp RP, Rovers MM, Schilder AGM. A trial of treatment for acute otorrhea in children with tympanostomy tubes. *NEJM* 2014;370:723-33.
- Ruohola A, Heikkinen T, Meurman O, Puhakka T, Lindblad N, Ruuskanen O. Antibiotic treatment of acute otorrhea through tympanostomy tube: randomized double-blind placebo-controlled study with daily follow-up. *Pediatrics* 2003;111:1061-7.
- Scott IA, Glasziou PP. Improving the effectiveness of clinical medicine: the need for better science. *Med J Aust* 2012;196:304-8.



Samen beslissen is beter

Samenvatting

Van Veenendaal H, Rietmeijer CBT, Voogdt-Pruis HR, Raats CJ. Samen beslissen is beter. *Huisarts Wet* 2014;57(10):524-7.

Gedeelde besluitvorming is hot. Door de groeiende beschikbaarheid van een preventief, diagnostisch en therapeutisch arsenaal ontstaan er steeds meer situaties waarin er niet één duidelijke, kant-en-klare oplossing is, maar waarin de wensen en de context van de patiënt bepalen wat de beste beslissing is. Gedeelde besluitvorming is noodzakelijk bij preferentiegevoelige beslissingen, waarbij er meer dan één behandeloptie is en het afwegen van de voor- en nadelen voor dilemma's zorgt. Mits goed uitgevoerd, leidt gedeelde besluitvorming tot zorg die naar inhoud en vorm meer in lijn ligt met de waarden en voorkeuren van de patiënt. Deze manier van besluitvorming wordt door patiënten als prettiger ervaren en vergroot hun betrokkenheid.

Huisartsen kunnen goed patiëntgericht communiceren, maar zij doen dat vooral bij de hulpvraagverheldering. Gedeelde besluitvorming in de zin dat huisarts en patiënt gezamenlijk een beslissing nemen waarbij de voorkeuren van de patiënt expliciet aan de orde zijn gekomen – ook in latere stadia – is minder gemeengoed. Gedeelde besluitvorming vraagt meer van de arts: extra inspanning en de vaardigheid om voor- en nadelen en risico's uit te leggen, de beroepsattitude om ruimte te willen geven aan de eigen voorkeuren van de patiënt, zodat deze een persoonlijke afweging kan maken, én de toepassing van keuze-instrumenten.

INLEIDING

Shared decision making, oftewel gedeelde besluitvorming, is hot. Veel artsen denken dat ze aan gedeelde besluitvorming doen, maar blijktens onderzoek valt dat tegen.^{1,2} In deze beschouwing zullen wij toelichten wat gedeelde besluitvorming is, welke onderbouwing ervoor bestaat en hoe het in de praktijk kan worden toegepast.

In de dagelijkse praktijk is er meestal niet één 'beste', kant-en-klare oplossing om met de vraag van een patiënt om te gaan. Door het groeiende arsenaal van preventieve, diagnostische en therapeutische mogelijkheden ontstaan er steeds meer voorkeursgevoelige situaties in de huisartsenzorg, situaties waarin de wensen en de context van de patiënt bepalen wat de 'beste' beslissing is inzake diagnostiek of behandeling.³ Zo kan een patiënt de keuze hebben uit meerdere behandelingen die een gelijke kans op genezing geven, maar waarvan de bijwerkingen of de invloed op de kwaliteit van leven verschillen. In zo'n situatie komen verschillende patiënten tot verschillende keuzes. Ook als de patiënt die beslissing liever

overlaat aan de arts, is dat evengoed een keuze. Het is niet ethisch om preventieve, diagnostische of therapeutische handelingen uit te voeren waarvoor de patiënt niet gekozen zou hebben indien deze goed geïnformeerd zou zijn.⁴

Gedeelde besluitvorming houdt in dat de zorgverlener de patiënt (en zo nodig diens naasten) ondersteunt bij het maken van de best passende keuze, eventueel met gebruikmaking van keuzehulp of keuzekaarten. Een goed voorbeeld is de oudere patiënt die een PSA-test overweegt. Aan zo'n test kleven risico's, en als men de patiënt niet goed en uitgebreid informeert over de voor- en nadelen, kan het zijn dat de beslissing voor de patiënt uiteindelijk niet tot de best mogelijke uitkomst leidt.⁴ Indien goed toegepast, verhoogt gedeelde besluitvorming niet alleen de kwaliteit van de zorg aan individuele patiënten maar reduceert het ook ongewenste variatie in handelen tussen zorgverleners onderling, verbetert het de communicatie tussen zorgverlener en patiënt en kan het de therapietrouw vergroten. Mogelijk zorgt het ook voor lagere kosten in de zorg, maar daarbij moet worden aangetekend dat het inzetten van gedeelde besluitvorming om kosten te verlagen contraproductief kan werken op de kwaliteit van de zorg.⁵

PATIËNTGERICHT COMMUNICEREN

In de huisartsenzorg ligt patiëntgericht werken aan de basis van ieder consult. Huisartsen hebben, vanuit hun medische verantwoordelijkheid, aandacht voor de voorgeschiedenis, de klacht, de ziekte en de therapie, maar zij besteden ook aandacht aan de beleving, de gedachten en de gevoelens van de patiënt. Dat uit zich in het belang dat de huisarts hecht aan de (werkelijke) hulpvraag van de patiënt, naast de klacht. Vindt de patiënt de rugpijn vooral hinderlijk of maakt hij zich grote zorgen? Komt hij voor verlichting van de pijn of voor geruststelling? Als de huisarts zijn uitleg en zijn behandelingsvoorstel laat aansluiten bij de beleving, de wensen en de waarden van de patiënt, voelt deze zich beter geholpen, neemt diens therapietrouw toe en verbetert de uitkomst in termen van gezondheid.⁶ Bij dit patiëntgericht

De kern

- Gedeelde besluitvorming (*shared decision making*) is noodzakelijk bij preferentiegevoelige beslissingen. Het verhoogt de kwaliteit van de zorg en reduceert ongewenste variatie tussen zorgverleners.
- Huisartsen kunnen goed patiëntgericht communiceren, maar zij doen dat vooral bij de hulpvraagverheldering. Gedeelde besluitvorming in latere stadia van het zorgproces is minder gebruikelijk.
- Gedeelde besluitvorming vraagt meer van de huisarts: inspanning en vaardigheden om voor- en nadelen en risico's uit te leggen, om de patiënt ruimte te geven voor een persoonlijke afweging, én om keuze-instrumenten te gebruiken.

CBO, Platform Gedeelde Besluitvorming, Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht; H. van Veenendaal, adviseur en lid managementteam, lid DB Platform Gedeelde besluitvorming; dr.ir. H.R. Voogdt-Pruis, adviseur; dr. C.J. Raats, adviseur. Huisartsopleiding VUmc, Amsterdam; C.B.T. Rietmeijer, huisarts, supervisor/coach, onderwijsontwikkelaar arts-patiëntcommunicatie • Correspondentie: h.vanveenendaal@cbo.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

uitleggen en adviseren zoekt de huisarts naar de juiste balans tussen informatie verstrekken en vragen naar de beleving van de patiënt en naar diens begrip van de situatie. Hiervoor gebruikt men wel de term ‘frisbeeën’:⁷ het om en om uitzenden en ontvangen van informatie, als tegenpool van het traditionele consult waarin de dokter een monoloog houdt en waarin weinig plaats is voor de inbreng van de patiënt. Frisbeeën is, samen met hulpvraagverheldering, de kern van patiëntgerichte communicatie en de basis van gedeelde besluitvorming.

Veertig jaar huisartsopleiding heeft ertoe geleid dat huisartsen vaardig zijn in hulpvraagverheldering. Patiëntgerichtheid bij uitleg en advisering daarentegen is veel minder gemeengoed, en dat geldt ook voor gedeelde besluitvorming. Artsen kunnen moeilijk inschatten welke patiënt wil meebeslissen en welke behandeling die patiënt dan wil.⁸ Ze overschatten de mate waarin ze gedeelde besluitvorming toepassen,³ en sommige artsen denken ten onrechte dat gedeelde besluitvorming de angst bij patiënten vergroot.⁹

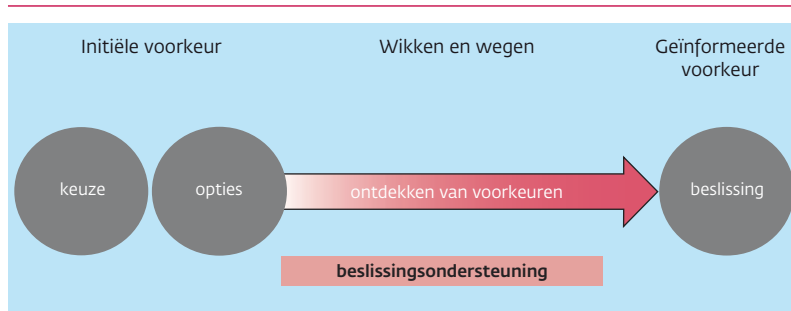
WAT IS GEDEELDE BESLUITVORMING?

Gedeelde besluitvorming is een effectieve manier om samen met de patiënt te komen tot een passende beslissing over diagnostiek, behandeling of zorg, gebaseerd op klinisch bewijs en de voorkeuren en waarden van de patiënt. De zorgverlener geeft evidence-based informatie over de verschillende opties, uitkomsten en onzekerheden, en ondersteunt de patiënt vervolgens in het besluitvormingsproces en bij het bepalen van de keuze. De patiënt moet wel weten of een eenmaal gemaakte keuze nog bijgesteld kan worden. Uiteindelijk gaan zorgverlener en patiënt over tot uitvoering van de beslissing.¹⁰ Hier blijft het niet bij: gedeelde besluitvorming vindt op diverse momenten in het zorgproces plaats. Na een eerste beslissing volgen meestal nieuwe keuzes. Huisarts-columnist Jos van Bommel gaf in 2013 in *De Stentor* een goed voorbeeld van het dilemma na een positieve PSA-test.¹¹

Elwyn heeft een model ontwikkeld voor het proces van gedeelde besluitvorming in de praktijk.^{12,13} Het proces start met het geven van informatie van hoge kwaliteit die aansluit op wat de patiënt al weet, en met het corrigeren van misvattingen en lacunes in diens kennis. Daarna vraagt de arts de patiënt de verschillende opties in overweging te nemen met hun voor- en nadelen, en tot slot de eigen voorkeuren te bepalen. Sommige patiënten reageren verbaasd of ongemakkelijk op het feit dat daarmee de verantwoordelijkheid voor de besluitvorming voor een deel of zelfs geheel bij henzelf komt te liggen. [Figuur 1] brengt dit proces in beeld en benoemt de verschillende fasen.

- *Initiële voorkeur* is de begintoestand van het proces, waarin de patiënt op basis van wat hij op dat moment weet misschien al een bepaalde voorkeur heeft. Doel van het besluitvormingsproces is te komen tot een geïnformeerde voorkeur. In deze fase is ‘Keuze’ (*choice talk*) de eerste stap, waarin het speelveld wordt bepaald. De zorgverlener geeft expliciete informatie over het feit dat er een keuzemogelijkheid bestaat tussen verschillende opties in de gegeven

Figuur 1 Gedeelde besluitvorming: het model van Elwyn^{12,13}



situatie en vraagt de patiënt of deze wil deelnemen aan het keuzeprocess. ‘Opties’ (*option talk*) is de tweede stap, waarin de zorgverlener uiteenzet welke opties er zijn – al dan niet overgaan tot bepaalde diagnostiek, behandeling of zorg – en de bijbehorende voor- en nadelen toelicht. Het bespreken van kansen en risico’s is een belangrijk onderdeel van deze stap; het gebruik van keuzehulpen kan zinvol zijn.

- *Wikken en wegen* is de fase waarin de patiënt zich bewust wordt dat er keuzemogelijkheden zijn, en de verschillende opties leert begrijpen. In deze fase heeft patiënt tijd en ondersteuning nodig om er achter te komen ‘wat er voor hem het meest toe doet’. Er kan meer dan één contactmoment nodig zijn en dat hoeft niet altijd face-to-face. In deze fase kunnen *beslissingsondersteuning* en gesprekken met anderen nuttig zijn. Er zijn vele instrumenten ontwikkeld die het proces van gedeelde besluitvorming ondersteunen: beknopte instrumenten die zorgverlener en patiënt samen kunnen gebruiken tijdens een contactmoment, en uitgebreidere instrumenten (drukwerk, film, internet) die de patiënt buiten de contactmomenten kan raadplegen.⁶ Keuzehulpen kunnen de patiënt inzicht geven in de beschikbare opties, de mogelijke consequenties en de persoonlijke waardering van die consequenties (zie onder andere <http://keuzehulpen.thuisarts.nl>, www.med-decs.org en <https://decisionaid.ohri.ca>). Ook zijn er keuzekaarten (zie www.

Abstract

Van Veenendaal H, Rietmeijer CBT, Voogdt-Pruis HR, Raats CJ. Shared decision making is better. Huisarts Wet 2014;57(10):524-7.

Shared decision making is hot. The expanding arsenal of preventive, diagnostic, and therapeutic possibilities means that increasingly often there is not one clear, ready-made solution to a clinical problem, but one in which the patient’s perspective and values determine the best decision. While general practitioners’ patient-centered communication skills are good, they typically use these skills to clarify the problem. Real shared decision making, in the sense that doctor and patient collaborate to reach a decision that incorporates the patient’s preferences, also in a later phase, occurs in a minority of consultations. Shared decision making, if done well, leads to care that is consistent in content and form with the patient’s values and preferences. However, shared decision making asks more of GPs: extra effort and skills to explain the advantages and disadvantages of treatment, and a professional attitude that allows patients to express their preferences and to assess choices, and the use of decision support tools.

optiongrid.org) om de voor- en nadelen van beleid te bespreken; de risicokaart Cardiovasculair risicomangement is een goed voorbeeld.

- *Geïnformeerde voorkeur* is de nagestreefde eindtoestand: de patiënt heeft bepaald 'wat er voor hem er het meest toe doet' en ontwikkelt op basis daarvan een persoonlijke voorkeur voor één van de beschikbare opties. Essentieel is dat de patiënt de belangrijkste voor- en nadelen van iedere optie begrijpt. In deze fase draait het om de 'Beslissing' (*decision talk*): de zorgverlener helpt de patiënt zijn eigen voorkeuren te bepalen en komt samen met de patiënt tot de best passende keuze. Wat heeft de meeste betekenis voor de patiënt, en leiden deze voorkeuren naar een bepaalde optie?

Casus

De heer P., 71 jaar oud, komt bij de huisarts op het spreekuur. Bij zijn broer van 76 is onlangs prostaatkanker vastgesteld en zijn vader overleed aan prostaatkanker. De heer P. is bang dat het erfelijk is en wil graag een PSA-onderzoek laten doen. De huisarts gaat na of meneer op de hoogte is van de opties voor onderzoek en wat hij reeds weet over de voor- en nadelen van het wel of niet ondergaan van een PSA-test. In het keuzegesprek geeft de huisarts aan hoe groot de kans is dat de heer P. belast is met een erfelijke vorm van prostaatkanker en maakt hij helder dat de heer P. een keuze heeft: wel of geen PSA-test ondergaan.

Wanneer duidelijk is dat meneer P. dit begrijpt, kan de huisarts ingaan op de voor- en nadelen van de verschillende opties, inclusief de voor- en nadelen van het afzien van een PSA-test. In deze fase van wikken en wegen wijst de huisarts ook op de keuzehulp prostaatkanker [figuur 2]. Samen gaan de huisarts en de patiënt na of er bedenktijd nodig is, bijvoorbeeld voor overleg met naasten.

Zodra de heer P. aangeeft dat hij toe is aan een beslissing, volgt het beslissingsgesprek. De huisarts vraagt expliciet naar de voorkeuren van de patiënt met betrekking tot de besproken opties. Welke voor- en nadelen hebben de meeste betekenis voor hem? Leiden deze voorkeuren naar een bepaalde optie? Nadat de huisarts heeft gecontroleerd of meneer P. alle noodzakelijke informatie heeft gekregen, nemen zij gezamenlijk een beslissing.

IS HET EFFECTIEF?

Dat gedeelde besluitvorming effectiever is dan traditionele voorlichting en informatieoverdracht, blijkt uit een meta-analyse van 86 gerandomiseerde trials. Het onderscheidende effect is dat patiënten besluitvaardiger worden. Zij zijn zich meer bewust van de voor- en nadelen van bepaalde keuzes, zijn vaker tevreden over het besluit en twijfelen minder over hun genomen beslissing.⁹ De meeste patiënten willen actief betrokken worden bij belangrijke medische beslissingen, al laat nog steeds 20-40% de beslissing liever aan de arts over.¹⁴ Onduidelijk is vooralsnog of gedeelde besluitvorming de compliance verhoogt en of patiënten vaker voor opties kiezen waarbij de kwaliteit van leven vooropstaat (versus bijvoorbeeld overleving).¹² In een meta-analyse is gebleken dat het gebruik van een keuzehulp niet per se meer tijd kost dan reguliere zorg.⁹ In de praktijk blijkt dat vooral het eerste gesprek meer tijd in beslag kan nemen, tot ongeveer 25%.³ Die tijd kan later worden teruggewonnen omdat de patiënt beter geïnformeerd is, meer betrokken raakt bij de behandeling en wellicht ook vaker afziet van een (vervolg)behandeling. Gedeelde besluitvorming leidt in sommige gevallen tot kostenbesparing doordat de gekozen optie vaak minder invasief is of doordat de patiënt bewust afziet van (verdere) diagnostiek of behandeling.^{15,16}

TOEPASSING IN DE PRAKTIJK

Gedeelde besluitvorming ligt in het verlengde van patiëntgericht communiceren: het afstemmen van een medisch advies op de gedachten en gevoelens van de patiënt. Als de richtlijnen duidelijk zijn en het advies weinig 'bijwerkingen' heeft, is dit relatief eenvoudig. Als de richtlijnen of de situatie van de patiënt veel ruimte laten voor verschillende opties, die elk hun eigen voor- en nadelen hebben, wordt het een stuk ingewikkelder. Dan biedt gedeelde besluitvorming een toegevoegde

Figuur 2 Onderdeel uit de Keuzehulp Testen op prostaatkanker (wordt najaar 2014 herzien, zie voor de meest recente versie: <http://keuzehulpen.thuisarts.nl>)

| Keuzeoverzicht | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Waarom wel/geen PSA-test | |
| Onderstaande tabel zet de keuzemogelijkheden wel of geen PSA-test op prostaatkanker naast elkaar. U vindt hier een overzicht van de verschillende mogelijkheden. Het overzicht leidt u niet automatisch naar de beste keuze. U kunt het met uw arts bespreken zodat u gezamenlijk tot een passende keuze kunt komen. | |
| Waarom wel laten testen op prostaatkanker? | Waarom niet laten testen op prostaatkanker? |
| Als de uitslag van de PSA-test normaal is, kan dat geruststellend zijn. | Als uw PSA-waarde verhoogd is en verder onderzoek geen prostaatkanker aantoon, dan bent u voor niets 'de medische molen' ingegaan en heeft u zich ongerust gemaakt, achteraf onnodig. |
| De PSA-test kan prostaatkanker helpen opsporen, voordat u misschien klachten krijgt. | De PSA-test en het aanvullend onderzoek maakt kanker niet altijd zichtbaar. Na een normale uitslag kunt u zich ten onrechte opgelucht, of juist toch nog bezorgd voelen. |
| Als u er door de test vroeg bij bent, dan is behandeling goed mogelijk. | Er bestaat een grote kans dat de onderzoekers door de PSA-test een langzaam groeiend gezwel (tumor) vinden waarvan u nooit last gekregen zou hebben. |
| Als u mede dankzij de PSA-test een behandeling ondergaat, heeft u misschien een grotere kans op genezing en leeft u misschien langer. | Aanvullend onderzoek na de PSA-test kan geestelijk en lichamelijk belastend zijn. |
| Als de behandeling in een vroeg stadium slaagt, krijgt u niet te maken met de gevolgen van verder gevorderde prostaatkanker, zoals uitzaaien. | De behandeling van prostaatkanker kan allerlei bijwerkingen hebben, zoals erectieproblemen, plasklachten, darmproblemen, retrograde ejaculatie (bij klaarkomen komt sperma in de blaas en niet uit de penis). |
| Als u regelmatig een PSA-test laat doen, dan kan verandering in uw PSA-gehalte in de gaten worden gehouden. | Het is niet bekend of vroege ontdekking en medische behandeling van prostaatkanker de genezingskans, levensduur en kwaliteit van leven verbetert. |

waarde doordat het de betrokkenheid van de patiënt bij de uiteindelijke beslissing vergroot. Van de huisarts vraagt het de vaardigheid om met de patiënt te delen dat er meerdere vergelijkbare alternatieven zijn en dat er niet één optie is die boven de andere te verkiezen is. Het is daarbij de kunst voor- en nadelen goed te bespreken met de patiënt en ook de risico's van iedere beslissing ter sprake te brengen. De huisarts moet ook het vermogen hebben ruimte te geven aan de eigen voorkeuren van de patiënt, zodat deze zelf een afweging kan maken.

Gedeelde besluitvorming vraagt dus nogal wat van de huisarts. In plaats van zijn advies te 'verkopen', het voorkeursbeleid waarmee hij vertrouwd is, wat relatief makkelijk voor hem is, moet hij nu samen met de patiënt de verschillende opties bespreken, met als mogelijke uitkomst een beleid waarmee hij zich minder vertrouwd voelt. Dat vraagt extra aandacht, tijd, moed en een iets andere kijk op de eigen professionele houding en verantwoordelijkheid. Andere barrières voor de implementatie komen vooral voort uit onbekendheid met wat gedeelde besluitvorming precies inhoudt, uit een gebrek aan vaardigheden om het toe te passen en uit persoonlijke weerstand (bijvoorbeeld denken dat patiënten zoiets niet kunnen of willen).^{17,18}

Uit onderzoek blijkt dat huisartsen de patiënt op weg kunnen helpen door samen met de patiënt een aantal vragen te beantwoorden:¹⁹

- Wat zijn mijn opties?
- Wat zijn de mogelijke voor- en nadelen van deze opties?
- Hoe waarschijnlijk is het dat deze voor- en nadelen op mij van toepassing zijn?

In Australië en de Verenigde Staten staan deze vragen op posters aan de muur van de spreekkamer. Wat ons betreft kunnen er nog twee vragen aan toegevoegd worden:

- Wat vind ik het belangrijkste? Bij welke optie, c.q. bij welke voor- en nadelen, is daar meer of minder sprake van?
- Welke best passende beslissing wil ik in overleg met mijn zorgverlener nemen?

Platform Gedeelde Besluitvorming

Op 22 juni 2011 is in Nederland een landelijk Platform Gedeelde Besluitvorming opgericht (www.zelfmanagement.com/themas/gedeelde-besluitvorming).^{20,21} Doelstellingen van dit platform zijn het realiseren van een maximale toepassing van gedeelde besluitvorming in de zorgpraktijk en het vergroten van de aan-

dacht voor gedeelde besluitvorming in kwaliteitsstandaarden en in onderwijs. Ook richt het platform zich op maximaal gebruik en vindbaarheid van valide keuzehulpen en instrumenten ter ondersteuning van de gedeelde besluitvorming.

TOT BESLUIT

Meer dan de helft van de huisartsen is van mening dat zij gedeelde besluitvorming in de praktijk al toepassen. Toch is er in veel consulten nog niet werkelijk sprake van gedeelde besluitvorming in de zin dat de voorkeuren van de patiënt er expliciet bij betrokken worden en de beslissing gezamenlijk genomen wordt.

Huisartsen kunnen goed patiëntgericht communiceren, met aandacht voor de beleving van de patiënt, maar zij doen dat vooral aan het begin van het consult (hulpvraagverheldering). Om te komen tot daadwerkelijke afstemming, dus ook in de fase van uitleg en advies, zal het nodig zijn verschillende opties te bespreken en de gedachten en gevoelens van de patiënt bij de gestelde diagnose en voorgestelde therapie aan de orde te laten komen. Gedeelde besluitvorming is vooral aan de orde bij belangrijke, preferentiegevoelige beslissingen waarbij er meer dan één behandeloptie is en wanneer het afwegen van de voor- en nadelen voor dilemma's zorgt. Het gaat dan bijvoorbeeld om de keuze tussen meerdere mogelijkheden van preventie, screening, diagnostiek of behandeling, die alle ongeveer even effectief zijn. Gedeelde besluitvorming, mits goed uitgevoerd, leidt tot zorg die naar inhoud en vorm meer in lijn ligt met de waarden en voorkeuren van de patiënt. Deze manier van besluitvorming wordt door patiënten als prettiger ervaren en vergroot hun betrokkenheid. Keuzehulpen en andere instrumenten kunnen worden gebruikt om gedeelde besluitvorming in de praktijk toe te passen. Gedeelde besluitvorming stelt extra eisen aan de arts: extra inspanning en de vaardigheid om de voor- en nadelen en risico's uit te leggen, de beroepsattitude om ruimte te willen geven aan de eigen voorkeuren van de patiënt zodat deze een persoonlijke afweging kan maken, én het gebruik van keuze-instrumenten. Ingevoerde keuzes vergen daarbij van de huisarts meer vaardigheden én meer tools. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Beschouwing.

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk zijn beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal berekend afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

Belangrijkste wijzigingen

Bij de aanvullende diagnostiek is de morfologische indeling in micro-, normo- en macrocytaire anemie vervallen en ver-

vangen door een pathofysiologische indeling op basis van een verminderde of gestoorde aanmaak of verhoogde afbraak.

Bij de eerste stap van de aanvullende diagnostiek is niet langer alléén het MCV van belang, maar het MCV in combinatie met ferritine.

Bij de keuze van de (frequentie van) dosering van ijzerpreparaten houdt de huisarts rekening met de klachten en de ernst van de anemie, en de mate waarin de patiënt de ijzertherapie verdraagt, in plaats van de ijzerpreparaten in een vaste dosering (sfrequentie) voor te schrijven.

Patiënten met een anemie op basis van een vitamine B₁₂-deficiëntie kunnen in het algemeen met vitamine B₁₂ per os behandeld worden, tenzij er sprake is van slikproblemen, problemen met de therapietrouw of ernstige (neurologische) symptomen.

Kernboodschappen

Aanvullend onderzoek is in eerste instantie niet nodig bij:

- een premenopauzale vrouw met anemie door hevig menstrueel bloedverlies;
- een kind met een lichte anemie en een infectieziekte in de voorafgaande maand.

Nader onderzoek (gastroscopie en/of colonoscopie) ter uitsluiting van een gastro-intestinale maligniteit is geïndiceerd bij:

- vrouwen ouder dan (arbitrair) 50 jaar met ijzergebreksanemie zonder hevig menstrueel bloedverlies en;
- mannen ouder dan (arbitrair) 50 jaar met ijzergebreksanemie.

INLEIDING

De NHG-Standaard Anemie geeft richtlijnen voor diagnostiek en beleid bij patiënten bij wie in de praktijk of in het laboratorium een te laag hemoglobine (Hb) is vastgesteld. De indicatiestelling voor de bepaling van het Hb valt buiten het bestek van deze standaard. In de regel zal het gaan om mensen met algemene klachten zoals moeheid, duizeligheid, algemene malaise, bleekheid of hevig menstrueel bloedverlies, die door de huisarts (of door henzelf) in verband gebracht worden met bloedarmoede, om aanvragen voor algemeen bloedonderzoek ter geruststelling of om een somatische

oorzaak van klachten uit te sluiten, en om patiënten bij wie het Hb in het kader van een (chronische) ziekte gecontroleerd wordt.

Voor diagnostiek en beleid bij anemie tijdens een zwangerschap verwijzen wij naar de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode, tenzij de huisarts een oorzaak vermoedt die geen verband houdt met de toegenomen ijzerbehoefte tijdens de zwangerschap.

Het medicamenteuze beleid in deze standaard beperkt zich tot het beleid bij ijzergebreksanemie en bij anemie ten gevolge van vitamine B₁₂- of foliumzuurdeficiëntie. Het beleid bij hemoglobino-pathieën valt buiten het bestek van de standaard, behoudens de advisering omtrent dragerschapstests en de aanbeveling om geen ijzertherapie te starten.

ACHTERGRONDEN**Begrippen**

Hemoglobine (Hb): ijzerhoudend eiwit waarmee erythrocyten zuurstof kunnen binden en transporteren.

