JAARGANG 60 / MAART 2017

3

2017

H&W

Huisarts en Wetenschap

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

BESCHOUWING

Ggz-vragenlijsten nuttig?

ONDERZOEK

Minder antibiotica bij luchtweginfecties

NHG-STANDPUNT

Dragerschapsscreening

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

3

WETENSCHAP

112 BESCHOUWING Ggz-vragenlijsten staan persoonsgerichte zorg in de weg
Peter Lucassen, Simone Postma, Tim olde Hartman

115 COMMENTAAR De 4DKL bevordert juist persoonsgerichte zorg
Berend Terluin

116 ONDERZOEK Minder antibiotica bij luchtweginfecties
Alike van der Velden, Marijke Kuyvenhoven, Theo Verheij

122 Minder sterfte door continuïteit van zorg
Otto Maarsingh, Ykeda Henry, Peter van de Ven, et al.

125 BESCHOUWING Kinderen met obesitas
Winifred Paulis

128 COMMENTAAR Kinderen met obesitas: lost in paradise?
Bèr Pleumeekers

129 NHG-STANDPUNT
NHG-Standpunt Dragerschapsscreening

KLINISCHE PRAKTIJK

121 PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE De onderzoeksvraag
Wim Verstappen

131 (VER)STAND VAN ZAKEN Integrale zorg voor patiënten met atriumfibrilleren
Carline van den Dries

132 KLINISCHE LES Effect van ijzergebrek op HbA1c
Suzanne Bakker, Bertien Hart

137 CASUÏSTIEK Een spugende zuigeling
Nina Steutel, Marjolein Berger, Merit Tabbers

138 SPREEKUUR Mirena® bij tieners
Marja Versteeg, Doreth Teunissen

139 Stoppen met roken tijdens zwangerschap
Pieta van Rhijn, Toine Lagro-Janssen

140 CATS Hoge hakken en knieartrose
Ilse Stokman, Sjoerd Bruggink

141 Dientamoebe fragilis bij kinderen: niets aan doen
Lieke van der Straten, Marie-Louise Bartelink

142 PEARLS MMSE schakel in diagnostisch traject
Sophie van Blijswijk

107 JOURNAAL
135 KENNISTOETS
136 SIGNAAL
143 BOEKEN
144 COLOFON H&W

9 HET NHG

Weg met de vragenlijsten?

Na een op sommige momenten emotioneel gesprek over zijn angsten en somberheid sluit ik het consult af met de vraag (die staat nu eenmaal in ons ggz-protocol): 'Wilt u een vragenlijstje invullen? O ja, en via de e-mail krijgt u ook een vragenlijst toegezonden als herhaalmeting over drie maanden en een jaar om te kijken hoe het met u is.'

Het voelt ambivalent. Goed om door een gestructureerde lijst geen zaken over het hoofd te zien, maar wat heb je er verder aan? Onze poh-ggz is wél blij met het vragenlijstje: ze kan cliënten laten zien dat het (op onderdelen) beter gaat bij vervolgconsulten. De psycholoog werkt ook met vragenlijsten bij de diagnostiek, dus waarom ik als huisarts niet?

Er worden steeds meer vragenlijsten afgenomen. De meningen over nut en opbrengst zijn verdeeld. Bij astma en COPD bijvoorbeeld worden al veel langer lijstjes gebruikt. Ze zijn onderzocht in de eerste lijn en geven informatie op groepsniveau. Praktijkondersteuners ervaren ze als een nuttig houvast in het consult. Voor patiëntenorganisaties is het gebruik ervan een kwaliteitscriterium in zorgstandaarden. Zorgverzekeraars nemen op hun beurt de vragenlijsten weer op als onderdeel van zorginkoop. Lijstje niet ingevuld of geen verbetering op de lijst, dan minder betaling!

De ellende is dat de lijsten niet meer worden gebruikt waarvoor ze bedoeld zijn: als meetinstrument bij wetenschappelijk onderzoek, vooral waar het gaat om kwaliteit van leven. Daar hebben patiënten wat aan. Zij gaan immers niet dood aan de chronische aandoening, maar kunnen er wel veel last van hebben. Vanuit de tweede lijn, met haar ziektegerichte denken, zijn deze lijsten overgewaaid naar de eerste lijn. Voor astma-COPD blijken ze bruikbaar als leidraad voor het gesprek en de bepaling van het doel van de behandeling. Op groepsniveau is het nut van lijstjes voor evaluatie van zorg wel bewezen, maar op individueel patiëntniveau is de bruikbaarheid zeer beperkt.

Lucassen en Terluin beschrijven in dit nummer of de veelgebruikte 4DKL en andere ggz-vragenlijsten zinvol zijn in uw praktijk bij psychische problemen. Ze blijken slechts een zeer beperkte plaats te hebben.

Weg dus met de vragenlijstjes? Nee, maar zet ze alleen in als houvast voor het gesprek, als hulpmiddel om niets te missen. En we zetten de lijsten pas in voor andere doelen, zoals evaluatie van de behandeling, als de meerwaarde wetenschappelijk is aangetoond. De wetenschap beslist en niet de zorgverzekeraar of uw zorggroep.

Als de patiënt na enkele maanden terugkomt, sluit ik het vervolgconsult dus niet af met een vragenlijst.

Ivo Smeele

Kinkhoestvaccinatie zwangeren ter bescherming van zuigeling

De Gezondheidsraad bracht eind 2015 het advies uit om zwangere vrouwen vaccinatie tegen kinkhoest aan te bieden ter bescherming van de zuigeling. Het ministerie van VWS moet nog besluiten hoe dit advies zal worden overgenomen. In de tussentijd is de vaccinatie bij GGD'en op eigen rekening verkrijgbaar. Sommige GGD'en hebben de verloskundigen en huisartsen in hun regio hierover geïnformeerd. Huisartsen kunnen deze vaccinatie zelf bestellen en toedienen, óf zij kunnen een zwangere verwijzen naar de GGD in hun regio.

Bij het huidige vaccinatiebeleid blijven de allerjongsten onbeschermd tegen kinkhoest. Terwijl juist bij deze zuigelingen, die nog niet alle inentingen hebben gehad, kinkhoest ernstig kan verlopen. Kinkhoest kan bij hen leiden tot cerebrale schade door hypoxie tijdens hoestbuien of apneu en tot overlijden. In de periode 2005-2014 zijn vijf sterfgevallen door kinkhoest onder jonge zuigelingen gerapporteerd. De Gezondheidsraad gaf in 2015 aan dat vaccinatie het aantal gevallen van kinkhoest onder zuigelingen van vijf maanden en jonger kan doen afnemen van gemiddeld 128 naar gemiddeld 26 per jaar en gaf het advies om zwangere vrouwen te vaccineren. De werkzaamheid van het vaccineren van een zwangere berust op de vorming van maternale antistoffen die via de placenta worden doorgegeven aan de foetus. Daarnaast voorkomt vaccinatie dat de zwangere vrouw kinkhoest krijgt en haar kind kan besmetten. Uit verschillende wetenschappelijke onderzoeken blijkt dat kinkhoestvaccinatie tijdens de zwangerschap veilig is voor moeder en ongeboren kind. In landen zoals België (sinds 2013) en het Verenigd Koninkrijk (sinds 2012) vindt vaccinatie al op grote schaal gratis plaats. In Nederland dient VWS nog te besluiten hoe dit advies zal worden overgenomen. De vaccinatie dient in het derde trimester, vanaf week 28, te worden toegediend. Per zwangerschap volstaat een vaccinatie; bij een volgende zwangerschap wordt vaccinatie opnieuw aanbevolen. ■

Sophie Niemansburg

Vaccinatie tegen kinkhoest: doel en strategie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2015.

Follow-up patiënten met colorectale kanker na operatie

Er is geen bewijs dat intensieve follow-up van patiënten met niet-uitgezaaide colorectale kanker na chirurgie bijdraagt tot een betere overleving. Intensieve follow-up bleek echter geen nadelige invloed te hebben op de kwaliteit van leven, de mate van angst en depressieve klachten.

Het is gebruikelijk om patiënten met colorectale kanker enkele jaren na hun curatieve operatie of adjuvante therapie te blijven controleren. In een Cochrane-review werden gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken met verschillende follow-upstrategieën vergeleken. Het ging om vijftien onderzoeken met 5403 deelnemers. De onderzoeken varieerden in wie de follow-up deed (huisarts, verpleegkundige of chirurg) en in intensiteit. De resultaten waren niet consistent. Er werd geen bewijs gevonden dat intensieve follow-up een statistisch significant effect had op de overleving (hazard ratio (HR) 0,93; 95%-BI 0,78 tot 1,12). Intensieve follow-up bleek de kwaliteit van leven, mate van angst en een eventueel aanwezige depressie niet te beïnvloeden.

De resultaten geven stof tot nadenken. Chirurgen, oncologen, huisartsen en patiënten hebben in het algemeen de neiging om deze controles als belangrijk en zinnig te beoordelen. Wat leveren al die controles op? Hoe effectief zijn ze? De auteurs van deze Cochrane-review benadrukken dat er weinig onderzoek beschikbaar is en dat dit onderzoek lang niet altijd van goede kwaliteit is. In het licht van de discussie over de verplaatsing van oncologische nazorg naar de eerste lijn dwingen de resultaten van deze Cochrane-review ons om goed na te denken over de vragen of en hoe we die oncologische nazorg vorm moeten geven. ■

Wim Verstappen

Jeffery M, et al. Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer. Cochrane Database Syst Rev 2016;11:CD002200.

Toch tamsulosine bij urinesteenlijden?

De huisarts behandelt regelmatig patiënten met een koliekaanval door een urinesteen. De recent vernieuwde NHG-Standaard Urinesteenlijden beveelt het gebruik van alfablokker tamsulosine niet meer aan. Maar een nieuwe systematische review concludeert dat alfablokkers wel zorgen voor een snellere steenpassage en minder pijn.

De onderzoekers voerden een systematische review en meta-analyse uit in juli 2016. Hierbij vonden ze 55 klinische trials (totaal 5990 patiënten) waarin het effect van alfablokkers bij urinesteenlijden was onderzocht. Hiervan werd in 40 onderzoeken de alfablokker tamsulosine onderzocht. Er werd ook gekeken of het effect varieerde tussen verschillende alfablokkers en met de grootte van de stenen. Relatief gezien was er een 49% hogere kans op steenpassage met alfablokkers (gepoolde risico ratio 1,49 (95%-BI 1,39 tot 1,61)). Het absolute risicoverschil was 267 per 1000. Dat betekent dat vier patiënten met alfablokkers behandeld moeten worden om bij één extra patiënt effect te zien. De tijd tot passage van de steen was gemiddeld 3,8 dagen (95%-BI 3,1 tot 4,5) sneller met alfablokkers. Ook waren er met alfablokkers gemiddeld 0,7 (95%-BI 0,21 tot 1,28) minder pijnaanvallen. Het effect was gelijk voor verschillende typen alfablokkers en groter naarmate de steen groter was.

In tegenstelling tot de NHG-Standaard Urinesteenlijden bevelen de onderzoekers aan alfablokkers voor te schrijven aan patiënten met urinesteenlijden als daar geen contra-indicaties voor zijn. De NHG-Standaard baseert het advies om niet voor te schrijven op een eigen meta-analyse, waarin een relatief effect van 9% (RR = 1,09) voor steenpassage wordt gevonden. De NHG-commissie vindt terecht een relatief effect pas klinisch relevant vanaf 20%. Deze systematische review vindt een relatief effect van 49%. Wellicht is dit onderzoek dus aanleiding om het advies te heroverwegen. Overigens verandert dit onderzoek niets aan het feit dat een voorschrift voor tamsulosine voor urinesteenlijden off-label is. Een goede afweging van voor- en nadelen en het geven van een duidelijke uitleg aan patiënten blijven dus essentieel. ■

Tobias Bonten

Hollingsworth JM, et al. Alpha blockers for treatment of ureteric stones: systematic review and meta-analysis. BMJ 2016;355:i6112.

Voorkomen achteruitgang in functioneren bij ouderen

Foto: Shutterstock

Ouderen van wie bij de huisarts bekend is dat zij een hoog risico op achteruitgang hebben, gaan iets minder snel achteruit dan ouderen waarvan dit niet bekend is. Dit geldt niet alleen als de praktijkondersteuner een aanvullend geriatrisch onderzoek doet en aanvullende zorg inzet, maar ook als de huisarts alleen de gebruikelijke zorg voor de gevonden problemen levert.

Bleijenberg et al. vergeleken drie verschillende typen zorg bij 3092 ouderen (60+) in 35 praktijken. Zij keken naar ouderen die volgens routinezorgdata 'kwetsbaar' waren, vijf of meer medicijnen per dag gebruikten of drie jaar of langer geen contact met de huisarts hadden. Na randomisatie op praktijkniveau werd in elf praktijken aan de huisarts teruggekoppeld wie deze ouderen waren. De huisarts verleende vervolgens zorg voor de gevonden problemen volgens bestaande protocollen. In dertien praktijken deed de praktijkondersteuner aanvullend geriatrisch onderzoek met de Groningen Frailty Indicator. Als uit dit aanvullende onderzoek ook bleek dat de oudere kwetsbaar was, werd uitgebreide zorg opgestart. Bij de laatste elf praktijken werden de resultaten van de screening niet aan de huisarts teruggekoppeld en verleende de huisarts de gebruikelijke zorg. Ouderen aan wie de huisarts de gebruikelijke zorg verleende, waren in een jaar meer achteruitgegaan in functioneren in ADL (Katz-15) dan de andere twee groepen. Dit verschil was klein, maar statistisch significant. De klinische relevantie is onduidelijk. Er werd geen verschil gevonden in kwaliteit van leven en tevredenheid over de zorg.

De onderzoekers pleiten ervoor in vervolgonderzoek aandacht te besteden aan de identificatie van ouderen die optimaal profiteren van dergelijke interventies. Ook stellen zij voor meer aandacht te wijden aan het afstemmen van interventies op individuele behoeften van ouderen. ■

Sophie van Blijswijk

Bleijenberg N, et al. Effectiveness of a proactive primary care program on preserving daily functioning of older people: a cluster randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc 2016;64:1779-88.

Ondertussen verschijnen er op www.henw.org regelmatig verse journaalberichten.

Heeft u ook een interessant journaalbericht? Stuur uw bijdrage naar redactie@nhg.org.

De schuld van de media?

Het beeld dat journalisten de gemoederen rond ziekte en zorg opzwepen, en artsen deze vervolgens in de spreekkamer weer moeten bedaren, behoeft bijstelling. De onrust die artsen bij patiënten ervaren naar aanleiding van mediaberichten wordt meer bepaald door de omvang en de eenzijdige belangstelling voor ziekte in plaats van aandacht voor preventie en (zelf)behandeling. Dat blijkt uit gedegen onderzoek naar de rol van emoties in verslaggeving over gezondheidskwesties in de media.

Foto: Shutterstock

Bij veel mensen, zeker artsen, bestaat het idee dat media problemen rondom gezondheid en ziekte aangrijpen om met hyperbolen ('dreigende dodelijke pandemie', 'uiterst besmettelijk killervirus', 'onschuldig vaccin oorzaak autisme') de oplages en kijkcijfers te verhogen. De Amsterdamse onderzoekster Celine Klemm concludeert uit een aantal onderzoeken dat dit beeld moet worden bijgesteld.

Uit literatuuronderzoek bleek dat emoties in de berichtgeving vaak pasten bij de ernst van de situatie en bewust gebruikt werden om de inhoud van gezondheidsrisico's goed over te brengen. Dit laatste bleek ook uit 22 diepte-interviews met medisch journalisten. Zij waren zich welbewust van de taak om te informeren over risico's, maar geen boodschappen uit te zenden die tot onnodige angst of paniek kunnen leiden. Hoe concreter de gezondheidsproblemen, hoe praktischer ook de informatie die zij wilden geven (bijvoorbeeld adviezen over wat wel en juist niet te doen). Een derde onderzoek richtte zich op berichtgeving tijdens recente zorgcrises, waarbij met name gefocust werd op de Mexicaanse griep-pandemie in 2009. Wat opviel was het grote aantal berichten over het griepvirus. Ook de nadruk op de mogelijke bedreigingen was opvallend. Feitelijk leek de informatie correct en niet ongepast emotioneel geformuleerd. De enorme aandacht voor het onderwerp, en relatief weinig aandacht voor mogelijke eigen maatregelen en preventie, zullen ongerustheid hebben veroorzaakt. In het vierde onderzoek, een online experiment met ruim duizend deelnemers, werd het effect van nieuws over gezondheid in verschillende (feitelijke versus emotioneel beladen) vormen onderzocht. Hieruit bleek dat de reactie van mensen toch vooral werd bepaald door de informatie en niet door de angstopwekkende formuleringen.

Voor de toekomst is het evenwichtiger maken van publieksvoorlichting bij gezondheidscrises, bijvoorbeeld zoals Thuisarts.nl dat doet, van belang. ■

Sjoerd Hobma

Klemm C. Making a drama out of a crisis? A multidisciplinary study of news media coverage of public health crises and the role of emotion [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 2016.

Screening naar atriumfibrilleren bij griepvaccinatie

Atriumfibrilleren (AF) is een veelvoorkomende aandoening onder ouderen, met potentieel ernstige gevolgen. Helaas blijft het vaak onontdekt. Onderzoekers screenden op AF tijdens de jaarlijkse griepvaccinatie, waar veel ouderen aan deelnemen. Ruim één procent van de gescreende patiënten had nieuw ontdekt AF.

Tijdens de jaarlijkse griepprikronde bezoeken veel patiënten in korte tijd de huisartsenpraktijk. Dit moment leent zich uitstekend voor screening. Kaasenbrood et al. onderzochten screening naar AF tijdens deze vaccinaties in tien Nederlandse huisartsenpraktijken. Ze gebruikten hiervoor een mobiel ECG-apparaat. Dit is een staaf die de patiënt gedurende één minuut vasthoudt. Bij verdenking op AF gaat een rood lampje branden. Cardiologen beoordeelden de ritmestrook die de staaf genereert.

In totaal kregen 9450 mensen een griepprik en werd bij een steekproef van 3269 mensen (voornamelijk 60-plussers) gescreend op AF. De gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie was 69,4 jaar. Er verscheen 193 keer een rood signaal; daarvan werden er 121 beoordeeld als AF. Zevenendertig (1,1% van de steekproefpopulatie) van deze diagnoses waren nieuw. Leeftijd en een voorgeschiedenis van ischemisch CVA of TIA bleken onafhankelijke voorspellers van AF. Er waren geen nieuwe gevallen van AF bij patiënten jonger dan 60 jaar. Onder 85-plussers vond men het hoogste percentage nieuw AF (4,9%).

Het lijkt effectief om tijdens griepvaccinaties met een simpel apparaat naar AF te screenen, vooral onder ouderen. Bovendien is het goed uitvoerbaar, mits er voldoende ondersteunend personeel is. De huisarts vervult op deze manier een belangrijke rol in het detecteren van AF. ■

Nicole Verbiest-Van Gurp

Kaasenbrood F, et al. Yield of screening for atrial fibrillation in primary care with a hand-held, single-lead electrocardiogram device during influenza vaccination. Europace 2016;18:1514-20.