Anemie: voor leeftijd en geslacht te laag Hb.¹

Referentiewaarden voor volwassenen:

- mannen: 8,5-11 mmol/l;
- vrouwen: 7,5-10 mmol/l.

Referentiewaarden voor kinderen:

- 1 maand-6 jaar: 6,0-9,0 mmol/l;
- vanaf 6 jaar: 6,5-10,0 mmol/l.

MCV: het gemiddelde celvolume van de erythrocyt (*mean corpuscular volume*).

Ferritine: opslag-eiwit voor ijzer. Er bestaat een goede correlatie tussen de serumconcentratie ferritine en de ijzer-voorraad in het lichaam, behalve bij acute infecties.

Transferrine: transporteiwit voor ijzer. De waarden zijn verhoogd bij een toegenomen behoefte aan ijzer of bij een ijzer-tekort.

Ijzer: essentieel element voor de hemoglobinesynthese.

Zie voor meer achtergrondinformatie over de in de standaard genoemde bepalingen de bijbehorende eindnoten of de LESA Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek.

Bouma M, Burgers J, Drost B, Den Elzen WPJ, Luchtman T, Oosterhuis WP, Woutersen-Koch H, Van Wijk M; NHG-werkgroep Anemie. NHG-Standaard Anemie (eerste herziening). Huisarts Wet 2014;57(10):528-36.

Deze standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie: Van Wijk MAM, Mel M, Muller PA, Zilverentand WJ, Pijnenborg L, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Anemie. Huisarts Wet 2003;46:21-9.

Epidemiologie

De incidentie van anemie in de huisartsenpraktijk is 8,6 per 1000 patiënten per jaar. Bij de helft van deze patiënten stelt de huisarts de diagnose ijzerebreksanemie (indicentie 4,3 per 1000 patiënten per jaar). Deze diagnose wordt bij vrouwen ongeveer viermaal zo vaak gesteld als bij mannen. Het grootste verschil tussen vrouwen en mannen treedt op in de leeftijdsgroep 15-50 jaar, een levensfase waarin bij mannen zelden ijzerebreksanemie wordt vastgesteld. IJzerebreksanemie bij vrouwen in de reproductieve levensfase wordt meestal veroorzaakt door hevig menstrueel bloedverlies of door een verhoogde ijzerbehoefte tijdens de zwangerschap. Op oudere leeftijd is naast ijzerebrek ook vaak een chronische ziekte de oorzaak van een anemie.

De incidentie van anemieën ten gevolge van vitamine B₁₂- of foliumzuurdeficiëntie is in de huisartsenpraktijk ongeveer 1,8 per 1000 patiënten per jaar. Deze gebreksanemieën worden vooral aangetroffen bij ouderen, bij patiënten die een auto-immunreactie vertonen tegen pariëtale cellen van de maagwand of tegen intrinsic factor (atrofische gastritis), en bij mensen met een verhoogde kans op een onevenwichtig voedingspatroon (veganisten, alcoholisten).²

Naar schatting 1% van de Nederlandse bevolking is drager van een hemoglobiнопathie. De meestvoorkomende hemoglobiнопathieën zijn thalassaemia minor en *sickle cell trait*. De homozygote vormen van deze aandoeningen, thalassaemia major respectievelijk sikkelcelziekte, komen in Nederland zelden voor. Ieder jaar worden er in Nederland 35-40 kinderen met sikkelcelziekte en 5 kinderen met thalassaemia major geboren, en worden er ongeveer 60 nieuwe diagnoses van een dergelijke hemoglobiнопathie gesteld bij niet-pasgeborenen.³

Pathofysiologie

De vorige versie van deze standaard ging voor het diagnostisch beleid inzake anemieën uit van een indeling op basis van het gemiddelde celvolume van de erytrocyt (het MCV), op grond waarvan micro-, macro- en normocytair anemieën werden onderscheiden. Deze morfologische

indeling had echter beperkingen, want sommige oorzaken kunnen in meer dan één morfologische groep worden ingedeeld en in feite begint vrijwel iedere anemie, door welke oorzaak ook, normocytair.

In de literatuur ziet men meestal een indeling naar pathofysiologische oorzaak die drie categorieën omvat: acuut bloedverlies, verminderde of gestoorde aanmaak en verhoogde afbraak. Bij de herziening van deze standaard is voor deze pathofysiologische indeling gekozen omdat zij beter aansluit bij het aanvullend onderzoek, de uiteindelijke diagnose en het beleid. Anemie door acuut bloed-

verlies (bijvoorbeeld door trauma, postoperatief of post partum) blijft in deze standaard buiten beschouwing.

ANEMIE OP BASIS VAN EEN VERMINDERDE OF GESTOORDE AANMAAK

IJzerebreksanemie

Een ijzerebreksanemie wordt verreweg het vaakst aangetroffen bij vrouwen in de reproductieve levensfase als gevolg van menstrueel bloedverlies. Bij vrouwen na de menopauze en bij mannen is ijzerebreksanemie vaak het gevolg van chronisch bloedverlies in het maag-darmkanaal. Het bloedverlies veroor-

Abstract

NHG-werkgroep Anemie. NHG guideline on anaemia. *Huisarts Wet* 2014;57(10):528-36.

The Dutch College of General Practitioners (NHG) has revised the 2003 guideline Anaemia. The guideline covers the diagnosis and management of patients with a low haemoglobin level, either determined by point of care testing or in the laboratory setting. The indications for measuring haemoglobin levels are beyond the scope of the guideline, but testing is usually performed if patients exhibit symptoms of anaemia (e.g., fatigue, dizziness, malaise, pallor, heavy menstrual bleeding), to exclude a somatic cause of symptoms or to reassure patients, and to monitor patients with a chronic disease. Half of the new cases of anaemia seen in general practice are a result of iron deficiency (incidence 8.6 per 1000 per year). The guideline concentrates on iron deficiency anaemia (diagnosis and treatment), anaemia due to vitamin B₁₂ or folate deficiency (diagnosis and treatment), anaemia of (chronic) disease (diagnosis and referral/consultation), and haemoglobinopathies (diagnosis, indications for carrier tests in family members). Renal anaemia, haemolytic anaemia, and anaemia due to bone marrow disease are only described in terms of the differential diagnosis and referral.

Main messages and changes

- The morphological classification into microcytic, normocytic, or macrocytic anaemia has been abandoned and is replaced by a pathophysiological classification based on reduced or impaired synthesis of haemoglobin or increased haemoglobin degradation.
- In women with heavy menstrual blood loss and anaemia, additional blood tests are not necessary because iron deficiency is the most likely cause of anaemia and should be treated accordingly.
- In a child with mild anaemia (haemoglobin ≥ 6.0 mmol/l) that had an infectious episode in the previous month, additional blood testing is not considered necessary because the anaemia is most probably the result of the recent infection.
- In all other cases, additional blood tests should be ordered. In the first instance, MCV and ferritin (in order to diagnose or rule out iron deficiency anaemia) and, if indicated, tests to diagnose anaemia of chronic disease, anaemia because of vitamin B₁₂ or folate deficiency, and anaemia because of haemoglobinopathy (see diagnostic algorithm).
- Further investigation (gastroscopy and/or colonoscopy) to exclude gastrointestinal malignancy is indicated for women older than 50 years with iron deficiency anaemia and without heavy menstrual bleeding, and for men older than 50 years with iron deficiency anaemia. The age cut-off is arbitrary.
- Instead of prescribing fixed-dose iron therapy for iron deficiency anaemia, general practitioners should select a dose and dosing frequency on the basis of the symptoms and the severity of the anaemia, and the extent to which the patient tolerates iron therapy.
- Patients with anaemia because of vitamin B₁₂ deficiency can in general be treated with oral vitamin B₁₂ supplements, unless they have trouble swallowing, problems with adherence, or severe neurological symptoms.

zaakt ijzergebrek, waardoor minder Hb wordt aangemaakt. Bij de diagnostiek speelt het eiwit ferritine een belangrijke rol vanwege zijn relatie met de ijzervoorraad in het lichaam.⁴ Een verlaging van de ferritinespiegel kan alleen veroorzaakt worden door ijzergebrek.

Anemie door vitamine B₁₂- of foliumzuurdeficiëntie

Ook een vitamine B₁₂- of foliumzuurdeficiëntie kan leiden tot een gebreksanemie, omdat deze stoffen betrokken zijn bij de aanmaak van Hb. Anemie ten gevolge van een vitamine B₁₂-deficiëntie wordt meestal veroorzaakt door een auto-immuungemedieerde atrofische gastritis. Daarbij worden antistoffen gevormd tegen de pariëtale cellen van de maagwand, en/of tegen de door deze cellen geproduceerde intrinsic factor (noodzakelijk voor de opname van vitamine B₁₂, de extrinsic factor). Deze anemie wordt van oudsher pernicieuze anemie genoemd.

Minder vaak voorkomende oorzaken van vitamine B₁₂-deficiëntie zijn (sub)totale maagresectie en aandoeningen van de dunne darm, zoals de ziekte van Crohn, die tot malabsorptie leiden. Een vitamine B₁₂-deficiëntie door dieetfactoren kan alleen ontstaan bij een dieet waarin voedsel van dierlijke oorsprong (vrijwel) volledig ontbreekt, zoals bij veganisme. De voorraad vitamine B₁₂ in het lichaam is meestal voldoende om er enkele jaren op te teren.

Anemie door een foliumzuurdeficiëntie is meestal het gevolg van deficiente voeding, bijvoorbeeld als gevolg van alcoholmisbruik.⁵

Anemie door een chronische ziekte of infectieziekte

Verondersteld wordt dat anemie door een chronische ziekte het gevolg is van een gestoorde inbouw van ijzer in het hemoglobine en van een verkorte levensduur van de erythrocyten.⁶ De belangrijkste aandoeningen die dit type anemie kunnen veroorzaken, zijn chronische inflammatoire aandoeningen zoals reumatoïde artritis (waarbij het MCV meestal verlaagd is), chronische infectieziekten (waarbij het MCV verlaagd of normaal is) en maligniteiten (waarbij het MCV

meestal normaal is, tenzij de maligniteit gepaard gaat met chronisch bloedverlies waardoor ijzergebreksanemie met een laag MCV ontstaat).

Ook na een acute infectie kan het ijzermetabolisme op dezelfde wijze als bij een chronische ziekte gedurende enkele weken gestoord zijn, met een Hb-daling tot gevolg. Bij zuigelingen en jonge kinderen komt dit relatief vaak voor, onder andere door het frequent optreden van luchtweg- en gastro-intestinale infecties. Omdat ferritine een acute fase-eiwit is – een eiwit waarvan het gehalte in het bloed toeneemt bij ontstekingsprocessen – kan het ferritinegehalte bij dit type anemie normaal en zelfs verhoogd zijn, ook al is er sprake van ijzergebrek. Bepaling van de transferrine- en de ijzerconcentratie kan ertoe bijdragen te achterhalen of er inderdaad ijzergebrek bestaat. Bij ijzergebrek is het ijzergehalte verlaagd en de transferrineconcentratie verhoogd.¹⁴ Bij chronische nierschade en chronische leverziekten wordt anemie veroorzaakt door een verminderde aanmaak van erythropoëtine.

Hemoglobinopathieën

Anemie kan ontstaan op basis van een hemoglobinopathie. Deze aandoeningen, die autosomaal recessief overerven, berusten op afwijkingen in de hemoglobinesynthese. De primaire oorzaak van dit soort anemieën is dus een stoornis in de aanmaak, die secundair afbraak (hemolyse) tot gevolg kan hebben. Binnen de hemoglobinopathieën onderscheidt men structuurdefecten en expressiedefecten. Bij structuurdefecten zijn de aangemaakte globineketens afwijkend, bij expressiedefecten worden er normale globineketens aangemaakt, maar in kleinere aantallen.

Sikkelcelziekte

Structuurdefecten treden op bij dragers van het sikkelcelgen. Bij louter dragerschap (sickle cell trait) is nooit meer dan de helft van de globineketens afwijkend. Deze genetische afwijking veroorzaakt in het algemeen geen klachten of anemie en beschermt tegen ernstige gevolgen van malaria tropica. Hemolyse treedt uitsluitend op bij zeer zware lichame-

lijke inspanning, ernstige uitdroging of ernstige hypoxie. Bij mensen met sikkelcelziekte is meer dan de helft van de globineketens afwijkend. Bij hen gaat de afwijking gepaard met grote morbiditeit en een beperkte levensverwachting.

Thalassemieën

Hemoglobinopathieën door expressiedefecten worden thalassemieën genoemd, met onderscheid naar alfa- en bètathalassemieën, afhankelijk van het onvoldoende aanmaken van alfa- of bètaglobineketens. Thalassaemia minor (*thalassaemia trait*) geeft in het algemeen geen klachten, maar soms wel een lichte anemie (Hb \geq 6,0 mmol/l bij vrouwen en kinderen, \geq 6,5 mmol/l bij mannen) met een verlaagd MCV. Dit is vooral het geval als de verminderde aanmaak van alfa- of bètaglobineketens en de soms bestaande lichte hemolyse onvoldoende gecompenseerd worden door de verhoogde aanmaak van erythrocyten, waardoor foliumzuurdeficiëntie kan ontstaan.

Thalassaemia major gaat wel gepaard met een grote morbiditeit ten gevolge van de ernstige hemolytische anemie en zonder adequate behandeling (transfusies, chelatie en stamceltransplantatie) is de levensverwachting beperkt.

Ijzersuppletie

Bij een anemie op basis van hemoglobinopathie is het geven van ijzer niet zinvol, tenzij is komen vast te staan dat er tevens sprake is van ijzergebrek. Ijzersuppletie kan zelfs schadelijk zijn door het risico op ijzerstapeling.

Hielprik

Sinds 2007 worden alle neonaten in Nederland via de hielprik gescreend op ernstige vormen van hemoglobinopathie. Aangedane neonaten worden direct verwezen naar de kinderarts-hematoloog. Als uit de hielprik blijkt dat de neonat drager is van sikkelcelziekte (sickle cell trait), wordt deze uitslag gerapporteerd aan ouders en huisarts, aangezien in dat geval minimaal één ouder eveneens drager is van het sikkelcelgen.

Blijken beide ouders drager te zijn, dan is de kans op een volgend kind met sikkelcelziekte 25%. Meer informatie over deze

erfelijke anemieën kan gevonden worden via het erfocentrum (www.erfocentrum.nl) of www.huisartsengenetica.nl.

Overige oorzaken

Andere oorzaken van anemie op basis van een aanmaakstoornis zijn beenmergaandoeningen, zoals beenmergstamcelziekten (myelodysplasie, acute leukemie) of beenmergverdringing (chronische lymfatische leukemie, lymfoom, tumormetastasen).

ANEMIE OP BASIS VAN VERHOOGDE AFBRAAK

Hemolytische anemie

Bij hemolytische anemie worden de erythrocyten vernietigd voordat hun normale levensduur verstreken is. Gezonde erythrocyten worden meestal na 120-140 dagen uit het lichaam verwijderd. Bij een hemolytische anemie breekt het lichaam de rode bloedcellen sneller af dan het beenmerg ze kan vervangen.

Voorbeelden zijn anemieën als gevolg van defecten in de erythrocytmembraan (sferocytose, elliptocytose), anemieën door enzymdefecten (G6PD- en pyruvaatkinasedeficiëntie) en auto-immuunhemolytische anemie (AIHA).

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Het gaat hier om de diagnostiek van patiënten bij wie een anemie, dus een te laag Hb, is vastgesteld in het laboratorium of in de praktijk. De indicatiestelling voor de bepaling van het Hb valt buiten het bestek van deze standaard.

Anamnese

Bij vrouwen in de reproductieve levensfase vraagt de huisarts naar hevig menstrueel bloedverlies. In dat geval overweegt de huisarts of deze verklaring volstaat of dat aanvullende anamnestiche vragen nodig zijn.

In alle andere gevallen stelt de huisarts de volgende vragen.

Met het oog op een mogelijke ijzerebreksanemie:

- is er recent bloedverlies (plaats, ernst), met inbegrip van bloeddonaties?
- bij patiënten ouder dan (arbitrair) 50 jaar, ter opsporing van gastro-intestinale maligniteiten:

- is er algehele malaise of onbedoeld/onverklaard gewichtsverlies (5% gewichtsverlies binnen 1 maand of 10% binnen 6 maanden)?

- zijn er maagklachten; is er haematemesis; aanhoudend braken; een stoornis of pijn bij voedselpassage; melaena?

- heeft de patiënt buikkoliken; is er rectaal bloedverlies of bloed vermengd met de ontlasting; een veranderd defecatiepatroon; komen colorectale maligniteiten voor bij eerstegraads familieleden jonger dan 70 jaar?

Met het oog op een mogelijke anemie door vitamine B₁₂- of foliumzuurdeficiëntie:

- is er een afwijkend voedingspatroon (veganisme; deficiënte voeding bij overmatig alcoholgebruik)?
- is er een bekend potentieel opnameprobleem, bijvoorbeeld ten gevolge van inflammatoire darmziekte (IBD), maag- of darmresectie?
- gebruikt de patiënt metformine of protonpompremmers?

Met het oog op een mogelijke anemie door een chronische ziekte of infectieziekte:

- heeft de patiënt een aandoening die een anemie door een chronische ziekte tot gevolg kan hebben, of heeft hij de afgelopen maand een infectieziekte doorgemaakt?⁶

Met het oog op mogelijke hemoglobinoopathieën:

- behoort de patiënt tot een risicogroep voor hemoglobinoopathieën (zie **[kader Risicogroepen]**)?⁸ Komen erfelijke vormen van anemie (hemoglobinoopathieën) voor bij eerste- en tweedegraads familieleden?

Met het oog op een mogelijke hematologische aandoening:

- is er algehele malaise of onbedoeld/onverklaard gewichtsverlies (5% gewichtsverlies binnen 1 maand of 10% binnen 6 maanden)?

Lichamelijk onderzoek

Bij vrouwen ouder dan (arbitrair) 50 jaar zonder hevig menstrueel bloedverlies en

mannen ouder dan (arbitrair) 50 jaar met anemie en anamnestiche maag- en/of buikkoliken onderzoekt de huisarts de buik door middel van inspectie, auscultatie en palpatie; in geval van buikkoliken verricht hij een rectaal toucher.

Bij algehele malaise en/of gewichtsverlies gaat de huisarts, met het oog op een hematologische aandoening, na of er sprake is van icterus, vergrote lymfeklieren (hals, oksels, liezen), een vergrote lever of milt.⁹

Aanvullend onderzoek

Bij een vrouw met hevig menstrueel bloedverlies en een anemie wordt aanvullend onderzoek niet aanbevolen omdat de huisarts er in eerste instantie van uit kan gaan dat ijzerebrek de oorzaak is van de anemie.

Bij een kind met een lichte anemie (Hb \geq 6,0 mmol/l) dat in de voorafgaande maand een infectieziekte heeft doorgemaakt, wordt het aanvragen van aanvullend onderzoek niet aanbevolen omdat de anemie in eerste instantie als het gevolg van die infectie wordt beschouwd.¹⁰

In alle andere gevallen wordt aanbevolen aanvullende laboratoriumbepalingen aan te vragen (zie **[figuur]**).¹¹ Als de anemie is vastgesteld door een Hb-bepaling in de praktijk, adviseert de werkgroep het Hb nogmaals in het laboratorium te laten bepalen vanwege de beperkte betrouwbaarheid van de test in de huisartsenpraktijk.¹²

Het aanvullend onderzoek bestaat altijd uit bepaling van MCV en ferritine.¹³ Op basis van gegevens uit de an-

Risicogroepen voor hemoglobinoopathieën/indicaties voor dragerschapstests

- Mensen (met voorouders) afkomstig uit gebieden met een hoge dragerschapfrequentie van een hemoglobinoopathie (Middellandse Zeegebied, Afrika, Azië, Midden Oosten, Caraïbisch gebied).
- Mensen met familieleden die een hemoglobinoopathie hadden of hebben.
- Ouders en familie van een kind bij wie met de hielpriek (dragerschap van) een hemoglobinoopathie is vastgesteld.

Meer informatie over de erfelijkheidsaspecten van de hemoglobinoopathieën vindt de huisarts op www.huisartsengenetica.nl en www.erfocentrum.nl.

amnese en de voorgeschiedenis kan de huisarts besluiten direct ook de volgende gerichte bepalingen aan te vragen:

- bij vermoeden van anemie door een (chronische) ziekte of infectieziekte: bezinkingsnelheid erythrocyten (BSE), ijzer, transferrine¹⁴ en geschatte glomerulusfiltratiesnelheid (*estimated glomerular filtration rate*, eGFR),¹⁵ trombocyten en leukocyten;
- bij vermoeden van een anemie door een vitamine B₁₂- en/of foliumzuurdeficiëntie: vitamine B₁₂, foliumzuur, reticulocyten¹⁶ en lactaatdehydrogenase (LDH);
- bij vermoeden van een hemoglobinoopathie: Hb-elektroforese of -chromatografie, eventueel in combinatie met DNA-onderzoek (afhankelijk van het regionale laboratorium) en erythrocyten.¹⁷

Als uit de laboratoriumuitslagen blijkt dat er geen sprake is van zowel een verlaagd ferritine als een verlaagd MCV (wijzend op ijzergebreksanemie, zie *Evaluatie*), en ook de uitslagen van de gerichte bepalingen geen of onvoldoende verklaring voor de anemie opleveren, overweegt de huisarts alsnog alle hierboven genoemde bepalingen aan te vragen om tot een verklaring van de anemie te komen (hemoglobinoopathie-diagnostiek alléén op indicatie).

Meestal heeft de huisarts ook de mogelijkheid om bij het regionale laboratorium zogeheten 'reflexdiagnostiek bij anemie' aan te vragen via het probleemgeoriënteerde aanvraagformulier. Hierbij kruist de huisarts niet de gewenste specifieke bepalingen aan, maar bijvoorbeeld 'anemiediagnostiek'. Het laboratorium zal dan vervolgens reflexmatig meerdere bepalingen tegelijk uitvoeren of automatisch doortesten als de uitslagen van een eerste, beperkte, set tests daarom vragen. Als de huisarts kiest voor het aanvragen van reflexdiagnostiek betekent dat niet per definitie dat in elk laboratorium hetzelfde pakket tests zal worden uitgevoerd met dezelfde timing. Bovendien kunnen de bepalingen in het pakket afwijken van de in de standaard geadviseerde bepalingen en timing. Om die reden dient de huis-

arts zich bij het regionale laboratorium op de hoogte te stellen van de inhoud van de reflexdiagnostiek bij anemie ter plaatse. De huisarts zal eventuele verschillen met de in de standaard geadviseerde bepalingen voor zichzelf moeten wegen, met inachtneming van de relevantie en interpretatie van de tests en de kosten voor de patiënt.¹⁸ De invulling van de reflexdiagnostiek en het probleemgeoriënteerde aanvraagformulier kan het onderwerp worden van regionale samenwerkingsafspraken (zie ook de LESA Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek).

Evaluatie

Bij een verlaagd Hb worden de uitslagen van het aanvullende bloedonderzoek en het lichamelijk onderzoek als volgt geïnterpreteerd.

Er is ijzergebreksanemie bij:

- een verlaagd MCV én een verlaagd ferritine;
- een normaal of verlaagd MCV bij patiënten die:
 - óf een aandoening hebben die een anemie door chronische ziekte tot gevolg kan hebben;
 - óf in de afgelopen maand een infectieziekte hebben doorgemaakt,
 - én (in beide gevallen) een ferritine binnen het normale bereik maar lager dan 100 microg/l, een verlaagde ijzer- en een verhoogde transferrineconcentratie hebben.

Er is anemie ten gevolge van een vitamine B₁₂- en/of foliumzuurdeficiëntie bij:

- een normaal of verhoogd MCV, een verlaagd aantal reticulocyten, een verhoogd LDH en een verlaagde vitamine B₁₂- en/of foliumzuurconcentratie.

Er is anemie door een chronische ziekte of infectieziekte bij:

- een normaal of verlaagd MCV bij patiënten die
 - óf een aandoening hebben die een anemie door een chronische ziekte tot gevolg kan hebben;
 - óf in de afgelopen maand een infectieziekte hebben doorgemaakt;
 - én (in beide gevallen) een ferritine

> 100 microg/l, een verlaagd ijzer en een normaal of verlaagd transferrine hebben. Een verhoogde BSE past hierbij. Differentiaaldiagnostisch behoort in dit laatste geval ook een ijzergebreksanemie tot de mogelijkheden, omdat op basis van de ferritine- en transferrinewaarden niet duidelijk wordt of de anemie mede wordt veroorzaakt door ijzergebrek. Bij het verdere beleid wordt dan in eerste instantie uitgegaan van een ijzergebreksanemie.

Er is anemie door een hemoglobinoopathie bij:

- afwijkende resultaten van de hemoglobinoopathiediagnostiek.

Er is mogelijk een anemie op basis van een beenmergaandoening bij:

- én een normaal of verhoogd MCV;
- én een verlaagd aantal reticulocyten;
- én een afwijkend aantal leukocyten en/of trombocyten.

Er is mogelijk een hemolytische anemie bij:

- een normaal of verhoogd MCV, een verhoogd aantal reticulocyten en een verhoogd LDH.

Er is mogelijk een hemolytische anemie of een hematologische maligniteit bij:

- icterus, een vergrote lever of milt of vergrote lymfeklieren.

Er is mogelijk een renaal bepaalde anemie bij:

- een eGFR van < 45 ml/min/1,73m² (door verminderde erytropoëtinproductie, zie ook de LTA Chronische nierschade).

Vervolgdiagnostiek

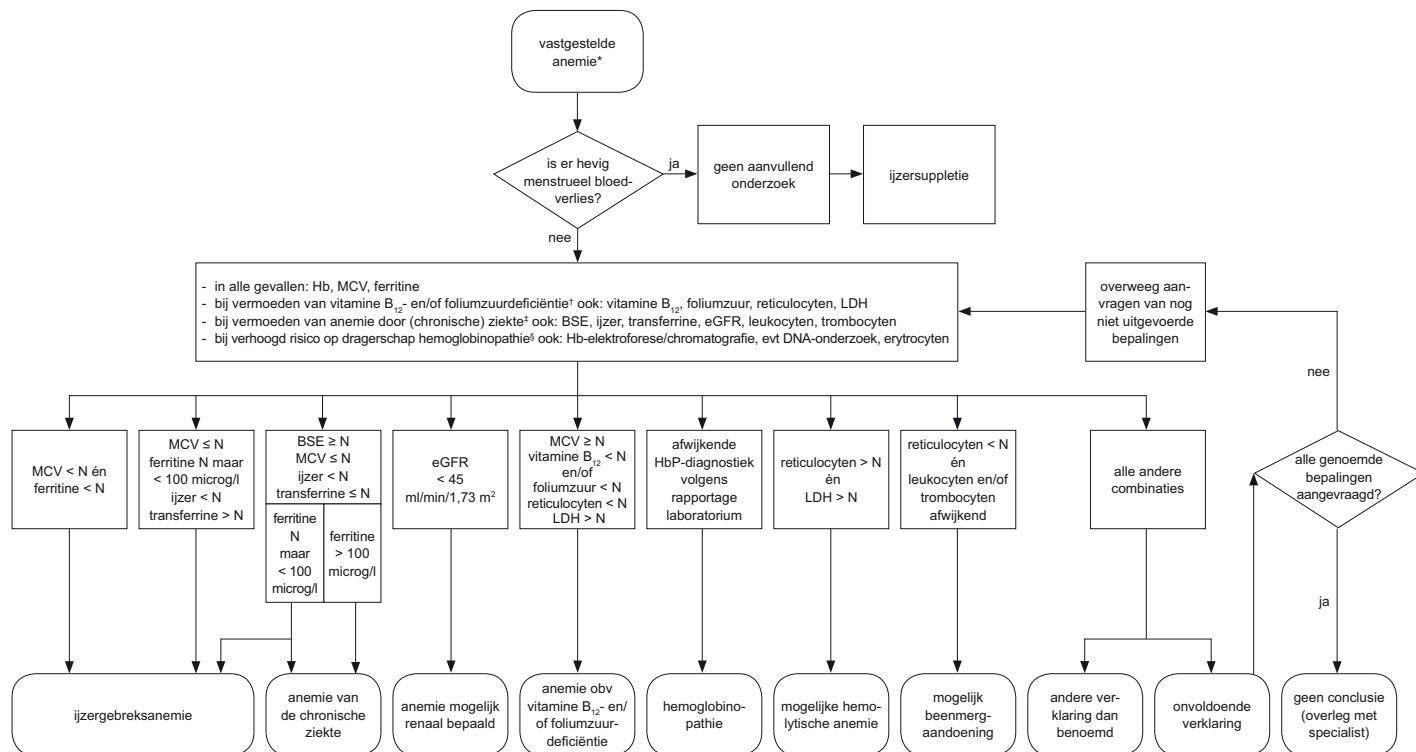
In sommige gevallen is na het vaststellen van de vorm van anemie vervolgdiagnostiek nodig, bijvoorbeeld om de achterliggende oorzaak op te sporen.