Oudere met diabetes vaak overbehandeld

Ouderen met diabetes mellitus type 2 (DM 2) werden in 2009-2010 in bijna de helft van de gevallen te intensief behandeld, waardoor hun bloedsuikers te laag werden. Inmiddels is duidelijk dat overbehandeling naast onnodige risico's voor de patiënten, ook onnodige kosten voor de gezondheidszorg met zich meebrengt. Implementatie in de praktijk van de meer persoonsgerichte tailormade aanpak, zoals beschreven in de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2, is nodig.

Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van de gegevens van het GUIDANCE onderzoek, een retrospectief, cross-sectioneel onderzoek met ruim 7000 deelnemers, bekend met DM 2. Doel van het onderzoek was na te gaan of er sprake is van overbehandeling van vooral bloedsuikerverlagende middelen. Het onderzoek werd uitgevoerd in 2009-2010 en vond plaats in verschillende Europese landen, waaronder Nederland. Het HbA1c van patiënten van 65 jaar en ouder was gemiddeld vergelijkbaar met jongere deelnemers. Vijfenveertig procent van de patiënten van 65 jaar en ouder hadden een HbA1c van minder dan 53 mmol/l en werden vaker met insuline en bloedsuikerverlagende middelen behandeld dan patiënten van dezelfde leeftijd. Gemeten naar de huidige maatstaven wordt bijna de helft van de oudere patiënten met DM 2 overbehandeld, waardoor ze een grotere kans hebben op hypoglycemieën. Vooral voor patiënten met cardiovasculaire aandoeningen levert dit een extra risico op voor ernstige complicaties.

Dit onderzoek dateert van voor de revisie van de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 in 2013. In de nieuwe NHG-Standaard zijn de richtlijnen voor de glycemische controle aangescherpt. In de nieuwe standaard wordt de streefwaarde van het HbA1c niet meer absoluut gehanteerd, maar is deze afhankelijk van leeftijd, duur van de diabetes, de aanwezigheid van comorbiditeit en complicaties en de ernst daarvan, alsook de wens van de patiënt met het oog op de haalbaarheid. Hopelijk leidt deze overstap van de one-size-fits-all benadering naar een meer individuele tailormade aanpak inderdaad tot een reductie van het aantal overbehandelingen. ■

Bèr Pleumeekers

Müller N, et al. Is there evidence of potential overtreatment of glycaemia in elderly people with type 2 diabetes? Data from the GUIDANCE study. Acta Diabetol 2016 Nov [Epub ahead of print].

Stoppen met roken heeft ook bij ouderen nut

Gezien de gezondheidsrisico's van roken, hebben huisartsen een belangrijke taak in het signaleren, voorlichten en bieden van hulp. Bij patiënten van middelbare leeftijd zijn de langetermijneffecten goed onderzocht; maar hoe zit dit bij ouderen? Dien ik een vitale 80-jarige vrouw écht te adviseren om te stoppen met roken?

Foto: Anna Lurye/Shutterstock

Een onlangs verschenen artikel probeert deze vraag te beantwoorden aan de hand van observaties uit een grootschalig Amerikaans cohortonderzoek (n = 160.113). Het betrof deelnemers van 70-82 jaar, bovengemiddelde sociaaleconomische status, waarvan 6% rookte en 56% aangaf dit in het verleden te hebben gedaan. De totale sterfte in het cohort was 15,7% bij een gemiddelde follow-up van 6,5 jaar. In de groep rokers was de sterftekans het hoogst, namelijk 33,1%. Vergeleken met deze groep was de sterftekans het laagst bij de niet-rokers (hazard ratio 0,32) en deelnemers die voor hun 40e levensjaar waren gestopt (hazard ratio 0,41). De voordelen in sterftekans waren ook op hogere leeftijd nog steeds duidelijk zichtbaar, met hazard ratio's van 0,51, 0,64 en 0,77 voor hen die stopten met roken op de leeftijd van respectievelijk 40-49, 50-59 en 60-69 jaar. Deze relatie was te herleiden op ziekten als kanker, pulmonale en cardiovasculaire aandoeningen. Een interessante bevinding was dat er geen gunstige relatie was bij hen die recent met roken waren gestopt. De vermoedelijke verklaring ligt in de ongunstige gezondheidsomstandigheden die tot moeten stoppen (ernstig longlijden, et cetera) noodzaakten.

Stoppen met roken is in ieder geval zinvol bij ouderen met een gunstig geachte levensverwachting. Extrapolerend zou dit dan ook moeten gelden voor de 80-jarige. Voor een harde uitspraak is meer (bevestigend) onderzoek nodig. Esto perpetua. ■

Ralf Harskamp

Nash SH, et al. Cigarette smoking and mortality in adults aged 70 years and older: results from the NIH-AARP cohort. Am J Prev Med 2016. Http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.036 [Epub ahead of print].

Online afspraak maken bij huisarts

Het via internet maken van een afspraak met de huisarts kan makkelijk zijn voor patiënten, draagt bij aan een betere toegankelijkheid van de zorg en kan de praktijkassistente ontlasten omdat er minder telefoontjes zijn. De mogelijkheid om online een afspraak te maken is in de afgelopen jaren toegenomen. In 2013 kon volgens 14% van de huisartsen via internet een afspraak worden gemaakt, tegenover 37% in 2016. Een groeiend aantal huisartsen biedt dus het online maken van afspraken aan. Betekent dit ook dat de bekendheid hiermee en het gebruik ervan onder patiënten is toegenomen in deze periode? En waarom maken patiënten hier wel of geen gebruik van?

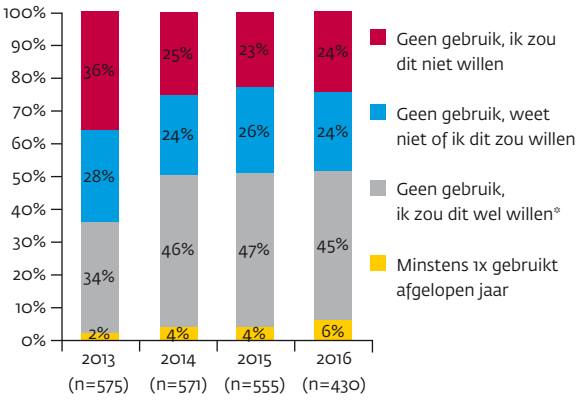
Patiënten zijn weinig bekend met het feit dat ze online een afspraak kunnen maken bij hun eigen huisarts, maar het aantal patiënten dat dit wel weet is toegenomen van 7% in 2013 naar 15% in 2016.

Weinig patiënten gebruiken de mogelijkheid om online een afspraak te maken (zie [**Figuur**]). In 2016 gaf 6% aan hiervan gebruik te hebben gemaakt, tegenover 2% in 2013. De groep potentiele gebruikers nam in de periode 2013-2016 ook toe. In 2013 wilde een derde van de patiënten de optie om online een afspraak te maken. In de periode 2014-2016 steeg dit aantal naar bijna de helft van de patiënten.

Patiënten die wel eens geprobeerd hebben om online een afspraak te maken vinden dat het tijd bespaart en dat het prettig is, omdat ze kunnen kiezen voor een tijdstip dat hun uitkomt. Belangrijke redenen om niet via internet een afspraak te maken zijn volgens patiënten dat ze gewend zijn om te bellen, dat ze zich er niet in verdiept hebben en dat ze weinig bij een zorgverlener komen. Ook zegt 92% van de patiënten dat zorgverleners hun nooit hebben aangeraden om via internet een afspraak te maken.

Er is een groot verschil tussen de mogelijkheid om online een afspraak te maken bij huisartsen, de bekendheid hiermee en het gebruik hiervan onder patiënten. Dit verschil lijkt niet kleiner te zijn geworden in de afgelopen jaren. Deels komt dat door oude gewoontes en onbekendheid. Een nieuwe manier van werken zorgt vaak voor een drempel. Huisartsen kunnen deze drempel bijvoorbeeld verlagen door de mogelijkheid om online een afspraak te maken actief onder de aandacht te brengen van hun patiënten en hen bij de hand te nemen. Dit kan het gebruik ervan doen toenemen.

Figuur Gebruik van het online maken van een afspraak met de huisarts, periode 2013-2016



* *Significante toename (p < 0,001).*

Anne Brabers, Ilse Swinkels, Johan Krijgsman, Judith de Jong

De hier beschreven resultaten zijn afkomstig uit de eHealth-monitors 2013-2016 van NIVEL en Nictiz. Kijk voor meer informatie op www.ehealth-monitor.nl.

Apptip Huisarts Kennis Quiz

Met de Huisarts Kennis Quiz kunnen huisartsen hun vakkennis testen en verrijken. De vragen komen uit de huisartsgeneeskundige voortgangstoets voor huisartsen-in-opleiding. Ze hebben de vorm van een casus, zijn gebaseerd op de NHG-Standaarden en soms ook op andere (nieuwe) richtlijnen en inzichten. Elke week is er een nieuwe vraag, maar het is ook mogelijk in een keer een serie vragen te beantwoorden. Geen probleem dus wanneer u een weekje overslaat.

Deze gratis app, gemaakt door Huisartsopleiding Nederland/Magnus, ziet er gelikt uit en werkt prima op iOS (Apple). De gebruiker moet eenmalig een account aanmaken; daarna gaat het inloggen vanzelf, zonder steeds het wachtwoord in te moeten voeren. Het duurt soms even voordat een serie vragen geladen is, maar daarna werkt de app vlot. Bij elke vraag volgt helder, kort en overzichtelijk een toelichting op het juiste antwoord. Een ideaal middel om spelenderwijs uw kennis up-to-date te houden. Wel wordt de gebruiker door middel van een score genadeloos geconfronteerd met het aantal foute vragen en ook met de prestaties ten opzichte van andere huisartsen(-in-opleiding). En vergeet niet: het gaat niet om hoe u in de praktijk zou handelen, maar hoe u volgens de standaard moet handelen. ■

Bart Timmers, Annet Sollie

Ons oordeel ●●●●

Ook een apptip? Mail naar Bart Timmers (b.timmers@me.com) of Annet Sollie (annetsollie@gmail.com)

Peter Lucassen, Simone Postma, Tim olde Hartman

BESCHOUWING

Ggz-vragenlijsten staan persoonsgerichte zorg in de weg

Samenvatting

Lucassen P, Postma S, Olde Hartman TC. Ggz-vragenlijsten staan persoonsgerichte zorg in de weg. Huisarts Wet 2017;60(3):112-4.

Vragenlijsten worden in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (ggz) steeds vaker gebruikt, maar hun nut is betwistbaar. De keus om een vragenlijst te gebruiken bij een patiënt met psychische klachten hangt af van de manier van werken van de huisarts (ziektegericht of persoonsgericht), van de meerwaarde bij screening, diagnostiek of uitkomstmeting, en van de mening van de patiënt. Bij een persoonsgerichte benadering passen geen vragenlijsten, omdat het dan gaat over het verhaal van de patiënt en niet over symptomen. Vragenlijsten passen in principe wel bij een ziektegerichte benadering, maar leveren ook dan onvoldoende op in de eerstelijnssetting. Patiënten staan deels welwillend tegenover vragenlijsten, maar zijn ook bang voor stigmatisering en medicalisering.

De enige vragenlijst die wel geschikt is voor de diagnostiek van psychische problemen in de eerste lijn is de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), omdat deze lijst kan helpen bij de schifting tussen ongedifferentieerde stress en specifiekere psychische problemen.

INLEIDING

Sinds de nieuwe financieringsstructuur de toegang tot de basis ggz en de specialistische ggz heeft beperkt, is in de eerstelijnsgezondheidszorg het aantal patiënten met psychische klachten, dat toch al groot was, nog verder gestegen. De praktijkondersteuner-ggz heeft haar intrede gedaan in de huisartsenpraktijk en de transitie van dure tweedelijns- naar goedkopere eerstelijns ggz krijgt steeds meer gestalte. Verzekeraars verlangen daarbij ook steeds meer transparantie van de behandelaar, er zijn zelfs verzekeraars die willen dat de huisarts met een vragenlijst gaat vaststellen welke psychische zorg de patiënt nodig heeft.[1]

Vragenlijsten worden in de eerstelijns ggz dus steeds vaker gebruikt als meetinstrument, bij screening, bij de diagnostiek en om het effect van een behandeling te meten. Je kunt daar vragen bij stellen. Wat is nu precies de plaats van die meetinstrumenten in de eerstelijns ggz? Wanneer moet de huisarts een vragenlijst gebruiken? Hoe men die vraag beantwoordt, hangt af van drie factoren: de werkstijl van de huisarts (is die persoonsgericht of ziektegericht), de klinische opbrengst van de vragenlijst en de mening van de patiënt.

Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Nijmegen: dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts-onderzoeker; S. Postma, aiotho; dr. T.C. olde Hartman, huisarts-onderzoeker • Correspondentie: peter.lucassen@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

ZIEKTEGERICHT VERSUS PERSOONSGERICHT

'The way in which psychological distress is assessed: "the expertise of knowing when, where and how to look", determines not only what questions are posed but also the quality of the assessment and subsequent management and care'.[3]

Als we in het oog houden dat het niet vaak om ernstige psychiatrische problematiek gaat, kunnen we op verschillende manieren aankijken tegen de psychische klachten die in de eerstelijns ggz veel voorkomen, Het gezichtspunt bepaalt het handelen, zoals het bovenstaande citaat treffend verwoordt.

In de zorg is de traditionele benadering ziektegericht: de klacht van de patiënt is de uiting van een onderliggende aandoening, die opgespoord en behandeld moet worden. Binnen die benadering past een vragenlijst goed: je kunt gestructureerd vaststellen of de patiënt voldoet aan bepaalde criteria en ook of hij na behandeling hersteld is. De ziektegerichte benadering is dan ook stevig verankerd in de praktijk, via richtlijnen en via de beloningssystemen van de zorgverzekeraar.

Maar steeds vaker hoor je dat er meer aandacht zou moeten komen voor persoonsgerichte zorg.[4] In deze benadering gaat het om de patiënt die met een verhaal bij de huisarts komt en wiens klachten in een context staan, betekenis hebben in zijn of haar leven. De persoonsgerichte hulpverlener probeert de klacht van de patiënt te begrijpen in die context: het verhaal is leidend, niet de ziektegerichte anamnese. De huisarts die persoonsgericht werkt, zal proberen de patiënt het gevoel te geven dat die zelf weer met de problemen aan de slag kan.[5] In deze benadering, waarin het verhaal centraal staat, heeft een huisarts niet veel behoefte aan vragenlijsten.

Het succes van de eerstelijnsgeneeskunde is altijd voor een belangrijk deel bepaald door deze persoonsgerichte benadering.[6] Wij zijn dan ook van mening dat de persoonsgerichte benadering altijd het startpunt van de huisarts moet zijn. Bij patiënten met psychische problemen moet de ziektegerichte benadering alleen op indicatie toegepast worden, dus wan-

De kern

- In de eerstelijns ggz worden steeds vaker vragenlijsten gebruikt.
- Vragenlijsten passen niet bij de persoonsgerichte benadering van psychische klachten: het gaat hier om het verhaal van de patiënt, niet om de symptomen van een ziekte.
- Vragenlijsten passen in principe wel bij de ziektegerichte benadering, maar hebben weinig meerwaarde bij de screening op psychische problemen en bij uitkomstmetingen.
- De enige vragenlijst die zinvol gebruikt kan worden bij psychische problemen in de huisartsenpraktijk is de 4DKL, omdat deze richting kan geven aan het vervolgbeleid.

neer de huisarts vermoedt dat er een ernstige psychiatrische aandoening in het spel is (vitale depressie, psychose) of als de persoonsgerichte benadering niet werkt. Daarmee kan de huisarts medicalisering van alledaagse psychische problemen zoveel mogelijk voorkomen en de daardoor aangerichte schade beperkt houden.

HET KLINISCHE NUT VAN VRAGENLIJSTEN

Screening

Op het eerste gezicht lijkt screening op basis van een vragenlijst een eenvoudige manier om psychische klachten op te sporen. In de eerstelijns ggz is de Patiënt Health Questionnaire (PHQ) de meest gebruikte vragenlijst voor de screening op depressie. De PHQ-9 en de PHQ-2 voldoen allebei redelijk,[7] maar hebben weinig voorspellende waarde: ongeveer 80% is fout-positief.[8] Bovendien zijn de uitkomsten bij gescreende patiënten niet beter dan bij niet-gescreende patiënten.[8] Zelfs het screenen van patiënten die al een verhoogd risico op depressie hebben (psychosociale problemen, onverklaarde lichamelijke klachten, frequent attenders) heeft geen effect op de uitkomst.[9]

Kortom, er bestaan wel geschikte vragenlijsten, maar screenen op depressie heeft geen zin in de eerste lijn.[10] Hetzelfde geldt voor angststoornissen: ook hier bestaat weinig evidentie dat screening in de eerste lijn zinvol is.[11]

Casus

Een mij goed bekende 62-jarige man bezocht mijn spreekuur met veel en uiteenlopende klachten: langdurig hoesten, snotneus, kortademigheid, snelle hartslag en soms overslaan van het hart, moeheid, koude vingers, aspecifieke pijn op de borst en somberheid. Ik wist dat hij een jaar geleden een coronaire bypassoperatie had ondergaan en hij was bang dat hij het nu 'aan het hart had'. Ik onderzocht hem en vroeg aanvullend bloedonderzoek aan, een ECG en longfoto's. Toen hij een week later terugkwam voor de uitslag, bleken er geen afwijkingen te zijn. Hij was er blij mee, maar vroeg me waar al die klachten dan vandaan kwamen. Ik vertelde hem dat hij de vorige keer gezegd had dat hij somber was en dat ik me afvroeg of die somberheid niet mee kon spelen als oorzaak van al die klachten. De man begon meteen te huilen. Ik vertelde hem dat somberheid een normale reactie kan zijn op een ingrijpende levensgebeurtenis. Zijn reactie was verrassend. Hij haalde een papiertje met een gedicht erop uit zijn jaszak, ging staan en las het voor. Na afloop van het gedicht deelde hij mee dat de tekst op zijn grafsteen moest komen. Het gedicht ging over turbulentie en haast, over een gebrek aan rust en vrede, en over het vinden van vrede na de dood. Hij liet me geen kans om hierop te reageren en zei dat hij dacht dat ik hem nooit meer zou willen zien als hij het verhaal van zijn leven aan mij zou vertellen. Mijn reactie was dat ik geen rechter was, waarop hij doorging. Het verhaal ging – zoals zo vaak – over seks en bedrog. Na het verhaal namen we afscheid met de afspraak elkaar over een week weer te zien. Die volgende week maakte hij een opgewekte indruk en hij vertelde me goed gestemd en opgelucht te zijn. Hij kon zo weer verder. Ik heb hem het hele jaar niet meer gezien.[2]

Diagnostiek: de 4DKL

De NHG-Standaarden die psychische problemen behandelen, zoals de NHG-Standaarden Depressie, Angst en Problematisch alcoholgebruik, adviseren terughoudend te zijn in het gebruik van vragenlijsten voor de diagnostiek van psychische problemen.[12-14] De NHG-Standaard Depressie stelt expliciet dat een vragenlijst hooguit een aanvullend hulpmiddel kan zijn om de klachten uit te vragen, maar niet geschikt is om de diagnose 'depressie' te stellen.[12] De NHG-Standaard Angststoornissen besteedt geen aandacht aan vragenlijsten.[13] En in de recente herziening van de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik is de *Five shot*-vragenlijst komen te vervallen omdat

Foto: Shutterstock

Vragenlijsten hebben weinig meerwaarde bij de screening op psychische problemen en bij uitkomstmetingen.

die geen meerwaarde blijkt te hebben boven anamnestisch uitvragen.[14] Meetinstrumenten zoals de PHQ-9 en de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) worden slechts besproken in de noten van deze standaarden.

De 4DKL brengt in kaart hoe groot de rol is van spanningen (*distress*), depressieve gevoelens, angst en somatisatie.[15] De lijst is niet bedoeld voor het opsporen van stoornissen, maar biedt wel de mogelijkheid niet-specifieke *distress* (gespannenheid, lusteloosheid, slechte concentratie, demoralisatie), die veel voorkomt, te onderscheiden van specifieke psychische problematiek (depressie, angst, somatisatie). Dit maakt de 4DKL bij uitstek geschikt voor de relatief ongedifferentieerde problematiek van patiënten in de eerstelijns ggz, bij wie vaak nog onduidelijk is 'welke kant het opgaat' – bijvoorbeeld of de klachten vooral spanningsgerelateerd zijn of toch eerder depressief. De 4DKL biedt ook een uitstekend handvat om psychosociale aspecten bespreekbaar te maken bij mensen met lichamelijk onverklaarde klachten. Een hoge score op de distressschaal biedt vaak aanknopingspunten voor een verder gesprek. De lijst kan sowieso goed gebruikt worden om meer focus te krijgen wanneer men de klachten verder wil exploreren.

Uitkomstmonitoring

Vragenlijsten worden behalve voor screening en diagnostiek ook steeds vaker gebruikt om het resultaat van de behandeling te monitoren. Dit zogeheten ROMmen (*routine outcome monitoring*) wordt vooral in de generalistische en specialistische ggz veel gedaan. Het idee is dat de zorg daardoor transparanter en beter vergelijkbaar wordt. In 2015 hebben zorgaanbieders en patiëntenverenigingen gezamenlijk een rapport geschreven over 'gepast gebruik en transparantie in de ggz'. Een van de belangrijkste punten in dit rapport is de afspraak om binnen de specialistische ggz tot een set wettelijk verplichte uitkomstindicatoren te komen.[16]

Maar hoe zit het eigenlijk met de effectiviteit van deze uitkomstmetingen? Het valt nog maar te bezien of de patiënt er echt beter van wordt. Een recente Cochrane-review laat zien dat routine outcome monitoring bij veelvoorkomende psychische problemen niet leidt tot betere behandeling of betere behandelingsuitkomsten, al moet daarbij aangetekend worden dat de kwaliteit van de evidence matig was.[17] En recent Engels onderzoek naar het UK Quality and Outcomes Framework roept de vraag op of het registreren van de ernst van een depressie aan het begin en het einde van de behandeling wel bijdraagt aan betere uitkomsten voor de patiënt.[18]

OPVATTINGEN VAN DE PATIËNT

Uit het veelal kwalitatieve onderzoek naar wat patiënten vinden van vragenlijsten rijst geen consistent beeld op. Er is onderzoek waaruit blijkt dat patiënten veel weerstand hebben tegen een screening op depressie, omdat de diagnose stigmatiserend kan zijn en omdat zij de depressiesymptomen zien als een normale reactie op tegenslag, waarvoor geen medische behandeling nodig is.[19] In ander onderzoek bleken de patiënten vooral bezorgd over de validiteit van de vragen en over de bruikbaarheid ervan in de huisartsenpraktijk.[20] In een derde onderzoek bleken patiënten positiever dan huisartsen over depressievragenlijsten en waren ze zeker bereid zulke vragenlijsten in te vullen.[21] Zij zagen de lijsten als nuttig en acceptabel, en als een teken dat de huisarts hen serieus nam. Wel was een minderheid bezorgd dat de uitslag zou leiden tot stigmatisering of dat de uitkomsten in de toekomst nadelige consequenties konden hebben.

BESPREKING VAN DE CASUS

De huisarts in het besproken consult koos expliciet niet voor gedetailleerd uitvragen via een ziektegerichte anamnese. Hij ging niet in op de somberheid of de mogelijk aanwezige depressie, maar liet de patiënt zijn verhaal doen. Zou de huisarts prioriteit hebben gegeven aan het stellen van de diagnose, ook al om een eventueel volgende behandeling in de eerstelijns ggz vergoed te krijgen, dan had hij waarschijnlijk op een aantal momenten in het consult andere keuzes gemaakt. Dan zou het noemen van somberheid aanleiding zijn geweest voor een ziektegerichte anamnese of voor het afnemen van een vragenlijst zoals de PHQ. Misschien had de huisarts de patiënt dan zelfs al vóór het consult een vragenlijst gegeven om hem te screenen op depressie.

In het besproken consult had de huisarts echter weinig behoefte aan een diagnose. Hij wilde weten waarom zijn patiënt zich meldde met somberheid en koos ervoor de patiënt zijn verhaal te laten vertellen, als instrument om de klacht te kunnen begrijpen. Dat was een beslissing die uitermate effectief uitpakte.

CONCLUSIE

Vragenlijsten hebben binnen het huisartsgeneeskundig handelen bij psychische klachten slechts een zeer beperkte plaats. Dit geldt zeker voor huisartsen die een overwegend persoonsgerichte benadering hanteren, omdat zij niet zozeer geïnteresseerd zijn in symptomen die met vragenlijsten gemeten worden, maar in wat de patiënt te vertellen heeft. Maar ook binnen de ziektegerichte benadering zijn er weinig argumenten voor het gebruik van vragenlijsten in de eerstelijns ggz: screening op psychische problemen leidt niet tot betere uitkomsten en moet dus achterwege blijven, in de diagnostiek werkt de anamnese minstens zo goed als een vragenlijst en bij de evaluatie van de behandeling leidt *routine outcome monitoring* niet tot betere uitkomsten, dus ook die kan beter achterwege blijven. De meningen van patiënten zijn verdeeld.

De enige uitzondering op het bovenstaande is de 4DKL. Wij vinden dit instrument wél geschikt voor de huisarts, omdat zich in de eerste lijn vaak patiënten melden met onduidelijke psychische klachten. De 4DKL kan de huisarts een beter idee geven over de richting waarin de klachten wijzen. Met name de vragen over distress zijn hierbij erg nuttig. ■

LITERATUUR

De literatuurlijst van dit artikel is te vinden op www.henw.org, rubriek Beschouwing.

De 4DKL bevordert juist persoonsgerichte zorg

Er is geen wetenschappelijk bewijs dat het gebruik van vragenlijsten in de eerstelijns ggz nuttig is voor het herkennen, diagnosticeren en vervolgen van psychosociale problemen.[1] Dat geldt ook voor de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), want dat is voor de 4DKL nooit onderzocht. Het onderzoek dat wel gedaan is, betreft bijna uitsluitend depressievragenlijsten. Dit heeft alles te maken met de explosief toegenomen belangstelling voor depressie in de jaren tachtig, welke niet geheel toevallig volgde op de ontdekking van antidepressiva.[2,3] Door de obsessie met de 'volksziekte depressie' werden alle psychosociale problemen die mensen kunnen hebben in een context van meer of minder 'depressie' geplaatst. Daarbij had de DSM-III de drempel voor '*major depressive disorder*' flink verlaagd, zodanig dat ook normale reacties op verlies en tegenslag ('*normal sadness*') daaronder vielen.[4] Geen wonder dat patiënten zich vaak slecht in het label 'depressie' herkennen,[5] en dat ook huisartsen er slecht mee uit de voeten kunnen.[6] Dat heeft de persoonsgerichte zorg beslist onder druk gezet.

De 4DKL is echter een totaal ander verhaal. De meeste mensen met psychosociale problemen scoren alleen op *distress* (soms met enige somatisatie), wat vertaald kan worden als 'spanningen'. Een PHQ-9 (depressie-)score wordt voor 72% verklaard door de 4DKL-distressscore en het PHQ-9-afkappunt voor 'depressie' (≥ 10) komt overeen met het 4DKL-afkappunt voor 'ernstige distress' (≥ 21) (ongepubliceerde gegevens). Het is een wereld van verschil of de patiënt te horen krijgt "u bent depressief" of "ik zie dat u het moeilijk heeft". Patiënten verzetten zich vaak tegen de suggestie dat ze depressief zouden zijn, zelfs als ze aan de 'officiële' DSM-IV criteria voldoen.[5] Daarentegen ben ik, in de bijna twintig jaar waarin ik de 4DKL op ruime schaal in de praktijk heb gebruikt, geen enkele patiënt met een distressscore ≥ 21 tegengekomen die ontkende het moeilijk te hebben. De term 'depressie' neigt huisartsen ook in therapeutisch opzicht op het verkeerde been te zetten (antidepressiva). Als het duidelijk is dat de patiënt 'het moeilijk heeft', gaat het gesprek logisch verder over waarmee hij het moeilijk heeft, waarom hij het daar zo moeilijk mee heeft, en welke mogelijkheden er zijn om de moeilijkheden het hoofd te bieden. De 4DKL bevordert op die manier de persoonsgerichte benadering van psychische problemen.

Heb je daar als huisarts dan de 4DKL voor nodig? Nee, absoluut niet! Huisartsen zijn heel goed in persoonsgerichte zorg. En voor het herkennen van psychosociale problemen hebben huisartsen ook geen vragenlijst nodig. Tien procent van de mensen die op het spreekuur komt, spreekt spontaan over psychosociale problemen. Daarnaast ziet de huisarts nog een minstens even grote groep patiënten met (al of niet vage) lichamelijke klachten met een psychosociale achtergrond. Herkenning is het probleem niet, bespreekbaar maken van psychosociale kwesties soms wel. Hier kan de 4DKL bij helpen. Als de patiënt bereid is een 4DKL in te vullen, bijvoorbeeld omdat hij desgevraagd erkent dat stress of spanning een rol zouden kunnen spelen, dan leidt een verhoogde distressscore het gesprek automatisch naar omstandigheden en gebeurtenissen waar de patiënt het moeilijk mee heeft.[7]

Foto: Shutterstock

Gebruik de 4DKL ook wanneer de situatie duidelijk lijkt.

Een andere reden om de 4DKL te gebruiken, is om 'echte' depressies (en angststoornissen) niet te missen. Nadeel van een persoonsgerichte aanpak is namelijk dat de huisarts 'vergeet' om ook ziektegericht te kijken. Het probleem is dat de meeste depressies (en sommige angststoornissen) ontstaan bij kwetsbare mensen onder invloed van stress. Routinematig gebruik van de 4DKL bij alle patiënten met (verdenking op) psychosociale klachten zal die 'verborgen' stoornissen onmiddellijk aan het licht brengen.[7] Dat is omdat de depressie- en angstschalen van de 4DKL geen aspecifieke (spannings)klachten maar uitsluitend specifieke symptomen bevatten.[8] Dan hoort ziektegerichte zorg náást persoonsgerichte zorg te worden verleend. Het is namelijk geen tegenstelling. Persoonsgerichte zorg moet altijd en ziektegerichte zorg soms, op indicatie. Mijn advies is om de 4DKL niet alleen bij onduidelijke situaties te gebruiken maar (juist) ook wanneer de situatie duidelijk lijkt. En ik adviseer dat huisartsen zelf de 4DKL gebruiken in plaats van dit over te laten aan hun praktijkondersteuners-ggz. Juist omdat bespreking van de 4DKL-uitslag zo'n geweldig handvat is om met de patiënt in gesprek te komen over zijn leven en zijn moeilijkheden. Dus, ruim baan voor de patiënt en diens verhaal! ■

LITERATUUR

De literatuurlijst van dit artikel is te vinden op www.henw.org, rubriek Commentaar.

EMGO Institute for Health and Care Research, VUmc, Amsterdam: dr. B. Terluin, senior onderzoeker • Correspondentie: b.terluin@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: B. Terluin is copyrighthouder van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) en ontvangt royalty's van partijen die de 4DKL op commerciële basis gebruiken. Tevens ontvangt hij vergoedingen voor lezingen en workshops over de 4DKL. De 4DKL is gratis voor niet-commercieel gebruik en te downloaden van www.4dsq.eu.

Alike van der Velden, Marijke Kuyvenhoven, Theo Verheij

Minder antibiotica bij luchtweginfecties

Samenvatting

Van der Velden AW, Kuyvenhoven MM, Verheij ThJM. Minder antibiotica bij luchtweginfecties. Huisarts Wet 2017;60(3):116-20.

ACHTERGROND Nog altijd schrijven huisartsen te veel antibiotica voor, vooral bij luchtweg- en oorinfecties. Complexe interventies kunnen het voorschrijfgedrag wel verbeteren, maar zijn moeilijk op te schalen en hebben niet altijd blijvend effect. Wij onderzochten de effecten op korte en langere termijn van een programma ingebed in de kwaliteitscyclus van de Nederlandse Praktijkaccreditering (NPA).

METHODE We randomiseerden 88 NPA-geaccrediteerde huisartsenpraktijken. De praktijken in de interventiearm (n = 45) kregen een nascholing met feedback over hun voorschrijfgedrag bij luchtweg- en oorinfecties, gevolgd door een verbeterplan; de praktijken in de controlearm (n = 41) volgden een vergelijkbaar programma over refluxklachten. We gingen na hoeveel en welke antibiotica de huisartsen hadden voorgeschreven in het jaar vóór de interventie en in de twee jaren erna. Daarnaast registreerden de deelnemende huisartsen tweemaal vier weken lang alle consulten die betrekking hadden op luchtweg- en oorinfecties.

RESULTATEN De interventie leidde in de eerste twee jaar tot significante daling van het aantal antibiotica-uitgiften: -7,6% versus -0,4% in de controlegroep in jaar 1 (p = 0,02) en -4,3% versus +2% in jaar 2 (p = 0,015). De daling was het grootst bij tweedekeusantibiotica: -12,7% versus +2,9% in jaar 1 (p = 0,001) en -7,8% versus +6,7% in jaar 2 (p = 0,005). Overprescriptie daalde van 44% naar 28% (p < 0,001).

CONCLUSIE Het is mogelijk het antibioticavoorschrijfgedrag van huisartsen blijvend te verbeteren door scholing en feedback in te bedden in de kwaliteitscyclus van de NPA. Wel moeten zulke verbeterprogramma's verder ontwikkeld worden om ze volledig te kunnen integreren.

INLEIDING

Antibiotica helpen vaak niet bij een luchtweginfectie. Daarom adviseren internationale richtlijnen, en ook NHG-Standaarden, terughoudend te zijn met het voorschrijven ervan. Artsen houden zich daar echter lang niet altijd aan. Ze schrijven bij luchtweginfecties vaak ten onrechte een antibioticum voor of kiezen niet het antibioticum dat de voorkeur verdient.[1,2] Ook in Nederland, dat toch bekend staat om zijn lage antibioticagebruik, wordt de helft van de antibioticakuren voor acute luchtwegklachten niet conform de richtlijnen voorgeschreven.[3,4] Dit heeft grote nadelen, want antibioticagebruik draagt bij aan de ontwikkeling van resistentie bij bacteriën, nog afgezien van de medicalisering van patiënten, onnodige bijwerkingen en hogere kosten.[5-7]

Richtlijnen, publiekscampagnes en surveillance van antibioticagebruik hebben tot nog toe niet kunnen bewerkstelligen dat artsen substantieel minder antibiotica zijn gaan voorschrijven.[8-10] Wel effectief gebleken zijn programma's waarin huisartsen scholing en feedback op hun handelen krijgen, in combinatie met patiënteninformatie en diagnostische hulpmiddelen.[11-13] Dit zijn echter complexe interventies die niet gemakkelijk zijn op te schalen, en of ze blijvend resultaat hebben is onzeker. Programma's om tot duurzame verbetering te komen zijn tot op heden niet goed onderzocht.

Het voorschrijfgedrag met betrekking tot antibiotica bij luchtweginfecties zou wellicht wel op grote schaal en blijvend verbeteren als het verbeterprogramma kon worden geïntegreerd in een kwaliteitscyclus. In Nederland biedt de NHG-Praktijkaccreditering (NPA) daarvoor een geschikt kader. Wij ontwikkelden zo'n interventie en onderzochten het effect tot twee jaar na de implementatie.[14]

METHODE

Antibiotics for Respiratory Tract Infections 4 (ARTI4) was een open, pragmatisch, gerandomiseerd interventieonderzoek. Ons oorspronkelijke artikel bevat een volledige beschrijving van de methode.[14]

Het onderzoek vond plaats in de periode 2009-2013 in 88 NPA-geaccrediteerde huisartsenpraktijken met 169 huisart-

Wat is bekend?

- Nog steeds worden er te veel antibiotica voorgeschreven voor luchtweginfecties, ook in Nederland.
- Complexe interventies verbeteren het voorschrijfgedrag; of zij ook blijvend effect hebben is onzeker.
- Interventies om het voorschijfgedrag te verbeteren zijn complex en dus moeilijk op te schalen.

Wat is nieuw?

- Scholing en feedback ingebed in de NHG-Praktijkaccreditering verbetert het voorschrijfgedrag bij luchtweg- en oorinfecties.
- Het totaal aantal antibioticavoorschriften daalde tot twee jaar na de interventie.
- De daling was het sterkst bij tweedekeusantibiotica amoxicilline-clavulaanzuur en macroliden.
- Zowel het percentage overpresciptie (ten onrechte voorgeschreven antibiotica) als het percentage onderprescriptie (ten onrechte niet voorgeschreven antibiotica) daalde.

Universitair Medisch Centrum Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde (STR 6.103), Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht: dr. A.W. van der Velden, senior onderzoeker Huisarstgeneeskunde; dr. M.M. Kuyvenhoven, medisch socioloog; prof.dr. Th.J.M. Verheij, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: a.w.vandervelden@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. ARTI4 werd gefinancierd door ZonMw (projectnummer: 94517303).

Dit artikel is een vertaling van: Van der Velden AW, Kuyvenhoven MM, Verheij TJ. Improving antibiotic prescribing quality by an intervention embedded in the primary care practice accreditation: the ARTI4 randomized trial. J Antimicrob Chemother 2016;71:257-63. Publicatie gebeurt met toestemming.

sen. Wij randomiseerden de praktijken naar een interventiearm, die het programma 'Verbeteren antibioticabeleid voor acute luchtweg- en oorinfecties (LWOI's)' kreeg aangeboden, en een controlearm die het programma 'Verminderen chronisch PPI-gebruik voor refluxklachten' volgde. Onze primaire uitkomstmaat was de verandering in het aantal jaarlijks verstrekte antibioticakuren per 1000 geregistreerde patiënten per praktijk, 1 en 2 jaar na de interventie ten opzichte van het jaar dat aan de interventie voorafging. Secundaire uitkomstmaten waren veranderingen in soorten antibiotica, overprescriptie (ten onrechte voorschrijven), onderprescriptie (ten onrechte niet voorschrijven) en tweedekeuzeprescriptie, dat wil zeggen het voorschrijven van antibiotica die volgens de richtlijnen niet de voorkeur hebben.