Ijzergebreksanemie

Nader onderzoek (gastroscopie en/of coloscopie) ter uitsluiting van een gastro-intestinale maligniteit¹⁹ is geïndiceerd bij:

- vrouwen ouder dan (arbitrair) 50 jaar

Figuur Stroomschema voor aanvullend onderzoek bij anemie



* Dit schema is van toepassing bij patiënten bij wie in de praktijk of in het laboratorium een anemie is vastgesteld, met uitzondering van kinderen met een Hb > 6,0 mmol/l die in de afgelopen maand een infectieziekte hebben doorgemaakt.

† Afwijkend voedingspatroon (veganisme, deficiënte voeding bij overmatig alcoholgebruik), bekend potentieel opnameprobleem (inflammatoire darmziekte, maag- of darmresectie), gebruik van metformine en/of protonpompremmers.

‡ Aandoening die een anemie door (chronische) ziekte tot gevolg kan hebben (infectie, maligniteit, chronische ziekte, nierfunctiestoornis, hematologische aandoening).

§ Zie [kader Risicogroepen] in de hoofdtekst.

MCV = mean corpuscular volume; BSE = bezinkingssnelheid erythrocyten; eGFR = estimated glomerular filtration rate; HbP = hemoglobino-pathie; LDH = lactaatdehydrogenase; N = normale bereik.

met ijzergebreksanemie zonder hevig menstrueel bloedverlies;

- mannen ouder dan (arbitrair) 50 jaar met ijzergebreksanemie.
- Bij anamnestiche aanwijzingen voor maagklachten: verwijs de patiënt voor een gastroscopie (zie *Consultatie/verwijzing*).
- Bij afwezigheid van anamnestiche aanwijzingen voor maagklachten: verwijs de patiënt eerst voor een coloscopie en als daarbij geen oorzakelijke afwijkingen worden gevonden, alsnog voor een gastroscopie (zie *Consultatie/verwijzing*).²⁰

De X-colon en de feecaalocultbloedtest (FOBT) hebben geen toegevoegde waarde.²¹ Een FOBT heeft enkel waarde als screenend instrument bij een populatie zonder klachten (en dus niet bij een populatie met anemie) en wint aan betrouwbaarheid wanneer hij over een

langere periode herhaald wordt. In het bevolkingsonderzoek darmkanker, dat in 2014 is begonnen, volgt op een positieve FOBT een coloscopie. Ook wanneer een eerdere coloscopie in het kader van het bevolkingsonderzoek geen afwijkingen aan het licht heeft gebracht bij een patiënt met een nieuwe diagnose ijzergebreksanemie, is gericht onderzoek naar de bron van het bloedverlies desondanks noodzakelijk. Overleg in dit geval met een mdl-arts (zie *Consultatie/verwijzing*).

Bij mannen jonger dan 50 jaar met een ijzergebreksanemie en bij vrouwen jonger dan 50 jaar met een ijzergebreksanemie zonder hevig menstrueel bloedverlies is geen standaardbeleid omtrent vervolgdagnostiek te formuleren waarmee de huisarts tot een verklaring van het ijzerebrek kan komen. Consulteer zo nodig een internist.

Randnormaal of licht verlaagd vitamine B₁₂ bij blijvend vermoeden van vitamine B₁₂-deficiëntie
Bij een vitamine B₁₂-concentratie in het 'grijze gebied' (randnormaal of licht verlaagd) en een desondanks blijvend vermoeden van vitamine B₁₂-deficiëntie als oorzaak van de anemie vraagt de huisarts, afhankelijk van het aanbod van het regionale laboratorium, een methylmalonzuur- of homocysteïnebepaling aan. De voorkeur gaat uit naar methylmalonzuur, maar homocysteïne is een goede tweede keus. Een niet-verhoogde methylmalonzuurspiegel sluit een vitamine B₁₂-deficiëntie nagenoeg uit.²²

Verlaagd vitamine B₁₂ zonder bekende dieetfactoren of opnameproblemen (inflammatoire darmziekte, darmresectie) die kunnen wijzen op vitamine B₁₂-deficiëntie
Aanvullend onderzoek naar atrofische gastritis als oorzaak van pernicious anemie wordt niet aanbevolen, aange-

Tabel 1 IJzersuppletie bij kinderen

| Lichaamsgewicht (leeftijd) | Adviesdosering ferrofumaraat |
|----------------------------|----------------------------------------|
| 6-10 kg (3-12 maanden): | 1-2 ml 3 dd |
| 11-15 kg (1-3 jaar): | 2-2,5 ml 3 dd |
| 16-35 kg (3-10 jaar): | 2,5-5 ml 3 dd of tablet 100 mg 3 dd |
| 36-65 kg (10-18 jaar): | 5-10 ml 3 dd of tablet 100-200 mg 3 dd |

zien dit geen consequenties heeft voor het beleid.²³

Hemoglobinopathie of dragerschap vastgesteld

De huisarts gaat na of er indicaties zijn voor dragerschapstests bij familieleden van de patiënt (zie **kader Risicogroepen**). Als er een indicatie is, adviseert de huisarts de patiënt om diens familieleden op de hoogte te stellen, zodat zij naar hun huisarts kunnen gaan. Het verdere beleid inzake dragerschapstests bij familieleden valt buiten het bestek van deze standaard.

Niet-conclusieve uitslag van het onderzoek naar hemoglobinopathie

Als Hb-elektroforese, Hb-chromatografie en DNA-onderzoek geen uitsluitsel geven over de aan- of afwezigheid van thalassaemie of sikkelcelziekte, of als de patiënt een andere hemoglobinopathie blijkt te hebben, overlegt de huisarts met een internist, hematoloog of kinderarts-hematoloog of aanvullend onderzoek aangewezen is, en zo ja welk (zie *Consultatie/verwijzing*).

Geen (waarschijnlijkheids)diagnose

Indien de resultaten van de laboratoriumbepalingen en andere onderzoeken met elkaar in tegenspraak zijn, of indien om andere redenen bovenbeschreven richtlijnen niet tot een (waarschijnlijkheids)diagnose leiden, overlegt de huisarts met de specialist (zie *Consultatie/verwijzing*).

RICHTLIJNEN BELEID

Voorlichting en adviezen

- Leg uit dat het bij bloedarmoede (anemie) gaat om een tekort aan zuurstoftransporterende rode bloedlichaampjes in het bloed en dat hieraan verschillende oorzaken ten grondslag kunnen liggen; meestal betreft het

ijzertekort door bloedverlies. Het verdere beleid is erop gericht de meest aannemelijke oorzaak te behandelen of eerst de oorzaak te achterhalen en dan te behandelen.

- Gebrekkige voeding is zelden de oorzaak van bloedarmoede. Geef eventueel, aan de hand van de *Richtlijnen goede voeding 2006* (update verwacht in 2014), informatie over goede voeding en over ijzer-, vitamine- B₁₂- of foliumzuurrijke voedingsproducten, of verwijs hiervoor naar een diëtist.^{4,5}
- Leg aan een patiënt die drager is van thalassaemia minor of sickle cell trait uit dat de anemie die hierbij soms optreedt in de regel weinig of geen klachten geeft. Deze anemie kan niet overgaan in de ernstige anemie die voorkomt bij homozygote vormen van deze aandoeningen (thalassaemia major en sikkelcelziekte). Behandeling met ijzer heeft geen zin, tenzij ijzergebrek daadwerkelijk is aangetoond.
- Indien er sprake is van een kindersyndroom bij een patiënt met een hemoglobinopathie (of, indien de patiënt een kind is, bij diens ouders) adviseert de huisarts de partner, c.q. de ouders, zich te laten testen op dragerschap van erfelijke bloedarmoede. Als twee partners drager zijn, is de kans 1 op 4 dat zij een kind krijgen met ernstige erfelijke bloedarmoede en weinig of geen vooruitzichten op genezing.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over anemie op de NHG-publiekswaarschijnlijkheidsdiagnose leiden, overlegt de huisarts met de specialist (zie *Consultatie/verwijzing*). Intramusculaire toediening kan ook in de huisartsenpraktijk plaatsvinden.

Medicamenteuze behandeling

Ijzergebreksanemie

Naast behandeling – indien mogelijk – van de achterliggende oorzaak vindt ijzersuppletie plaats.

- Geef volwassen patiënten ferrofumaraat in tabletvorm, 100-200 mg 1-3 dd, afhankelijk van de ernst van de anemie en de bijwerkingen die de patiënt ervaart. Begin bijvoorbeeld met 100

mg 3 dd. Ferrofumaraat kan ook voorgeschreven worden in suspensie van 20 mg/ml, in een dosering van 5-10 ml 1-3 dd.²⁴

- Geef kinderen ferrofumaraat in een suspensie van 20 mg/ml of in tabletvorm (100 mg). **[Tabel 1]** geeft een overzicht van de gebruikelijke doseringen bij kinderen.
- Laat de ijzerpreparaten bij voorkeur op een lege maag innemen. Suspensie of drank wordt bij voorkeur met een rietje tot achter de tanden ingenomen ter voorkoming van tandverkleuring door contact met tanden.
- Adviseer bij het ontstaan van maag-darmklachten inname na de maaltijd, of met een lagere frequentie of een lagere dosis per (frequenter) inname. Daarna wordt zo nodig geleidelijk de dosis en/of de frequentie opgehoogd.
- Melk en thee verminderen de resorptie van ijzer. Vitamine C (bijvoorbeeld in de vorm van sinaasappelsap of een kiwi) bevordert de resorptie.
- IJzerinname in de vorm van tabletten met gereguleerde afgifte wordt niet aanbevolen.²⁴
- Parenterale toediening (intramusculair of intraveneus) van ijzer dient slechts overwogen te worden bij slikproblemen of problemen met de therapietrouw, als orale toediening niet effectief is gebleken of ook in lagere doseringen niet verdragen wordt. Daarbij mag er geen twijfel bestaan dat ijzergebrek de oorzaak van de anemie is.
- Voor de intraveneuze toediening van ijzer verwijst de huisarts de patiënt naar een internist of kinderarts (zie *Consultatie/verwijzing*). Intramusculaire toediening kan ook in de huisartsenpraktijk plaatsvinden.

Anemie door vitamine B₁₂- of foliumzuurdeficiëntie

In geval van een vitamine B₁₂-deficiëntie schrijft de huisarts bij volwassenen oraal vitamine B₁₂ voor in de vorm van cyanocobalamine 1000 microg 1 dd, ook in geval van bekende opnameproblemen, bijvoorbeeld ten gevolge van een inflammatoire darmziekte of darmresectie.²⁵ Dit beleid geldt ook bij patiënten die metformine dan wel protonpomp-

remmers gebruiken (zie ook de NHG-Standaarden Diabetes mellitus type 2 en Maagklachten).

Bij slikproblemen, problemen met de therapietrouw, ernstige (neurologische) symptomen of gastro-intestinale bijwerkingen bij orale toediening heeft parenterale toediening de voorkeur. In deze gevallen geeft de huisarts 10 intramusculaire injecties hydroxocobalamine²⁶ 1 mg met een interval van ten minste 3 dagen, gevolgd door 1 intramusculaire injectie van 1 mg eenmaal per 2 maanden.

Bij foliumzuurdeficiëntie schrijft de huisarts bij volwassenen foliumzuur voor in een dosering van 1 tablet 0,5 mg 1 dd.

Controle

Controle van het Hb dient altijd in het laboratorium te worden uitgevoerd.¹² Alleen de controles na ijzersuppletie bij vrouwen met ijzerebreksanemie door hevig menstrueel bloedverlies kunnen in de huisartsenpraktijk zelf gedaan worden.

Controles bij ijzerebreksanemie

Controleer bij orale ijzertoeediening het Hb 4 weken na de start van de behandeling, en vervolgens op het moment dat verwacht mag worden dat het Hb weer op normaal niveau is. Hiervoor kan worden uitgegaan – bij adequate dosering, inname en resorptie – van een gemiddelde stijging van ten minste 0,5 mmol/l per week. Bij uitblijvend of te traag herstel van de Hb-concentratie moeten de volgende oorzaken worden overwogen:

- niet-adequate inname van de geneesmiddelen;
- interactie met andere geneesmiddelen (tetracyclines, antacida, H₂-receptorantagonisten, protonpompremmers, calciumzouten);
- fout in de diagnose: het betreft toch geen of niet alleen een ijzerebreksanemie (zie Richtlijnen diagnostiek voor ‘alle andere gevallen’).
- onderliggende aandoening, zoals malabsorptie of blijvend bloedverlies uit een carcinoom. Voer in dat geval aanvullende diagnostiek uit, zoals beschreven onder *Vervolgdiagnostiek* bij ijzerebreksanemie;

Nadat een normaal Hb-gehalte is bereikt, moet de orale therapie 8-12 weken voortgezet worden om de ijzerreserves aan te vullen. De dosering kan de helft zijn van de dosis die tot dan toe goed werd verdragen.²⁷

Controles bij anemie door vitamine B₁₂- en/of foliumzuurdeficiëntie

Controleer het Hb na 4 weken en na 8-10 weken.²⁸ Na 4 weken suppletie van vitamine B₁₂ en/of foliumzuur mag ten minste 10% stijging van het Hb verwacht worden. Indien orale toediening van vitamine B₁₂ onvoldoende effect bereikt bij patiënten met bekende opnameproblemen, zoals inflammatoire darmziekte of darmresectie, kiest de huisarts in tweede instantie voor intramusculaire toediening.

De suppletie kan 6-12 weken nadat het Hb-gehalte is genormaliseerd worden gestaakt, mits de oorzaak van de deficiëntie is weggenomen.²⁹ Indien de oorzaak van de deficiëntie niet te herstellen is, zoals bij pernicieuze anemie, moet de suppletie levenslang voortgezet worden.

Controles bij anemie door een infectieziekte

Bij volwassenen: controleer het Hb 4 weken nadat de patiënt hersteld is van de infectieziekte.

Bij kinderen: controleer het Hb 4 weken nadat het kind hersteld is van de infectieziekte. Indien het Hb niet genormaliseerd is, het kind niet behoort tot een risicogroep voor hemoglobinopathieën en geen chronische aandoening heeft die anemie tot gevolg kan hebben, gaat de huisarts er vervolgens van uit dat ijzerebrek de oorzaak van de anemie is en behandelt deze als zodanig (zie *Medicamenteuze behandeling*).

CONSULTATIE/VERWIJZING

Verwijzing bij uitblijvend herstel van een ijzerebreksanemie

Als bij ijzerebreksanemie of anemie ten gevolge van vitamine B₁₂- en/of foliumzuurdeficiëntie herstel uitblijft ondanks adequate suppletie therapie, verwijst de huisarts de patiënt naar een internist of kinderarts voor nadere diagnostiek.

Verwijzing bij ijzerebreksanemie

Indien bij patiënten ouder dan 50 jaar met ijzerebreksanemie nader onderzoek geïndiceerd is ter uitsluiting van een maligniteit van het maag-darmkanaal, verwijst de huisarts deze door naar een mdl-arts of internist indien hij dit onderzoek niet in eigen beheer kan of wil doen. Als deze onderzoeken (gastroscoopie, coloscopie) wel in eigen beheer worden uitgevoerd en geen afwijkingen laten zien die de ijzerebreksanemie verklaren, consulteert de huisarts de internist voor overleg. Een standaardbeleid valt in deze gevallen niet te formuleren.

Indien bij patiënten ouder dan 50 jaar met anemie door een chronische aandoening het laboratoriumonderzoek geen uitsluitel geeft of de anemie (mede) wordt veroorzaakt door ijzerebrek, overlegt de huisarts met een internist of hematoloog of met de specialist bij wie de patiënt eventueel onder behandeling is voor de betreffende aandoening.

Voor intraveneuze toediening van ijzer verwijst de huisarts de patiënt naar een internist of kinderarts.

Verwijzing bij transfusie-indicatie

Bij een Hb < 5 mmol/l (en bij een Hb < 6 mmol/l in combinatie met beperkte cardiopulmonale compensatiemogelijkheden dan wel risicofactoren) overweegt de huisarts verwijzing voor een bloedtransfusie. Bij de beslissing om al dan niet te transfunderen laten huisarts en internist de leeftijd, comorbiditeit, aanwezigheid van klachten, de (vermoedelijke) oorzaak van de anemie en de wensen van de patiënt meewegen.³⁰

Consultatie bij anemie door een chronische ziekte of infectieziekte

Bij anemie door een chronische ziekte overlegt de huisarts met een kinderarts, internist of hematoloog of met de specialist bij wie de patiënt eventueel onder behandeling is voor de betreffende aandoening.

Bij volwassenen met anemie door een infectieziekte overlegt de huisarts met de internist indien het Hb bij de controle een maand na herstel nog verlaagd is.

Consultatie/verwijzing bij hemoglobinopathie
Bij anemie door een hemoglobinopathie verwijst de huisarts de patiënt naar een internist-hematoloog of kinderarts-hematoloog.

Patiënten met kinderwens die drager zijn van thalassemie of sikkelcelanemie én die een partner hebben die eveneens drager is, verwijst de huisarts naar een klinisch-genetisch centrum voor verder onderzoek en begeleiding. Dit geldt ook voor de ouders van een kind dat drager is, indien zij kinderwens hebben en beide drager blijken te zijn.

Bij een niet-conclusieve uitslag van het onderzoek naar hemoglobinopathie overlegt de huisarts met een internist, hematoloog of kinderarts-hematoloog

of ander aanvullend onderzoek aangevraagd is en zo ja, welk onderzoek.

Verwijzing bij hemolytische anemie of vermoeden van een hematologische maligniteit of beenmergaandoening

Bij vermoeden van hemolytische anemie of een maligne aandoening verwijst de huisarts de patiënt naar een internist-hematoloog.

Verwijzing bij mogelijk renaal bepaalde anemie

Bij een mogelijk renaal bepaalde anemie verwijst de huisarts de patiënt naar een internist-nefroloog.

Consultatie indien geen (waarschijnlijkheids) diagnose gesteld kan worden

Indien de resultaten van de laboratoriumbepalingen en andere onderzoeken met elkaar in tegenspraak zijn, of indien bovenbeschreven richtlijnen om andere redenen niet tot een (waarschijnlijkheids)diagnose leiden, overlegt de huisarts met de internist(-hematoloog) of kinderarts.

© 2014 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en de literatuur www.henw.org, rubriek NHG-Standaard.

Totstandkoming

In oktober 2012 begon een werkgroep met de herziening van de NHG-Standaard Anemie. Deze werkgroep heeft een conceptversie gemaakt. De werkgroep bestond uit de volgende leden: I.M. Drost, waarnemend huisarts te Amsterdam; dr. W.P.J. den Elzen, senior-onderzoeker, afdeling Public Health en eerstelijns geneeskunde aan het LUMC; T. Luchtman, waarnemend huisarts; namens de NVKC dr. W.P. Oosterhuis, arts klinische chemie en werkzaam bij het Atrium Medisch Centrum; dr. M.A.M. van Wijk, huisarts te Delft. De begeleiding van de werkgroep was in handen van dr. H. Woutersen-Koch, wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG. Dr. M. Bouma was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker, M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie, beiden bij de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap; F. Jacobi was betrokken als medewerker van de afdeling Implementatie.

Mogelijke belangenverstrengeling: van de werkgroep gaf dr. W.P. Oosterhuis aan dat de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde en Vereniging Artsen Laboratoriumdiagnostiek (NVKC-VAL) geld heeft ontvangen van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) voor de ontwikkeling van een richtlijn voor anemiediagnostiek waaraan hij heeft meegewerkt. Door de overige werkgroepleden werd geen mogelijk relevante belangenverstrengeling gemeld.

Op 4 februari 2014 werd de ontwerpstandaard besproken in een focusgroep die bijgewoond werd door tien huisartsen onder leiding van M. Ballieux. In februari 2014 werd de ontwerpstandaard voor commentaar ook naar een aantal referenten ge-

stuurd, te weten: F. Broekhuijsen, apotheker en adviseur van het *Farmacotherapeutisch Kompas*, namens het College voor Zorgverzekeringen (CvZ); M. Kranenborg, apotheker, dr. T. Schalekamp, apotheker, K. de Leest, apotheker, K. Hagendoorn-Becker, apotheker en verantwoordelijk voor het hoofdstuk IJzerzouten in het *Informatarium medicamentorum*, W.O.F. Jama, MSc, apotheker en verantwoordelijk voor het hoofdstuk Vitamines in het *Informatarium medicamentorum*, allen namens de werkgroep voor Farmacotherapie en Geneesmiddelinformatie (WFG) van het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts & Wetenschap*; dr. D. Bijl, arts-epidemioloog en hoofdredacteur van het *Geneesmiddelenbulletin*; J.J. Oltvoort namens Nefarma; G. Salemink en S. Dalhuisen, medisch adviseurs en werkzaam bij Achmea, beiden namens Zorgverzekeraars Nederland; dr. H.J.M.G. Nelissen-Vrancken, apotheker, namens het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM); dr. E. van Leeuwen, huisarts, junior researcher en guideline developer, namens Domus Medica vzw, Antwerpen; dr. J.E. de Vries, klinisch chemicus Laurentius ziekenhuis Roermond, dr. J. Keuren, klinisch chemicus Groene Hart Ziekenhuis Gouda en Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden, dr. Y.C.M. Kluiters-De Hingh, klinisch chemicus St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg, dr. J. Ruinemans-Koerts, klinisch chemicus Ziekenhuis Rijnstate Arnhem, dr. H.J.L.M. Ulenkate, klinisch chemicus ZorgSaam Ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen, dr. B.S. van der Veen, klinisch chemicus Stichting Klinisch Chemisch Laboratorium Leeuwarden, dr. M. van Drunen, klinisch chemicus Viecuri Venlo, dr. C.A. van Kampen, klinisch chemicus Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede, dr. W.P.H.G. Verboeket-Van de Venne, klinisch chemicus Atrium Medisch Centrum Park-

stad Heerlen, allen namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVKC); dr. K. Meijer, internist-hematoloog Universitair Medisch Centrum Groningen, dr. R.A.P. Raijmakers, internist-hematoloog Universitair Medisch Centrum Utrecht, prof.dr. M.H.J. van Oers, internist-hematoloog Academisch Medisch Centrum Amsterdam, allen namens de Nederlandse Vereniging voor Hematologie; dr. M. Peters, kinderarts-hematoloog Academisch Medisch Centrum Amsterdam, namens de sectie Kinderhematologie NVK; dr. R. Dorland, manager medische content, G. Veraart, huisarts en medisch consultant, beiden namens ExpertDoc BV, Rotterdam; dr. J.J.H. Hens, klinisch chemicus Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden en Groene Hart Ziekenhuis Gouda, namens de NVKC-Commissie LESA Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek; J.D. van Bergeijk, mdl-arts en voorzitter van de Richtlijncommissie NVMDL, namens de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen.

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft.

G.M.H. Kramer en H. Eekhof hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. In juli 2014 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC). De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze standaard. Tevens zijn de procedures voor de ontwikkeling van de NHG-Standaarden in te zien in het procedureboek (zie www.nhg.org).

INLEIDING

Onlangs kwam de vierde versie van de NHG-Standaard Rhinosinusitis gereed. Anders dan voorheen gaat de standaard niet meer in op het beleid bij chronische sinusitis, in verband waarmee het woord 'acute' aan de titel is toegevoegd. De volledige standaard is gepubliceerd op de website van *Huisarts & Wetenschap* (www.henw.org, rubriek NHG-Standaard) en is tevens te raadplegen op de site van het NHG (www.nhg.org/nhg-standaarden). Het bijbehorende samenvattingskaartje is bijgesloten bij dit nummer van *Huisarts & Wetenschap*. We bespreken hier alleen de belangrijkste punten uit de nieuwe standaard, alsmede de belangrijkste veranderingen ten opzichte van de vorige versie.

GEEN PLAATS VOOR EEN CRP-BEPALING

Een CRP-bepaling heeft geen plaats omdat beleidsconsequenties ontbreken. De testeigenschappen van de CRP-test voor het aantonen van pus bij aspiratie van de sinus blijken beperkt, en dat geldt ook voor een positieve kweek van sinus-aspiraats of het vinden van afwijkingen op een CT-scan. Daarbij komt dat het in wezen niet relevant is om te weten of er pus, een bacterie of een vloeistofspiegel in de sinus aanwezig is, aangezien de meeste bacteriële sinusitiden vanzelf genezen. Het is onwaarschijnlijk dat een CRP-uitslag patiënten kan selecteren bij wie een antibioticum effectief is, omdat antibiotica het beloop van een rhinosinusitis niet tot nauwelijks beïnvloeden. Dit wordt geïllustreerd door een Zwitserse RCT bij 251 volwassenen met sinusklachten die gedurende 6 dagen behandeld werden met amoxicilline-clavulaanzuur of placebo, bij wie een CRP-concentratie > 25 mg/l geen goede voorspeller bleek van de effectiviteit van de behandeling.

VOORZICHTIG BIJ STOMEN

Wijs patiënten bij een stoomadvies op het risico van (ernstige) brandwonden en laat hen geen kokend heet water gebruiken, maar water van maximaal 60 °C. Ontraad stomen bij jonge kinderen omdat zij kwetsbaarder zijn.

DECONGESTIEVE NEUSDROPPELS BIJ JONGE KINDEREN

Xylometazoline en oxymetazoline worden voortaan ontraden bij kinderen jonger dan 2 jaar. Het effect op het beloop van de klachten is niet aangetoond en er kunnen zich zeldzame ernstige bijwerkingen voordoen, zoals sufheid, bradycardie, apneu, hypothermie, convulsie en coma. Bij kinderen tussen 2 en 6 jaar worden decongestieve neusdruppels alleen geadviseerd als fysiologisch zout onvoldoende verbetering geeft en als symptoomverlichting klinisch belangrijk is, bijvoorbeeld wanneer door neusverstopping problemen met drinken ontstaan die onbehandeld tot dehydratie zouden leiden. Licht de ouders dan voor over de mogelijke bijwerkingen.

VERDERE BEPERKING VAN DE INDICATIES VOOR ANTIBIOTICA

In de eerste lijn wordt bij rhinosinusitis aan ongeveer de helft van de patiënten een antibioticum voorgeschreven, terwijl dat vaak niet nodig is. Antibiotica hebben slechts een klein effect op de gemiddelde klachtenduur en dat effect weegt niet op tegen de frequentie waarmee bijwerkingen optreden. Ook lijkt hun gebruik niet bij te dragen aan het voorkomen van (toch al zeldzame) complicaties zoals periorbitale cellulitis of periorbitaal abces, etmoiditis, osteomyelitis frontalis, hersenabces, meningitis en caverneuze sinustrombose. Bovendien is een restrictief antibioticabeleid gewenst vanwege de toenemende resistentieproblematiek.

De NHG-Standaard Rhinosinusitis uit 2005 introduceerde al beperkingen in antibioticumgebruik. Deze standaard beperkt de indicaties voor antibiotica verder. Antibiotica worden nu ook niet meer geadviseerd bij recidiverende acute rhinosinusitis en bij een rhinosinusitis waarbij de klachten na veertien dagen niet afnemen, omdat er in deze situaties geen effect van antibiotica te verwachten is.

GEEN PLAATS MEER VOOR MACROLIDEN

Als een antibioticum geïndiceerd is, is amoxicilline de eerste keus. Bij een penicillineallergie wordt dit middel vervangen door doxycycline of – bij zwangeren en bij kinderen jonger dan 8 jaar – door cotrimoxazol. Macroliden (waaronder azitromycine) hebben geen plaats meer bij de behandeling van rhinosinusitis omdat de belangrijkste bacteriële verwekkers te vaak resistent zijn.