Gegevensverzameling

Met instemming van de betrokken praktijken en apotheken gingen we via de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) na hoeveel kuren orale antibiotica er via elke deelnemende praktijk waren voorgeschreven in de drie jaar van deelname.[15] Ook verzamelden we om welke soort het ging: tetracyclines (J01A), amoxicilline (J01CA), amoxicilline-clavulaanzuur (J01CR), bètalactamgevoelige penicillines (J01CE) of macroliden (J01FA). Kuren die op een huisartsenpost waren voorgeschreven, lieten we buiten beschouwing.

Daarnaast hielden de huisartsen uit de interventiearm bij aanvang van het onderzoek vier weken lang alle consulten bij die betrekking hadden op luchtweg- en oorinfecties. Op een speciaal formulier registreerden zij leeftijd, geslacht, algemene gezondheid, comorbiditeit, klachten en symptomen met duur, ernst en koorts, bevindingen bij lichamelijk onderzoek, diagnose en beleid. Zo was het mogelijk hun voorschrijfgedrag te toetsen aan de criteria van de NHG-Standaarden Otitis media acuta, Rhinosinusitis, Acute keelpijn en Acute hoest.[3,16] Hiermee bepaalden we over-, onder- en tweedekeuzeprescriptie, wat ook diende als feedback. De analyse en de resultaten van de eerste ARTI4-registratieperiode hebben we elders beschreven.[3]

Interventie

Op basis van literatuur en eigen ervaring ontwikkelde onze onderzoeksgroep een interventie met onderdelen die bewezen effectief waren.[11-13,17] Alle huisartsen kregen op de praktijk een interactieve scholing van één tot anderhalf uur. Daarin werden de problemen rond antibioticagebruik en de aanbevelingen uit de vier relevante NHG-Standaarden behandeld, steeds aan de hand van een casus. Vervolgens kwam aan de orde waarom patiënten met een luchtweg- of oorinfectie naar de huisarts gaan, welke factoren hun tevredenheid over zo'n consult verhogen en welke communicatieve vaardigheden nodig zijn om de verwachting en zorg van de patiënt te exploreren en de beslissing géén antibiotica voor te schrijven goed uit te leggen. Tot slot kregen de huisartsen feedback over de SFK-gegevens van het voorafgaande jaar (jaar 0) en over de registratie die zij vier weken lang hadden bijgehouden.

Foto: Sushitsky Sergey/Shutterstock

Door nascholing met feedback over het voorschrijfgedrag daalt het aantal antibioticavoorschriften.

Met medeneming van de feedback en wensen van de huisartsen werd een verbeterplan opgesteld dat beantwoordde aan de NPA-eisen, met doelstellingen aangaande het aantal antibioticavoorschriften, overprescriptie en tweedekeuzeprescriptie. Ook werd patiënteninformatiemateriaal ter beschikking gesteld dat inging op de symptomatische behandeling, het natuurlijke beloop, de alarmsymptomen en het nut en onnut van antibiotica.

Na een jaar volgde een tweede registratieperiode van vier weken. De resultaten hiervan werden samen met de SFK-gegevens uit jaar 1 schriftelijk teruggekoppeld zodat de huisartsen konden zien of de doelen van het verbeterplan waren behaald.

Analyses

Per praktijk berekenden we de procentuele veranderingen in de antibiotica-uitgiften over jaar 1 en jaar 2 ten opzichte van jaar 0. Verschillen tussen de interventie- en de controlearm analyseerden we met de t-toets.

Overprescriptie berekenden we als het percentage consulten waarin een antibioticum werd voorgeschreven terwijl dit niet geïndiceerd was, onderprescriptie als het percentage waarin geen antibioticum werd voorgeschreven terwijl dit wel geïndiceerd was. Tweedekeuzeprescriptie berekenden we als het percentage voorschriften voor een tweedekeusantibioticum zonder dat er een aanleiding was zoals allergie, zwangerschap of borstvoeding.[3] De veranderingen binnen de interventiegroep in deze secundaire uitkomstmaten bepaalden we met de gepaarde t-toets. Met behulp van Pearson-correlatiecoëfficiënten analyseerden we de correlaties van de veranderingen met het voorschrijfniveau in jaar 0.

Tabel 1 **Aantal antibiotica-uitgiften en voorschrijfgedrag in het jaar voorafgaand aan de interventie**

	Interventiearm (n = 45)	Controlearm (n = 41)
Antibiotica-uitgiften*		
■ alle antibiotica	280 (146 tot 560)	286 (144 tot 733)
■ tetracyclines + amoxicilline + feneticilline	111 (46 tot 240)	117 (48 tot 244)
■ amoxicilline-clavulaanzuur + macroliden	66 (27 tot 169)	66 (27 tot 217)
Overprescriptie†		
■ alle luchtweg- en oorinfecties	44% (0 tot 89%)	
■ otitis media	2,4% (0 tot 50%)	
■ keelpijn	54% (0 tot 100%)	
■ rinosinusitis	52% (0 tot 100%)	
■ lageluchtweginfecties	48% (0 tot 100%)	
Onderprescriptie voor luchtweg- en oorinfecties†	2,9% (0 tot 17%)	
Tweedekeuzeprescriptie voor luchtweg- en oorinfecties†	22% (0 tot 72%)	

** Aantal uitgiften per 1000 patiënten per jaar, weergegeven als gemiddeld aantal per praktijk met uitersten. Gebaseerd op gegevens van de SFK.*
† Percentage van het aantal antibioticarecepten voor de betreffende infecties, weergegeven als gemiddeld percentage per praktijk met uitersten. Gebaseerd op een vierweekse registratie door de huisartsen.

RESULTATEN

We excludeerden twee praktijken uit de controlegroep omdat er geen betrouwbare SFK-gegevens beschikbaar waren. Bij de meting in het tweede jaar werden twee andere praktijken, één uit elke groep, geëxcludeerd omdat ze waren overgenomen door een nieuwe huisarts.

Alle huisartsen volgden de scholing en elke praktijk maakte een verbeterplan. De praktijken in beide onderzoeksarmen waren vergelijkbaar qua grootte en sociaaleconomische status van de patiëntenpopulatie, organisatie (solo, duo of groepspraktijk) en geografische locatie. Ook in leeftijd en ervaringsjaren waren de huisartsen in beide onderzoeksarmen vergelijkbaar. In de controlegroep was 59% van de huisartsen vrouw, in de interventiegroep 50%.

Aantal uitgiften en voorschrijfgedrag in jaar 0

In het jaar voorafgaand aan de interventie werden in de interventiegroep gemiddeld 280 antibioticakuren per 1000 patiënten uitgegeven [**tabel 1**]. Bijna 40% van de uitgiften betrof een middel van eerste keus bij luchtweginfecties, amoxicilline, doxycycline en feneticilline; in 24% was het een tweedekeusantibioticum, amoxicilline-clavulaanzuur en macroliden. In de controlegroep vonden we vergelijkbare hoeveelheden.

Uit de vierweekse registratie bij aanvang bleek dat het praktijkgemiddelde voor overprescriptie 44% was, minder voor otitis media en meer (rond de 50%) voor luchtweginfecties. De tweedekeuzeprescriptie (voornamelijk amoxicilline-clavulaanzuur en macroliden) was 22%. Opvallend was dat er in alle genoemde uitkomsten grote verschillen waren tussen de praktijken.

Veranderingen in jaar 1

De interventie resulteerde in significante verbetering op bijna alle uitkomsten [**tabel 2**]. In de interventiegroep daalde het aantal verstrekte eerstekeuzemiddelen met 7,7% en het aantal uitgiften van amoxicilline-clavulaanzuur en macroliden met bijna 13%. In de controlegroep stegen deze aantallen met respectievelijk 0,1% en bijna 3%. De vermindering per praktijk

Tabel 2 **Verandering in antibiotica-uitgiften en voorschrijfgedrag in het eerste jaar na de interventie**

	Interventiearm (n = 45-43)	Controlearm (n = 41)	p
Procentuele verandering*			
■ alle antibiotica	−7,6% (−27 tot 22%)	−0,4% (−17 tot 20%)	0,002
■ tetracyclines + amoxicilline + feneticilline	−7,7% (−39 tot 27%)	0,08% (−30 tot 36%)	0,03
■ amoxicilline-clavulaanzuur + macroliden	−12,7% (−57 tot 27%)	2,9% (30 tot 48%)	0,001
Overprescriptie†			
■ alle luchtweg- en oorinfecties	44 → 28%		< 0,001
■ otitis media	2,5 → 4,6%		0,37
■ keelpijn	54 → 33%		0,01
■ rinosinusitis	52 → 26%		< 0,001
■ lageluchtweginfecties	49 → 29%		< 0,001
Onderprescriptie voor luchtweg- en oorinfecties†	2,8 → 1,5%		0,02
Tweedekeuzeprescriptie voor luchtweg- en oorinfecties†	21 → 16%		0,04

** Gebaseerd op gegevens van de SFK voor 45 interventie- en 41 controlepraktijken. Weergegeven is de gemiddelde procentuele verandering per praktijk, met uitersten.*
† Gebaseerd op 2732 registraties in 45 praktijken in jaar 0 en 2503 registraties in 43 praktijken in jaar 1; de huisartsen van twee praktijken vielen uit in de tweede registratieperiode wegens ziekte. Weergegeven is het gemiddelde percentage per praktijk in jaar 0 en in jaar 1.

Tabel 3 Verandering in antibiotica-uitgiften in het tweede jaar na de interventie ten opzichte van het jaar voorafgaand aan de interventie

Procentuele verandering	Interventiearm (n = 44)	Controlearm (n = 40)	p
Alle antibiotica	-4,3% (-39 tot 26%)	2% (-19 tot 40%)	0,015
Tetracyclines + amoxicilline + feneticilline	-6,9% (-35 tot 34%)	-1,1% (-29 tot 36%)	0,07
Amoxicilline-clavulaanzuur + macroliden	-7,8% (-44 tot 36%)	6,7% (-29 tot 72%)	0,005

Gebaseerd op gegevens van de SFK.

bleek samen te hangen met het aantal verstrekte kuren in jaar 0: hoe hoger dat was, des te sterker was de daling. Voor eerstekeuzemiddelen was de Pearson-correlatiecoëfficiënt -0,30 (p = 0,04), voor tweedekeuzemiddelen -0,36 (p = 0,01).

De overprescriptie daalde significant van 44 naar 28% (p < 0,001); de daling was het duidelijkst bij rinosinusitis en lage-luchtweginfecties. Ook de onderprescriptie daalde, maar deze was bij aanvang al gering.

Veranderingen in jaar 2

Om te zien hoe bestendig de bereikte verbeteringen waren, analyseerden we ook de antibiotica-uitgiften in het tweede jaar na de interventie [**tabel 3**]. Het effect van de interventie bleek wel iets afgenomen ten opzichte van jaar 1, maar zowel het totaal aantal uitgegeven antibioticakuren als de tweedekeuzemiddelen bleven significant lager dan in de controlegroep.

In absolute aantallen was het verschil tussen beide onderzoeksarmen twee jaar na de interventie 20 kuren per 1000 patiënten: in de interventiearm werden gemiddeld 17 kuren minder voorgeschreven, in de controlearm gemiddeld drie meer.

BESCHOUWING

Ons in de NPA ingebedde kwaliteitsprogramma verlaagde het totale antibioticagebruik bij luchtweginfecties en met name ook de overprescriptie en tweedekeuzeprescriptie. Twee jaar na de interventie was zowel het totale antibioticagebruik als het gebruik van tweedekeuzemiddelen nog steeds lager dan in de controlegroep. Wel was de variatie tussen praktijken in de hoeveelheid en kwaliteit van voorschrijven opvallend.

Onze interventie bracht twee vernieuwingen: de registratie van consulten met benchmarking, die specifieke feedback voor de huisartsen opleverde, en de inbedding in de NPA met een verbeterplan per praktijk. Juist deze twee elementen vergrootten naar onze mening de effectiviteit van de interventie. Zowel het gezamenlijk bespreken van ten onrechte voorgeschreven antibiotica en tweedekeuzemiddelen op de eigen consulten als het zelf opstellen en jaarlijks evalueren van verbeterpunten bleek informatief en motiverend. Dit werd door de huisartsen ook gewaardeerd.[14]

Sterke punten en beperkingen

ARTI4 had een aantal sterke punten. Ten eerste was het een gerandomiseerde trial met voor- en nametingen in beide onderzoeksarmen. Ten tweede bood de benchmarking van geregistreerde consulten een goed beeld van het voorschrijfgedrag en goede feedback voor de huisartsen. Dat het hun eigen voorschrijfgedrag betrof, maakte de gegevens heel bruikbaar tijdens de scholing. Ten derde was de scholing gericht op de behandeling van luchtweg- en oorinfecties bij patiënten van alle leeftijden. Van zo'n brede interventie mag een groter effect verwacht worden dan van een interventie die gericht is op één indicatie. Tenslotte bleek de interventie het effectiefst bij de praktijken die het meest voorschreven: deze huisartsen bleken in staat én bereid hun voorschrijfgedrag te veranderen.

ARTI4 had ook enkele beperkingen. Onze primaire uitkomst, het aantal antibiotica-uitgiften, kon zowel een onderschatting als een overschatting zijn van het gebruik: een overschatting als patiënten de opgehaalde kuur niet of niet volledig gebruikten;[18] een onderschatting als ze naar de huisartsenpost gingen en daar een kuur kregen, wanneer ze bij de eigen huisarts geen kuur gekregen hadden hadden. Verder lieten de SFK-gegevens vaak geen analyse per individuele huisarts toe. Daarom hebben we de praktijk als analyse-eenheid gehanteerd, maar binnen een praktijk kunnen de huisartsen wel verschillend gereageerd hebben op de interventie.

Vergelijking met eerder onderzoek

In eerder onderzoek is gebleken dat actieve scholing, audits, feedback en training in communicatieve vaardigheden effectief zijn in het optimaliseren van het voorschrijfgedrag bij luchtweginfecties.[11,12,17] In ARTI4 hebben we deze elementen ook gebruikt. Ook een point-of-caretest zoals de CRP-bepaling is effectief gebleken om antibioticagebruik te verminderen.[19,20] De CRP-test hebben we in het onderzoek echter niet gebruikt omdat die destijds geen onderdeel was van de richtlijnadviezen.

In de opzet van ARTI4 hebben we getracht enkele hiaten uit eerder onderzoek te ondervangen. Ten eerste nam het behaalde effect in veel trials snel af of was er slechts één meting gedaan. Daarom hebben wij ook twee jaar na de interventie gemeten. Ten tweede was er weinig aandacht voor de implementatie,[11,17] terwijl wij verwachten dat inbedding in de NPA de landelijke implementatie van een verbeterprogramma vergemakkelijkt. Ten derde hadden veel trials alleen het aantal antibioticavoorschriften of het prescriptiepercentage als uitkomstmaat. Reductie van het antibioticagebruik kan echter ook tot onderbehandeling leiden: in eerder onderzoek bleek het aantal ziekenhuisopnamen en pneumonieën na zo'n reductie gestegen.[19,21] Om optimale behandeling te kunnen garanderen moet men een volledig beeld hebben van het voorschrijfgedrag, dus ook van de onderprescriptie.

Implementatie

Scholing van huisartsen en analyse van het voorschrijfgedrag zijn arbeidsintensief. Dit staat een kosteneffectieve landelijke implementatie van het programma vooralsnog in de weg, maar er zijn zeker mogelijkheden binnen de NPA, gegeven de beschikbare ICT-infrastructuur. Nu al analyseren veel praktijken hun antibioticavoorschriften. Scholing zou online aangeboden kunnen worden via een programma individuele nascholing (PIN).[19] In het HIS zou een applicatie ingebouwd kunnen worden die het voorschrijfgedrag analyseert; applicaties voor structurele data-extractie zijn al beschikbaar. Deze toepassing van klinische gegevens uit het HIS verdient ook in Nederland meer aandacht.

CONCLUSIE

Antibioticaresistentie wordt wereldwijd als urgent probleem gezien. Het blijkt echter niet eenvoudig het antibioticagebruik terug te dringen. Het voorschrijfgedrag van artsen is alleen via complexe interventies te beïnvloeden; de inbedding van de hier beschreven interventie in de kwaliteitscyclus van de NPA lijkt een effectieve strategie om het voorschrijfgedrag voor luchtweginfecties te verbeteren. Wij denken dat het mogelijk moet zijn de scholing en informatieve feedback op dit gebied verder te automatiseren en samen met het verbeterplan te integreren in de NPA-kwaliteitscyclus.

DANKWOORD

Wij danken de huisartsen voor hun deelname aan ARTI4, en de apothekers en de SFK voor het ter beschikking stellen van de uitgiftegegevens. Truus Meijers, Susan van Hemert en Eveline van der Velden verleenden praktische assistentie gedurende het onderzoek; Cas Kruitwagen en Paco Welsing gaven advies bij de statistische analyses. ■

LITERATUUR

De literatuurlijst van dit artikel is te vinden op www.henw.org, rubriek Onderzoek.

INTERMEZZO

Ferdinand Schreuder

Delen door 8000

Een alarmerende krantenkop: 'Aantal oogletsels vuurwerk loopt sterk op'. Het blijkt om 90 gevallen te gaan dit jaar. Om zo'n getal beter te begrijpen deel ik het altijd door 8000: dan krijg ik de kans dat dat bij één huisarts in de praktijk gebeurt. In dit geval dus ongeveer bij één op de 90 huisartsen. Met andere woorden: één op de drie huisartsen zal zoiets meemaken in zijn werkzame leven: toch maar geen poster hierover in de wachtkamer.

Hetzelfde sommetje kan je bijvoorbeeld gebruiken bij het beoordelen van de opbrengst van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Hiermee zouden 350 sterfgevallen per jaar voorkómen kunnen worden, dat is dus minder dan twee patiënten per huisarts in zijn werkzame leven: is dat al dat gedoe en al die onzekerheid en angst waard?

Zestigduizend vluchtelingen een 'tsunami? Twee tot drie gezinnen per huisartsenpraktijk lijkt toch wel te doen.

Zestig miljoen besparen op medicatie? Dat is per huisarts € 7.500,- per jaar, ofwel € 30,- per werkdag, één à twee recepten minder. Dat klinkt goed haalbaar.

Honderdzesendertigduizend onverzekerden? Dat scheelt per huisarts 17 keer inschrijfgeld, ongeveer € 1700,- per jaar.

Tweeduizendachthonderd 'onbekende' hiv-seropositieven: een kans van één op drie dat ik er een in de praktijk heb.

Vierhonderdtachtigduizend mensen met alcoholmisbruik? Dan zou ik er 60 van in mijn praktijk moeten kennen.

Nefarma beweert dat de farmaceutische industrie door de terughoudende opstelling van Nederlandse huisartsen jaarlijks meer dan 80 miljoen misloopt aan inkomsten van DPP-4 remmers: jaarlijks meer dan € 10.000,- per huisarts.