INTRANASALE CORTICOSTEROÏDEN

Bij een acute rhinosinusitis met een normaal beloop wordt een corticosteroid neusspray niet aanbevolen omdat een klinisch relevant effect niet overtuigend is aangetoond. Alleen bij klachten die na veertien dagen onveranderd aanwezig zijn en bij frequente recidieven kan een corticosteroid neusspray worden voorgeschreven, met als doel het bekorten van de duur of het verminderen van de ernst van de klachten in de betreffende episode. Het gunstige effect van intranasale corticosteroiden bij chronische rhinosinusitis is hier mogelijk relevant. Budesonide of fluticasonpropionaat zijn de middelen van eerste keus.

AANPASSING PSA-AFKAPWAARDE

Met ingang van heden is de PSA-afkapwaarde verlaagd van 4 naar 3 ng/ml. Onder deze waarde is geen vervolgonderzoek nodig. Boven deze waarde wordt geadviseerd om te verwijzen naar een uroloog om met de gevalideerde Prostaatwijzer vast te stellen of aanvullend onderzoek naar de aanwezigheid van een prostaatacarcinoom geïndiceerd is.

In de vorig jaar gepubliceerde NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen werd de PSA-afkapwaarde van 4 ng/ml geadviseerd. De werkgroep beargumenteerde dat de toepassing van deze afkapwaarde ertoe zou leiden dat mannen met een klinisch relevante prostaatkanker worden gemist, maar dat dit aantal echter klein is en afgezet moest worden tegen het groot aantal fout-positieve screeningstesten en het aantal niet klinisch relevante prostaatacarcinomen dat in deze groep gevonden zou worden.

Onlangs verscheen de door de Nederlandse Vereniging voor Urologie geïnitieerde multidisciplinaire landelijke richtlijn *Prostaatacarcinoom*. Deze hanteert de afkapwaarde van 3 ng/ml, conform Europese richtlijnen voor

urologen. Hoewel de door het NHG gehanteerde afkapwaarde van 4 ng/ml goed beargumenteerd is en er sinds publicatie van de standaard in 2013 geen nieuwe evidence op dit gebied is verschenen, is er toch voor gekozen om deze aan te passen aan de afkapwaarde in de landelijke richtlijn *Prostaatacarcinoom*. Het bestaan van verschillende afkapwaarden zou kunnen leiden tot onduidelijkheid en onbegrip bij patiënten en wellicht ook huisartsen.

Door deze verlaging zullen meer prostaatacarcinomen worden opgespoord, maar dit zal ook overdiagnostiek tot gevolg hebben, omdat vooral niet-significante tumoren worden gevonden en een grotere groep patiënten 'fout-positief' zal zijn. Dit laatste heeft een negatieve weerslag op het functioneren; er is in deze groep grotere ongerustheid en meer herhalingsdiagnostiek. Deze aspecten zullen moeten worden besproken met de patiënt die vraagt om vroegdiagnostiek.

Keerzijde van de verlaging van de PSA-afkapwaarde is, dat in de landelijke richtlijn *Prostaatacarcinoom* nadrukkelijk wordt aanbevolen om de

Prostaatwijzer te gebruiken bij een PSA-waarde ≥ 3 ng/ml om daarmee het risico op een prostaatacarcinoom in te schatten. Dit risico wordt mede bepaald door onder andere het volume van de prostaat. Toepassing van de Prostaatwijzer door urologen zal resulteren in een kleiner aantal noodzakelijke biopsieën dan op grond van alleen de PSA-waarde geïndiceerd zou zijn. Per saldo zal het aantal patiënten dat een biopsie krijgt door deze verlaging van de PSA-afkapwaarde met toepassing van de Prostaatwijzer niet veel groter zijn dan handhaven van de 4 ng/ml grens zonder toepassing van de Prostaatwijzer. Daarmee is de aanpassing van de afkapwaarde door de werkgroep acceptabel bevonden.

De webversie van de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen, waarin de bijlage *Prostaatacarcinoom* is opgenomen, is aangepast. Tevens vindt u bij dit nummer van *Huisarts en Wetenschap* een aangepast samenvattingskaartje van de standaard.

LITERATUUR

IKNL/NVU. Landelijke richtlijn Prostaatacarcinoom (2014). <http://www.oncoline.nl/prostaatacarcinoom>.

Ondertussen in TPO 5

VERSCHILLENDE PILLEN BIJ HYPERTENSIE

Ravee Rambharose zet in een tweedelig artikel de verschillende antihypertensiva uiteen. In dit deel besteedt hij aandacht aan de ACE-remmers. Via de multidisciplinaire richtlijn CVRM komt het medicatie-stappenplan aan bod, met als belangrijkste aandachtspunt dat niet voor iedereen hetzelfde stappenplan geldt.

Ravee gaat uitgebreid in op het werkingsmechanisme van deze medicijnen, de belangrijkste bijwerkingen, de interacties en hoe de medicijnen werken bij de verschillende bevolkingsgroepen. Tot slot staat hij stil bij de vraag welke ACE-remmers de voorkeur hebben.

In het volgende nummer van TPO (6) zijn de bètablokkers, de calciumantagonisten en diuretica aan de beurt.

ALLE INHALATOREN OP EEN RIJTE

Lidewij Broekhuizen et al. hebben het artikel 'Inhalatoren bij astma en COPD' dat ze eerder voor H&W schreven aangepast en toegeschreven naar de praktijkondersteuners. Er zijn namelijk veel inhalatoren op de markt en dat maakt het soms moeilijk om te kiezen. Kort gezegd is er de keus tussen een poederinhalator of een dosis-aerosol waarbij de laatste meestal maar niet uitsluitend met een voorzetskamer wordt gecombineerd.

De auteurs leggen uit dat de keuze afhangt van de mogelijkheden en de voorkeur van de patiënt. Het evalueren van de volgende vier zaken helpt: kan de patiënt bewust inademen; kan de

patiënt krachtig inademen; kan de patiënt de adem vijf seconden vasthouden, en heeft de patiënt een goede handlongcoördinatie? Het is verstandig om de patiënt maar één soort inhalator te laten gebruiken en geen dosis-aerosol en poederinhalator naast elkaar. Laat de patiënt na starten van een nieuwe inhalator na maximaal zes weken terugkomen voor evaluatie van gebruik en techniek. Controleer bij mensen met

Molenwiek in Almere Buiten. Hij is getacheerd vanuit een grote ggz-instelling en een van de dingen die Sietsche wil weten is of hij gebonden is aan zijn eigen organisatie als hij patiënten moet verwijzen naar de specialistische ggz. Dat blijkt niet het geval te zijn.

Verder vertelt Seeleman uitgebreid wat hij kan betekenen voor zijn patiënten: hij biedt een luisterend oor en geeft adviezen, tips en huiswerkopdrachten.

Zo nodig brengt hij ze in contact met maatschappelijk werk, de sociale raadslieden of anderen die praktische ondersteuning bieden.

Sietsche vraagt ook hoe zijn samenwerking met de huisartsen is en met de andere praktijkondersteuners (somatiek).

BESLISHULP ZORGBEHOEFTE CVA-PATIËNTEN

Annette Baars-Elsinga et al. hebben een digitaal screeningsinstrument ontwikkeld waarmee de praktijkondersteuner samen met de patiënt de zorgbehoefte vaststelt in de chronische fase na een CVA. Het gaat om de Beslischulp beroerte thuis (BBT). Een groot deel van de CVA-patiënten leeft met blijvende beperkingen en die worden voor de patiënt en diens partner soms pas duidelijk in de chronische fase. Daarom is screening en behandeling van CVA-gerelateerde problemen ook in de chronische fase van belang.

De BBT is bij uitstek geschikt voor de praktijkondersteuner die slechts af en toe mensen met een CVA ziet, omdat het een specifiek verwijzingsadvies per patiënt geeft en in relatief korte tijd af te nemen is, namelijk gemiddeld 20 minuten. ■



astma of COPD jaarlijks de inhalatietechniek en het onderhoud. Een inhalator correct gebruiken heeft veel meer effect op de longdepositie en de klachten dan het verschil in de inhalatoren op zich.

DE POH-GGZ AAN HET WOORD

Hoofdredacteur Sietsche van Gunst interviewt Jan Seeleman over zijn vak. Hij is POH-ggz in gezondheidscentrum De



Vroege diagnose van atriumfibrilleren

In de rubriek (Ver)Stand van zaken geeft de aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) een korte samenvatting van de literatuur die heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag, waarop hij/zij aan het promoveren is. De coördinatie van de rubriek is in handen van M.J. Scherptong-Engbers, LUMC Leiden, aiotho en redactielid H&W • Correspondentie: m.j.scherptong@gmail.com.

PRAKTIJKVRAAG

Veel mensen hebben atriumfibrilleren (AF) zonder dat hun arts of zichzelf het weten. Mensen met AF hebben een vijfmaal hoger risico op een ischemisch cerebrovasculair accident (CVA), meer kans op hartfalen, een hogere mortaliteit en een lagere kwaliteit van leven dan mensen zonder AF. Kunnen eenvoudige medische hulpmiddelen zorgen voor vroege opsporing van AF?

HUIDIG BELEID

Mogelijke klachten bij AF zijn hartkloppingen, duizeligheid of een verminderde inspanningstolerantie. Bij vermoeden van AF beoordeelt de huisarts het hartritme door de pols te voelen of het hart te ausculteren. Bij een onregelmatige polsslslag wordt een ECG gemaakt. De huisarts kan ook direct een ECG maken. De NHG-Standaard Atriumfibrilleren adviseert altijd alert te zijn op AF, bijvoorbeeld tijdens bloeddrukmetingen. Systematische screening van ouderen op AF is niet zinvol. Case-finding van asymptomatische patiënten die om andere redenen op de praktijk komen, wordt (nog) niet aangeraden.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

AF komt veel voor, met name onder ouderen: bij zo'n 5% van de 65-plussers, 10% van de 75-plussers en 20% van de 85-plussers. Toch is de prevalentie van geregistreerd AF in de huisartsenpraktijk lager: in de leeftijd van 65-74 jaar 2,2% bij mannen en 1,6% bij vrouwen; in de leeftijd van 75 jaar en ouder 4,5% bij mannen en 4,3% bij vrouwen. Asymptomatisch en/of paroxysmaal AF blijft vaak onopgemerkt. Het veroorzaakt ongeveer 20% van de beroertes. Bij 20-45% hiervan wordt AF pas achteraf vastgesteld. Behandeling met anticoagulantia verlaagt het risico op een ischemisch CVA met 60% (dit blijkt uit onderzoek met een gemiddelde follow-up van 1,5 jaar; CHA₂DS₂VASc-score onbekend) en het risico op overlijden met 25%.¹ Het is dus van belang om patiënten met AF te vinden vóórdat een CVA optreedt.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Het struikelblok is de detectie van asymptomatisch AF. Omdat dit geen klachten geeft, gaan mensen niet naar de huisarts. Willen we ze toch beschermen, dan moet het initiatief bij ons liggen. De huisarts kan bijvoorbeeld de pols controleren bij

65-plussers als ze op het spreekuur komen. Zo'n case-finding-protocol moet dan wel effectief zijn en de werkbelasting niet verhogen.

Polspalpatie heeft bij mensen zonder klachten een hoge sensitiviteit (94%), maar een lagere specificiteit (71%) voor AF-detectie. De negatief voorspellende waarde is hoog; een normale pols maakt de aanwezigheid van AF onwaarschijnlijk. Van alle mensen met een irregulaire pols heeft één op de zes AF; de positief voorspellende waarde is laag. Er zijn dus veel ECG's nodig wanneer een irregulaire pols fungeert als screeningsinstrument. Dit leidt tot meer arbeid en kosten.

De Britse NICE-richtlijnen adviseren een automatische bloeddrukmeter met ingebouwde software voor AF-detectie.² De richtlijn beschrijft dat de bloeddrukmeter betrouwbaar is in detectie van AF en dat deze opsporing kan verbeteren. Zowel de sensitiviteit als de specificiteit is hoog (respectievelijk 97% en 94%), zodat de meter een geschikter case-finding-instrument is.

Een ander hulpmiddel voor AF-detectie is een hand-ECG dat een ritmestroom maakt wanneer patiënt het apparaat met twee handen vastpakt. De meeste uitvoeringen hebben geen algoritme om AF vast te stellen, maar zijn hiervoor afhankelijk van een beoordelaar. In de kleine onderzoeken die tot op heden zijn uitgevoerd zijn sensitiviteit en specificiteit hoog (respectievelijk 94-100% en 93-96%).³ De hand-ECG's zijn in opkomst en de eerste resultaten lijken veelbelovend. Wellicht zijn ze eveneens geschikt als instrument voor case-finding.

CONCLUSIE

Asymptomatisch AF komt vaak voor en kan ernstige gevolgen hebben, zoals een CVA, wat voorkomen kan worden als het op tijd ontdekt en behandeld wordt. Een bloeddrukmeter met AF-algoritme en een hand-ECG kunnen leiden tot eerdere en frequentere diagnose van AF in de huisartsenpraktijk.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Wat zijn de diagnostische eigenschappen van een automatische bloeddrukmeter met AF-detectie en een hand-ECG voor case-finding van AF in de Nederlandse huisartsenpraktijk bij patiënten van 65 jaar en ouder? Kan het gebruik ervan in de Nederlandse richtlijnen AF en/of Cardiovasculair risicomanagement worden opgenomen? ■

LITERATUUR

- Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2007;146:857-67.
- National Institute for Health and Care Excellence. WatchBP Home A for opportunistically detecting atrial fibrillation during diagnosis and monitoring of hypertension: guidance, MTG 13. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2013.
- Doliwa PS, Frykman V, Rosenqvist M. Short-term ECG for out of hospital detection of silent atrial fibrillation episodes. *Scand Cardiovasc J* 2009;43:163-8.

Online contactmogelijkheden bij de huisarts

Zorggebruikers weten vaak niet welke online contactmogelijkheden huisartsen aanbieden. Een deel van de zorggebruikers wil wel online contactmogelijkheden gebruiken. Dit blijkt uit de eHealth-monitor 2013 van NIVEL en Nictiz. Om het gebruik van online contactmogelijkheden te laten groeien, zouden huisartsen hun patiënten moeten attenderen op de mogelijkheden.

ONLINE CONTACTMOGELIJKHEDEN

Communicatie via internet en mobiele middelen is niet meer weg te denken. Deze middelen zijn ook inzetbaar in het contact tussen patiënt en huisarts. Bijvoorbeeld online afspraken maken en vragen stellen via een website of e-mail aan de huisarts. Online contactmogelijkheden kunnen bijdragen aan betere doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg. Voorwaarde voor het gebruik zijn beschikbaarheid bij huisartsen en bekendheid onder zorggebruikers. We gaan in op twee vragen: 1) Welke online contactmogelijkheden hebben huisartsen beschikbaar in hun praktijk en 2) In hoeverre zijn zorggebruikers bekend met online contactmogelijkheden bij hun huisarts?

MOGELIJKHEDEN VOLGENS HUISARTSEN

[Figuur 1] laat zien dat er volgens een groot deel van de huisartsen online contactmogelijkheden zijn. Tweederde (66%) zegt dat het bij hun praktijk mogelijk is om via internet een herhaalrecept aan te vragen. Ook zegt ruim de helft (56%) dat het bij hun praktijk mogelijk is om via e-mail of website een vraag te stellen aan de huisarts. Via internet een gesprek voeren is daarentegen volgens geen enkele huisarts bij hun praktijk mogelijk.

MENSEN KENNEN MOGELIJKHEDEN NIET...

Zorggebruikers, die in het afgelopen jaar contact hadden met hun huisarts, blijken niet goed op de hoogte van de online contactmogelijkheden bij hun huisarts [figuur 2]. Bij ieder voorbeeld van online contact zegt ongeveer de helft van hen (48%-56%) niet te weten of dit mogelijk is bij hun huisarts. Het bekendste is de mogelijkheid om een herhaalrecept aan te vragen. Eén op de vijf (21%) geeft aan dat dit mogelijk is bij hun huisarts. Ook geeft één op de tien (10%) aan dat het mogelijk is om via e-mail of website een vraag te stellen aan de huisarts.

De hier beschreven resultaten komen uit de eHealth-monitor 2013 van NIVEL en Nictiz. Deze monitor brengt jaarlijks de ontwikkeling in het gebruik van eHealth in Nederland in kaart. Hiervoor zijn in 2013 data verzameld binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL en het KNMG-ledenpanel. Voor meer informatie zie: Krijgsman J, et al. eHealth, verder dan je denkt. eHealth monitor 2013. Den Haag/Utrecht: Nictiz en NIVEL, 2013. Op 9 oktober aanstaande verschijnt de eHealth-monitor 2014.

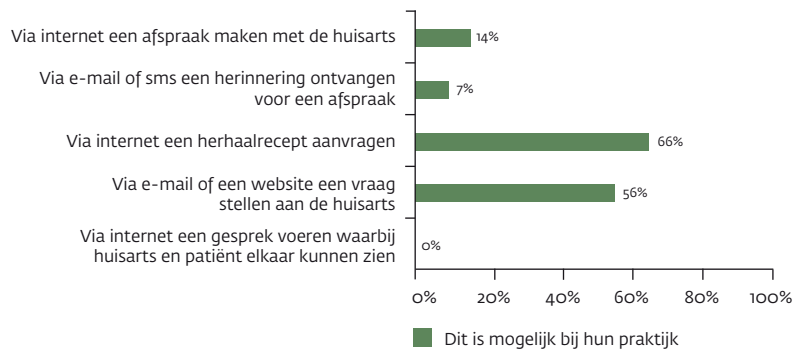
...MAAR WILLEN ER WEL GEBRUIK VAN MAKEN?

Het feit dat zorggebruikers vaak niet weten welke online contactmogelijkheden beschikbaar zijn, wil niet zeggen dat ze hiervan geen gebruik willen maken. Zo zou bijvoorbeeld 45% van de zorggebruikers via internet een herhaalrecept aan willen vragen. Ook wil ongeveer eenderde via e-mail of website een vraag stellen (35%), via e-mail of sms een herinnering voor een afspraak ontvangen (34%) of via internet een afspraak maken (34%).

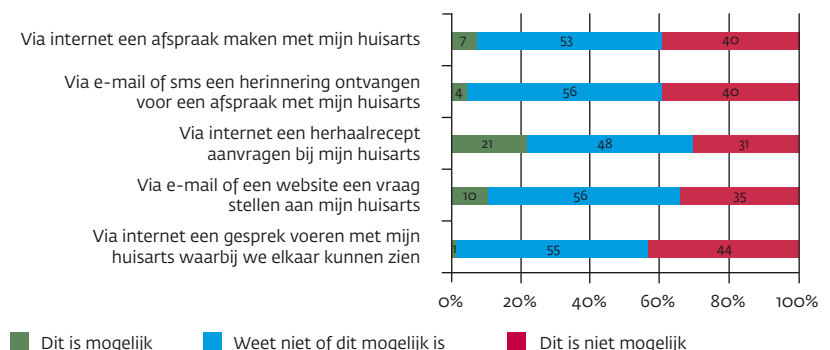
TOT SLOT

Uit de eHealth-monitor 2013 blijkt dat er een verschil is tussen wat zorggebruikers weten dat mogelijk is in online communicatie en wat huisartsen zeggen dat mogelijk is. Wel wil een deel van de zorggebruikers gebruikmaken van online contactmogelijkheden. Om het gebruik hiervan te laten groeien, zouden huisartsen hun patiënten op de mogelijkheden moeten attenderen. ■

Figuur 1 Percentage huisartsen dat aangeeft online contactmogelijkheden te hebben voor patiënten (n = 226-235)



Figuur 2 Mogelijkheden om contact te hebben met de huisarts via internet voor zorggebruikers die in het afgelopen jaar contact hadden met hun huisarts (n = 565-573)



Kindermishandeling en de meldcode

INLEIDING

Naar schatting zijn jaarlijks 119.000 kinderen het slachtoffer van kindermishandeling.¹ Wanneer een huisarts vermoedt dat er sprake is van kindermishandeling biedt de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van de KNMG een handreiking voor het handelen.² Wil de huisarts de nieuwe meldcode goed kunnen hanteren, dan moet hij over voldoende kennis en vaardigheden beschikken. Hij moet kennis hebben van toegebracht letsel en dient over gespreksvaardigheden te beschikken, zodat hij zijn vermoedens omtrent huiselijk geweld en/of kindermishandeling bespreekbaar kan maken. In deze nascholing gaan we er vanuit dat de huisarts zich bewust is van deze vereisten en zelf zorg draagt voor adequate scholing op de genoemde gebieden.^{3,4}

De casus beschrijft een aantal van de problemen waar de huisarts mee te maken kan krijgen als hij vermoedt dat er sprake is van kindermishandeling. Hoe moet hij signalen interpreteren? Wanneer moet hij de officiële instanties inschakelen? Hoe kan hij ervoor zorgen dat het contact met de ouders niet verbroken wordt? Waarmee is de veiligheid van het kind het best gediend? Hoe kan de huisarts zijn eigen privacy waarborgen? In Nederland bestaat geen meldplicht voor kindermishandeling. Een meldplicht zou, aldus de regering, leiden tot inefficiënt veel onderzoek naar meldingen die later niet bevestigd kunnen worden. Door middel van de Wet verplichte meldcode heeft de wetgever diverse instellingen verplicht om een meldcode kindermishandeling te hanteren. De hulpverlener *moet* handelen als hij vermoedt dat er sprake is van kindermishandeling. Dankzij meldcodes zou de hulpverlening door beroepskrachten snel tot stand moeten komen. Het AMK heeft hierbij een ondersteunende taak. De meldcode maakt onderscheid tussen huiselijk geweld en kindermishandeling, ook al komen deze vaak samen voor. Het betreft een juridisch onderscheid, dat samen-

hangt met het feit dat bij volwassenen het zelfbeschikkingsrecht centraal staat en bij kinderen de beschermwaardigheid vooropstaat. Huisartsen moeten weten dat er voor de wet sprake is van een vorm van kindermishandeling als het huiselijk geweld zich in aanwezigheid van kinderen afspeelt.

DEFINITIE KINDERMISHANDELING

Wanneer is er eigenlijk sprake van kindermishandeling? De Wet op de jeugdzorg zegt daarover het volgende: 'Kindermishandeling is elke vorm van, voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die ouders of andere personen tot wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.'⁵ Wanneer we deze definitie consequent hanteren betekent dit dat een hulpverlener nooit de harde conclusie kan trekken dat er sprake is van kindermishandeling. Door het trekken van deze conclusie zou een hulpverlener immers impliciet een uitspraak doen over wie de veroorzaker is van het letsel. Aangezien dit een juridisch (strafrechtelijk) oordeel is, dient een hulpverlener zich van een dergelijke uitspraak te onthouden en slechts te spreken over 'toegebracht letsel'. Uiteraard kan de hulpverlener wel het vermoeden hebben dat het letsel is toegebracht door ouders/verzorgers en dat er mogelijk sprake is van kindermishandeling.

RECHTVAARDIGING MAATREGELEN

Een vermoeden van kindermishandeling kan leiden tot ingrijpen in een gezin en daarmee tot een (forse) inbreuk op de rechten van ouders en kinderen. In eerste instantie kan een huisarts ingrijpen door op vrijwillige basis hulp aan te bieden of te organiseren. Heeft dat geen effect of accepteren de

Samenvatting

Duijst W, Pleumeekers HJCM. Kindermishandeling en de meldcode. *Huisarts Wet* 2014;57(10):542-5.

Kindermishandeling is een veelvoorkomend probleem. De signalering door in het bijzonder huisartsen is van cruciaal belang voor het aanpakken van dit probleem. Na de eerste signalering biedt de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van de KNMG een handvat voor de beslissing omtrent al dan niet melden. Deze nascholing geeft een nadere toelichting op de stappen van de meldcode en de recente jurisprudentie op het gebied van medisch beroepsgeheim en kindermishandeling. De nadruk ligt daarbij op fysieke kindermishandeling.

De kern

- Voor het signaleren van kindermishandeling moeten huisartsen over kennis en vaardigheden beschikken. Elke huisarts draagt zelf de verantwoordelijkheid voor het verwerven en onderhouden van deze vaardigheden.
- De KNMG Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld 2014 is een belangrijk instrument bij het bestrijden van kindermishandeling.
- Na een melding bij het Advies- en meldpunt kindermishandeling behoudt de huisarts de verantwoordelijkheid voor de zorg en veiligheid van het kind.
- Bij het interpreteren van letsel kan het invoeren van forensisch-medische expertise nuttig zijn.
- Het verschoningsrecht is een belangrijk recht. Bij een vermoeden van kindermishandeling moet de huisarts steeds overwegen of een beroep op het verschoningsrecht de juiste beslissing is.

Casus

Ibrahim is een zesjarige jongen, enig kind van een echtpaar dat recentelijk met de status vluchteling in Nederland is toegelaten. Een collega van de Huisartsenpost belt hun huisarts omdat hij het kind de dag ervoor tijdens de avonddienst heeft gezien. Bij het invullen van het SPUTOVAMO-formulier zijn hem enkele zaken opgevallen die hij graag mondeling wil doorgeven. Het kind had blauwe plekken aan de linkerkant van de hals en op zijn linker wang. Moeder was met Ibrahim meegekomen en had verteld dat de blauwe plekken waren ontstaan toen hij tijdens het spelen gevallen was. Opvallend was dat moeder pas daags na het ongeluk hulp heeft ingeroepen en niet overdag naar de eigen huisarts is gegaan. Verder maakt Ibrahim op de waarnemende collega een bijzonder timide indruk. Het gezin staat bekend als een probleemgezin. Beide ouders bezoeken geregeld het spreekuur en komen erg dwingend en intimiderend over. Uit het dossier blijkt dat de wijkagent een jaar geleden melding heeft gemaakt van overlast door een echtelijke ruzie. Hij was door burens ingeschakeld om tussenbeide te komen. Drie maanden geleden is de huisarts door de klassenlerares van Ibrahim gebeld omdat het haar opgevallen was dat Ibrahim geregeld in ongewassen kleding op school komt. Ook heeft hij als hij 's morgens op school komt vaak nog niets te eten gehad. Als Ibrahim enkele dagen later op advies van de collega op de HAP met vader voor controle op het spreekuur komt, probeert de huisarts meer informatie te krijgen over de toedracht. Het gesprek met vader levert niets nieuws op en de huisarts besluit een melding van de voorvallen te doen bij het Advies- en meldpunt kindermishandeling (AMK). Vrij snel na de melding wordt besloten het kind in een pleeggezin te plaatsen. De ouders reageren hier heftig op en bezoeken het spreekuur van de huisarts een paar maal met het dwingende verzoek om de uithuisplaatsing ongedaan te maken. Uiteindelijk verbreken ze het contact met de praktijk en laten ze zich bij een andere huisarts inschrijven. Ze geven de naam van de nieuwe huisarts niet door en halen het medisch dossier niet op.

omtrek, vorm, omvang, kleur, efflorescentie). Ander letsel, zoals botbreuken, zenuwletsel of inwendige bloedingen, die met behulp van beeldvormende technieken aan het licht komen, moet de arts eveneens vermelden. Nadat hij het letsel heeft beschreven kan de arts een medische conclusie verbinden aan zijn bevindingen. Gaat het om een hematoom, een snijwond, een schaafwond of een botbreuk? De bevindingen en de medische interpretatie moeten worden geregistreerd in het medisch dossier. Eventueel kan de arts daarbij gebruikmaken van foto's. Deze mogen alleen met toestemming van de patiënt (of in het geval van een kind, diens vertegenwoordiger) worden gemaakt en zijn onderdeel van het medisch dossier. Het verdient de voorkeur om foto's te (laten) maken met een maatlatje, zodat achteraf de omvang van het letsel duidelijk is. De arts moet ook de verklaring die de ouders/verzorgers geven voor het ontstaan van het letsel in het dossier vastleggen.

Wanneer sprake is van zichtbaar letsel kan men de hulp of het advies van een forensisch arts inroepen. Een forensisch arts kan aangeven of het waargenomen letsel door een accident kan zijn veroorzaakt of dat het om toegebracht letsel gaat. Daarnaast kan de forensisch arts zijn licht laten schijnen over de vraag of het letsel past bij de verklaring die de ouders of het kind daarvoor geven. Forensisch artsen zijn te bereiken via de lokale GGD of in Rotterdam en omgeving via de FARR (Forensisch Artsen Rotterdam Rijnmond).

Stap 2 Consultatie

Consultatie van deskundigen op het gebied van kindermishandeling is onmisbaar. Die deskundigen zijn te vinden bij het AMK, de GGD of FARR (forensisch arts) of deskundige/ervaren collega's binnen de eigen of een andere huisartsenpraktijk. De consultatie van het AMK is een verplichte stap; de consultatie van andere hupverleners kan daaraan worden toegevoegd. De huisarts kan een geanonimiseerde casus aan deze deskundigen voorleggen, waarbij ze nagaan of het vermoeden van kindermishandeling met feiten onderbouwd is. Verder kunnen ze adviseren over de te ondernemen stappen. De huisarts moet in het dossier noteren dat en aan wie het advies is gevraagd, hoe het advies luidt en of de huisarts het advies opvolgt. Beslissingen over het al dan niet opvolgen van een advies moeten worden gemotiveerd.

Stap 3 Bespreken van het vermoeden

De moeilijkste en waarschijnlijk belangrijkste fase is het bespreken van het vermoeden met de ouders/verzorgers. Het is daarbij van belang dat de arts zich houdt bij de feiten en deze

Abstract

Duijst W, Pleumeekers HJCM. Reporting child abuse. Huisarts Wet 2014;57(10):342-5.

Child abuse is common, and its timely recognition by general practitioners is crucial to dealing with the problem. After it is first recognized, the Code for Domestic Violence and Child Abuse of the Royal Dutch Medical Association (KNMG) offers advice about whether or not it should be reported. This article provides further information about the various steps of the Code and about recent jurisprudence on professional secrecy in medical practice and child abuse, with emphasis on physical abuse.

betrokkenen de hulp niet, dan komt aan de vrijwilligheid een einde en kan de Raad voor de Kinderbescherming (RvK) een maatregel van kinderscherming opleggen. Indien het kind letsel van enige omvang heeft kan het ook komen tot een strafrechtelijke vervolging van de verdachten (ouders/verzorgers). Een opgelegde maatregel van kinderscherming of een strafrechtelijke vervolging moet altijd in verhouding staan tot de ernst van de kindermishandeling en men moet de noodzaak voor ingrijpen onderbouwen met feiten. Welke maatregel op zijn plaats is, hangt af van de omstandigheden: de ernst van de mishandeling, de gevolgen voor het kind, de opstelling van de ouders/verzorgers en het feit of al er vaker sprake is geweest van mishandeling. Bij de keuze van de wijze van ingrijpen kan zowel het AMK, de RvK als politie/justitie een rol spelen.

HANDELEN BIJ EEN VERMOEDEN

Hoe moet je als huisarts nu te werk gaan bij een (vaag) vermoeden van kindermishandeling? De meldcode bevat een stappenplan, waarvan de arts alle stappen moet doorlopen. De te nemen stappen staan in een logische volgorde, maar zo nodig mag de arts van de volgorde afwijken.

Stap 1 Verzamelen van informatie

Het startpunt bij het verzamelen van informatie is het letsel dat de arts bij het kind constateert en de door de ouders/verzorgers gegeven verklaring voor dit letsel. De arts moet het huidletsel beschrijven aan de hand van PROVOKE (plaats, rangschikking,

duidelijk beschrijft. Als de arts ervan overtuigd is dat het letsel is toegebracht, dan moet hij dit met beide gezagsdragende ouders bespreken. Beiden hebben recht op informatie, ook over de vervolgstappen. De arts onthoudt zich van het geven van morele oordelen en van het uiten van vermoedens over de identiteit van de dader.

In de praktijk blijkt dat de ouders in deze fase geregeld vragen om inzage in of een afschrift van het dossier. Ze hebben recht op inzage en afschrift, respecteer daarbij wel de leeftijds-grenzen van de WGBO. Dat wil zeggen dat ouders van een kind dat jonger is dan twaalf jaar recht op inzage en afschrift hebben. Als het kind tussen twaalf en zestien jaar is hebben ouders en kind beiden recht op inzage en afschrift. Vanaf zestien jaar heeft alleen de jongere recht op inzage en afschrift. Op de arts rust de verplichting om het medisch dossier zo bij te houden dat het dossier 'toonbaar' is. Het is niet de bedoeling dat de huisarts het dossier opschoont voor hij het aan ouders ter inzage geeft.

De huisarts moet het dossier waarin hij een vermoeden van kindermishandeling heeft beschreven bewaren tot het kind 33 jaar is. Wanneer het dossier een vermoeden van kindermishandeling bevat vragen ouders soms om vernietiging van het dossier. De huisarts mag dit verzoek niet honoreren. Hij mag een dossier alleen vernietigen na een verzoek van het kind zelf, vanaf de leeftijd van zestien jaar. Voorwaarde is dat het kind bij het nemen van die beslissing als wilsbekwaam wordt beschouwd.

Stap 4 Hulpverlening

Nadat de huisarts en de ouders het vermoeden van kindermishandeling hebben besproken biedt de huisarts de ouders en het kind zo mogelijk hulp aan. Aanvaarden zij de hulp, dan dient de huisarts het hulpverleningsproces te monitoren, om te kijken of het gewenste effect, namelijk het stoppen van de kindermishandeling, wordt bereikt. Monitoren kan door gesprekken met ouders (en kind) te voeren en via overleg met betrokken hulpverleners.

Stap 5 Melding of monitoring

Wanneer blijkt dat de aangeboden hulp tot een verbetering in de situatie van het kind leidt, kan de huisarts besluiten de situatie te blijven volgen. Als er geen sprake van vooruitgang is, de betrokkenen afspraken niet nakomen, of wanneer ouders de hulpverlening afwijzen kan de huisarts een melding doen. In die melding moet hij de personalia van het kind opnemen en duidelijk aangeven wat de reden van de melding is. De huisarts verschaft het AMK alleen relevante informatie – het is zeker niet de bedoeling dat hij het gehele medisch dossier overdraagt. De huisarts geeft bij een melding ook zijn eigen personalia door, tenzij de veiligheid van het kind of de huisarts zelf in het geding komt. Uit de aard en inhoud van de melding kunnen de ouders vaak direct opmaken van wie de melding afkomstig is.

NA DE MELDING

Behandeling van een melding neemt enige tijd in beslag en het is goed om te beseffen dat het AMK geen hulpverlenende

instantie is. Een melding betekent niet dat het AMK de verantwoordelijkheid voor het bieden van hulp of de veiligheid van het kind overneemt. Het AMK, de meldend huisarts en andere betrokken hulpverleners moeten afspraken maken over het verdelen van de verantwoordelijkheid. Essentiële vragen daarbij zijn: wie ziet het kind wanneer terug en hoe voorzien de diverse betrokken instanties elkaar van informatie? Zowel de huisarts als het AMK moet daarin zijn verantwoordelijkheid nemen. De huisarts richt zich voornamelijk op het bieden van hulp en het AMK focust op het doen van het onderzoek. Wanneer de huisarts bij het hulpverleningsproces constateert dat de situatie van het kind verslechtert, dan moet hij opnieuw overleggen met het AMK.

Na een melding doet het AMK onderzoek.⁷ Het gebruikt de gegevens van hulpverleners, familieleden, scholen, crèches, enzovoort om de omstandigheden van het kind in kaart te brengen en de melding te beoordelen. Hulpverleners mogen hun beroepsgeheim doorbreken om het AMK te informeren.⁸ Het AMK brengt de ouders op de hoogte van de melding en ondervraagt hen. Als alle gegevens zijn verzameld besluit het AMK of er actie moet worden ondernomen. De actie kan bestaan uit het (opnieuw) aanbieden van vrijwillige hulpverlening, het in gang zetten van een maatregel van kindbescherming of het doen van aangifte bij de politie. Bij de vervolgacties kan het AMK het materiaal gebruiken dat de arts heeft verschaft. Dat wil zeggen dat de informatie die de arts in het kader van een melding heeft gegeven bij de RvK of de politie terecht kan komen. De RvK kan de arts om aanvullende informatie verzoeken. In het Burgerlijk Wetboek is een bepaling opgenomen die de medisch hulpverlener de mogelijkheid biedt om zijn beroepsgeheim te doorbreken teneinde de RvK te informeren.⁹ Het is niet verplicht om de RvK informatie te geven. De huisarts moet echter wel handelen in het belang van het kind. De huisarts vraagt de ouders toestemming om de RvK informatie te geven. Krijgt hij die niet, dan kan de huisarts de informatie alsnog geven op basis van een conflict van plichten. Als de huisarts informatie heeft gegeven, kan hij vragen om een verslag van de raadsmedewerker. De huisarts mag het verslag zo nodig corrigeren en/of aanvullen.

In het kader van de vervolging van de van mishandeling verdachte ouders/verzorgers vraagt de politie geregeld om het medisch dossier en/of röntgenfoto's of CT-scans.¹⁰ Alle genoemde gegevens vallen onder het beroepsgeheim van de arts, die zijn verschoningsrecht kan invoeren. Dat houdt in dat de arts niet verplicht is om een verklaring af te leggen ten overstaan van een rechter over datgene wat hem bekend is geworden uit hoofde van zijn beroep. De huisarts kan het verschoningsrecht ook ten overstaan van de politie, officier van justitie of rechter-commissaris invoeren bij het in beslag nemen van medische gegevens. De arts volgt in beginsel de wil van de patiënt of diens vertegenwoordiger (in het geval van het kind: de ouders). Als regel gaat het verschoningsrecht boven het belang van opsporing. De huisarts moet in alle gevallen van een vermoeden van kindermishandeling een afweging maken tussen geheimhouding en de veiligheid van het kind.

Gezien de ontwikkelingen in de jurisprudentie is de kans van slagen van een beroep op het verschoningsrecht bij een kindermishandelingszaak in bepaalde gevallen niet groot. De hoogste rechter in Nederland, de Hoge Raad, heeft bepaald dat in geval van kindermishandeling met dodelijke afloop en als er sprake is van seksueel misbruik de zaak volledig kan worden onderzocht, ook binnen het strafrecht.¹¹ De medische gegevens moeten hiervoor beschikbaar komen. Is voor het verstrekken van medische informatie toestemming gegeven dan kunnen de gegevens verstrekt worden.¹² Wat dit betekent voor een geval van een 'eenvoudige' fysieke mishandeling van een kind is nog niet duidelijk. Vooral nog lijkt het raadzaam om een beroep op het verschoningsrecht te doen, tenzij de arts van mening is dat hij in een conflict van plichten verkeert en dat hij dit kan oplossen door medische gegevens te verschaffen. Mocht de arts vinden dat hij in een conflict van plichten verkeert, dan kan hij het beste alleen antwoord geven op gerichte vragen en hoeft hij niet het hele medisch dossier te overhandigen aan justitie. De arts beperkt zich tot het verstrekken van objectieve informatie; vermoedens over wie de dader is vallen daar niet onder.

Is een arts het niet eens met de inbeslagneming van medische gegevens, dan kan hij hierover zijn klacht doen bij justitie. De patiënt kan geen klacht indienen over het in beslag nemen van zijn medische gegevens.¹³

ACUTE SITUATIES

Soms is het letsel bij het kind zo ernstig dat er sprake is van een levensbedreigende situatie. Acuu ingrijpen is dan noodzakelijk. In acute situaties behoort zelfs directe uithuisplaatsing van een kind tot de mogelijkheden. De arts kan dan met een beroep op het conflict van plichten zijn beroepsgeheim doorbreken en informatie verschaffen aan de politie. Hij moet een dergelijk beroep op het conflict van plichten motiveren en noteren in het medisch dossier. De informatie die de huisarts

aan de politie verschaft moet voldoende duidelijk en feitelijk zijn om de politie in staat te stellen de situatie te beoordelen en om strafrechtelijk ingrijpen te rechtvaardigen.

BESLUIT

De meldcode is in het leven geroepen om hulpverleners te ondersteunen bij het omgaan met het vermoeden van kindermishandeling. Naar schatting zijn jaarlijks 119.000 kinderen het slachtoffer van kindermishandeling. Het aantal meldingen door huisartsen blijft hier sterk bij achter. Mogelijk kan de geactualiseerde meldcode hier verandering in brengen.

DANKWOORD

Met dank aan prof.dr. Aart Hendriks, hoogleraar gezondheidsrecht Universiteit Leiden/LUMC en coördinator gezondheidsrecht KNMG, voor het kritisch lezen van het manuscript. ■

Dit nascholingsartikel is een aflevering van de serie 'Huisarts en recht'.

LITERATUUR

- 1 Alink L, Van Ijzendoorn R, Bakermans-Kranenburg MJ, Pannebakker F, Vogels T, Euser S. Kindermishandeling in Nederland anno 2010: De Tweede Nationale Prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2010). Leiden: Casimir Publishers, 2011.
- 2 Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld en dossier kindermishandeling, <http://knmg.artsennet.nl>.
- 3 Van de Putte E, Lukkassen IMA, Russel IMB, Teeuw AH (redactie). Medisch handboek kindermishandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2013.
- 4 www.overheid.nl: thema kindermishandeling.
- 5 Art. 1 sub m Wet op de jeugdzorg.
- 6 Edelenbos E. Kindermishandeling. In: Duijst W, Das C (redactie). Handboek forensische en penitentiaire geneeskunde. Apeldoorn: Maklu, 2011.
- 7 www.amk-nederland.nl.
- 8 Art. 53 van de Wet op de jeugdzorg.
- 9 Art. 1: 240 Burgerlijk Wetboek.
- 10 Duijst W. Boeven in het ziekenhuis. Den Haag: SDU uitgevers, 2007.
- 11 De uitspraken zijn door het invoeren van het ECLI-nummer te vinden op www.rechtspraak.nl. HR 14 mei 2013, ECLI:NL:PHR:2013:BZ9943. HR 28 februari 2012, ECLI:NL:HR:2012:BU6088.
- 12 Rb Den Haag 3 april 2012, ECLI:NL:RBSGR:2012:BW7051.
- 13 HR 12 februari. 2013, ECLI:NL:HR:2013:BX4284.

Fotoquiz

Een 20-jarige jongeman heeft sinds enkele weken vlakke, glanzende paars-rode papels op de palmaire zijde van zijn pols. Er is sprake van enige jeuk. Wat is uw diagnose?

- a. Verruca planae
- b. Lichen ruber planus
- c. Hyperkeratose huid
- d. Verruca vulgaris



Fotoquiz van de maand oktober



Wilt u het goede antwoord weten?
Kijk op www.henw.org.

Foto's gezocht

Elke maand staat er een nieuwe fotoquiz op onze website. Als u een bijzondere aandoening op het spreekuur ziet, denk dan aan de fotoquiz. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's (minimaal 300 dpi of 1 Mb) met een duidelijke diagnose. Maak een foto en stuur hem op naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'. Wilt u op de hoogte blijven van de nieuwe nieuwsberichten? Volg ons dan op Twitter, Facebook of via RSS.

Diabetes bij kinderen: direct glucose bepalen

INLEIDING

In de huisartsenpraktijk komt diabetes type 2 bij volwassenen geregeld voor. Deze aandoening leidt zelden tot acute complicaties. Het stellen van de diagnose diabetes bij een volwassen patiënt is in de meeste gevallen eenvoudig en betreft in sommige gevallen een toevallsbevinding. Bij kinderen is de diagnose diabetes de novo in de huisartsenpraktijk lang niet altijd eenvoudig te stellen omdat het kind vaak minder specifieke klachten vertoont, die ook zouden kunnen passen bij een onschuldige infectieziekte, een aandoening die bij kinderen zeer vaak voorkomt.

Door het ontbreken van een landelijk gegevensbestand weten we niet exact hoeveel kinderen in Nederland diabetes hebben. Men schat het aantal op 6000 kinderen van 0 tot 18 jaar.¹ Met een incidentie van 18,6 per 100.000 kinderen < 14 jaar per jaar zal een huisarts gemiddeld eenmaal in de 25 jaar, dus eenmaal in zijn carrière, diabetes de novo bij een kind vaststellen.² Snelle herkenning van dit beeld is echter van groot belang, omdat zich door een absoluut insulinetekort al snel een ernstige ketoacidose kan voordoen, die potentieel fataal kan zijn.

Als de symptomen bij een kind bestaan uit polydipsie, polyurie en daarnaast opnieuw ontstane enuresis, kan de arts de diagnose meestal snel stellen. De aandoening kan echter ook met vagere klachten gepaard gaan, zoals (aanhoudende)

Samenvatting

De Sonnaville MLCS, Rodenburg J. Diabetes bij kinderen: direct glucose bepalen. Huisarts Wet 2014;57(10):546-8.

Het is niet altijd eenvoudig om diabetes bij kinderen te herkennen. Het komt bij deze leeftijdsgroep weinig voor en de symptomen zijn vaak weinig specifiek. Bij vage klachten, zoals vermoeidheid, braken en buikpijn kan diabetes de oorzaak zijn – ook bij zeer jonge kinderen. Aan de telefoon vraagt de huisarts bij een 'ziek' kind al meestal hoeveel het drinkt en of het nog goed plast. Wanneer het kind veel plast en veel drinkt moet dat aanleiding zijn om nog dezelfde dag een capillaire glucose bij het kind te bepalen. Als de ouders zelf de diagnose diabetes suggereren moet dat zeker nog dezelfde dag tot een glucosebepaling leiden. Vanwege het snelle beloop van diabetes type 1 bij kinderen kan zich op heel korte termijn een (ernstige) diabetische ketoacidose ontwikkelen. Het is uiterst onverstandig om het kind voor een glucosebepaling naar het laboratorium door te verwijzen omdat hier onnodig kostbare tijd mee verloren gaat. Wanneer de huisarts een verhoogd glucose vindt, is het noodzakelijk het kind nog dezelfde dag naar een kinderarts te verwijzen om zo snel mogelijk met de behandeling te beginnen.

vermoeidheid, braken, buikpijn en gewichtsverlies. Als de huisarts de diagnose diabetes snel stelt, kan hij een (ernstige) diabetische ketoacidose (DKA) voorkomen.

In deze klinische les beschrijven we drie ziektegeschiedenissen van kinderen met vage klachten. Als de huisarts de diagnose diabetes overweegt en actief naar de symptomen polydipsie en polyurie vraagt, en zelf een capillair bloedglucose bepaalt, kan hij de diagnose diabetes stellen wanneer blijkt dat de bloedglucose hoger dan 11,1 mmol/l is.

Casus A

Een tweeënhalve jaar oude jongen, van wie de huisarts sinds zes maanden weet dat hij coeliakie heeft, krijgt glutenvrije voeding. Zijn moeder heeft reuma. Sinds een paar weken is hij hangerig, moe en snel geïrriteerd. Hij zou ook veel meer zijn gaan drinken en plassen, ook 's nachts. Zijn moeder maakt zich zorgen en bezoekt met haar zoon de huisarts. Deze doet een anamnese en lichamelijk onderzoek. Omdat er bij het lichamelijk onderzoek geen alarmerende symptomen te zien zijn en de huisarts denkt dat de verschijnselen met coeliakie te maken zouden kunnen hebben, besluit hij de afspraak op de kinderpoli te vervroegen. Een week later belt moeder de huisartsenpraktijk met de concrete vraag of hij geen diabetes zou kunnen hebben. Zij vindt dat de conditie van haar zoon achteruit is gegaan en ze heeft op internet gezocht. De doktersassistente adviseert hem de volgende ochtend nuchter te laten komen om een bloedglucose te laten bepalen. Als blijkt dat de capillaire bloedglucose 26,4 mmol/l is, stuurt de huisarts hem direct naar het ziekenhuis. Bij aankomst blijkt hij al een ketoacidose te hebben.

Casus B

Een zesjarig meisje voelt zich al twee weken niet lekker en braakt veel; ze heeft geen koorts. Het valt haar ouders op dat ze veel honger en dorst heeft, waarbij ze alleen (veel) sinaasappelsap drinkt. Verder moet ze veel plassen. De ouders raadplegen de huisarts, die aanvankelijk aan een gastro-enteritis denkt. Omdat het meisje nog goed drinkt en plast kiest hij in eerste instantie voor een afwachtend beleid. Twee dagen later bezoeken de ouders de huisarts opnieuw omdat ze zich ongerust maken omdat ze zo is afgevallen en verder is verzwakt. De huisarts verwijst haar vanwege algeheel ziek zijn dezelfde dag nog naar het ziekenhuis. Daar stelt men een bloedglucose van 81 mmol/l vast en blijkt er al sprake te zijn van een ketoacidose.

De kern

- Diabetes de novo bij kinderen is soms lastig te herkennen.
- Bij vage klachten als vermoeidheid, algehele malaise, buikpijn en afvallen staat diabetes, ook bij heel jonge kinderen, in de differentiële diagnose en is het raadzaam actief naar polyurie en polydipsie te vragen.
- Snelle herkenning van diabetes bij kinderen door direct bepalen van capillaire bloedglucose in de huisartsenpraktijk kan het optreden van diabetische ketoacidose voorkomen.

Diaboss, diabetescentrum voor kinderen en jongeren, Postbus 9243, 1006 AE Amsterdam; M.L.C.S. de Sonnaville, kinderarts; dr. J. Rodenburg, huisarts • Correspondentie: m.desonnaville@diaboss.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casus C

De vader van een vijftien jaar oude jongen belt op vrijdag de huisarts, omdat hij bij zijn zoon symptomen van diabetes meent te herkennen en zich zorgen maakt. Zelf heeft hij diabetes type 2. Hij maakt een afspraak na het weekend. De jongen plast en drinkt sinds twee tot drie weken erg veel en is 8 kilo afgevallen. Vanwege toenemende kortademigheid en zwakte bezoeken zij in het weekend de huisartsenpost. De dienstdoende huisarts vermoedt dat er sprake is van een pneumonie, maar gezien de andere klachten ver richt hij ook direct urine- en bloedonderzoek. Hierbij stelt hij een bloedglucose van 18,9 mmol/l en een ketonurie vast. Hij verwijst de jongen direct naar de kinderarts door. Gezien de ernst van de ketoacidose blijkt een opname op de intensive care noodzakelijk.

BESCHOUWING

Diabetes type 1 kan zich bij kinderen van iedere leeftijd openbaren. Het komt de laatste jaren steeds meer voor, met een toename van 3% per jaar en op peuter- en kleuterleeftijd zelfs van 5%.³ De oorzaak is nog niet geheel duidelijk, maar lijkt te maken te hebben met een interactie tussen genetische predispositie en omgevingsfactoren.

De symptomen die kinderen met diabetes de novo vertonen zijn lang niet altijd specifiek en eenduidig [tabel].⁴ Vaak zijn er vage klachten als aanhoudende vermoeidheid of gewichtsverlies. Kinderen krijgen dan een verwijzing naar het laboratorium voor allerlei bepalingen en pas enkele dagen later blijkt dat er sprake is van hyperglykemie (bloedglucose > 11,1 mmol/l). Als er reeds een auto-immuunaandoening bij het kind aanwezig is of indien het familieleden met diabetes heeft, is de kans groter dat het diabetes ontwikkelt.

In sommige gevallen lijken de klachten te passen bij een acute gastro-enteritis of een acute buik, zoals beschreven in casus B. Wanneer de huisarts actief zou hebben gevraagd naar polydipsie en polyurie zou hij bij deze casus eerder op het spoor van diabetes de novo (met ketoacidose) zijn gekomen. Omdat de klachten zich geleidelijk ontwikkelen zijn ouders zich vaak niet bewust van de polydipsie en polyurie, en melden ze die dan ook niet spontaan.

Twintig tot 50% van de patiënten heeft DKA voordat de huisarts de diagnose diabetes de novo stelt, wat vooral voor jonge kinderen onder de vijf jaar geldt.⁵ Wereldwijd bestaat er een grote variatie in het voorkomen van DKA, dat vaak omgekeerd evenredig is met de incidentie van diabetes type 1.⁶

Bij kinderen is in vrijwel alle gevallen sprake van diabetes type 1 ten gevolge van een auto-immuunaandoening en kan het absolute tekort aan insuline binnen enkele dagen tot weken tot een ernstige ketoacidose leiden.

Diabetische ketoacidose

DKA is de belangrijkste oorzaak van morbiditeit en mortaliteit (0,1-0,3%)⁷ bij kinderen met diabetes type 1. In Nederland zijn in de periode van oktober 2012 tot december 2013 twee kinderen overleden bij wie de diagnose diabetes de novo post mortem is gesteld.⁸ Hersenoedeem is de belangrijkste ernstige complicatie van DKA en komt als zodanig eigenlijk alleen bij kinderen voor.⁹ Het pathofysiologische mechanisme van DKA is bekend: het absolute insulinetekort leidt door een hormo-

Tabel Symptomen die passen bij hyperglykemie en diabetische ketoacidose

| Hyperglykemie | Diabetische ketoacidose |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vermoeidheid | Verzwakken, snel |
| Afvallen | Afvallen Braken Misselijkheid |
| Polyurie | Polyurie |
| Polydipsie Enuresis | Polydipsie Enuresis |
| Sufheid Humeurigheid | Snelle, diepe ademhaling (kussmaul) Buikpijn (acute buik) Sufheid; toenemende bewustzijnsdaling (coma) |

nale respons tot lipolyse en glycogenolyse. Hierdoor ontstaan metabole acidose, glucosurie en osmotische polyurie, wat dehydratie en hyperosmolariteit tot gevolg heeft.

De klinische kenmerken van DKA zijn misselijkheid, braken, buikpijn, dehydratie, gewichtsverlies, polyurie, polydipsie, een snelle, diepe ademhaling (kussmaulademhaling) en soms bewustzijnsdaling [tabel].¹⁰ Niet iedereen is in staat de acetonlucht te ruiken die het kind uitademt.

De volgende factoren hangen samen met een hoger risico op DKA: jonge leeftijd (< 5 jaar), missen van de diagnose diabetes bij het eerste bezoek op het spreekuur, etnische minderheid, een lagere body mass index en een voorafgaande infectie. Beschermende factoren zijn een eerstegraadsfamilie lid met diabetes type 1, een hoger opleidingsniveau van ouders en hogere incidentie van diabetes type 1.¹¹

Vervolg casus

De huisarts interpreteert de zware ademhaling van patiënt C aanvankelijk als dyspneu, maar die bleek een uiting van de ernstige metabole acidose. Inname van vloeistoffen met veel koolhydraten (zoals vruchtensappen) verhoogt de mate van hyperglykemie, wat bij patiënt B door het drinken van sinaasappelsap het geval was. Herkenning van de aandoening door ouders op grond van de eigen ervaring of dankzij een zoektocht op internet, zoals bij casus A en C het geval was, kan gevolgd door een snelle bepaling van het capillaire bloedglucose in de huisartsenpraktijk direct tot de diagnose diabetes leiden.

Abstract

De Sonnaville MLCS, Rodenburg J. Diabetes in children: immediately measure glucose levels. Huisarts Wet 2014;57(10):546-8.

It is not always easy to recognize diabetes in children, because it is rare in this age group and symptoms tend to be non-specific. Vague symptoms such as fatigue, nausea, and abdominal pain can be caused by diabetes, even in very young children. In a telephone consultation, the general practitioner will generally ask how much the 'sick' child drinks and whether urination is good. If the child drinks and urinates a lot, then blood glucose levels should be measured as soon as possible that day. This is especially the case if the parents suggest the diagnosis 'diabetes', because diabetes type 1 can have a rapid course in children and can lead to severe ketoacidosis in a very short time. It is not a good idea to send the child to the clinical laboratory for blood glucose measurement, because it is a waste of precious time. If the GP finds the blood glucose level to be raised, he/she should immediately refer the child to a paediatrician, so that treatment can be started as soon as possible.