Omgekeerd kan ook: als iedere huisarts twee opnames per jaar weet te voorkómen of één labbriefje per dag minder uitgeeft, scheelt dat jaarlijks zo twintig miljoen. Als iedere huisarts de verdiensten van één dienst per jaar schenkt aan Artsen Zonder Grenzen kunnen zij hun acties voor Ethiopië bijna verdubbelen. Of als alle huisartsen zeven chronische omeprazolgebruikers capsules in plaats van tabletten voorschrijven hebben we zo weer zes miljoen bespaard: zoveel als alle kosten van de voedselbanken in Nederland bij elkaar. Zo helpt een eenvoudig sommetje me de nieuwsberichten in perspectief te zien. ■

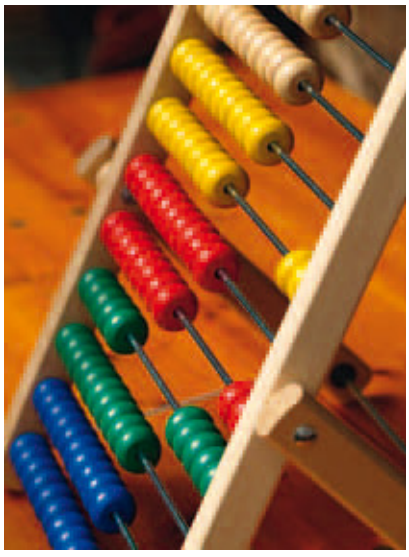


Foto: Shutterstock/Jakub Cejpek

Wim Verstappen

De onderzoeksvraag

PRAKTIJKPROBLEEM

Vrijwel iedere ochtend staat er bij u wel een patiënt aan de balie met een potje urine. U hebt daar natuurlijk een protocol voor, gebaseerd op de NHG-Standaard Urineweginfecties. Toch kunt u zichzelf over dit veelvoorkomende onderwerp in de huisartsenpraktijk vele vragen stellen, bijvoorbeeld: moet ik niet vaker een sedimentonderzoek doen? Hoe zit het eigenlijk met het resistentiepatroon van de voorgeschreven antibioticakuur? Hoe kom je van zo'n vraag tot een wetenschappelijk te onderzoeken vraag?

ACHTERGROND

In een serie over praktische epidemiologie kan aandacht voor de onderzoeksvraag zelf niet ontbreken, ook al is het in de laatste aflevering. Het formuleren van een goede onderzoeksvraag is de achilleshiel van wetenschappelijk onderzoek en dit geldt zeker ook voor de huisartsgeneeskunde.

UITWERKING

Huisartsen worden tijdens hun dagelijkse werk geconfronteerd met honderden vragen: vragen van de patiënt ('Moet ik die kuur wel nemen?'), vragen over het eigen handelen ('Moet ik die kuur wel voorschrijven?') en vragen met een maatschappelijke achtergrond ('Zal ik de goedkoopste kuur voorschrijven?'). Een goede bron om tot een antwoord op deze vragen te komen is eerder wetenschappelijk onderzoek dat gebaseerd is op etiologische vragen ('Wat is het effect van een kuur? Is het wel nodig om deze kuur voor te schrijven, gezien het natuurlijk beloop van deze ziekte?'). In een dergelijke ruwe vorm is een probleem nog niet onderzoekbaar. Men gaat in de literatuur en bij experts na wat er al onderzocht en getheoretiseerd is. Het vertalen van die vraag naar een wetenschappelijke en dus te onderzoeken vraag is een uitdaging. Een vraagstelling hoort logischerwijs te eindigen met een vraagteken. Hij moet bestaan uit een (of meer) determinant(en) ('een antibioticumkuur'), een uitkomstmaat ('% genezen patiënten na kuur') en een domein ('volwassen vrouwelijke patiënten met een blaasontsteking op een huisartsenspreekuur').

Een onderzoeksvraagstelling moet relevant, onderzoekbaar en concreet zijn.

Voor een toegepaste discipline als de huisartsgeneeskunde houdt relevantie in dat het gaat om een probleem dat in de praktijk als belangrijk wordt ervaren en voldoende vaak voorkomt. Ook moeten de resultaten bruikbaar zijn in de dagelijkse praktijk. Hierbij wordt gewoonlijk onderscheid gemaakt tussen theoretische, praktische en maatschappelijke relevantie.

Waaraan moet een dergelijke vraag voldoen om 'onderzoekbaar' te worden? Het allerbelangrijkste is waarschijnlijk om ervoor te zorgen dat de vraag beperkt is, waardoor het haalbaar is om de vraag met de daarvoor benodigde en adequate methodologie te onderzoeken. In de meeste basis- en huisartsenopleidingen wordt studenten en aios geleerd hoe ze van een praktijkvraag via het formuleren van een PICO kunnen komen tot een onderzoeksvraag die ze met een literatuuronderzoek kunnen beantwoorden. Deze methode kan ons ook bij praktijkvragen helpen om tot een heldere vraagstelling te komen.

PICO is een afkorting waarbij P staat voor de karakteristieken van de patiënt of groep patiënten waarop de vraagstelling betrekking heeft. I staat voor de interventie waarvan de effectiviteit onderzocht wordt. Deze interventie kan een diagnostisch instrument zijn of een (niet-)medicamenteuze behandeling. De interventie wordt vergeleken met een controle-interventie (C): een gebruikelijke diagnostische of behandelingsmethode (bijvoorbeeld usual care), een placebo of een ander medicament. De O (outcome) staat voor de uitkomst die betrekking heeft op het effect dat met de interventie beoogd wordt. Uit een PICO is een vraagstelling te formuleren en deze bepaalt voor een belangrijk deel de onderzoeksopzet en de aanpak van de analyse.

Als laatste is het van belang dat de onderzoeksvraag beantwoord kan worden door middel van concrete waarnemingen of metingen. Is duidelijk aan welke objecten wordt gemeten (wie en waar), wat wordt gemeten en met welke methoden (wat en hoe)? Bij voorkeur moeten de onderzoeksopzet, de afhankelijke variabelen (effecten) en de onafhankelijke variabelen (factoren die het effect bepalen) uit de vraagstelling zijn af te leiden. Toch moet een vraagstelling ook kort en bondig blijven. Desgewenst kan de onderzoeker een hoofdvraagstelling en meerdere deelvraagstellingen formuleren.

BETEKENIS

Het formuleren van een vraagstelling is de eerste stap in het wetenschappelijke onderzoek en dat onderzoek leidt hopelijk tot heldere, eenduidige en praktische conclusies die de huisarts helpen in zijn dagelijkse praktijk. ■

Dit is de laatste aflevering in de serie Praktische epidemiologie, waarin we aangeven hoe de wetenschap achter een praktijkprobleem in elkaar zit. Correspondentie: redactie@nhg.org.

UMC St Radboud, Eerstelijnsgeneeskunde/VOHA, Nijmegen: dr. W. Verstappen, huisarts • Correspondentie: wim.verstappen@radboudumc.nl

Otto Maarsingh, Ykeda Henry, Peter van de Ven, Dorly Deeg

ONDERZOEK

Minder sterfte door continuïteit van zorg

Samenvatting

Maarsingh OR, Henry Y, van de Ven PM, Deeg DJH. Minder sterfte door continuïteit van zorg. Huisarts Wet 2017;60(3):122-4.

ACHTERGROND Continuïteit van zorg is een grondbeginsel van de huisartsgeneeskunde, maar de harde effecten ervan zijn beperkt onderzocht. Wij onderzochten in een cohort ouderen of er een samenhang is tussen continuïteit van zorg en overlijden.

METHODE Onze onderzoekspopulatie bestond uit 1712 deelnemers van 60 jaar en ouder aan de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). De deelnemers zijn over een periode van 17 jaar (1992-2009) zesmaal geïnterviewd in driejaarlijkse cycli. Uit gegevens van het bevolkingsregister (peildatum november 2013) berekenden we de overlevingsduur, dat wil zeggen de periode tussen het laatste interview en de datum van overlijden. Continuïteit van zorg definieerden we als de duur van de behandelrelatie(s) tussen de patiënt en diens huisarts(en). Als maat daarvoor namen we de *continuity of care*-index (COC-index), oplopend van laag (0,001-0,500), laaggemiddeld (0,501-0,556) en hooggemiddeld (0,557-0,999) tot maximaal (1,000: steeds dezelfde huisarts). Met de Cox-regressieanalyse onderzochten we de associatie tussen de COC-index en de overlevingsduur, rekening houdend met bekende confounders zoals roken, alcoholgebruik en chronische ziekte.

RESULTATEN Van de 1712 ouderen hadden er 742 (43,3%) de maximale COC-index en 370 deelnemers (21,6%) een lage COC-index. Laatstgenoemde groep had een significant grotere kans om te overlijden dan de eerstgenoemde (hazard ratio 1,20; 95%-BI 1,01 tot 1,42). Confounders hadden geen doorslaggevende invloed.

CONCLUSIE Lage continuïteit van zorg in de huisartsenpraktijk is geassocieerd met hogere mortaliteit bij ouderen. Die continuïteit staat echter door maatschappelijke ontwikkelingen onder druk. Het groeiende bewijs dat continuïteit van zorg écht werkt, is een *wake-up call* voor patiënten, huisartsen, onderzoekers en beleidsmakers.

INLEIDING

De *Toekomstvisie huisartsenzorg 2022* noemt continuïteit van zorg één van de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde.[1] Ook buiten Nederland wordt algemeen geaccepteerd dat continuïteit van zorg noodzakelijk is voor effectieve, efficiënte en hoogwaardige patiëntenzorg.[2-4] Uit onderzoek is ook naar voren gekomen dat continuïteit van zorg een positief effect heeft op diverse 'zachte' uitkomstmaten, zoals de relatie tussen arts en patiënt, patiënttevredenheid, preventieve zorg, therapietrouw, toegankelijkheid van zorg en zorggebruik.[2,5-9] Naar het effect op harde uitkomstmaten, zoals morbiditeit en mortaliteit, is echter maar beperkt onderzoek gedaan. Sommige onderzoekers beschouwen mortaliteit als de ultieme uitkomstmaat voor het effect van continuïteit van zorg, met name bij ouderen.[10]

Omdat continuïteit van zorg een centrale positie inneemt in de toekomstvisie van de huisarts, maar tegenwoordig steeds meer onder druk komt te staan en de onderbouwing voor het effect op harde uitkomstmaten vooralsnog beperkt is, onderzochten wij met behulp van gegevens uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) hoe continuïteit van zorg in de huisartsenpraktijk geassocieerd is met sterfte.

METHODE

Het LASA-onderzoek is gestart in 1992-1993 met een steekproef van 3107 mannen en vrouwen van 55-85 jaar, getrokken uit de bevolkingsregisters van elf gemeenten verspreid over drie regio's in Nederland.[11] De steekproef was gestratificeerd naar leeftijd, geslacht en verwachte sterfte na vijf jaar. Elke drie jaar worden opnieuw gegevens verzameld en metingen gedaan door getrainde interviewers die de deelnemers thuis bezoeken. Voor het hier beschreven onderzoek zijn zes cycli van dataverzameling gebruikt, namelijk 1992/1993, 1995/1996, 1998/1999, 2001/2002, 2005/2006 en 2008/2009. Voor deze analyse selecteerden we respondenten (n = 1712) die hadden deelgenomen aan minimaal drie opeenvolgende cycli gerekend vanaf 1992/1993 en wanneer de informatie over hun huisartsen volledig was. We berekenden de overlevingsduur met behulp van informatie uit het bevolkingsregister (laatste peildatum: 1 november 2013), waarbij de overlevingsduur werd gedefinieerd als de datum van overlijden dan wel de laatste

Wat is bekend?

- Continuïteit van zorg is een van de grondbeginselen in de huisartsgeneeskunde.
- Continuïteit van zorg heeft een positief effect op zaken zoals de arts-patiëntrelatie, patiënttevredenheid, therapietrouw en zorggebruik.
- De associatie tussen continuïteit van zorg en harde gezondheidsuitkomsten is nog weinig onderzocht.

Wat is nieuw?

- Ruim twee vijfde van de onderzochte ouderen hield langdurig dezelfde huisarts; een vijfde wisselde relatief vaak.
- De groep ouderen die het vaakst van huisarts wisselt, heeft 20% meer kans om te overlijden dan de groep die langdurig dezelfde huisarts houdt.
- Confounders zoals leeftijd, geslacht, roken, alcoholgebruik, chronische ziekte, functionele beperkingen, depressie, cognitie en persoonlijkheidskenmerken hebben hierop geen invloed.

VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde en EMGO+, Amsterdam: dr. O.R. Maarsingh, huisarts-onderzoeker; Y. Henry, gezondheidswetenschapper; dr. P.M. van de Ven, statisticus; prof.dr. D.J.H. Deeg, hoogleraar Epidemiologie van veroudering • Correspondentie: o.maarsingh@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een vertaling van: Maarsingh OR, Henry Y, van de Ven PM, Deeg DJ. Continuity of care in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study. Br J Gen Pract 2016;66:e531-9. Publicatie gebeurt met toestemming.

peildatum, minus de datum waarop het interview van de laatste dataverzamelingscyclus plaatsvond. Voor vier deelnemers konden we deze informatie niet achterhalen.

We definieerden 'continuïteit van zorg' als de duur van de behandelrelatie tussen patiënt en huisarts(en). We berekenden een index voor deze continuïteit van zorg op basis van de Herfindahl-Hirschmann-index. Voor een uitgebreide beschrijving van de berekening verwijzen we naar onze oorspronkelijke publicatie.[12]

Het bereik van onze zogeheten *continuity of care-index* (COC-index) varieert van 1/*N* (minimale continuïteit; tijdens elke cyclus een andere huisarts) tot 1 (maximale continuïteit, tijdens elke cyclus dezelfde huisarts). Omdat het verband tussen de COC-index en overlevingsduur niet lineair bleek te zijn, hebben we de scores op de COC-index ingedeeld in tertielen: laag (> 0-0,500), laaggemiddeld (0,501-0,556) en hooggemiddeld (0,557-0,999), met als vierde categorie deelnemers met maximale continuïteit van zorg (1,000).

Op basis van eerder onderzoek hielden we rekening met mogelijke confounders: leeftijd, geslacht, sociaal-demografische kenmerken, roken, alcoholgebruik, chronische ziekten, functionele beperkingen, depressie, cognitie en persoonlijkheidskenmerken. Met een Cox-regressieanalyse, gestratificeerd naar het aantal dataverzamelingscycli, onderzochten we het verband tussen de continuïteit van zorg en de overlevingsduur.

RESULTATEN

Van de 1712 deelnemers hadden er 742 (43,3%) in alle cycli dezelfde huisarts, dus maximale continuïteit van zorg. Bij 370 deelnemers (21,6%) was de continuïteit van zorg laag, bij 290 (16,9%) laaggemiddeld en bij 310 (18,1%) hooggemiddeld. Van de 759 deelnemers die na 17 jaar nog in leven waren, hadden er 251 (33,1%) nog steeds dezelfde huisarts.

[**Tabel 1**] toont de uitkomsten van de regressieanalyse. Deelnemers met een lage COC-index hadden een significant grotere kans op overlijden dan deelnemers met de maximale COC-index (hazard ratio 1,20; 95%-BI 1,01 tot 1,42). Er waren geen confounders die de hazard ratio met meer dan 10% veranderden.

Ouderen die vaak van huisarts wisselen, hebben 20% meer kans om te overlijden.

BESCHOUWING

Wij onderzochten de associatie tussen mortaliteit en continuïteit van zorg aan ouderen in de huisartsenpraktijk over een periode van 17 jaar (1992-2009). De deelnemers met lage continuïteit van zorg hadden meer kans om te overlijden dan de deelnemers met de maximale continuïteit van zorg (hazard ratio 1,20). Anders gezegd: de ouderen die het vaakst wisselden van huisarts hadden 20% meer kans om te overlijden dan de ouderen die in deze periode niet van huisarts wisselden.

Sterke punten en beperkingen

Sterke kanten van ons onderzoek zijn de lange follow-upduur, de steekproef, die representatief is voor de Nederlandse populatie, de persoonlijke interviews en de uitgebreidheid van de verzamelde informatie per patiënt. Dit laatste stelde ons in staat te onderzoeken of de verschillen in sterfte ook konden worden verklaard door bijvoorbeeld roken, comorbiditeit of persoonlijkheidskenmerken, maar dat was niet het geval.

Tabel **Verband tussen continuïteit van zorg en overlevingsduur in het LASA-onderzoek**

Continuïteit van zorg	COC-index	n	Hazard ratio	95% BI	p
Alle patiënten		1708*			0,033
Laag	> 0-0,500	369	1,20	1,01 tot 1,42	0,034
Laaggemiddeld	0,501-0,556	289	1,17	0,98 tot 1,41	0,083
Hooggemiddeld	0,557-0,999	310	0,93	0,77 tot 1,12	0,435
Maximaal†	1,000	740	1,00	–	–

BI = betrouwbaarheidsinterval; COC = continuïteit van zorg.

Cox-regressieanalyse over zes cycli van dataverzameling (1992/1993, 1995/1996, 1998/1999, 2001/2002, 2005/2006 en 2008/2009), gestratificeerd naar aantal cycli.

** Voor vier deelnemers kon de overlevingsduur (datum van overlijden minus datum van laatste interview) niet worden achterhaald.*

† Referentiecategorie.

Alle ons bekende relevante confounders zijn meegenomen in de analyse.

Het onderzoek kent ook een aantal beperkingen. Zo hebben we continuïteit van zorg gedefinieerd als de duur van de therapeutische relatie tussen patiënt en huisarts, en berekend op basis van het aantal huisartsen, het aantal wisselingen van huisarts en de duur van iedere afzonderlijke therapeutische relatie. Er zijn echter veel meer manieren om continuïteit van zorg te definiëren en te berekenen, bijvoorbeeld als concentratie (proportie consultaties per hulpverlener) of sequentie (aantal achtereenvolgende consultaties bij dezelfde hulpverlener).[13,14] Onze definitie hield geen rekening met hoe vaak – of hoe weinig – de deelnemer de eigen huisarts bezocht, terwijl deze informatie wel degelijk relevant kan zijn. Helaas bevat de database van LASA geen gegevens op consultniveau. Verder hebben we geen informatie over de verschillende redenen om van huisarts te wisselen, zoals voorkeur voor een andere huisarts (patiënt), pensionering (huisarts), verhuizing (patiënt of huisarts) of conflict (patiënt en huisarts). Op basis van de wetenschappelijke literatuur verwachten we niet dat toevoeging van de variabele 'reden wisseling huisarts' het eindmodel zou veranderen, maar deze informatie zou zeker nuttig geweest zijn bij het duiden van de resultaten.

Vergelijking met eerder onderzoek

Tot nog toe is de associatie tussen mortaliteit en continuïteit van zorg in de huisartsenpraktijk slechts driemaal eerder onderzocht.[10,15,16] In een Frans observationeel onderzoek op basis van verzekeringsgegevens over de periode 2007-2010 bleek dat continuïteit van zorg geassocieerd was met een kleinere kans om te overlijden.[15] Een onderzoek in de Verenigde Staten op basis van de gegevens uit een cohortonderzoek onder ouderen over de periode 1991-2005 wees uit dat continuïteit van zorg was geassocieerd met een substantieel lagere mortaliteit.[10] En een Canadees retrospectief onderzoek onder oudere diabetespatiënten liet zien dat de mortaliteit in de groep met meer continuïteit van zorg lager was dan in de groep met minder continuïteit van zorg (8,6% versus 18,5%).[16] Ons onderzoek ondersteunt deze bevindingen.