CONCLUSIE

Als de huisarts bij een kind met vage klachten, zoals buikpijn, braken en vermoeidheid, actief vraagt naar de aanwezigheid van polydipsie en polyurie zou hij de diagnose diabetes type 1 bij kinderen eerder kunnen vaststellen. ■

LITERATUUR

- 1 Nederlandse Diabetes Federatie. NDF Zorgstandaard diabetes. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie, 2012.
- 2 Van Wouwe JW, Mattazzo GF, el Mokadem N, Reeser HM, Hirasing RA. De incidentie en de eerste symptomen van diabetes mellitus type 1 bij 0-14-jarigen in Nederland, 1996-1999. Ned Tijdschr Geneesk 2004;148:1824-9.
- 3 Hummel K, McFann KK, Realsen J, Messer LH, Klingensmith GJ, Chase HP. The increasing onset of type 1 diabetes in children. J Pediatr 2012;161:652-7.
- 4 Quinn M, Fleischman A, Rosner B, Nigrin DJ, Wolfsdorf JI. Characteristics at diagnosis of type 1 diabetes in children younger than 6 years. J Pediatr 2006;148:366-71.
- 5 Oyarzabal Irigoyen M, García Cuartero B, Barrio Castellanos R, Torres La-cruz M, Gómez Gila AL, González Casado I, et al. Ketoacidosis at onset of type 1 diabetes mellitus in pediatric age in Spain and review of literature. Ped Endocrinol Rev 2012;9:669-71.
- 6 Usher-Smith JA, Thompson M, Ercole A, Walter FM. Variation between countries in the frequency of diabetic ketoacidosis at first presentation of type 1 diabetes in children: a systematic review. Diabetologia 2012;55:2878-94.
- 7 Edge JA, Ford-Adams ME, Dunger DB. Causes of death in children with insulin dependent diabetes 1990-96. Arch Dis Child 1999;81:318-23.
- 8 Prof.dr. J.B. van Goudoever, NODO kinderarts (Nader Onderzoek DoodsOorzaak minderjarigen). Persoonlijke communicatie.
- 9 Wolfsdorf J, Glaser N, Sperling MA. Diabetic ketoacidosis in infants, children and adolescents: a consensus statement from the American Diabetes Association. Diabetes Care 2006;29:1150-9.
- 10 Wolfsdorf J, Craig ME, Daneman D, Dunger D, Edge J, Lee W, et al. Diabetic ketoacidosis in children and adolescents with diabetes. Pediatr Diabetes 2009;10:118-33.
- 11 Usher-Smith, Thompson MJ, Sharp SJ, Walter FM. Factors associated with the presence of diabetic ketoacidosis at diagnosis of diabetes in children and young adults: a systematic review. BMJ 2011;343:d4092.
- 12 Usher-Smith JA, Thompson MJ, Walter FM. 'Looking for the needle in the haystack': a qualitative study of the pathway to diagnosis of type 1 diabetes in children. BMJ Open 2013;3:e004068.

Vacature H&W

Twee nieuwe redactieleden gevraagd

Elke maand een nieuwe H&W maken is spannend. Het is net zo leuk als gewoon dokter zijn of onderzoek doen. De redactie leest en beoordeelt manuscripten, is voortdurend op zoek naar nieuwe onderzoeksartikelen, aast op bijdragen voor rubrieken, schrijft journaalstukjes en commentaren, en bedenkt plannen hoe we H&W verder kunnen verbeteren.

Elk jaar treden er een of twee redactieleden af en daarom zoeken we nieuwe leden. Per januari 2015 hebben we plaats voor twee nieuwe redactieleden.

Taken redactieleden

- Redactieleden beoordelen binnengekomen manuscripten en bespreken deze in de maandelijks vergadering (elke derde donderdag van de maand van 16.00 uur - 19.00 uur).
- Redactieleden begeleiden auteurs bij het herschrijven van manuscripten.
- Redactieleden schrijven geregeld journaalstukjes en ten minste één commentaar per jaar.
- Redactieleden werven auteurs voor de rubrieken Spreekuur en Import.

- Redactieleden leveren met nieuwe ideeën over inhoud en samenstelling van H&W een bijdrage aan de verdere ontwikkeling van ons wetenschappelijke tijdschrift.

Eisen

- Zin in schrijven en een kritische geest zijn de belangrijkste vereisten.
- We willen graag praktiserende huisartsen benoemen.
- Ervaring met het beoordelen en publiceren van wetenschappelijke literatuur en/of het geven van onderwijs is gewenst.
- Enthousiasme en bereidheid om ongeveer vier uur per week te besteden aan het lezen en schrijven voor H&W.
- Affiniteit met implementatie en nascholing is wenselijk.
- Een afgeronde promotie en/of een aanstelling bij een wetenschappelijke instelling (UMC) is een pré en strekt tot aanbeveling.
- Redactieleden dienen lid van het NHG te zijn.

Redactieleden krijgen een vergoeding.

Procedure

De sollicitatiecommissie bestaat uit de hoofdredacteur, een lid van de huidige redactie, een door de verenigingsraad aangewezen lid en een door de Raad van Advies aangewezen lid.

Redactieleden hebben een zittings-termijn van vijf jaar, die ingaat na officiële benoeming door de algemene ledenvergadering in mei 2015.

Verdere informatie kunt u krijgen bij Just Eekhof, hoofdredacteur H&W (tel. 030-2823551 maandag of donderdag of per e-mail: j.eekhof@nhg.org). Sollicitatiebrieven voorzien van een curriculum vitae – indien van toepassing met een lijst van uw belangrijkste publicaties – kunt u vóór 1 november 2014 sturen aan Redactie H&W, postbus 3231, 3502 GE Utrecht of per e-mail: redactie@nhg.org. ■

Man met pijnlijke, rode onderbenen

Casus

Op het spreekuur komt een gezonde 18-jarige man met een sinds twee dagen bestaande pijnlijke roodheid aan beide onderbenen. Hij heeft geen koorts. Een week eerder heeft hij meegedaan aan een survivalweek en meer inspanning geleverd dan normaal. Tijdens de survivalweek heeft hij vooral aan abseilen en mountainbiken gedaan. Er was geen sprake van compressie van buitenaf, bijvoorbeeld door een touw.

Bij lichamelijk onderzoek zien we een niet-zieke adolescent met op beide onderbenen een niet-verheven, scherpbegrensde, circulaire, niet-wegdrukbaar pijnlijke roodheid, ter grootte van een kinderhandpalm. De onderbenen vertonen pitting oedeem [foto].

Differentiaaldiagnostisch denken we aan verbranding, erythema ab igne en mechanische compressie van buitenaf. Na een teledermatologische consultatie bij een dermatoloog wordt de diagnose capillaritis gesteld en besluiten we een tubigrip aan beide onderbenen aan te leggen. Na twee weken zijn de roodheid en de pijn verdwenen.



Foto: auteurs

BESCHOUWING

Capillaritis is een benigne huidruptie die gekarakteriseerd wordt door de aanwezigheid van petechiën, purpura en toegenomen huidpigmentatie. Het wordt ook wel purpura simplex of inflammatoire purpura zonder vasculitis genoemd.^{1,2} Er is weinig bekend over de incidentie en prevalentie van de ziekte.³

Er zijn meerdere subtypen van capillaritis, vaak genoemd naar de dermatoloog die de aandoening ontdekte. De ziekte van Schamberg is het meestvoorkomende subtype.^{4,5}

Capillaritis kan op elke leeftijd voorkomen, bij beide geslachten in dezelfde verhouding. Er is niet één duidelijke oorzaak, meerdere factoren kunnen een rol spelen bij de ontwikkeling: veneuze hypertensie, beweging, gelokaliseerde infectie, alcohol, contactallergenen zoals rubber en reacties op medicatie zoals paracetamol of infliximab.^{4,5} Van geen enkele factor is echter bewezen dat deze bijdraagt aan het ontstaan van capillaritis. Er is geen associatie met hematologische afwijkingen zoals trombocytafwijkingen of stollingstoornissen. Bij deze patiënt was de toegenomen beweging de vermoedelijke oorzaak. Het klinisch beeld liet geel- en roodbruine, niet-wegdrukbare maculae zien. Het niet-wegdrukbaar aspect is het gevolg van de neerslag van hemosiderine. De aandoening zit meestal op de onderbenen, maar kan ook op andere delen van het lichaam voorkomen. Typisch is dat handpalmen, voetzolen, gelaat en genitaliën daarbij worden gespaard.¹

Perivasculaire infiltraten, extravasatie van erythrocyten, oedeem en hemosiderine neerslag zijn de klassieke (histo)pathologische bevindingen bij dit ziektebeeld.¹

De diagnose wordt gesteld op basis van het klinisch beeld. Laboratoriumonderzoek heeft geen toegevoegde waarde. Een huidbiopt behoort tot de mogelijkheden wanneer de diagnose niet duidelijk is.

Behandeling van capillaritis is alleen nodig bij symptomen die hinder veroorzaken of bij cosmetische bezwaren. De

meeste onderzoeksdata over de behandeling zijn gebaseerd op kleine groepen, waardoor de beste behandeloptie niet duidelijk naar voren komt.⁴ De volgende eerstelijnsbehandelingen zijn mogelijk: afwachten (aangezien capillaritis in sommige gevallen spontaan verdwijnt), vermijden van bovengenoemde uitlokkende factoren, het dragen van elastische kousen (om de extravasatie van erythrocyten en het daarmee gepaarde oedeem te verminderen) of het topicaal aanbrengen van corticosteroiden 1-2 maal daags gedurende 4-6 weken. In de tweede lijn zou fotherapie nog een behandeloptie kunnen zijn. De prognose van capillaritis is goed. De aandoening verdwijnt langzaam over een periode van weken tot maanden.³

Capillaritis is een benigne huidruptie met een onbekende oorzaak, die op elke leeftijd kan voorkomen. Het is een diagnose die zelden in de huisartsenpraktijk wordt gesteld. Bij patiënten met pijnlijke, niet-wegdrukbaar roodheid dient de benigne diagnose capillaritis in de differentiaaldiagnose te staan. ■

LITERATUUR

- 1 Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, Callen JP. *Dermatology*. Oxford: Saunders, 2012.
- 2 Van Vloten WA, Degreef HJ, Stolz E, Vermeer BJ, Willemze R. *Dermatologie en venerologie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000.
- 3 Sardana K, Sarkar R, Sehgal VN. Pigmented purpuric dermatoses: an overview. *Int J Dermatol* 2004;43:482.
- 4 Newton RC, Raimer SS. Pigmented purpuric eruptions. *Dermatol Clin* 1985;3:165.
- 5 Tristani-Firouzi P, Meadow KP, Vanderhooft. Pigmented purpuric eruptions of childhood: a series of cases and review of literature. *Pediatr Dermatol* 2001;18:299.

'We hebben de verantwoordelijkheid voldoende goede huisartsen af te leveren'

Meteen na afronding van haar huisartsopleiding in 1998 trad Margit Vermeulen in dienst bij de afdeling Huisartsgeneeskunde van Universiteit Utrecht en ze is daar betrokken geweest bij de onderwijsontwikkeling en groepsbegeleiding. In juli promoveerde ze op haar proefschrift *Admission and poor performance of trainees in the postgraduate GP training*. In een interview vertelt ze waarom een goede selectieprocedure voor aiossen zo belangrijk is.

Vragen en twijfels

De keuze voor het onderwerp van haar onderzoek kwam voort uit de vragen waarop Vermeulen stuitte in haar werk. 'Als je start met een groep aiossen twijfel je soms al snel af of iemand het wel gaat redden. Sommigen vallen inderdaad af; is dat een vergelijkbaar aantal bij andere instituten? En wanneer zeg je eigenlijk dat iemand geen huisarts kan worden? De SBOH maakte onderscheid tussen vrijwillig of onvrijwillig uit de opleiding

stappen, maar bij onvoldoende functioneren haken aiossen soms zelf af en dat is dan niet zichtbaar. Kortom, het was allemaal onduidelijk en ik wilde dat helder krijgen.'

De redenen waarom mochten dan niet duidelijk zijn, de uitvalcijfers waren dat wel. Vermeulen: 'Verspreid over drie jaar is de uitval zo'n 7,5% en dat is een vrij stabiel percentage. Daar zitten natuurlijk ook mensen bij die overstappen naar een andere opleiding of bijvoorbeeld naar het buitenland vertrekken. Onbekend was hoe vaak we vanuit de opleiding twijfels hebben over de geschiktheid van aiossen. We evalueren elke drie maanden hun voortgang en aan het eind van het opleidingsjaar wordt een *go, no go of go mits* uitgesproken. Ik was vooral benieuwd waar precies de problemen of lacunes zaten.'

De competentie professionaliteit

Al in 2005 is de competentiegerichte huisartsopleiding ingevoerd en Vermeulen onderzocht op welke gebieden zich de meeste problemen voordeden. 'We gingen ervan uit dat dit vooral de competentie *professionaliteit* zou zijn, bijvoorbeeld het niet goed kunnen reflecteren op het eigen handelen of het slecht kunnen vinden van de balans tussen werk en privé. Het bleek echter in het eerste en tweede opleidingsjaar even vaak te gaan om vakinhoudelijke aspecten en communicatieve vaardigheden als om professionaliteit. Pas in het derde jaar zit het probleem vrijwel altijd bij de professionaliteit. Ook zagen we dat in het eerste jaar bij de helft van de aiossen die onder de maat presteerden de problemen zich voordeden op meerdere competentiegebieden tegelijk; in het derde jaar is dat nog bij een kwart het geval. Waardoor verschuift dat en waarom blijft professionaliteit vrijwel als enige probleemgebied over? Ik denk dat je door hard te leren je medisch-inhoudelijke lacunes nog wel kunt aanpakken. Communicatieve problemen zijn al lastiger, maar daarin kun je je nog wel enigszins trainen. Maar professionaliteit zit in je eigen persoonlijkheidsstructuur, in je opvattingen, waarden en normen; daarin kun je veel moeilijker veranderingen doorvoeren.'

Problemen nu, fouten later?

'Voor ons is het een lastige overweging of aiossen met problemen op de competentie professionaliteit, straks misschien "onprofessionele" huisartsen zullen zijn', vervolgt Vermeulen. 'Een Amerikaans onderzoek zou dat hebben aangetoond, maar hoe dat in Nederland is weten we niet. Vroeg of laat krijgt elke huisarts wel eens te maken met een klacht; we hebben geen meetinstrument voor wat een goede dokter is. Patiënttevredenheid? Indicatoren hoe goed je je praktijk hebt georganiseerd? Zeg het maar! Het is al mooi dat we een herregistratiesysteem hebben met scholingspunten en visitatie. Anderzijds weten collega's vaak best wie wel en niet een goede dokter is; dat wordt gewoon niet uitgesproken.'

Verschillen tussen de instituten

'Wil je problemen tijdens de opleiding voorkomen, dan is het belangrijk om de juiste aiossen toe te laten. Ik zag dat dit soms niet het geval was', vertelt Vermeulen. 'Wat heb je dan fout gedaan? Onze opleiding en toetsing zijn weliswaar al jaren competentiegericht, maar de selectieprocedure was niet mee veranderd. Al bij de sollicitatie zou je naar dezelfde competenties moeten kijken. Samen met de Nijmeegse opleiding hebben we dat opgepakt. Zij bekeken welke instrumenten betrouwbaar en voorspellend zijn. En ik heb een landelijk onderzoek gedaan naar de verschillen tussen de diverse instituten. Zelfs als je corrigeert voor het aantal kandidaten voor één plek, bleken er verschillen in de toelating. Kennelijk hanteerden de instituten dus verschillende normen. Dat vond ik gek, vooral ook omdat op sommige instituten niet alle plekken vol waren. En we hebben tenslotte de maatschappelijke verantwoordelijkheid om voldoende huisartsen op te leiden. De hoofden van de opleidingen vonden die verschillen ook onacceptabel, dus nu komt er per 2015 een allocatiebeleid. En dan moet je wel een landelijk aannamebeleid hebben!'

Vier poten

Vermeulen had een competentiegerichte selectieprocedure voor ogen, die op vier 'poten' rustte: de Landelijke Huisartsge-



neeskundige Kennistoets, een *Situational Judgement Test*, een STARR*-interview en een serie werkgerelateerde simulaties. Vermeulen: 'We keken naar de situatie in de UK, omdat ze daar al ervaring hadden met een competentiegerichte selectieprocedure, met veelbelovende resultaten. Maar natuurlijk is niet alles hetzelfde. De hoofden van de opleidingen wilden een kennistoets, want lacunes in kennis kunnen zich door de hele opleiding heen blijven voortslepen, terwijl een aios zich er soms goed op kan bijspijkeren nog vóór hij wordt toegelaten tot de opleiding. Zo verstedig je ook de selectie van aiossen, want we willen van het idee dat "je altijd nog huisarts kunt worden" af.'

Vermeulen vervolgt: 'Bij het interview wordt de STAR-techniek toegepast, waar we nog een tweede R aan hebben toegevoegd voor Reflectie, omdat dit zo belangrijk is voor het functioneren van artsen. Het STARR-interview gaat ervan uit dat gedrag uit het verleden de beste voorspeller is voor toekomstig gedrag. Dus wordt goed doorgevraagd naar recente voorbeelden uit de praktijk rond samenwerken, omgaan met druk en het tonen van respect voor de patiënt.'

Efficiënt gedrag

Met de *Situational Judgement Test* waren goede resultaten behaald in België en de UK, dus Vermeulen ontwikkelde daarop een eigen variant. 'De test onderzoekt je kennis van passend gedrag in twintig praktijksituaties. Bijvoorbeeld: een patiënt met knieklachten heb je goed uitgelegd waarom verwijzing niet nodig is, maar die wil toch verwezen worden. Wat zeg je dan? Er zijn steeds vier opties waaruit de aios kan kiezen, waarbij de keuzen niet goed of fout zijn, maar iets zeggen over efficiënt gedrag. Dit geeft dus je sociale inzicht weer. Helaas differentieerde de test niet goed: kandidaten zaten niet ver van de norm en er waren maar kleine onderlinge verschillen. Dit moet dus nog verder worden ontwikkeld en gevalideerd; de manier waarop gaan we nog uitzoeken. Het zou namelijk een goede en goedkope pretoets kunnen zijn, en dat is niet onbelangrijk omdat we mogelijk meer kandidaten voor de huisartsopleiding gaan krijgen.'

Spelende acteurs

Het mooiste instrument van de door haar beoogde competentiegerichte selectieprocedure vond Vermeulen een serie van drie simulaties. 'Acteurs spelen een patiënt, mantelzorger en collega, en je kunt daaraan zoveel zien! Een observator beoordeelt het concrete gedrag, maar de acteur geeft ook feedback; bijvoorbeeld of hij vond dat er echt contact was, of dat hij zich serieus genomen of begrepen voelde. En de kandidaat reflecteert schriftelijk op het eigen gedrag. Dit levert veel punten op die kunnen worden verwerkt in het persoonlijke leerplan.'

Helaas zijn deze simulaties niet in de nieuwe selectieprocedure opgenomen. Vermeulen: 'Het wordt te duur gevonden. Ikzelf ben het daar niet mee eens, dus ik geef me nog niet meteen gewonnen!'

Voordelen nieuwe procedure

De selectieprocedure met de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoets en twee STARR-interviews is afgelopen april op alle instituten ingegaan. Welke voordelen verwacht Vermeulen hiervan? 'Het zal in een eerder stadium duidelijk zijn wat de zwakke punten van een aios zijn. Dan kun je hierop dus extra aandacht en begeleiding inzetten. Maar ook kun je nu in een vroeger stadium zeggen: "We zien op deze punten geen verbetering dus hier stopt voor jou de opleiding." Als iemand al een heel eind is gevorderd in de opleiding, is dat bijna niet meer te doen.'

Is de verwachting dat nu ook de uitval tijdens de opleiding lager zal zijn? Vermeulen: 'Tja, dat zou je denken, maar ik heb daar twijfels over. Er zullen altijd mensen worden toegelaten die toch minder geschikt blijken. Bovendien worden we steeds beter in toetsen en evalueren. Ik ben dus allang blij als we de uitval op die 7,5% kunnen houden.'

Uitvalrisico's

Bij haar onderzoek naar de oorzaken van uitval tijdens de opleiding vond Vermeulen een drietal risicofactoren. Heeft zij er een verklaring voor dat 'leeftijd' de belangrijkste risicofactor bleek? 'Je moet vooral kijken naar de redenen waarom iemand pas op hogere leeftijd bij onze

opleiding solliciteert. Is bijvoorbeeld een eerdere studie niet gelukt? Misschien ook komen de problemen tijdens de opleiding door verouderde kennis of ingesleten gedrag. Of misschien is iemand verantwoordelijk voor het gezin of voor de verzorging van een zieke ouder; dat kan soms slecht te plooien zijn met de opleiding.'

Andere risicofactoren voor uitval tijdens de opleiding liggen meer voor de hand: vroege onvoldoende beoordelingen van de competenties en matige prestaties van de aios in een eerder jaar. Vermeulen: 'Ook daarom is het goed dat we nu in de selectieprocedure een kennisstoets hebben opgenomen.'

Anders dan verwacht kwamen zwanerschap, ziekte en deeltijdstudie niet naar voren als risicofactoren. Vermeulen: 'Dat is allemaal wel lastig te plannen voor de opleiders, maar die aiossen zelf doen het wel degelijk goed!'

Na de promotie

De promotie is nog maar net achter de rug. Wat zijn nu Vermeulens plannen? 'Ik blijf als voorheen verantwoordelijk voor onderzoek en ontwikkeling hier op het instituut. Daarnaast houd ik me een dag per week bezig met de landelijke implementatie van de selectieprocedure en straks met de allocatie. Dat blijf ik ook monitoren. Eventueel wil ik de *Situational Judgement Test* verder ontwikkelen en bij de kennistoets kunnen we nog kijken of toetsing van de master-kennis goed genoeg is. En natuurlijk moeten we kritisch kijken naar de procedure. Ook wil ik het *fail to fail*-probleem nog bekijken: wat hebben we als begeleiders nodig om aiossen die niet goed presteren te zeggen dat het huisartsenvak niet voor hen is weggelegd? En tot slot wil ik proberen of het mogelijk is om samen met het NIVEL hun Huisartsenregistratieproject uit te breiden met kenmerken van huisartsen en hun praktijken, compleet met persoonlijke en opleidingsaspecten. Nu mijn onderzoek klaar is heb ik wat meer ruimte om dit allemaal te kunnen doen!' ■

Ans Stalenhoef

* Situatie, Taak, Actie, Resultaat, Reflectie



Vakantie- geneeskunde: 'Graag antibiotica, voor het geval dat...'

In de aanloop naar de zomervakantie verscheen op mijn spreekuur een jong stel met hun driejarige dochter. Normaal een spring-in-'t-veld, nu een hangerig meisje met pijn in haar rechteroor, sinds twee dagen met koorts. Dat kwam erg slecht uit, want de volgende dag zouden ze beginnen aan een rondreis door Portugal. De NHG-Standaard Otitis Media Acuta adviseert: 'Bij niet-ernstig zieke kinderen met eenzijdige otitis media acuta zonder otorroe kan in eerste instantie een afwachtend beleid worden gevoerd.' Ik legde uit dat een antibioticum op dit moment weinig zinvol was en eventueel pas nodig zou zijn bij aanhoudende koorts of zieker worden. Toch verlangden ouders een recept: 'Als ze ziek blijft, is de hele vakantie verpest. Bovendien spreken we geen woord Portugees!' Met enige tegenzin sloot ik een compromis en gaf een uitgesteld recept mee. 'Voor het geval dat...'



De zomer vind ik de leukste tijd van het jaar in de huisartsenpraktijk. De patiënten zijn opgewekt, we kletsen over de meest originele vakantiebestemmingen en ik loop nog mooi op schema ook, omdat de mensen sneller uit hun luchtige kleren zijn geholpen. Moeilijk vind ik echter dat je prognostisch vermogen behoorlijk op de proef wordt gesteld. Patiënten gaan voor enkele weken naar het buitenland en willen daar niet ziek worden. Dus vragen ze je dat te helpen voorkomen. Met een medische achtergrond en ervaring kun je van een aantal aandoeningen het beloop enigszins vermoeden, maar voorspellende gaven heb ik helaas niet. En dan kom je al snel uit op preventieve maatregelen.

Een ander voorbeeld van vakantiegeneeskunde was een 56-jarige vrouw die van haar fiets was gevallen en een forse schaafwond op haar scheenbeen had. Tot haar grote onvrede net op de dag voordat ze naar Thailand zou vertrekken. Haar vraag was of het ontstoken was. Een beginnende erysipelas? Ik twijfelde. Rond de wonden was roodheid te zien, maar op dit moment was het moeilijk onderscheid te maken tussen de gebruikelijke roodheid bij een wond en iets infectieus. Normaliter had ik de roodheid gemarkeerd en haar gevraagd de volgende dag op controle te komen, nu koos ik ervoor toch een antibioticakuur voor te schrijven. 'Voor de zekerheid...'

Het huisartsenvak hangt aan elkaar van onzekerheden. Een gecompliceerd beloop ondervang je door mensen voor controle terug te laten komen of te vertellen bij welke symptomen ze contact op moeten nemen. Maar wat als daar ineens drie weken vakantie opduiken? Dan voel ik pas hoe waardevol die controleafspraken zijn: ineens wordt je beleid bepaald door een momentopname. Ik merk dat ik dan meega in de angst van de patiënt dat het op vakantie wel eens mis zou kunnen gaan en behandel defensiever. Helaas schrijf ik daardoor dus ook vaker overbodige medicatie voor.

Kan dat anders? Nee, ik denk van niet. Dit fenomeen moet ik niet te lijf willen gaan. Er bestaat natuurlijk wel degelijk een kans dat het de verkeerde kant opgaat. En daarbij, als ik patiënten dat antibioticum onthoud, dan is een (altijd al meer voorschrijvende) Zuid-Europese arts uiteraard bereid het optimale medicatiepakket te verstrekken, met als gevolg dat iemand terugkomt met een tas vol medicatie en het idee veel zieker te zijn dan het geval is. Dan is het voorschrijven van slechts één – mogelijk overbodig – middel wellicht zo slecht nog niet. ■

Sophie van der Voort

Sophie van der Voort is derdejaars aios.



KENNISTOETS: VRAGEN

Edwin is 2 jaar en komt met zijn vader op het spreekuur. Vader heeft gemerkt dat Edwin af en toe scheel kijkt. Ook anderen zeggen dat. De huisarts vraagt verder door en verneemt dat vader vroeger een lui oog heeft gehad en verziend is (hij heeft lenzen), maar wat beide met elkaar te maken hebben, weet vader eigenlijk niet. De huisarts legt uit dat (1) verziendheid de meestvoorkomende oorzaak is van scheelzien. Na verdere uitleg verwijst de huisarts Edwin naar de optometrist/opticien.

1. De uitleg bij (1) is correct.
2. Verwijzing naar de optometrist/opticien is correct.

Bij de elektronische post zit het bericht dat Erik, 7 jaar, voor de derde keer dit jaar met zijn vader op de SEH is geweest. De SEH-arts noemt in zijn bericht een vermoeden van kindermishandeling. De huisarts en aios bespreken wat ze hiermee moeten doen. De huisarts kent de familie niet goed. Die maakt sinds een half jaar deel uit van de praktijk en er zijn geen gegevens van een vorige huisarts. De aios zegt dat er voor huisartsen bij vermoeden van kindermishandeling (1) een wettelijke meldplicht bestaat. Verder vertelt de aios dat door de nieuwe meldcode (2) anonieme melding door artsen niet langer mogelijk is.

3. De bewering na (1) is correct.
4. De bewering na (2) is correct.

De heer Dansen, 52 jaar, meldt zich bij de huisartsenpost omdat hij tijdens een fietstocht flauwviel toen hij plotseling moest stoppen voor een stoplicht. Hij voelde het flauwvallen niet aankomen. Een kwartier tevoren had hij gepauzeerd, waarbij hij twee glazen bier had gedronken. Volgens omstanders duurde het bewustzijnsverlies enkele seconden, waarna het bewustzijn zich direct herstelde. Hierna liep hij rood aan. De heer Dansen heeft de tocht vervolgens zonder problemen uitgefietst. Hij is altijd gezond geweest. De huisarts denkt aan een vasovagale collaps of aan een syncope door een cardiale oorzaak. Voor een vasovagale collaps pleit/pleiten:

5. - de afwezigheid van prodromale verschijnselen;
6. - de roodheid na het flauwvallen;
7. - het optreden direct na alcoholgebruik.

Mevrouw Boeke, 62 jaar, belt tijdens het middagspreekuur de spoedlijn omdat ze hevige pijn in haar gezicht heeft. Ze heeft twee keer eerder pijn aanvallen in het gezicht gehad. De eerste twee aanvallen kwamen (1) 's nachts en (2) duurden toen ongeveer 4 tot 6 uur. De huidige pijn is gelokaliseerd rond haar rechteroog en (3) straalt uit naar haar slaap. Paracetamol en ibuprofen helpen niet. Ze is wanhopig van de pijn. Desgevraagd blijkt ze tijdens de aanvallen niet stil te kunnen liggen. De huisarts denkt aan clusterhoofdpijn. Bij de diagnose clusterhoofdpijn past/passen:

8. - het tijdstip van de aanvallen genoemd na (1);
9. - de duur van de aanvallen genoemd na (2);
10. - de uitstraling van de pijn, genoemd na (3).