Onze onderzoeksgegevens geven geen uitsluitsel over het waarom van de gevonden associatie, maar het is plausibel dat zorg die door steeds dezelfde huisarts wordt gegeven beter is afgestemd op de individuele behoefte van de patiënt en daardoor uiteindelijk effectiever is.[15]

Hoe nu verder?

Al in 2004 beschreef Henk Schers in zijn proefschrift het belang van continuïteit van zorg en welke veranderingen in de eerstelijns gezondheidszorg die hierop van invloed kunnen, zoals de toename van gezondheidscentra en van parttime werkende huisartsen, de opkomst van praktijkondersteuners en de enorme schaalvergroting van avond-, nacht- en weekenddiensten.[17] Ook andere maatschappelijke ontwikkelingen zijn van invloed op de continuïteit van zorg, bijvoorbeeld de toename van (sub)specialisaties in ziekenhuizen en de opkomst van een consumentenbeweging die de nadruk legt op keuzevrijheid en snelle toegang tot zorg.[4,13]

Al met al zorgen deze ontwikkelingen voor wrijving: er is groeiend bewijs dat continuïteit van zorg (kosten)effectief is, maar juist die continuïteit komt steeds meer onder druk te staan. Dit roept om nadere inventarisatie en herpositionering, zowel bij patiënten ('Welke vorm van continuïteit van zorg heeft mijn prioriteit en wat mag het kosten?') als huisartsen ('Hoe compenseer ik als parttimer een mogelijk verlies van continuïteit van zorg?'), onderzoekers ('Welk onderdeel binnen het complexe construct "continuïteit van zorg" is verantwoordelijk voor welk effect?') en beleidsmakers ('Hoe kan de huisartsenzorg worden ondersteund bij het realiseren van continuïteit-van-zorg-nieuwe-stijl?'). ■

LITERATUUR

De literatuurlijst kunt u vinden op www.henw.org, rubriek Onderzoek.

Winifred Paulis

Kinderen met obesitas

Samenvatting

Paulis WD. Kinderen met obesitas. Huisarts Wet 2017;60(3):125-7.

Recent onderzoek laat zien dat kinderen met overgewicht en obesitas niet voor andere klachten bij de huisarts komen dan kinderen zonder overgewicht. Kinderen komen vrijwel nooit met een klacht over hun gewicht. Het handelen van huisartsen is nog niet in lijn met de NHG-Standaard Obesitas: ze meten de body mass index vaak niet en verwijzen kinderen zelden door naar multidisciplinaire behandelprogramma's, die wel het effectiefst zijn. Huisartsen ervaren diverse barrières, waaronder het gevoel dat ouders en kinderen niet verwezen willen worden en het ontbreken van goede verwijsmogelijkheden. Daarnaast geven huisartsen aan behoefte te hebben aan scholing. Het lijkt aan te bevelen de verwijsmogelijkheden voor huisartsen goed in kaart te brengen. Of een scholing voor huisartsen zal leiden tot het vaker signaleren van obesitas bij kinderen moet nog blijken. Ouders geven wel aan dat de huisarts overtollig gewicht van hun kind ter sprake mag brengen.

PROBLEEMSTELLING

De NHG-Standaard Obesitas raadt aan om van alle kinderen die met een klacht over hun gewicht op consult komen of van kinderen die voor een andere klacht op consult komen en obees ogen, lengte en gewicht te meten, en de body mass index (BMI) vast te stellen. Wanneer er sprake is van obesitas moet de huisarts dit bespreken en eventueel behandelen, of de patiënt doorverwijzen.[1] Hoe pakt dit uit in de praktijk?

OVERGEWICHT EN OBESITAS BIJ KINDEREN

Het aantal kinderen met overgewicht en obesitas is de afgelopen dertig jaar fors gestegen. Was in de jaren tachtig nog één op de vijftien kinderen te zwaar, tegenwoordig is dat bijna één op de zes.[2] Hoewel de prevalentie de afgelopen jaren lijkt te stabiliseren,[3] zal de eerdere toename komende jaren hoogstwaarschijnlijk leiden tot een stijging van diverse ziekten en aandoeningen bij volwassenen.

Kinderen met overgewicht en obesitas hebben een grotere kans op obesitas op volwassen leeftijd,[4] die gepaard gaat met een hoger risico op chronische ziekten, zoals diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten en bepaalde vormen van kanker.[5,6] Ook op kinderleeftijd zijn er al verschillende aandoeningen gerelateerd aan overgewicht en obesitas.[7]

Obesitas is een multifactorieel probleem, met heel veel individuele verschillen. De oorzaak wordt vaak simpel uitgelegd als een disbalans tussen energie-inname en -verbruik;[8] te veel eten en te weinig bewegen. Maar de laatste jaren is veel meer bekend geworden over de complexiteit van het probleem en bijvoorbeeld over de invloed van genen en hormonen op de aanmaak van vet en op het gevoel van honger en verzadiging. Recent onderzoek laat zien dat we 21% van de variatie in de BMI van mensen aan genen kunnen toeschrijven.[9] Ook de obesogene samenleving die een ongezonde leefstijl faciliteert draagt bij doordat ongezonde keuzen, zoals die voor fastfood en inactiviteit, gemakkelijk zijn.[10] Zowel persoonlijke factoren als omgevingsfactoren spelen dus een rol.[11] Het is vaak de complexe interactie tussen deze factoren die tot obesitas leidt.[12]

PREVENTIE EN BEHANDELING

Desiderius Erasmus stelde al dat voorkomen beter is dan genezen en ook in de aanpak van obesitas bij kinderen beschouwt men preventie universeel als de beste aanpak.[11] In Nederland wordt op verschillende niveaus samengewerkt om overgewicht en obesitas bij kinderen tegen te gaan.[13] Zo wordt er ingezet op het verbeteren van kennis over overgewicht bij de algehele bevolking, is er een convenant opgericht dat als doel heeft om de prevalentie van overgewicht bij kinderen te verminderen, en is er sinds 2008 het Partnerschap Overgewicht Nederland, dat zich richt op het implementeren van accurate zorg voor individuen met overgewicht en obesitas. Wereldwijd is men het erover eens dat een dergelijke integratie tussen maatschappelijke en klinische initiatieven noodzakelijk is voor een goede aanpak.[14]

Hoewel preventie belangrijk is en de initiatieven veelbelovend lijken, zullen er altijd individuen zijn die obesitas ontwikkelen. Het is dan ook belangrijk om naast preventie effectieve behandelingen te hebben.

Systematische reviews gericht op de effectiviteit van interventies voor de aanpak van obesitas bij kinderen concluderen dat leefstijlinterventies die het hele gezin erbij betrekken in elk geval op de korte termijn het gewicht klinisch relevant kunnen verminderen. Langetermijnresultaten ontbreken vooralsnog.[15] De beste resultaten worden behaald bij jonge kinderen.[16] Ook in de eerste lijn zijn gecombineerde interventies die zich richten op voeding, beweging en gedrag het effectiefst.[17] Programma's die ouders of het hele gezin erbij be-

De kern

- Kinderen met overgewicht en obesitas onderscheiden zich wat klachten betreft niet van kinderen zonder overgewicht.
- Kinderen komen vrijwel nooit voor een klacht over hun gewicht op consult.
- Het huidige handelen van huisartsen is niet in lijn met de NHG-Standaard Obesitas.
- Huisartsen ervaren diverse barrières, waaronder het gevoel dat ouders en kinderen niet gemotiveerd zijn en een gebrek aan goede verwijsmogelijkheden.
- Ouders vinden dat de huisarts overtollig gewicht van hun kind tijdens een regulier consult ter sprake mag brengen.

Erasmus MC, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: dr. W.D. Paulis, post-doc onderzoeker en docent en senior onderzoeker Hogeschool Rotterdam, opleiding Fysiotherapie • Correspondentie: w.d.paulis@hr.nl • Belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Foto: EBS Professional/Shutterstock

Huisartsen ervaren diverse barrières bij het diagnosticeren en behandelen van kinderen met obesitas.

trekken laten grotere effecten zien.[18] Over de kosteneffectiviteit van dergelijke interventies is nog weinig bekend, omdat er ook maar weinig langetermijnresultaten zijn. Wel zijn er aanwijzingen dat zelfs interventies met maar kleine effecten op de lange termijn kosteneffectief zullen zijn.[19] Dat komt doordat alleen al de levenslange medische kosten voor kinderen met obesitas volgens schattingen 19.000 dollar hoger liggen dan voor kinderen zonder overgewicht.[20]

DE ROL VAN DE HUISARTS

De Nederlandse overheid stelt dat de huisarts een belangrijke rol kan spelen in de aanpak van overtollig gewicht bij kinderen, omdat deze vrij toegankelijk is, kinderen vaak op het spreekuur komen, de praktijk in de buurt van het kind gesitueerd is en de huisarts vaak het hele gezin kent.[21] In de landelijke richtlijn is aangegeven dat zowel de jeugdgezondheidszorg als de huisarts de diagnose obesitas bij kinderen kan stellen.[22] Vervolgens zal de huisarts onderzoeken of er sprake is van andere complicaties, en als dat niet het geval is een behandeling in de eerste lijn instellen.

ONDERZOEK

Obesitas bij kinderen is een relatief nieuw probleem voor de huisarts en er was tot voor kort nog maar weinig bekend over kinderen met obesitas in de huisartsenpraktijk. Wij wilden onderzoeken of kinderen met overgewicht en obesitas voor huisartsen verschillen van kinderen zonder overgewicht. Daarnaast wilden we in kaart brengen of huisartsen zelf vinden dat ze een rol moeten spelen bij het diagnosticeren en behandelen van obesitas bij kinderen, en waar barrières, mogelijkheden en aandachtspunten liggen.[23]

Verschillen tussen kinderen met en zonder overgewicht

Allereerst hebben we met 73 huisartsen in opleiding het DOE-RAK-cohortonderzoek opgezet.[24] Hieraan hebben 733 kinderen uit Zuidwest-Nederland die de huisarts bezochten meegedaan. Van deze groep kinderen had 14,3% overgewicht en 5,0% obesitas. Uit de gegevens bleek dat de kinderen met overgewicht en obesitas niet voor andere klachten naar de huisarts kwamen dan kinderen zonder overgewicht. Kinderen kwamen vaak voor huid- en luchtwegklachten, maar vrijwel nooit voor een klacht over hun gewicht.[25] Wel gaven kinderen met overgewicht op een vragenlijst aan dat ze vaker somatische klachten hadden. Kennelijk vond men die klachten niet zo ernstig om daarvoor een extra bezoek aan de huisarts af te leggen.

Ervaren barrières

Wat vinden huisartsen zelf van hun rol bij het diagnosticeren en behandelen van kinderen met obesitas?

Meer dan 90% van de 333 respondenten van een landelijke

enquête onder huisartsen was het eens met de stelling dat huisartsen een rol moeten spelen bij het diagnosticeren van obesitas bij kinderen. Minder dan een kwart van de huisartsen meet naar eigen zeggen regelmatig de BMI bij kinderen en slechts 4% van de huisartsen gaf aan kinderen door te verwijzen naar de multidisciplinaire interventieprogramma's die de NHG-Standaard aanraadt. Dat huisartsen weinig doorverwijzen of vervolgconsulten voor een leefstijlinterventie inplannen werd ook bevestigd door gegevens van het DOERAK-onderzoek.[25] Men wil wel, maar men doet het niet en de huisartsen hebben dan ook diverse barrières genoemd. Bijvoorbeeld: het is een gevoelig onderwerp; het is lastig om erover te beginnen, zeker gezien de beperkte tijd en als kinderen zelf niet met een klacht over hun gewicht komen; er zijn ook geen goede verwijsmogelijkheden. Het vaakst gaven de huisartsen aan dat ze het gevoel hadden dat ouders en kinderen niet gemotiveerd zijn en niet verwezen willen worden. Driekwart van de huisartsen meldde behoefte te hebben aan scholing over het diagnosticeren en behandelen van obesitas bij kinderen.

Aandachtspunten en mogelijkheden

Of ouders en kinderen daadwerkelijk niet gemotiveerd zijn om hun leefstijl te veranderen, hebben we niet onderzocht. Wel hebben we de ouders uit het DOERAK-cohort gevraagd of ze het eens zijn met de stelling dat huisartsen het overgewicht van hun kind ter sprake mogen brengen, ook als kinderen voor een andere klacht op consult komen. Vrijwel alle ouders (93,8%) gaven aan het daarmee eens te zijn, ook de ouders van kinderen met overgewicht en obesitas.[25]

Of een scholing voor huisartsen over het diagnosticeren en behandelen van kinderen met obesitas effectief is, is nog niet bekend. Wel blijkt uit een cluster randomised controlled trial, waarbij Australische huisartsen getraind werden om verschillende vormen van 'ongezond gedrag' (waaronder eet- en beweeggedrag) bij jongeren op te sporen en ter sprake te brengen, dat huisartsen in de interventiepraktijken ongezond eet- en beweeggedrag significant vaker bespraken (hoofdstuk 9 van mijn proefschrift[23]). Maar het ter sprake brengen alleen is niet genoeg om overgewicht aan te pakken.

CONCLUSIE

Samenvattend kunnen we stellen dat kinderen met overgewicht en obesitas niet voor andere klachten bij de huisarts komen dan kinderen zonder overgewicht. Omdat kinderen met overgewicht en obesitas in de huisartsenpraktijk geen verschillen vertonen met kinderen zonder overgewicht, is er geen directe aanleiding voor de huisarts hen anders te behandelen. Maar huisartsen moeten zich wel bewust zijn van mogelijke klachten die kinderen met overgewicht ervaren, maar tijdens het consult niet noemen.

Overheid, ouders en huisartsen zelf vinden dat de huisarts een rol heeft bij de aanpak van overgewicht bij kinderen. Dan is het wel belangrijk dat huisartsen een manier vinden om dat onderwerp ter sprake te brengen, omdat kinderen zelf niet met een klacht over hun gewicht op het spreekuur komen.

Daarnaast kunnen we concluderen dat huisartsen diverse barrières ervaren bij het diagnosticeren en behandelen van kinderen met obesitas en dat hun handelen vaak niet in overeenstemming is met de NHG-Standaard. Het is aan te bevelen om interventies waar huisartsen kinderen naar kunnen doorverwijzen goed in kaart te brengen. Want gecombineerde leefstijlinterventies, die ook de NHG-Standaard Obesitas aanraadt, zijn het meest effectief. Daarnaast is er behoefte aan scholing over het diagnosticeren en behandelen van obesitas bij kinderen. Of zo'n specifieke scholing er ook toe leidt dat huisartsen obesitas bij kinderen vaker signaleren en hen vaker doorverwijzen zal de toekomst moeten uitwijzen. Voor nu concludeer ik dan ook: 'Kinderen met obesitas bij de huisarts, nog geen dagelijkse praktijk.'

PRAKTISCHE TIPS

Voor kinderen gelden andere afkappunten van de BMI. Maak gebruik van een BMI-calculator[26] of bekijk de groeicurves van de vijfde landelijke groeistudie.[27] ■

LITERATUUR

De literatuurlijst kunt u vinden op www.henw.org, rubriek Beschouwing.

Bèr Pleumeekers

Kinderen met obesitas: lost in paradise?

Foto: Noam Armonn/Shutterstock

Eetgedrag wordt sociaal en cultureel bepaald.

Mensen die verdwaald zijn hebben de neiging om in cirkels te gaan lopen. Ze lopen zo lang door tot ze op een gegeven moment bij het punt aangekomen zijn waar ze ooit het spoor bijster zijn geraakt. Als ze dan ineens voetafdrukken in de grond zien, krijgen ze weer het gevoel op de goede weg te zijn. Anderen zijn hen hier immers voorgegaan. Het gevoel de weg kwijt te zijn bij de aanpak van obesitas bekroop mij al bij het verschijnen van de NHG-Standaard Obesitas in 2010 en wederom na het lezen van het proefschrift van Winifred Paulis, *Childhood Obesity in Primary Care*, een voor de huisarts zeer relevant en mooi proefschrift.

Zij analyseert helder het probleem van obesitas bij kinderen (BMI van 20 tot 40 kg/m^2, afhankelijk van de leeftijd) vanuit de invalshoek van de huisarts en die van het kind c.q. de ouders. Uit het onderzoek blijkt dat slechts een kwart van de huisartsen zich aan de NHG-Standaard houdt. Ondanks dat getrainde huisartsen significant vaker overgewicht meten en ter sprake brengen, leidt dit niet tot veranderingen in het gedrag van kinderen met overgewicht. Haar advies: nog meer training en nog meer onderzoek is nog meer van hetzelfde. Hier begin ik mij dan ook langzaam af te vragen of we wel met de goede oplossing bezig zijn voor een op zich reëel probleem. Zijn we niet bezig onze eigen voetstappen achterna te lopen?

Obesitas een ziekte noemen en het probleem dus binnen geneeskundige kaders plaatsen, brengt een oplossing niet vanzelfsprekend dichterbij. Het valt op dat met toename van de welvaart de consumptie toeneemt en daarmee obesitas een steeds groter probleem wordt. Pas wanneer duidelijk is dat er effectieve behandelmethodes bestaan, is het zinvol dat de geneeskunde een actieve rol krijgt. Het is de vraag of deze effectieve behandelingen inderdaad beschikbaar zijn.

De overtuiging dat obesitas als een medisch probleem opgevat dient te worden, is vooral gebaseerd op de Cochrane-review over de behandeling van overgewicht bij kinderen (2009). De review doet geen aanbevelingen voor een specifieke behandeling maar een gecombineerde, voedingsgerelateerde, gedragstherapeutische, lifestyle-interventie zou kunnen leiden tot een klinisch relevante vermindering van het lichaamsgewicht bij kinderen. Dit klinkt al redelijk vaag voor de huisarts die morgen aan de slag wil met de obesitas-epidemie in zijn of haar praktijk. Daar komt bij dat het effect op het overgewicht voor kinderen jonger dan 12 jaar twee jaar na behandeling niet meer aantoonbaar is. Of deze kinderen uiteindelijk een even gezonde levensverwachting hebben als kinderen met een normaal lichaamsgewicht, is in geen enkel onderzoek onderzocht. Er is ook kritiek op de methodologische aanpak van de meeste onderzoeken. Zo is twee derde van de onderzoeken te klein, lijkt er sprake te zijn van publicatiebias en heeft de helft van de onderzoeken een uitvalpercentage van meer dan 20%. De belangrijkste tekortkoming is echter dat ze bijna allemaal betrekking hebben op goed gemotiveerde, blanke kinderen uit de middenklasse. De generaliseerbaarheid en toepasbaarheid zijn hierdoor beperkt.

Eetgedrag wordt sociaal en cultureel bepaald. Dat dit gedrag uiteindelijk tot kwalijke gevolgen voor de gezondheid kan leiden maakt het misschien wel tot een medisch probleem, maar dit wil niet zeggen dat de oplossing ook van de (huis)arts moet komen. Zolang het onduidelijk is of er een effectieve behandeling is, ligt de verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van gezond eetgedrag niet primair bij de arts, maar bij de opvoeders: ouders en school. Daarnaast heeft de overheid een taak. Eetgedrag is geen verschijnsel op zich, maar hangt samen met de oriëntering van de persoon op het eigen lichaam, de omgang met het milieu en beschikbare voedingsmiddelen. De huisarts heeft slechts een beperkte taak in die morele vorming en deze dient zich te beperken tot het stellen van de diagnose en het geven van adviezen.

Verdere medicalisering van de omgang met onze welvaart lijkt vooralsnog niet te leiden tot daling van het aantal kinderen met overgewicht. Medicalisering is ook geen onschuldig verschijnsel. Het risico bestaat dat door teleurstellende resultaten van de ene behandeling al snel overgestapt wordt naar meer ingrijpende interventies. Als de gedragstherapeutische aanpak niet lijkt te werken, is de volgende stap de medicamenteuze behandeling en daarna zullen al snel de eerste kinderen voor bariatrische chirurgie in aanmerking gaan komen.

Leven in een westerse, geïndustrialiseerde samenleving is voor veel kinderen een paradijselijke omstandigheid, zeker vergeleken met grote delen van de wereld waar honger aan de orde van de dag is. De vraag hoe we om moeten gaan met deze overvloed is meer een taak voor overheid en opvoeders dan voor de arts. Door er toch een medisch antwoord op te willen geven, lopen we het risico in cirkels rond te blijven lopen. ■

Huisartsenpraktijk Zorgpunt Lombardije, Rotterdam: HJCM Pleumeekers, huisarts • Correspondentie: pleumo24@planet.nl

NHG-Standpunt Dragerschapsscreening

Tjerk Wiersma

De kern

- Ontwikkelingen in de genetische diagnostiek maken het mogelijk paren met een kinderwens te onderzoeken op dragerschap van een groot aantal genetische afwijkingen.
- Onduidelijk is of paren met een kinderwens behoefte hebben aan deze vorm van diagnostiek.
- Het vaststellen van dragerschap heeft consequenties voor nabije familieleden die dan immers ook een verhoogde kans op dragerschap hebben, waarbij de vraag is of die ook moeten worden ingelicht en of die deze informatie op prijs stellen.
- Dragerschapsonderzoek is door de daaraan verbonden kosten niet voor een ieder gelijkelijk toegankelijk.
- Er is een maatschappelijk debat nodig over de wenselijkheid van dragerschapsonderzoek.

De snelle ontwikkelingen van de genetische diagnostiek, in het bijzonder de next-generation-sequencing, maken het sinds kort relatief eenvoudig mensen te onderzoeken op dragerschap van een groot aantal genetische afwijkingen. Dit biedt onder andere nieuwe mogelijkheden in de preventie van recessief erfelijke aandoeningen waarbij men zelf niet ziek is, maar wel kans heeft op een ziek kind als de partner ook drager van dezelfde genetische afwijking is. Inmiddels krijgen paren met een kinderwens vanuit Groningen en Amsterdam in onderzoekssetting de mogelijkheid van preconceptionele dragerschapsscreening aangeboden, waarbij ze worden benaderd via in de regio gelegen huisartsenpraktijken. Het Nederlands Huisartsen Genootschap is het afgelopen jaar diverse malen door zowel leden als door journalisten benaderd met de vraag hoe het denkt over deze ontwikkeling en de rol die de huisarts daarbij zou moeten spelen.

ACHTERGRONDEN

Preconceptionele dragerschapsscreening is niet nieuw, maar werd tot dusverre alleen aangeboden aan groepen waarvan bekend is dat ze een verhoogde kans hebben op een of enkele specifieke aandoeningen. Het gaat dan om mensen met een erfelijke aandoening in de (nabije) familie en diverse groepen van allochtone afkomst waarin dragerschap van sikkelcelziekte of thalassemie vaak voorkomt. Daarnaast bood het VUmc mensen de mogelijkheid zich te laten onderzoeken op dragerschap van taaislijmziekte (cystische fibrose). Het nieuwe aanbod betreft screening op dragerschap van meer dan vijftig ziektes aan paren die daarop geen bekend verhoogd risico lopen. Het betreft ernstige ziektes die op jonge leeftijd ontstaan, onbehandelbaar zijn en dikwijls leiden tot vroegtijdig overlijden. Geschat wordt dat in ongeveer 1 op de 150 paren beide partners drager zijn van dezelfde ernstige aandoening. Deze paren hebben dan een kans van 50% dat hun kind ook drager is en een kans van 25% dat hun kind ziek is. Het screeningsaanbod is daarmee gericht op een kans van 1 op 600 op een kind met een van de onderzochte zeldzame aandoeningen. Deze kans ligt in dezelfde orde van grootte als het al langer bestaande prenatale screeningsaanbod op het syndroom van Down.

Het nieuwe diagnostische aanbod wordt doorgaans gemotiveerd door te stellen dat het leidt tot meer reproductieve keuzemogelijkheden. Deelname is niet verplicht en het staat paren vrij om al dan niet op het aanbod in te gaan. Na vaststelling van dragerschap van een bepaalde aandoening bij beide partners krijgen paren de mogelijkheid tot het maken van een geïnformeerde keus. Ze kunnen ervoor kiezen op natuurlijke wijze zwanger te worden en de geboorte van een kind met de ziekte te voorkomen door gebruik te maken van prenatale diagnostiek. Ze kunnen erover nadenken zwanger te worden via de IVF-/ICSI-procedure, waarbij embryo's worden onderzocht op de ziekte en alleen bevruchte embryo's zonder de ziekte in de baarmoeder worden teruggeplaatst. Als ze dat niet willen, kunnen ze ervoor kiezen geen kinderen te krijgen, zich voorbereiden op de komst van een kind met de ziekte, een donor te zoeken of adoptie overwegen.

KNELPUNTEN

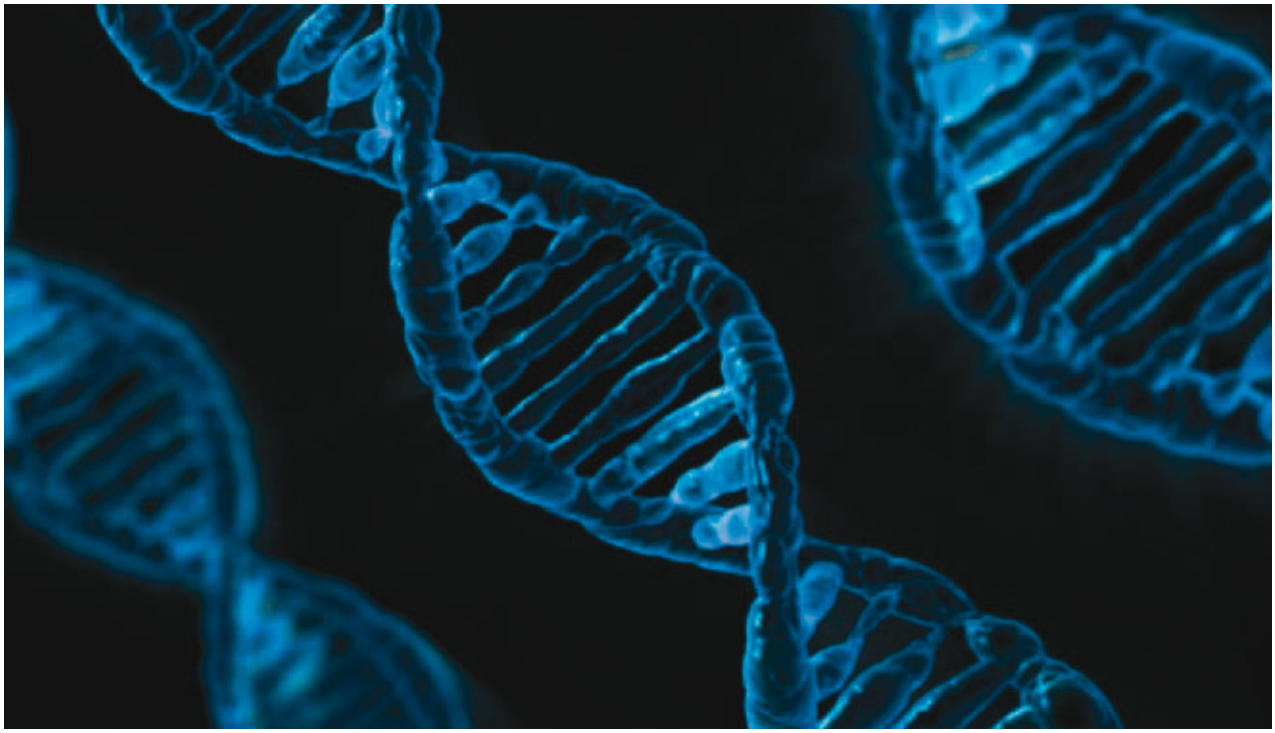
Er zijn een aantal knelpunten als het gaat om de plaatsbepaling van de dragerschapsscreening en de rol van de huisarts bij het aanbod.

Onduidelijkheid over de behoefte

Hebben paren met een kinderwens behoefte aan meer reproductieve keuzemogelijkheden? Het concept van reproductieve keuzemogelijkheden staat niet alleen in dienst van welbewuste paren met een kinderwens, maar is bedacht door hulpverleners en wordt ook door hen gebruikt om – onmiskenbaar met goede bedoelingen – nieuwe technologische mogelijkheden in de markt te zetten. De bekendheid bij paren met een kinderwens is nog gering en het is maar de vraag of zij deze nieuwe mogelijkheden op prijs stellen. In die zin loopt het aanbod vooruit op de vraag en is de behoefte momenteel onvoldoende uitgekristalliseerd.

Consequenties voor anderen

Een ander probleem is dat de voorstelling niet correct is dat het gaat om een aanbod waarbij de keuze voor deelname alleen het individuele paar zelf betreft. Dragerschapsscreening is geen individuele zaak, omdat informatie over erfelijk materiaal ook consequenties heeft voor anderen, vooral (nabije) familieleden die deels over dezelfde genen beschikken. Ook als de gescreende partners geen drager blijken van dezelfde genetische afwijking en het paar geen kans loopt op het krijgen van een kind met een van de onderzochte ziektes, betekent iedere gevonden afwijking bij een van beide leden dat de kans op dragerschap bij directe bloedverwanten ook vergroot is. Het valt te voorzien dat deze situatie zich veelvuldig zal voordoen. Dit roept verscheidene vragen op: moeten familieleden daarover worden ingelicht, tot welke graad van verwantschap is dat wenselijk, moet dat altijd of alleen bij een kinderwens en hoe wordt dit dan bij voorkeur georganiseerd en gecommuniceerd? Een andere vraag is of de betreffende familieleden genetische informatie wel op prijs stellen. Op termijn kan het op grote schaal beschik-



Grootschalige invoering van dragerschapsscreening vereist naar de mening van het NHG een maatschappelijk debat met alle betrokken partijen.

baar komen van dragerschapsinformatie invloed hebben op de partnerkeus, hetgeen in sommige landen of groepen voor veelvoorkomende ziektes nu al het geval is.

Genoemde consequenties voor de omgeving maken het in ethisch opzicht niet juist de besluitvorming over deelname geheel en al te delegeren aan het individuele paar. Er zou een maatschappelijk debat gevoerd moeten worden over de wenselijkheid van invoering van deze screeningsmogelijkheid, waarna politieke besluitvorming plaatsvindt. Vanzelfsprekend moeten paren – ook als landelijke uitrol van het nieuwe aanbod gewenst wordt – vrij over deelname kunnen blijven beslissen.

Financiering

Een apart probleem zijn de aan de dragerschapsscreening verbonden kosten. Momenteel bedragen die circa 600 euro. Bij het Groningse en Amsterdamse initiatief krijgen deelnemende paren de screening vanuit een onderzoeksbudget vergoed, maar bij een meer grootschalige invoering is op dit moment rondom de financiering niets geregeld. Wanneer burgers eventuele deelname zelf zullen moeten betalen, creëert dit maatschappelijke ongelijkheid. Paren met meer financiële armslag kunnen gemakkelijker besluiten tot deelname om een kans van 1 op 600 op een kind met een erfelijke afwijking uit te sluiten dan armlastige paren. Het NHG is van mening dat de screening alleen zou moeten worden ingevoerd als het voor iedereen op (financieel) gelijke wijze bereikbaar is.

CONCLUSIE

Het NHG staat welwillend tegenover de medewerking van huisartsen aan het Groningse en Amsterdamse onderzoek naar dragerschapsscreening omdat dit meer duidelijkheid kan verschaffen over opbrengst en wenselijkheid daarvan bij paren met een kinderwens. Grootschalige invoering van dragerschapsscreening vereist naar de mening van het NHG een maatschappelijk debat met alle betrokken partijen, waarna politieke besluitvorming plaats moet vinden en de financiële bereikbaarheid voor eenieder wordt geregeld. De overheid zou hierin het voortouw moeten nemen.

Carline van den Dries

Integrale zorg voor patiënten met 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 aan het promoveren is. • Coördinatie: N. Rasenberg, Erasmus MC, aiotho en redactielid H&W, n.rasenberg@erasmusmc.nl

PRAKTIJKVRAAG

Kan chronische zorg voor oudere patiënten met atriumfibrilleren, inclusief antistollingszorg, veilig in de huisartsenpraktijk plaatsvinden?

HUIDIG BELEID

Bij de behandeling van patiënten met atriumfibrilleren (AF) zijn verschillende zorgverleners betrokken. Een groot aantal patiënten komt voor reguliere controle bij de cardioloog en de trombosedienst controleert de INR-waarden bij patiënten die een vitamine K-antagonist gebruiken. De huisarts heeft daarin vaak een beperkte rol, maar heeft wel het beste overzicht over iemands overige aandoeningen en medicatie. Met het oog op het toenemend aantal AF-patiënten en de veranderingen in de antistollingszorg is het belangrijk om te onderzoeken of integrale AF-zorg (begeleiding antistollingsbehandeling en behandeling comorbiditeit) veilig in de eerste lijn kan plaatsvinden.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Momenteel heeft een huisartsen(norm)praktijk circa vijftig patiënten met atriumfibrilleren. Dit aantal zal de komende decennia toenemen naar circa honderd patiënten. Geschat wordt namelijk dat er in 2050 in Nederland ruim 550.000 AF-patiënten zullen zijn; meer dan het dubbele van het aantal patiënten in 2010.[1] Dit heeft aanzienlijke economische consequenties en substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn lijkt onvermijdelijk. Het betreft laagcomplexe, hoogvolumezorg en cardiologen verwijzen hun stabiele AF-patiënten al regelmatig terug naar de eerste lijn. Onduidelijkheid over wie vervolgens hoofdbehandelaar is, is daarbij niet zeldzaam.

AF gaat gepaard met aanzienlijke comorbiditeit, zoals hypertensie, hartfalen en diabetes mellitus. Deze comorbiditeit draagt op zichzelf ook weer bij aan een verhoogd trombose-risico. Dit uit zich in het vijfvoudig verhoogde risico op een ischemisch CVA bij AF-patiënten. Behandeling van comorbiditeit is daarom, samen met adequate antistolling, hartfrequentiecontrole en leefstijl, essentieel in de preventie van AF-gerelateerde beroertes.

Ook de antistollingszorg is sterk in beweging, vooral door de opmars van de non-vitamine K orale anticoagulantia (NOAC, ook bekend als DOAC). Prikposten van de trombosedienst zullen kleiner worden of sluiten, terwijl de keten van antistollingszorg volgens het IGZ-rapport uit 2010 al niet sluitend was. Het betreft vaak oudere, kwetsbare patiënten bij wie zorg met een lage drempel, dicht bij de patiënt, van belang is. Omdat actuele gezondheidsinformatie voor een goede INR-instelling essentieel is en de huisartsenpraktijk daarover beschikt, is er wellicht een belangrijke rol in de antistollingszorg weggelegd voor de huisartsenpraktijk. Dit geldt ook voor NOAC-patiënten, bij wie therapietrouw erg belangrijk is. Een zorgorganisatieverandering waarbij huisarts en praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige integrale zorg leveren aan patiënten met atriumfibrilleren, inclusief antistollingszorg, sluit goed aan op de behandeling in de eerste lijn van andere chronische aandoeningen, zoals diabetes en hypertensie. Deze zorgverandering vraagt om een tijdige wetenschappelijke evaluatie van veiligheid en (kosten)effectiviteit.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

In Maastricht is onderzocht wat het effect is van gestructureerde controle door een gespecialiseerd verpleegkundige op een AF-poli versus *care-as-usual* door de cardioloog. Resultaten van dit gerandomiseerde onderzoek waren veelbelovend; het optreden van het gecombineerde eindpunt van cardiovasculaire sterfte en ziekenhuisopnames na bijna twee jaar follow-up was 14,3% in de groep die door de verpleegkundige werd gecontroleerd versus 20,8% in de care-as-usualgroep.[2] De recente update van de richtlijn Atriumfibrilleren van de European Society of Cardiology roept dan ook op tot integrale zorg en steeds meer ziekenhuizen openen AF-poli's. Een logische vervolgvraag is of gestructureerde, integrale AF-zorg net zo goed in de eerste lijn kan plaatsvinden.

CONCLUSIE

Atriumfibrilleren is onderdeel van het samenspel tussen meerdere cardiale en niet-cardiale aandoeningen en vraagt om een integrale benadering. Er dient tijdig te worden ingespeeld op het toenemende aantal AF-patiënten en de veranderingen in de antistollingszorg om kwaliteit van zorg voor de vaak oudere AF-patiënt te waarborgen.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Is integrale zorg voor patiënten met atriumfibrilleren inclusief antistollingszorg in de huisartsenpraktijk non-inferieur vergeleken met care-as-usual? ■

LITERATUUR

De literatuurlijst kunt u vinden op www.henw.org/archief, rubriek (Ver)stand van zaken.

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde,Universitair Medisch Centrum Utrecht: C. van den Dries, aiotho • Correspondentie: c.j.vandendries-2@umcutrecht.nl

Suzanne Bakker, Bertien Hart

KLINISCHE LES

Effect van ijzergebrek op HbA1c

Casus A
Patiënt A is een 48-jarige vrouw die sinds drie jaar diabetes mellitus type 2 heeft. Ze gebruikt driemaal daags 500 mg metformine. Bij de jaarcontrole vorig jaar was haar glucose goed ingesteld (HbA1c 53 mmol/l). Nu komt zij weer op jaarcontrole. Haar gewicht en leefstijl, en de dosering van de metformine zijn gelijk gebleven. Toch is haar HbA1c gedaald naar 48 mmol/mol. Het blijkt dat zij sinds een half jaar last heeft van hypermenorroe, met ijzergebreksanemie als gevolg (Hb 6,8 mmol/l, MCV 79). Ze slikt hiervoor sinds twee maanden ferrofumaraat, driemaal daags 200 mg. De ijzergebreksanemie verdwijnt na drie maanden ijzersuppletie en behandeling van de hypermenorroe. Het HbA1c is bij de eerstvolgende kwartaalcontrole iets gestegen (HbA1c 51 mmol/mol).