De antwoorden staan op pagina 560.

De toetsvragen zijn afkomstig van de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoetsen van Huisartsopleiding Nederland. De vragen zijn altijd als juist/onjuist geformuleerd. De antwoorden worden verzorgd door de afdeling Implementatie van het NHG. Correspondentie over de vragen is mogelijk via: Secretariaat Huisartsopleiding Nederland, rubriek H&W, Postbus 20072, 3502 LB Utrecht of per e-mail: secretariaat@huisartsopleiding.nl.



Diabetes mellitus en het bewegingsapparaat

INLEIDING

De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 adviseert jaarlijkse controle op macro- en microvasculaire schade. Hierbij wordt de functie van ogen, nieren, hart en vaten onderzocht. De standaard geeft geen advies over gericht onderzoek naar de functie van het bewegingsapparaat; problemen hiermee kunnen eveneens ontstaan als gevolg van lang bestaande hyperglykemie. Deze *limitation of joint mobility* (cheiroarthropathie) is een veel voorkomend maar onderbelicht fenomeen bij zowel type 1- als type 2 diabetes. De functionele beperkingen beïnvloeden de autonomie van de diabetespatiënt in het dagelijks leven. De auteurs van *Musculoskeletal Complications in Type-1 Diabetes* beschrijven voorkomen en beperkingen in een langlopend onderzoek.¹

ONDERZOEK

Design Het onderzoek naar prevalentie van cheiroarthropathie werd verricht bij het patiëntencohort van het DCCT/EDIC-onderzoek.² De *Diabetes Control and Complications Trial* (1983-1993) en de aansluitende *Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Trial* zijn langlopende onderzoeken naar micro- en macrovasculaire complicaties bij type 1-diabetes (analoog aan het UKPDS-onderzoek bij type 2-diabetes). Er werden 1217 patiënten met diabetes type 1 geïnccludeerd met een gemiddelde leeftijd van 52 jaar, een gemiddelde diabetesduur van 31 jaar en een gemiddelde follow-up van 24 jaar.

Cheiroarthropathie werd gedefinieerd als periarticulaire verdikking van de huid van de handen en beperkte gewrichtsmobiliteit (limited joint mobility), met verlies van functionaliteit als gevolg. Hieronder vielen de volgende syndromen van de bovenste extremiteit: capsulitis adhesiva, carpaletunnelsyndroom, flexortendovaginitis, morbus Dupuytren en een afwijkend *prayer sign* (opening tussen beide pinken bij handen in bidstand). Met behulp van een gevalideerde vragenlijst werd de functiebeperking bepaald.

Resultaten Bij 807 patiënten (66%) met diabetes type 1 was sprake van cheiroarthropathie. De meestvoorkomende vorm was capsulitis adhesiva van de schouder (n = 372; 31%), gevolgd door het carpaletunnelsyndroom (= 362; 30%), flexortendovaginitis (n = 340; 28%), afwijkend *prayer sign* (n = 251; 22%), en morbus Dupuytren (n = 105; 9%). Van de onderzochte patiënten hadden er 400 (33%) een vorm van cheiroarthropathie, 241 (20%) twee vormen, 124 (10%) drie vormen en 42 (3%) vier of vijf vormen. De meestvoorkomende combinatie was het carpaletunnelsyndroom met flexortendovaginitis (31%), gevolgd door het carpaletunnelsyndroom met de capsulitis adhesiva (17%). De patiënten met cheiroarthropathie waren ouder (52,7 versus

51,3 jaar) en vaker vrouwelijk (53%). De aanwezigheid van cheiroarthropathie was gecorreleerd aan de duur van de diabetes, de hoogte van het HbA_{1c} en de aanwezigheid van neuropathie en retinopathie. De functiebeperking (Disabilities of the Arm, Shoulders and Hand (DASH) en symptoomscore) was bij vrouwen significant hoger dan bij mannen en nam toe naarmate er meer verschijningsvormen van cheiroarthropathie aanwezig waren.

INTERPRETATIE

Hoewel dit onderzoek is verricht onder patiënten met diabetes type 1, is cheiroarthropathie ook bekend bij patiënten met diabetes type 2. Dit onderzoek bevestigt eerdere bevindingen, waar bij tweederde van de diabetespatiënten beperkingen werden gevonden, vergeleken met een niet-diabetespopulatie met prevalentiecijfers tussen 4 en 20%.³ Voor de dagelijkse praktijk is het voor de zorgverlener van diabetespatiënten belangrijk om rekening te houden met syndromen die veroorzaakt worden door cheiroarthropathie. Door deze aandoeningen van de bovenste extremiteit en daaruit voortvloeiende functionele beperkingen kunnen bij de patiënt problemen ontstaan in het dagelijks functioneren. Ook ondervinden zij problemen bij zelfcontrole, spuihandelingen en het eigen onderzoek van de voeten. Daarnaast kunnen beperkingen een gericht beweeg- en sportadvies in de weg staan. Het fenomeen van limited joint mobility beperkt zich natuurlijk niet tot de bovenste extremiteiten. Een positief *prayer sign* kan duiden op limited joint mobility; de zorgverlener verricht dan een gericht voetonderzoek op zoek naar verstijving en verhoogde druk- en schuifkrachten. Gezien het hoge prevalentiecijfer is bij een positief *prayer sign* ook gericht onderzoek van de bovenste extremiteiten aan te bevelen. ■

LITERATUUR

- 1 Larkin ME, Barnie A, Braffett BH, Cleary PA, Diminick L, Harth J, et al. Musculoskeletal complications in Type 1 Diabetes. *Diabetes Care* 2014;37:1-7.
- 2 Diabetes Control and Complications Trial / Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Research Group: Nathan DM, Zinman B, Cleary PA, Backlund JY, Genuth S, et al. Modern-day clinical course of type 1 diabetes mellitus after 30 years duration: the diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications and Pittsburgh epidemiology of diabetes complications experience (1983-2005). *Arch Intern Med* 2009;169:1307-16.
- 3 Abate M, Schiavone C, Salini V, and Andia I. Management of limited joint mobility in diabetic patients; Diabetes metabolic syndrome and obesity. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2013;6:197-207.

ESWT bij schouderpijn?

INLEIDING

Bij patiënten met schouderpijn wordt huisartsen geadviseerd om beeldvormende diagnostiek, bijvoorbeeld echografie, te overwegen bij een afwijkend ziektebeloop of wanneer de gebruikelijke behandelstappen onvoldoende verbetering geven. Uit de literatuur blijkt dat er dan frequent sprake is van een tendinitis calcarea (kalkdepot in een pees) of tendinopathie (tendinose) van een van de rotatorcuffpezen. In de desbetreffende NHG-Standaard staan geen behandeladviezen voor deze specifieke schouderaandoeningen. Extracorporale Shock Wave Therapie (ESWT) is een behandeling die in populariteit groeit en ook door steeds meer fysiotherapeuten wordt aangeboden. Hierbij kan er gebruik worden gemaakt van laag- en hoogenergetische ESWT. Er zijn diverse onderzoeken die positieve resultaten laten zien van ESWT. Echter, het is nog niet duidelijk of huisartsen deze behandeling moeten aanbevelen aan hun patiënten. Er is dus een goede reden om een systematisch literatuuronderzoek uit te voeren naar de effectiviteit van ESWT.¹

ONDERZOEK

Design en methode In een systematische review werden de effecten van ESTW bij tendinitis calcarea en tendinopathie van de schouder onderzocht. Hierbij werd hoogenergetische ESWT vergeleken met laagenergetische ESWT of placebo. De onderzoekers zochten met diverse trefwoorden in verschillende databases (onder andere in MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, EMBASE en Web of Science). Drie onderzoekers beoordeelden de relevantie en kwaliteit van de gevonden onderzoeken onafhankelijk van elkaar. Vervolgens hebben ze op gestructureerde wijze gegevens verzameld over het type ESWT en de uitkomstmaten pijn (op een visueel analoge schaal), functionele evaluatie (Constant-Murley score), het verdwijnen van de kalkdepots en bijwerkingen van ESWT.

Resultaten Van de 376 gevonden artikelen voldeden er 28 aan de gestelde inclusiecriteria. Vergeleken met placebo is hoogenergetische ESWT significant effectiever voor het afnemen van pijn, het verbeteren van de schouderfunctie en de mate van resorptie van het kalkdepot bij tendinitis calcarea. Hoogenergetische ESWT verbetert de schouderfunctie significant meer en geeft betere resorptie van kalkdepots bij tendinitis calcarea dan laagenergetische, terwijl er geen verschil is in de mate van pijnafname. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen ESWT en placebo bij de behandeling van tendinopathie. De meest gerapporteerde bijwerkingen van ESWT waren acute pijn, petechiën, lokaal erytheem, kleine kneuzingen en hematomen. Deze bijwerkingen werden vaker gerapporteerd door patiënten die werden behandeld met hoogenergetische ESWT.

Conclusies Hoogenergetische ESWT is effectief voor het verbeteren van pijn en schouderfunctie bij patiënten met een ten-

dinitis calcarea en kan zorgen voor complete verdwijning van het kalkdepot. Laagenergetische ESWT is minder effectief, maar kan een therapeutische waarde hebben voor het verbeteren van de schouderfunctie. Zowel hoog- als laagenergetische ESWT zijn niet effectief bij de behandeling van tendinopathie.

INTERPRETATIE

ESWT blijkt dus alleen effectief te zijn bij tendinitis calcarea, waarbij de hoogenergetische vorm het effectiefst is. In dit literatuuronderzoek is geen enkel Nederlands onderzoek opgenomen en het is onduidelijk of er ook proefpersonen uit huisartsenpraktijken zijn geïnccludeerd. Hoewel de uitkomsten van deze review met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd, zijn ze van belang voor ons, huisartsen. Doordat ESWT ook steeds vaker wordt aangeboden door fysiotherapeuten, is het van belang dat de huisarts op de hoogte is van de plaatsbepaling en voor- en nadelen van deze behandelvorm.

De oorzaak van het ontstaan van kalkdepots in pezen is nog onvoldoende opgehelderd. Nadat de kalk is ontstaan kan dit ook vanzelf weer oplossen. Echter, dit kan maanden tot jaren duren en gepaard gaan met veel klachten. Ook blijkt dat er kalkdepots voorkomen in asymptomatische schouders. Internationaal lijkt er consensus te bestaan dat ESWT bij tendinitis calcarea kan worden geadviseerd als de gangbare huisartsgeneeskundige behandelingen (paracetamol, NSAID's, corticosteroidinjecties en fysiotherapie) niet effectief zijn. Pas daarna lijken de typisch tweedelijns behandelingen barbotage (aanprikken, spoelen en opzuigen van de kalk) of een operatie geïndiceerd. Doorgaans vergoeden zorgverzekeraars een ESWT niet als deze door een fysiotherapeut wordt uitgevoerd. Een lokaal anestheticum kan effectief zijn, indien patiënten hinderlijke acute pijn ervaren tijdens de ESWT. Goede afspraken tussen huisartsen en fysiotherapeuten zijn nodig als ESWT als behandeling in de eerstelijns wordt overwogen. Hoewel ESWT een effectieve behandeling lijkt voor tendinitis calcarea, blijft de exacte plaatsbepaling nog onduidelijk. ■

LITERATUUR

- 1 Bannuru RR, Flavin NE, Vaysbrot E, Harvey W, McAlindon T. High-energy extracorporeal shock-wave therapy for treating chronic calcific tendinitis of the shoulder. *Ann Intern Med* 2014;160:542-9.

Cafeïne en urine-incontinentie

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. A. Knuistingh Neven en dr. J.A.H. Eekhof, LUMC Leiden. Correspondentie: a.knuistinghneven@upcmail.nl.

Vraagstelling Bij de behandeling van urine-incontinentie (UI) horen leefstijladviezen zoals verminderde vochtintake, afvallen, verminderde cafeïne- en alcohol-intake. Cafeïne bevordert de diurese en geeft een verhoogde detrusordruk. Er is echter weinig bekend over de invloed van cafeïne-intake op de mate van urine-incontinentie (UI). Onze vraagstelling luidt derhalve: 'Is er wetenschappelijke onderbouwing voor het advies om minder cafeïne-houdende dranken te gebruiken ten gunste van de mate van urine-incontinentie?'

Zoekstructuur Wij zochten in januari 2014 in PubMed met de zoektermen "caffeine" (MeSH) AND "urinary incontinence". De zoekactie in Pubmed leverde 22 resultaten op. Hiervan waren 4 artikelen relevant voor onze vraagstelling. In de Cochrane Library vonden we geen aanvullende relevante artikelen.

Resultaten In 2011 vonden Jura et al. een relatie tussen cafeïne-intake en UI.¹ Zij voerden een prospectief cohortonderzoek uit bij 65.176 vrouwen in de leeftijd van 37-79 jaar *zonder* incontinentie, afkomstig uit de Nurses Health Studies (NHS). Door middel van vragenlijsten werden gedurende 4 jaar de incidentie van UI en de mate van cafeïne-intake vastgesteld. Dit resulteerde in een bescheiden significant verhoogd risico (RR 1,19; 95%-BI 1,06-1,34) op urge-incontinentie bij de vrouwen met de hoogste cafeïne-intake (> 450 mg/dag) versus de vrouwen met de laagste cafeïne-intake (< 150 mg/dag). Het risico was niet verhoogd voor stressincontinentie of gemengde incontinentie. Het toegenomen risico op urge-incontinentie geassocieerd met hoge cafeïne-intake is 25%. Bij een lage dosis cafeïne wordt geen toename van incontinentie vastgesteld.

Uit dezelfde NHS werd in 2012 door Townsend et al. een cohortonderzoek verricht onder 21.564 vrouwen *met* incontinentie.² In deze groep kon geen relatie aangetoond worden tussen langdurig cafeïnegebruik en verhoogd risico op progressie van bestaande UI. De progressie van UI in de groep met lage cafeïne-intake was gelijk aan de progressie in de groep vrouwen met hoge cafeïne-intake. Aparte analyses voor urge en/of stressincontinentie lieten hetzelfde patroon zien. Ook het percentage vrouwen met UI-progressie bleek onafhankelijk van hoeveelheid en af- of toename van cafeïne-intake.

Davis et al. analyseerden de data van 3960 deelnemende *mannen* aan de NHANES (National Health and Nutrition Examination Surveys) uit complete vragenlijsten over de mate van incontinentie en rapportages van cafeïne-intake.³ De pre-

valentie van UI onder deze mannen was 12,9%; matig tot ernstige UI kwam bij 4,4% voor. Cafeïne-intake tussen de 75^e en 90^e percentiel (234-392 mg of meer, dit is 2 koppen koffie per dag) was significant geassocieerd met matig tot ernstige UI, ook na correctie voor prostaat-gebonden factoren.

Tomlinson et al. onderzochten in een ongecontroleerd design het verlagen van de cafeïneconsumptie op de mate van UI.⁴ In dit onderzoek betrof het 41 vrouwen in de leeftijd van 55,3-87,3 jaar. Door het advies de hoeveelheid cafeïneconsumpties te verlagen nam het aantal episoden met urineverlies af van 2,60 per dag (SD 2,65) naar 1,68 per dag (SD 1,52), een (net) niet significant effect.

Bespreking In de gevonden onderzoeken zijn de patiënten meestal vrouwen. Beperkingen van deze onderzoeken zijn de zelfrapportage en daarmee de objectiviteit van de meting uit zelf ingevulde vragenlijsten (overschatting versus onderschatting van cafeïnegebruik). Ook het patroon van cafeïne-intake is niet bekend. Eventuele behandeling van UI is niet meegenomen in de beoordeling.

Conclusie De resultaten spreken elkaar tegen. Als er al effect is van cafeïneconsumptie, is het op urge-incontinentie.

Betekenis Wetenschappelijke onderbouwing voor het advies om minder koffie te drinken bij UI is zeer beperkt. Er bestaat dus onvoldoende bewijs om te kunnen zeggen dat minder drinken van cafeïnehoudende dranken leidt tot een verbetering van de urine-incontinentie. ■

LITERATUUR

- 1 Jura YH, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Caffeine intake, and the risk of stress, urgency and mixed urinary incontinence. *J Urol* 2011;185:1775-80.
- 2 Townsend MK, Resnick NM, Grodstein F. Caffeine intake and risk of urinary incontinence progression among women. *Obstet Gynecol* 2012;119:950-7.
- 3 Davis NJ, Vaughan CP, Johnson TM 2nd, Goode PS, Burgio KL, Redden DT, et al. Caffeine intake and its association with urinary incontinence in United States men: results from National Health and Nutrition Examination Surveys 2005-2006 and 2007-2008. *J Urol* 2013;189:2170-4.
- 4 Tomlinson BU, Dougherty MC, Pendergast JE, Boyington AR, Coffman MA, Pickens SM. Dietary Caffeine, Fluid Intake and Urinary Incontinence in Older rural Women. *Int Urogynaecol J* 1999;10:22-8.

Zelfmanagementprogramma bij artrose niet effectief

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coördinatie is in handen van dr. F.A. van de Laar, Cochrane Primary Health Care Field, Radboudumc Nijmegen • Correspondentie: floris.vandelaar@radboudumc.nl.

Context Zelfmanagementprogramma's (ZMP's) zijn bedoeld om patiënten met een chronische aandoening te stimuleren een actieve(re) rol aan te nemen in hun medische behandeling. Bij artrose zijn ZMP's vooral gericht op voorlichting en gedragsaanpassingen en worden ze aanvullend gegeven op de gangbare medische behandeling. Via verbetering van zelfmanagement wil men pijn, functiebeperking en overige algemene klachten verminderen, en de kwaliteit van leven verbeteren.

Klinische vraag Dragen ZMP's bij aan de effectiviteit van zelfmanagement bij patiënten met artrose?

Conclusie auteurs Er is kwalitatief matig bewijs dat ZMP's niet of nauwelijks effectief zijn bij de behandeling van patiënten met artrose. In totaal werden 29 (cluster-)RCT's geïncludeerd (6753 patiënten). Er werden verschillende controlegroepen gecreëerd: een 'aandachtgroep' (evenveel contacturen, zonder aandacht voor zelfmanagement), een *usual care*-groep (wachtlust voor operatie of ZMP), een groep die uitsluitend informatie kreeg (brochures, patiëntenbrieven) en een alternatieve behandeling-groep (fysiotherapie, dieet, acupunctuur). Vergelijken met *usual care* werden wel geringe effecten gezien van ZMP's op onder meer pijn en functie, maar deze werden niet klinisch relevant geacht.

Beperkingen Slechts 13 van de 29 onderzoeken gebruikten effectiviteit of 'doeltreffendheid' van zelfmanagement (naast pijn, functiebeperking enzovoort) als uitkomstmaat, terwijl dit juist de onderzoeksvraag van de reviewers was. Onderzoeken die uitsluitend verschillende vormen van ZMP's met elkaar vergeleken, werden vooraf al geëxcludeerd. Het niveau van bewijs was laag als gevolg van methodologische tekortkomingen van de geïncludeerde onderzoeken. Een goede vergelijking tussen de gevonden resultaten is bijna onmogelijk door grote heterogeniteit tussen de verschillende vormen van ZMP's, controle-interventies en uitkomstmaten.

COMMENTAAR

Zoals we vaker zien bij grote (systematische) reviews, blijkt het lastig kwalitatief goed bewijs te verkrijgen door het vergelijken van onderzoeksresultaten. Bij een zeer breed gedefinieerde interventie als ZMP is dit dan ook vragen om problemen. Het grootste euvel is hier de heterogeniteit: in de 29 onderzoeken werden maar liefst 34 varianten van ZMP's beschreven, variërend van cognitieve gedragstherapie (op zichzelf al heel breed) tot 'spouse-assisted coping skills training', en dan mag u raden wat dát betekent. Van de 34 ZMP's, waren er 22 in

groepsverband, acht individueel en vier gecombineerd individueel en in groepsverband. Bovendien werden 25 ZMP's face-to-face met de behandelaar gegeven, 2 via de telefoon, 1 via internet, en 6 gecombineerd face-to-face en via telefoon. De duur van de behandeling varieerde ook en kwam gemiddeld uit op 6 weken (range: 4 weken tot 12 maanden). Ten slotte verschilden de ZMP's in frequentie van contact: gemiddeld eenmaal per week (range: 4 maal per week tot eens per maand). Dat er dus voorzichtigheid geboden is met het trekken van conclusies, is helder.

De onderzoeken zijn heterogeen, waardoor de resultaten niet eenduidig zijn. Toch stellen de auteurs dat nieuw onderzoek naar vergelijkbare vormen van ZMP's bij patiënten met artrose vermoedelijk weinig nieuwe resultaten zou opleveren en derhalve niet zinvol lijkt. Dat horen we niet vaak en het spoort ons aan de eindconclusie over ZMP's als volgt te formuleren: niet doen. Jammer genoeg vinden de auteurs dat nieuwe of andere ZMP's wellicht toch een bijdrage kunnen leveren en dat verder onderzoek naar de ontwikkeling ervan mogelijk op zijn plaats is... Wat kunnen huisartsen nu met de resultaten van dit onderzoek? In de huidige richtlijnen over artrose (NHG-Standaarden Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen; Hand- en polsklachten) bestaat de behandeling met name uit het geven van goede voorlichting, desgewenst voorschrijven van pijnstillers en het geven van bewegingsadvies. ZMP's komen niet specifiek aan de orde. Wel wordt gesteld dat motivatie en betrokkenheid van patiënten vanaf het begin van de behandeling bijdragen aan het succes ervan. Mede gezien de resultaten van de review lijkt het dan ook belangrijk de patiënt te informeren dat goed zelfmanagement wel degelijk bijdraagt aan de behandeling van artrose, maar dat het weinig effectief lijkt zelfmanagement extra te trainen bij patiënten die dit weinig toepassen. Ik kan me derhalve vinden in de conclusie van de auteurs, dat het geen toegevoegde waarde heeft om patiënten met chronische pijnklachten door knie-, heup- of handartrose tijd, moeite en geld te laten investeren in het volgen van een ZMP. Deze conclusie zou bij eventuele herziening een goede aanvulling zijn op de huidige richtlijnen. ■

LITERATUUR

- 1 Kroon FPB, Van der Burg LRA, Buchbinder R, Osborne RH, Johnston RV, Pitt V. Self-management education programmes for osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;1:CD008963.

LEERBOEK ANAMNESE

De Jongh TOH, et al. Leerboek anamnese. Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2013. 333 pagina's, € 45,99. ISBN 978-90-36803-43-4.

Doelgroep De doelgroep voor dit boek zijn vooral studenten geneeskunde maar ook voor huisartsen (in opleiding) geeft dit boek informatie over de theoretische achtergrond van wat wij aan het doen zijn als we in gesprek zijn met een patiënt in de spreekkamer.

Inhoud In de waardevolle serie boeken van Tjeerd de Jongh en anderen (*Diagnostiek van alledaagse klachten*, *Praktische diagnostiek* en *Praktische vaardigheden*) miste nog een boek over de anamnese. Dat is er nu en het is ook het eerste Nederlandstalige leerboek op dit gebied. In 11 hoofdstukken worden verschillende aspecten van de anamnese belicht. De eerste hoofdstukken zijn gebaseerd op onderwerpen zoals: hoe komt een arts tot een diagnose, gespreksvaardigheden, de betekenis van de contextinformatie, de openingsvraag en uiteraard ook de hulpvraag.

Hoofdstuk 9 is het langste hoofdstuk waar specifiek verschillende vragen worden besproken die bij de anamnese gesteld kunnen worden. Hierbij is telkens aandacht voor welke vragen bijdragen tot bevestigen en welke vragen bijdragen tot verwerpen van de diagnose bij een bepaalde aandoening.

In hoofdstuk 10 en 11 is er aandacht voor bijzondere anamnesevormen en lastige gespreksituaties.

Oordeel De anamnese is de basis van de diagnostiek in de huisartsenpraktijk. Bij het stellen van een diagnose baseert

de huisarts zich voor 80% op de anamnese (10% op lichamelijk onderzoek en 10% aanvullende diagnostiek). Omdat de anamnese zo belangrijk is voor de huisarts is dit het beste boek wat er in Nederland is om er meer over te lezen. Het geeft je bijvoorbeeld inzicht in de verschillende methoden die je gebruikt om tot een diagnose te komen. De hypothesetoetsende



methode waarbij je op basis van verkregen informatie hypothesen ontwikkelt en aan de hand van nieuwe vragen deze hypothesen kan bevestigen of verwerpen. Ook de besliskundige benadering is herkenbaar. Bij die methode beschouw je elke vraag in de anamnese als nieuwe test, waarbij je stapsgewijs de kans op een bepaalde aandoening steeds groter probeert te maken.

Het boek is in de eerste plaats zeer waardevol voor studenten. Ook als ze specialist worden is de anamnese de basis van de diagnostiek. Door een goed gesprek met de patiënt te voeren kan informatie worden verzameld die aanvullend onderzoek overbodig maakt. Voor huisartsen (in opleiding) is het boek vooral interessant als bron om nog meer inzicht te krijgen in het belangrijkste diagnostische instrument dat we hebben: de anamnese. ■

Just Eekhof

Waardering: ●●●



Zachtjes voortsudderende prostatitis

In het artikel van Den Heijer en het commentaar van Van Pinxteren mis ik het belang van rectaal toucher.^{1,2} De NHG-Standaard vermeldt alleen de duidelijke acute prostatitis, maar niet de zachtjes voortsudderende prostatitis. Ik bedoel een beetje dysurie en wat vaker plussen bij een schone urine, of onduidelijke pijn in liezen, pubisgebied en scrotum

zonder mictieklachten. Soms gaat het om alleen maar koorts, zonder pijn, zonder mictieklachten. Als regel zijn de klachten matig van ernst en komen die mannen pas na een paar weken langs. Een pijnlijke prostaat bij erop duwen of een pijnloze prostaat bij rectaal toucher verdeelt die klachten dan in een prostatitis (kuurtje) en specifieke klachten (geruststelling). Die laatste noem ik prostatose. Je wilt de bezorgde man toch wat bieden. Voor de aardigheid laat ik wel eens eerste urine en een midstream urine nakijken. Dan laat de eerste portie

een bacteriurie zien en de tweede niet. De urethra zal dus wel meedoen met de prostatitis, de blaas niet.

Ik denk dat de symptoomarme prostatitis een blinde vlek is, in de praktijk en in de richtlijnen. Doe meer rectaal toucher is de boodschap. ■

Nico van Duijn

LITERATUUR

- 1 Den Heijer CDJ, Van Dongen MCJM, Donker GA, Stobberingh EE. Diagnostiek van urineweginfecties bij mannen. Huisarts Wet 2014;57:390-4.
- 2 Van Pinxteren B. Urineweginfecties: in dubio abstinence? Huisarts Wet 2014;57:395.

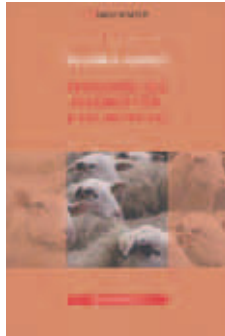
AFSCHEID VAN DE DSM

Van Os J. De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ. Leusden: Diagnosis Uitgevers, 2014. 224 pagina's, € 30 euro. ISBN 978-94-91969-00-3.

Doelgroep Hulpverleners en beleidsmakers op het gebied van de GGZ.

Inhoud Nog voordat de Nederlandse vertaling van de vijfde versie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) daadwerkelijk op de markt is, kunnen we die volgens de Maastrichtse hoogleraar psychiaterische epidemiologie, Jim van Os beter maar weggooiden. Hij acht dit systeem van diagnostische classificatie van mensen met geestelijke problematiek, waaraan hij overigens zelf heeft meegewerkt, medeverantwoordelijk voor de huidige malaise in GGZ.

De DSM onderscheidt circa 400 verschillende dikwijls nogal arbitraire syndromen die geen duidelijke empirische basis hebben. Ondanks decennia van geavanceerd beeldvormend, elektrofysiologisch en genetisch onderzoek is het tot nu toe niet gelukt de pathofysiologische achtergrond van ook maar één ervan bevredigend op te helderen. Voor de idee dat de syndromen berusten op achterliggende hersenziekten bestaat bijkans geen evidence. Bovendien vertonen de sympto-



matologie van deze syndromen vaak veel overlap met andere, zo hebben mensen die depressief of angstig zijn dikwijls psychotische ervaringen. Een probleem is ook dat een diagnose in DSM-termen weinig informatief is over de hulp die de patiënt nodig heeft. Volgens Van Os wordt het zo onderhand tijd af te rekenen met dit classificatiesysteem dat inmiddels gepaard gaat met aanmerkelijke bureaucratie. Die bureaucratie vloeit voort uit hier en daar tot het absurde doorgevoerde vergoedings-, verantwoordings- en bezuinigingssystematiek die steeds meer tijd van de hulpverleners opslokt.

Hij stelt dan ook voor de aandacht van diagnostiek in DSM-termen te verleggen naar een persoonlijke diagnose waarmee het probleem van de patiënt en de hulp die deze nodig heeft duidelijk wordt. Dat kan met behulp van vier relatief simpele vragen: wat is er met je gebeurd, wat is je kwetsbaarheid en wat is je weerbaarheid, waar wil je naartoe en wat heb je nodig? De eerste vraag getuigt van belangstelling voor het lijden van de patiënt. Met de tweede vraag kunnen aangrijpingspunten voor verbetering in kaart worden gebracht. Vraag drie verlegt de aandacht naar het proces van adaptatie en zelfmanagement. De vierde vraag concentreert zich op de zorgbehoefte die bij uiteenlopende diagnoses vaak dezelfde is.

Oordeel Van Os heeft onmiskenbaar in veel van zijn analyses het gelijk aan zijn zijde. Zou de GGZ met dit boek in beweging komen en het keurslijf van de DSM van zich af weten te schudden? ■

Tjerk Wiersma

Waardering: ●●●●



Gezocht: nieuwe columnisten

Maakt u als huisarts (in opleiding) dingen mee die u met andere huisartsen wilt delen? Schrijft u graag en gemakkelijk of wilt u het schrijven wel eens proberen? Laat het ons weten.

H&W is weer op zoek naar huisartsen (in opleiding) die af en toe een column willen schrijven. Die column kan gaan over uw dagelijks werk, maar ook over andere werkzaamheden als huisarts. Zo zijn er leuke en aansprekende verhalen te vertellen over het doen van onderzoek, het geven van onderwijs en het functioneren van bijvoorbeeld een SCEN-arts of kaderarts. Ook huisartsen (in opleiding) die ervoor een andere opleiding hebben gedaan of in de tropen hebben gewerkt kunnen vanuit die ervaring reflecteren op wat in de huisartsenpraktijk zo gewoon lijkt.

Het schrijven van een goede column is niet gemakkelijk. We geven een paar tips. Allereerst moet een column prikkelend zijn. Begin met een goede openingszin die uitnodigt tot lezen. Verder is het belangrijk dat u één onderwerp be-

handelt en niet te veel zijpaden inslaat. Het helpt ook als u een originele invalshoek kiest; niemand zit te wachten op een stuk waarin staat wat iedereen toch al vindt, het wordt veel interessanter als u een afwijkende mening hebt. Zorg ook voor een sterke afsluiting, bijvoorbeeld een verrassende wending of een vraag waarover de lezer moet nadenken.

Durft u het aan? Wilt u een column voor H&W schrijven? Wij nodigen u daartoe van harte uit. Zet uw verhaal op papier (maximaal 750 woorden) en mail uw bijdrage voor 15 november 2014 naar redactie@nhg.org. Wij maken een selectie uit de inzendingen en plaatsen de beste in H&W. Iedereen die iets instuurt krijgt een reactie. Wij zien uit naar uw inzendingen.

Hebt u nog vragen? Laat het ons weten, wij beantwoorden ze graag. Bel 030-2823550. ■

Just Eekhof
Hoofdredacteur H&W

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Juist / 2. Onjuist

Een kind met hooggradige hypermetropie presenteert zich niet met minder goed zien, maar met scheelzien. Altijd is dat in de leeftijdscategorie < 4 jaar. Het kind moet wegens die hooggradige hypermetropie sterk accommoderen, ook bij zien in de verte. Accommoderen gaat samen met convergeren. Als je convergeert bij zien in de verte (waarbij de oogassen parallel horen te staan) ga je scheelzien. Scheelzien leidt tot dubbelbeelden. Dubbelbeelden worden boven de leeftijd van 8 maanden niet meer geaccepteerd door het menselijk cerebrum. Eén beeld wordt dus onderdrukt, waardoor een suboptimale ontwikkeling plaatsvindt van de n. opticus aan die kant en langzaam maar zeker slechtzienheid ontstaat: amblyopie. Ingrijpen is nodig voor het zesde jaar, liever nog voor het vierde, ook om het dieptezien (waarvoor goed zien met twee ogen nodig is) te behouden. Het enige zinvolle bij vermoeden van amblyopie (op grond van de anamnese) is verwijzing naar de orthoptist. De moeite van zelf refractieonderzoek doen bij kleine kinderen kan de huisarts zich beter besparen.

NHG-werkgroep Refractiefwijkingen. NHG-Standaard Refractiefwijkingen. www.nhg.org.

Stilma JS, Voorn ThB, redactie. Oogheelkunde. Praktische huisartsgeesteskunde (2e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.

3. Onjuist / 4. Onjuist

Per juli 2013 zijn de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en het bijbehorende Besluit in werking getreden. In Nederland heeft de wetgever bewust gekozen voor dit meldrecht en niet voor een wettelijke meldplicht. Aan een wettelijke meldplicht kleven meer nadelen dan voordelen, zoals zorgmijdende ouders of defensief meldende artsen. Meldrecht houdt de afweging bij de arts. De KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld biedt handvatten voor het maken van die afweging. De arts doet zijn melding in beginsel op naam, maar kan desgewenst anoniem blijven ten opzichte van het gezin waarover hij (zonder toestemming) informatie aan het AMK verstrekt, als dit noodzakelijk is in verband met de veiligheid van de cliënt of anderen, met de vertrouwensrelatie met het gezin

waartoe het kind behoort of in verband met zijn eigen veiligheid. De arts gaat terughoudend om met de mogelijkheid van anonimiteit en vermeldt uitdrukkelijk waarom hij daarvan gebruik wil maken.

<http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/Stappenplannen-meldcode/Stappenplan-kindermishandeling.htm>

5. Onjuist / 6. Onjuist / 7. Juist

De symptomen van een vasovagale collaps zijn: geleidelijk beroerd worden met vagale verschijnselen als bleekheid, misselijkheid, profuus transpireren, geeuwerigheid, bradycardie en pupildilatatie. Factoren die een vasovagale collaps bevorderen zijn lang staan, medicatie (met name nitroglycerine of diuretica), verminderde weerstand en alcoholgebruik. Bij een collaps door een ritmestoornis, zoals een ventriculaire tachycardie of bradyaritmie, daalt door het wegvallen van de pompfunctie het hartminuutvolume, met na 3 tot 4 seconden duizeligheid en na 5 tot 10 seconden acute spierverslapping, bewustzijnsverlies en lijkleek wegtrekken van de patiënt. Na ritmeherstel is de patiënt meteen weer helder en heeft vaak een opvallend rood gelaat.

De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten (3e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011.

Keeman JN, Schadé E, redactie. Spoedeisende hulp in de huisartspraktijk (2e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.

8. Juist / 9. Onjuist / 10. Juist

Clusterhoofdpijn is een herhaaldelijk optredende, zeer heftige, intense eenzijdige pijn van het aangezicht en/of hoofd gedurende 15 tot 180 minuten, variërend van eenmalig om de dag tot 8 maal per dag. De pijn gaat vaak gepaard met een ipsilateraal rood en/of tranend oog, neusverstopping, oogliededeem, pupilvernauwing en/of hangend ooglid, verhoogde zweetsecretie van voorhoofd/gelaat, onrustig gevoel en bewegingsdrang. De pijnaanvallen treden opvallend vaak 's nachts op. De clusters treden op in een periode van enkele weken tot maanden.

NHG-werkgroep Hoofdpijn. NHG-Standaard Hoofdpijn (derde herziening). www.nhg.org.



Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

Just Eekhof, hoofdredacteur, Linda Bröker, Lidewij Broekhuizen, Sjoerd Hobma, Bèr Pleumeekers, Marissa Scherp-tong-Engbers, Annet Sollie, Wilma Spinnewijn, Hans van der Wouden
De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.

Redactiesecretariaat

Henny Helsloot, Marjolijn Oosterom, Susan Umans, Tanja Veenstra.
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 50 F (030) 282 35 01
E-mail redactie@nhg.org

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijkenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 00, F (030) 282 35 01

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.
Postbus 246, 3990 GA Houten
Paul Bakker (030) 638 39 28, p.bakker@bsl.nl
Gertjan Verhoog (030) 638 37 65, g.verhoog@bsl.nl
Peter de Jong (030) 638 38 88, p.dejong@bsl.nl
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie. Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

Abonnementenadministratie

Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
T (030) 638 37 36, F (030) 638 39 99
www.bsl.nl

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementenprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten)
Abonnementprijs (print + online toegang): € 209,-
Abonnementprijs (enkel online toegang): € 125,40
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Media, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernr. 32107635 op 17 juni 2010. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

ISSN 0018-7070



Ecg op Twitter

Zelfmetingen lijken een enorme vlucht te nemen. Na de weegschaal op de badkamer kwamen de stappentellers, de hartslagmeters bij het hardlopen, zelftests bij de drogist en allerlei mogelijkheden om onze eigen activiteiten bij te houden.

We kunnen onze gemeten lichaamsfuncties, zoals een ecg, opslaan in een app en zelfs delen via Twitter of Facebook. *The quantified self* staat voor de zelfmetende mens die zich continu op de hoogte houdt van zijn eigen lichaamsfuncties. Dat lijkt de belofte in te houden dat meer inzicht tot een betere zelfcontrole en vooral een betere gezondheid leidt.

VAN DE VOORZITTER



Ik ben een groot voorstander van het zinvol zelfmeten door de patiënt. Zo heb ik meerdere bloeddrukmeters in de praktijk die aan de patiënten worden uitgeleend. Deze geven een veel betrouwbaarder indruk van de bloeddruk – en zijn dus wellicht een betere indicator van de bloeddrukregulatie – dan de metingen om het kwartaal tijdens het spreekuur. Steeds meer mensen hebben overigens zelf een bloeddrukmeter. Of een suikermeter.

Als het gaat om met de patiënt afgesproken metingen, dan zou ik die graag op een handige manier ontvangen, het liefst direct in mijn HIS. De mate waarin de patiënt die over steeds meer gegevens over zichzelf beschikt een appèl doet op zijn huisarts, hangt volgens mij af van wat ik noem *the qualified self*: het vermogen om op de juiste manier met al deze gegevens om te gaan. Maar daarover zijn vast goede afspraken te maken tijdens het consult.

Rob Dijkstra

Tijd voor een prikje

Deze maand is het weer tijd om uw patiënten te vaccineren tegen influenza. De indicaties hiervoor zijn niet gewijzigd; in het onlangs uitgebrachte advies *Grip op griep* concludeerde de Gezondheidsraad dat voortzetting van de vaccinatie van gezonde 60-plussers gerechtvaardigd is. De minister besluit dit najaar nog over het advies.

Hoe bewaar je het?

Influenzavaccins worden gekoeld vervoerd en moeten binnen één uur na levering in de ijskast (temperatuur 2–8°C) worden gezet, mits in de tussentijd de temperatuur niet boven de 21°C komt. De dag voor levering krijgt u een e-mail met een indicatie van de levertijd. Een instructiefilmpje over het gekoelde transport, mede ontwikkeld door het NHG, is te vinden op www.snpg.nl. Hoe goed gekoeld ook, de vaccins zijn niet onbeperkt houdbaar. Ook al is de samenstelling van het vaccin dezelfde als vorig jaar – inclusief het pandemievirus – u kunt de vaccins van 2013 dit jaar niet meer gebruiken.

Kennis opfrissen

De e-learning *Griepvaccinatie in de praktijk* biedt u en uw praktijkmedewerkers ondersteuning bij een goede organisatie en uitvoering van de griepvaccinatie; u kunt deze vinden op www.snpg.nl. Mochten uw patiënten hun kennis over griep en de vaccinatie ertegen willen opfrissen, dan kunt u hen verwijzen naar www.rivm.nl/grieprik en natuurlijk naar Thuisarts.nl/griep. Uzelf vindt op de huisarts toegespitste informatie op www.nhg.org/griep.



Foto: Shutterstock

Witte vlekken in onderzoek

Bij de ontwikkeling van de NHG-Standaarden blijkt soms dat er geen goede onderzoeksresultaten beschikbaar zijn over een bepaald onderwerp, 'kennislacunes' dus. Deze zijn geïnventariseerd en een overzicht ervan is onlangs beschikbaar gekomen op de NHG-website. U kunt nu per onderwerp bekijken aan welk onderzoek behoefte is vanuit de NHG-Standaarden en welk onderzoek op dit moment gaande is bij de onderzoeksafdelingen Huisartsgeneeskunde. Het overzicht is opgesteld in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde-Research, waarin de diverse onderzoeksafdelingen Huisartsgeneeskunde en het NIVEL vertegenwoordigd zijn. U vindt het overzicht van de kennislacunes op www.nhg.org/lacunes.

NHG-Congres Dokteren doe je niet alleen:

De laatste nieuwtjes

Heeft u al eens rondgeneusd op www.nhgcongres.nl? U vindt hier de jongste informatie over het programma en de laatste nieuwtjes rond workshops en presentatoren. Ook kunt u zich hier voor het congres inschrijven. U kunt weliswaar niet meer profiteren

van de hoge vroegboekorting, maar als u zich inschrijft vóór 27 oktober hoeft u nog niet 'het volle pond' te betalen. Pas na 27 oktober gaat de volledige congresprijs in.



De baby is peuter geworden!

2,5 jaar Thuisarts.nl

Nog maar zo kort na de lancering is Thuisarts.nl niet meer weg te denken uit uw patiëntenvoorlichting. Er zijn 50.000 tot 70.000 bezoeken per dag en de Thuisarts-app is ruim 40.000 keer gedownload. De positieve reacties van bezoekers, de vele tips en suggesties voor nieuwe onderwerpen en de samenwerking met andere organisaties geven een beeld van de waardering voor de NHG-publiekswaarde.

Voordelen op een rijtje

Vermoedelijk kent u de voordelen van Thuisarts.nl al wel: de begrijpelijke teksten met afbeeldingen, de voorleesfunctie, de gelaagde, betrouwbare informatie en de mogelijkheden tot printen, mailen en delen via Twitter en Facebook. In de Thuisarts-app op Apple en Android kan de patiënt bovendien:

- informatie in een persoonlijk profiel opslaan;
- vóór het consult klachten en vragen aan de huisarts of praktijkondersteuner noteren;
- tijdens het consult behandelingsafspraken en medicatie invullen;
- ná het consult eventuele vervolgsafspraken plannen en medicatieherinneringen instellen.

Gebruik in de spreekkamer

U kunt gebruikmaken van Thuisarts.nl als ondersteuning van uw eigen voorlichting of door de afbeeldingen te gebruiken als illustratie van uw uitleg. En u kunt gemakkelijk een link naar een Thuisarts-tekst mailen naar uw patiënt, bijvoorbeeld bij een e-consult.

De praktijkassistente en poh kunnen mensen die wat minder bedreven zijn met digitale apparatuur desgewenst op weg helpen in Thuisarts.nl: de manieren om informatie op te zoeken (via de anatomische 'pop', de letterbalk of een zoekterm), het gebruik van het menu, het verder zoeken op gerelateerde onderwerpen en het doorlinken naar meer informatie.

Plannen voor de toekomst

Natuurlijk blijven er steeds nieuwe onderwerpen, filmpjes en afbeeldingen verschijnen op Thuisarts.nl en worden de

THUISARTS.NL



teksten aangevuld of aangepast bij elke verschijning van een (geactualiseerde) standaard. In die zin is de informatie op de Thuisarts.nl te beschouwen als een patiëntenversie van de NHG-Standaarden.

Thuisarts.nl is dus nooit 'af'; wekelijks komen waardevolle suggesties voor nieuwe onderwerpen binnen of vraagt de actualiteit om nieuwe informatievoorziening (bijvoorbeeld over vitamine B12, ebola, maagzuurremmers, de pil enzovoort). Ook zal meer keuzeondersteunende informatie worden opgenomen, zoals de zeventien keuzehulpen die voorheen op kiesbeter.nl stonden. Bovendien zal Thuisarts.nl worden ontsloten via de wachtkamerschermen. En tot slot zijn er plannen om Thuisarts.nl een centrale rol te geven in e-health, bijvoorbeeld in de vorm van online triage, koppeling met het HIS en inzage in het medisch dossier.

Volledig herziene NHG-TriageWijzer vanaf 1 november beschikbaar

De TriageWijzer heeft een geheel nieuw jasje gekregen: de ordner met losse bladen werd als gebruiksonvriendelijk ervaren en is nu dus vervangen door een ringband. Dit betekent dat de losbladige actualiseringen komen te vervallen, evenals het bijbehorende abonnement.

Overige veranderingen zijn:

- De tijdslimiet voor urgentie categorie U4 is van 'binnen dezelfde dienst' veranderd in *binnen 24 uur*. Om problemen te voorkomen zijn alle U4-criteria tegen het licht gehouden en waar nodig veranderd in U3.
- De informatie van de advieskaarten is bij de ingangsklachten ondergebracht; hierdoor zijn de adviespagina's uitgebreid.
- De vragen zijn niet langer in onderscheidende kleuren weergegeven. In plaats hiervan is nu voor elke vraag de urgentie categorie vermeld waarop de vraag betrekking heeft.

U kunt de herziene TriageWijzer **vanaf 15 oktober** bestellen via www.nhg.org. Als NHG-lid betaalt u € 35,-; de prijs voor niet-leden bedraagt € 50,-.



NHG-AGENDA 2014/2015 data



- **NHG-Congres Dokters doe je niet alleen** 21 november
- **Algemene Ledenvergadering** 3 december
- **PsyHAG-symposium** 22 januari
- **LOVAH-Congres** 23 januari

Meer informatie over alle NHG-activiteiten vindt u op www.nhg.org

Complexiteit bij een veranderend zorgstelsel:

Nieuwe zorg voor de oude patiënt

De veranderingen in de zorg en de ondersteuning van ouderen in de thuissituatie vergen van de huisartsenpraktijk vaak een andere denk- en handelwijze. Het NHG ontwikkelt diverse producten en (na)scholingsmaterialen die de huisarts kunnen ondersteunen bij de zorgverlening aan oudere patiënten in het nieuwe zorgstelsel.

Andere patiënten, andere zorg

Door de aard van hun problematiek is bij kwetsbare ouderen vaak een afwijkende aanpak nodig:

- Ouderen zelf vinden het vaak belangrijker dat zij zo lang mogelijk de regie over hun eigen leven houden dan dat zij een optimale gezondheid of levensverlenging wensen.
- Ouderen hebben vaak meerdere (chronische) aandoeningen.
- De aandoeningen van ouderen zeggen weinig over de aard en ernst van de ervaren functionele en psychosociale gevolgen.
- 'Kwetsbaarheid' – een centraal begrip bij de zorg voor ouderen – ontstaat niet alleen door gezondheidsproblemen en de daaruit voortvloeiende beperkingen, maar ook door de sociale vaardigheden, de financiële middelen en het sociale netwerk waarover mensen beschikken.
- Bij ouderenzorg kan complexiteit van de problematiek (*case complexity*) of van de zorg zelf (*care complexity*) spelen. Bij veel ouderen gaan *case and care complexity* samen en is een multidisciplinaire aanpak nodig.
- Behandelingen van verschillende aandoeningen kunnen elkaar negatief beïnvloeden.
- Als behandeling van de oorzaken van aandoeningen niet mogelijk is, worden de gevolgen ervan aangepakt: *care versus cure*.
- De functionele status (de mate waarin iemand in staat is om de activiteiten te verrichten die nodig zijn voor zijn welzijn en om zich aan te passen aan zijn materiële en sociale omgeving) biedt een goed aanknopingspunt bij de zorg voor ouderen, maar vergt een andere organisatie daarvan.
- Vaak zijn verschillende zorgverleners betrokken bij de oudere met complexe problematiek. Afstemming en regie zijn dan noodzakelijk.

Problemen en mogelijke oplossingen

Naast de complexiteit van de zorg spelen ook de veranderingen in het zorgstelsel. Onduidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is en welke financiering zal gelden. Bij de herstructurering van de langdurige zorg, van de AWBZ naar de Wet Langdurige Zorg (WLZ), zijn enkele onderdelen niet vervat in de nieuwe wetgeving. Buiten de WLZ vallen onderdelen die zijn opgenomen in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning: de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang. Maar ook de geriatrische revalidatiezorg, eerstelijns (kortdurende) herstellzorg en palliatieve



zorg. Hierdoor zijn er meer vragen dan antwoorden. Het NHG en de LHV bespreken de mogelijke oplossingen met het ministerie van VWS en de betrokken beroeps- en brancheverenigingen. Het NHG-Standpunt *Huisartsgeneeskunde voor ouderen* (uit mei 2007) wordt aangepast aan de ontwikkelingen. Tegelijkertijd wordt in 2015 een Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak met wijkverpleegkundigen ontwikkeld.

Ondersteuning voor de huisarts

V&VN en het NHG werken nauw samen met de expertgroep Kaderhuisartsen Ouderenzorg Laego, LHV, Verenso, Vilans, InEen, VNG en MOgroep aan een ondersteuningspakket dat aansluit bij de veranderende behoeften van de huisartsenvoorziening. Hiertoe wordt gebruikgemaakt van de resultaten van het Nationaal Programma Ouderenzorg. De inbreng van ouderen krijgt in dit project een centrale plaats. Vanaf het tweede kwartaal 2015 zijn de eerste producten beschikbaar. De NHG-PraktijkWijzer Ouderenzorg wordt herzien en zal in een nieuwe vorm verschijnen: het boek *Protocollaire ouderenzorg*. In 2015 kunt u ook al heel concreet aan de slag: dan verschijnt een internet-PIN over ouderenzorg, die aansluit bij het zojuist genoemde boek. Later komt er nog een e-learning voor de praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen over ouderenzorg, en scholing voor huisartsen en eerstelijnsverpleegkundigen. De teksten op Thuisarts.nl die zijn gericht op ouderenzorg zullen worden aangepast en uitgebreid met een keuzehulp over een door oudere patiënten gekozen onderwerp ter bevordering van gezamenlijke besluitvorming.

Meer weten?

Op www.nhg.org kunt u het dossier Ouderenzorg vinden waarin de jongste ontwikkelingen steeds worden bijgehouden. Vragen over dit onderwerp kunt u mailen aan l.tolsma@nhg.org.

Linda Tolsma, beleidsmedewerker NHG

Interview met Sabine van Logtestijn:

‘Huisartsen moeten al in 2015 met visitatie aan de slag kunnen gaan!’



Sinds enkele maanden werkt Sabine van Logtestijn als projectleider Visitatie bij het NHG. Na haar studie *Beleid en Management Gezondheidszorg* heeft zij jarenlang in beleids- en staffuncties in ziekenhuizen gewerkt, waarbij haar aandachtsgebied de kwaliteit van zorg betrof. Ook werkte ze bij het CBO aan de ontwikkeling van richtlijnen en indicatoren, maar vooral aan de visitatie van medisch specialisten. In een interview vertelt ze wat er zoal komt kijken bij de visitatie van huisartsen, die per 1 januari 2016 onderdeel is van de herregistratie.

Draait de visitatie van medisch specialisten al zo veel langer?

‘Ja, er komt dit jaar zelfs een symposium over 25 jaar visitatie bij medisch specialisten. De eerste kwaliteitsvisitaties startten in 1989 vanuit de beroepsgroepen zelf; die wilden een eigen instrument ontwikkelen gericht op de bewaking en verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Inmiddels draait de visitatie ook bij bijvoorbeeld bedrijfsartsen en een groep paramedici. Huisartsen zullen zich nu hierbij aansluiten met het ontwikkelde visitatieprogramma. Maar anders dan bij de medisch specialisten, bij wie de maatschap centraal staat, zal het bij huisartsen vooral gaan om het individueel functioneren.’

Hoe wordt dat functioneren dan bekeken?

‘Met behulp van vragenlijsten wordt de mening over het functioneren van de huisarts gevraagd aan patiënten en collega’s. Dat laatste in de breedste zin van het woord, dus collega-huisartsen en praktijkmedewerkers, maar ook bijvoorbeeld medisch specialisten, fysiotherapeuten of psychologen met wie de huisarts samenwerkt. De vragen richten zich behalve op het medisch handelen ook op de zes andere competenties van de huisarts: samenwerking, communicatie, wetenschap en onderwijs, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit. De huisartsen vul-

len bovendien dezelfde vragenlijsten in. Dit alles gaat via Visitatie Online, in de wandelgangen “VOL” genaamd. Dit systeem genereert vervolgens automatisch de feedbackrapportages.’

Wat gebeurt er met die feedback?

‘Uiteraard is het de bedoeling dat de huisarts de feedback analyseert en op basis daarvan een *Persoonlijk ontwikkelingsplan* maakt. En er is een visitatiegesprek met een van de erkende gespreksleiders. Daarbij gaat het om de sterke kanten in het functioneren, maar natuurlijk ook om de punten waar verbeteringsmogelijkheden liggen. Daarop kun je dan bijvoorbeeld je nascholing richten. De gespreksleider fungeert bij dit alles als klankbord; het gaat niet om het vellen van een oordeel maar om het in gang zetten van verbeteringen.’

Maar deelname aan visitatie wordt dus wel verplicht voor huisartsen?

‘Feitelijk is die verplichting er al, maar vanaf 1 januari 2016 zal het Kaderbesluit ook worden gehandhaafd. Deelname aan visitatie is dan nodig voor je herregistratie. We hopen echter dat huisartsen dit niet zozeer zullen zien als een verplichting maar als een kans om wijzer te worden over hun eigen functioneren en een moment van zelfevaluatie. De huisartsen die eerder aan de pilot deelnamen waren heel positief over de deelname; de visitatie gaf hen meer inzicht en ze vonden het goed om een spiegel voorgehouden te krijgen.’

Sommige huisartsen zullen vinden dat ze al zo veel moeten...

‘Ja, dat is begrijpelijk, maar het levert hun ook wat op. Ze krijgen vier accreditatiepunten voor deelname en het hoeft maar eens in de vijf jaar. Als ze in het kader van de praktijkaccreditering al een patiëntenenquête hebben gehouden, kunnen ze de resultaten daarvan gebruiken. En wij kijken nog of afstemming met de opleidingsvisitation mogelijk is. We proberen alles te doen om de last voor de huisartsen zoveel mogelijk te verminderen.’

En wat gaat er nu verder gebeuren?

‘In september is een pilot gestart om het visitatieprogramma te implementeren. Een groep van vijftien huisartsen is toen begonnen met de visitatie en zij kunnen een belangrijke bijdrage aan het programma leveren. Ons streven is om begin volgend jaar het visitatieprogramma beschikbaar te hebben, want huisartsen die in 2016 hun herregistratie hebben moeten tijdig kunnen starten. En dat traject neemt toch wel zo’n twee tot drie maanden in beslag.’

Wat vind je leuk aan je werk?

‘Het is een hele uitdaging om dit programma samen met collega’s en huisartsen goed neer te zetten. Ik hoop hierbij mijn kennis en ervaring met visitatie bij andere beroepsgroepen te kunnen gebruiken. En ik ben ervan overtuigd dat er straks goede resultaten zullen zijn; dat heeft mijn ervaring met visitatie me wel geleerd!’ (AS)

Vragen over visitatie kunt u stellen via visitatie@nhg.org of s.vanlogtestijn@nhg.org

Redactie NHG-nieuws
Joost Blijham, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef, eindredacteur

Colofon

Contact
Ans Stalenhoef
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon 030 - 2823500
E-mail: a.stalenhoef@nhg.org

Het NHG-nieuws is een uitgave van het NHG-bureau en vormt een vast onderdeel van H&W.

Voor het colofon van het wetenschappelijk deel van H&W: blader 4 pagina's terug