INLEIDING

Om een goede glykemische instelling te bereiken moet de huisarts volgens de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 zijn beleid bepalen aan de hand van bij voorkeur nuchtere glucosewaarden. Bepaling van het HbA1c gebeurt vooral om te controleren of de beoogde glykemische instelling is behaald of om te beoordelen of het beleid moet worden veranderd, bijvoorbeeld door de patiënt een nieuw oraal geneesmiddel voor te schrijven of met insuline te behandelen.[1]

HbA1c is geglyceerd hemoglobine. Hemoglobinemoleculen zitten in erytrocyten. De belangrijkste functie van hemoglobine is zuurstoftransport. Hemoglobine bestaat uit twee alfa- en twee bètaketens, waartussen vier heemgroepen zitten waar een ijzerion aan bindt. Zuurstof bindt in de longen aan dat ijzerion in het hemoglobine. Glucose in het bloed bindt aan de bètaketen van het hemoglobine, waardoor HbA1c ontstaat. De binding van glucose aan het hemoglobine vindt plaats zolang de erytrocyten in het bloed circuleren. Eenmaal gebonden laat het glucose niet meer los. Erytrocyten met hemoglobine circuleren 80 tot 120 dagen in het bloed. HbA1c zegt dan ook iets over de glucosestatus van de afgelopen 80 tot 120 dagen (twee tot drie maanden).[2]

Naast de hoogte van het glucose zijn er andere factoren die de hoogte van het HbA1c beïnvloeden. Ten eerste heeft de levensduur van de erytrocyt effect op de hoogte van het HbA1c. Wanneer de erytrocyten korter in het bloed circuleren dan normaal, is er minder tijd voor het glucose om aan het hemoglobine te binden, waardoor het HbA1c daalt. Hemolyse, door ziekte of medicatie, verkort de levensduur van de erytrocyten en verlaagt daardoor het HbA1c. IJzergebreksanemie kan samenhangen met een verlenging van de levensduur van de erytrocyt of met verandering van het hemoglobinemolecuul. Er zijn aanwijzingen dat inname van ascal, vitamine C, vitamine E en roken het gemak beïnvloedt waarmee glucose aan het hemoglobine kan binden. In welke mate dat gebeurt is nog niet duidelijk.[3,4] Ook de aanwezigheid van een hemoglobinevariant als thalassemie verstoort de HbA1c-bepaling. Bij thalassemie is de levensduur van de erytrocyt vaak verkort en de mate van glycering van het hemoglobine anders.[5]

Samenvatting

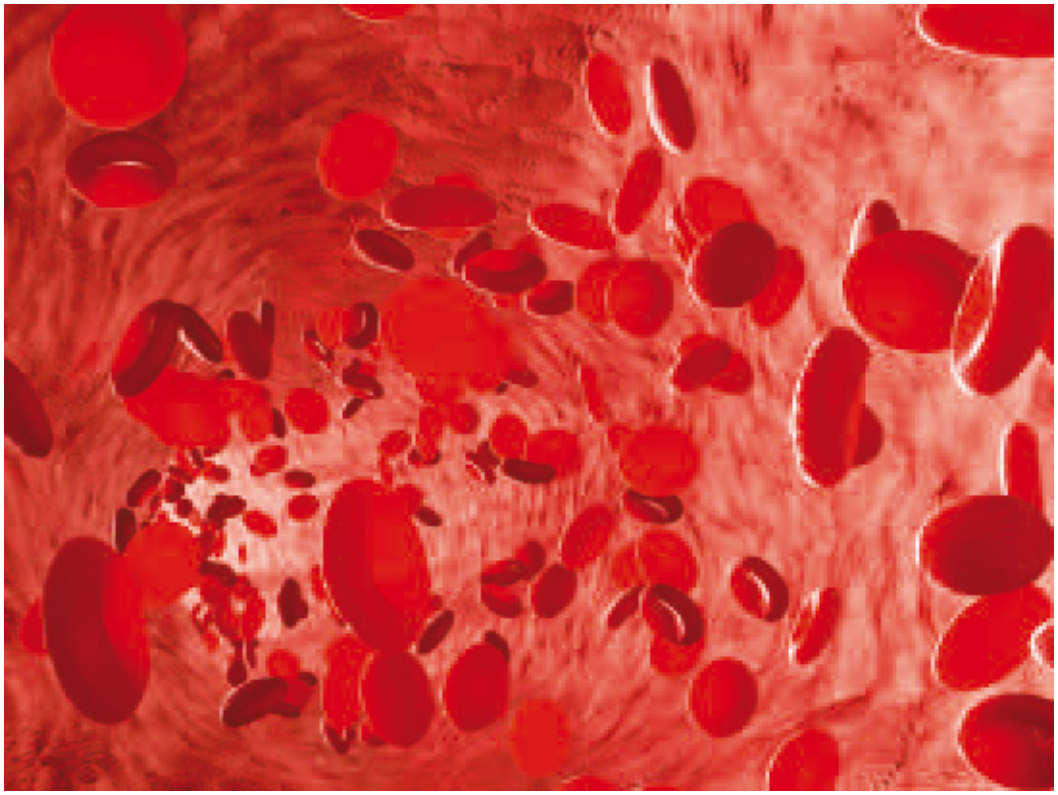
Bakker SM, Hart B. Effect van ijzergebrek op HbA1c. Huisarts Wet 2017;60(3):132-4.

In deze klinische les beschrijven we twee patiënten met diabetes mellitus type 2 bij wie ijzergebreksanemie effect heeft op het HbA1c. Bij de eerste patiënt daalt het HbA1c door het gebruik van ijzersuppletie. Dit fenomeen staat beschreven in de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Het wordt verklaard door de komst van meer jonge cellen en daardoor een gemiddeld kortere leeftijd van de erytrocyten. Bij de tweede patiënt stijgt het HbA1c door de aanwezigheid van ijzergebreksanemie. De gedachte is dat erytrocyten door ijzergebreksanemie langer in het bloed circuleren en zodoende langer glucose aan zich kunnen binden. Er zijn onderzoeken beschreven waarbij het HbA1c hoger is bij patiënten met ijzergebreksanemie dan bij patiënten zonder ijzergebreksanemie. Het gemiddelde HbA1c in de onderzoeken is laag omdat de onderzochte groepen uit zowel patiënten met, als patienten zonder diabetes bestaan. Het is onduidelijk hoe sterk een laag Hb een al hoger HbA1c laat stijgen. Bij diabetespatiënten met een bekende ijzergebreksanemie moet de huisarts bedacht zijn op een misleidend verhoogd HbA1c. Het HbA1c is alleen betrouwbaar bij een normaal Hb. Bij een onverklaarde discrepantie tussen nuchter glucose en HbA1c is ijzergebreksanemie een van de verklaringen. Het is dan goed om het Hb te bepalen. Het is niet aan te bevelen om het Hb bij diabetespatiënten routinematig te bepalen. Wanneer het HbA1c niet betrouwbaar is door ijzergebreksanemie, is een postprandiale glucose of een glucosedagcurve een alternatief voor de glykemische instelling.

De kern

- De aanwezigheid van ijzergebrek(sanemie) heeft invloed op de hoogte van het HbA1c.
- Het HbA1c komt door ijzergebrek(sanemie) hoger uit dan verwacht op basis van de glucosestatus.
- IJzersuppletie maakt het HbA1c tot zes maanden na suppletie juist lager dan verwacht op basis van de glucosestatus.
- Het HbA1c is alleen betrouwbaar wanneer er geen afwijkingen in het hemoglobine of in de hemoglobineconcentratie zijn. De huisarts en praktijkondersteuner moeten hierop alert zijn bij een bekende ijzergebreksanemie of suppletie hiervan.
- Een onverklaarde discrepantie tussen het HbA1c en het nuchter glucose/de glucosedagcurve kan veroorzaakt worden door ijzergebreksanemie.

Gezondheidscentrum Stevenshof, Leiden: S.M. Bakker, huisarts. Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra en Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht: dr. H.E. Hart, huisarts en kaderarts diabetes • Correspondentie: bakker@gcstevenshof.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Door ijzergebreksanemie kunnen erythrocyten mogelijk langer in het bloed circuleren en zodoende langer glucose aan zich binden.

In beide casus is er sprake van een relatie tussen HbA1c-veranderingen en ijzergebreksanemie. De NHG-Standaard meldt dat HbA1c beïnvloed wordt door een verkorte levensduur van de erytrocyten. Die situatie doet zich onder andere voor bij correctie van ijzergebreksanemie. Door het gebruik van ijzersuppletie zullen er dan veel jonge cellen bijkomen, waardoor het HbA1c daalt.[6]

In deze klinische les kijken we uitgebreider naar de invloed van ijzergebreksanemie op het HbA1c. Verder gaan we in op de consequenties voor de dagelijkse praktijk.

Casus B

Patiënt B is een 68-jarige man van Turkse afkomst. Hij heeft sinds zes jaar diabetes mellitus. Sinds twee jaar gebruikt hij insuline (basaal-bolusregime) en metformine (2 dd 850 mg). Verder heeft de patiënt hypercholesterolemie, hypertensie, perifeer arterieel vaatlijden en een klein myocardinfarct gehad. De patiënt heeft moeite met de therapietrouw en het aanhouden van een regelmatig dieet. In de loop der jaren is hij eigenlijk nooit helemaal goed ingesteld. De laatste maanden heeft hij 'de knop omgezet'. Hij houdt zich goed aan zijn dieet en beweegt meer. Zijn gewicht daalt van 116 kg naar 112 kg. Zijn glucosedagcurves tonen een daling van het gemiddelde glucose van 12 mmol/l naar 10 mmol/l. Het HbA1c blijft echter hoog (73 mmol/mol). Vanwege moeheidsklachten en de discrepantie tussen glucosewaarden en HbA1c wordt er uitgebreider bloedonderzoek gedaan. Er blijkt sprake van een milde microcytaire anemie (Hb 7,8 mmol/l, MCV 78), die de patiënt niet eerder had. Uit analyse van de ijzergebreksanemie blijkt dat de patiënt een bloedende poliep in het colon had. Deze wordt verwijderd. Bij de volgende jaarcontrole is er geen sprake meer van anemie. De glucosedagcurves tonen nog steeds gemiddelde waarden van 10 mmol/l en het HbA1c is nu 65 mmol/mol.

EPIDEMIOLOGIE

Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat er een significante relatie bestaat tussen de hoogte van het HbA1c en ijzergebreksanemie. Zo bleek uit een Amerikaans onderzoek bij ruim 8000 mensen (al dan niet met diabetes) dat mensen met ijzergebreksanemie een hoger HbA1c hadden dan mensen met een anemie zonder ijzergebrek (33 mmol/mol versus 35 mmol/mol, $p < 0{,}001$). De mensen met diabetes uit dit onderzoek ($n = 818$) hadden een gemiddeld HbA1c van 59 mmol/l. De groep diabetespatiënten met ijzergebreksanemie had een hoger gemiddeld HbA1c dan de groep diabetespatiënten met een anemie zonder ijzergebrek (63 mmol/l versus 49 mmol/l). Dit verschil was echter niet significant.[7] Bij een ander Amerikaans onderzoek bij een kleine 7000 vrouwen bleek dat de vrouwen met ijzergebrek (13,7%) gemiddeld een hoger HbA1c hadden dan de vrouwen zonder ijzergebrek (35 mmol/mol versus 34 mmol/mol, $p = 0{,}002$). Bij vrouwen in de vruchtbare levensfase, bij wie de kans op ijzergebreksanemie groter is, gaf ijzergebrek een verschuiving van het HbA1c van 37 mmol/mol tot 37-42 mmol/mol.[8] Een klein onderzoek naar het effect van ijzergebreksanemie op het HbA1c heeft een groep mensen met ijzergebreksanemie zonder diabetes ($n = 50$) vergeleken met een gezonde controlegroep. De HbA1c-waarden bleken significant hoger in de groep met ijzergebreksanemie (60 mmol/

mol ± 5,5 versus 37 mmol/mol ± 8,7).[9] Japans onderzoek bij premenopausale vrouwen heeft aangetoond dat ijzergebrek een kans geeft op een hoger HbA1c (R = –0,309, p = 0,0014). Ook zou er een verband bestaan tussen erytrocytencelindices en het HbA1c. Bij ijzergebreksanemie zijn de erytrocytencelindices mean corpuscular volume (MCV) en het mean corpuscular hemoglobine (MCH) verlaagd. Dit onderzoek heeft aangetoond dat een lager MCV en MCH samenhangt met een hoger HbA1c. De onderzoekers zien in hun onderzoek dat een daling van elke 1 pg MCH correleert met 0,3 mmol/mol HbA1c-stijging.[10,11]

Een randomized controlled trial (n = 50) liet bij aanvang van het onderzoek zien dat patiënten met ijzergebrek een significant hoger HbA1c hadden dan de mensen zonder ijzergebrek (57 mmol/mol ± 8,7 versus 40 mmol/mol ± 5, p < 0,0001). Na drie maanden ijzersuppletie was het gemiddelde HbA1c gedaald naar 44 mmol/mol ± 6,6.[12]

Een ander onderzoek vergeleek het HbA1c tussen mensen (zonder diabetes) met en zonder ijzergebreksanemie. De ijzergebreksanemiegroep werd onderverdeeld in vier groepen, naar ernst van de anemie. Uit het onderzoek bleek dat het HbA1c hoger is in de groep met ijzergebreksanemie. Deze stijging van het HbA1c is hoger naarmate de anemie ernstiger is. De vier groepen hadden een gemiddeld Hb van 8,4, 7,3, 6,0, 4,1 mmol/l en een HbA1c van respectievelijk 34, 37, 39 en 41 mmol/mol).[13]

Een Indiaas onderzoek bij patiënten uit een zeer lage sociaal-economische klasse met ernstige ijzergebreksanemie, zonder diabetes (gemiddeld Hb 3,9 mmol/l) laat in tegenstelling tot de andere onderzoeken een lager HbA1c zien in vergelijking met de controlegroep (27 mmol/mol ± 6,6 versus 37 mmol/mol ± 6,6).[14]

BESCHOUWING

De meeste onderzoeken wijzen erop dat ijzergebrek een hoger HbA1c geeft dan je op basis van het glucose mag verwachten. IJzersuppletie geeft juist een lager HbA1c. Waarden die beïnvloed worden door ijzergebrek, zoals MCV en MCH, hebben een negatieve correlatie met het HbA1c. Zowel patiënt A als patiënt B heeft diabetes type 2 en ijzergebreksanemie. Bij beiden verandert hierdoor het HbA1c.

Bij patiënt A daalt het HbA1c omdat zij ijzersuppletie krijgt. Hierdoor stijgt de productie van jonge rode bloedcellen, wat een daling van de gemiddelde leeftijd van de erytrocyten veroorzaakt. Het hemoglobine dat in het bloed circuleert heeft minder tijd om te glyceren. Het duurt vaak zes maanden na ijzersuppletie voordat de celindices normaliseren en het HbA1c weer betrouwbaar is.[12]

Patiënt B heeft een milde ijzergebreksanemie en misschien een hoger HbA1c dan verwacht. Er zijn aanwijzingen dat de levensduur van de erytrocyten toeneemt bij langer bestaande ijzergebreksanemie.[15] Het hemoglobine staat zo langer onder invloed van glucose, waardoor het HbA1c hoger wordt. Bij ijzergebreksanemie is het HbA1c dus geen goede afspiegeling van de glucosestatus van de afgelopen twee tot drie maanden.

De eerdergenoemde onderzoeken betroffen patiënten met en zonder diabetes, waardoor er steeds sprake was van een gemiddeld laag HbA1c. Het is niet bekend hoe sterk een laag Hb, lage MCH of MCV een hoger HbA1c, zoals die aanwezig is in een diabetespopulatie, laat stijgen. De stijging van het HbA1c door ijzergebreksanemie bij diabetespatiënten in de onderzoeken is dusdanig groot dat het de keuze in behandeling ten onrechte kan beïnvloeden. De verwachte toename van obesitas in de toekomst en de aandacht voor vroegtijdige opsporing van diabetes maken dat de incidentie en prevalentie van premenopauzale vrouwen met diabetes zullen toenemen. Deze groep heeft een hogere kans op ijzergebreksanemie en ijzergebrek.

Een alternatieve bepaling voor het HbA1c is het geglyceerd albumine. Deze bepaling staat niet onder invloed van ijzergebreksanemie.[10] Deze bepaling is echter lang niet in alle laboratoria uit te voeren en zijn er geen goede handvatten voor de dagelijkse praktijk. Wanneer het HbA1c onbetrouwbaar is, is de postprandiale glucose of een dagcurve het beste alternatief.

CONCLUSIE

IJzergebrek en ijzergebreksanemie hebben invloed op het HbA1c. De precieze relatie is nog onduidelijk, maar het lijkt erop dat het HbA1c hoger uitvalt wanneer er sprake is van ijzergebrek(sanemie). Het HbA1c is alleen betrouwbaar wanneer het hemoglobine en de hemoglobineconcentratie normaal zijn. Bij mensen met diabetes met een bekende ijzergebreksanemie moet de huisarts bedacht zijn op een misleidend verhoogd HbA1c. Een laag Hb kan een van de verklaringen zijn voor een discrepantie tussen nuchter glucose en het HbA1c. Het is aan te raden om in zo'n geval het Hb te bepalen. IJzersuppletie verlaagt het HbA1c tot zes maanden na de start van de behandeling. Het is niet aan te bevelen om het Hb routinematig te bepalen bij mensen met diabetes. ■

LITERATUUR

De literatuurlijst van dit artikel is te vinden op www.henw.org, rubriek Klinische les.

KENNISTOETS: VRAGEN

De kennistoets gaat over één artikel in dit nummer van H&W, namelijk: Paulis W. Kinderen met obesitas. Huisarts Wet 2017;60(3):125-7. De toets is tevens gebaseerd op de NHG-Standaard Obesitas. Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteen R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Van Avendonk MJP. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts Wet 2010:53(11):609-25.

Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas en CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 144.

1. Paulis deed onderzoek naar de manier waarop kinderen met overgewicht hun klachten presenteren. Wat was haar belangrijkste bevinding?

a. Kinderen met overgewicht komen met andere klachten op het spreekuur dan kinderen zonder overgewicht.
b. Kinderen met overgewicht komen regelmatig op het spreekuur met klachten gerelateerd aan hun overgewicht.
c. Kinderen met overgewicht rapporteren thuis vaker lichamelijke klachten.

2. Meer dan 90% van de ondervraagde huisartsen vindt dat zij een rol moeten spelen bij obese kinderen, maar in de praktijk pakt de huisarts het probleem weinig op. Het meten van het BMI bij kinderen met overgewicht en het doorverwijzen van obese kinderen gebeurt weinig. Wat is voor huisartsen de belangrijkste reden om het onderwerp *niet* op te pakken?

a. Zij zien het als een maatschappelijk probleem en vinden dat de verantwoordelijkheid bij de ouders en de school ligt.
b. Ouders en kind willen niet over het overgewicht praten.
c. Zij beschikken over onvoldoende goede verwijsmogelijkheden.
d. Zij achten zich onvoldoende deskundig op dit onderwerp.

3. Paulis liet in haar onderzoek huisartsen een training over ongezond eetgedrag volgen. Welk effect van de training vond zij?

a. De huisarts bespreekt ongezond eetgedrag vaker.
b. Het gemiddeld aantal obese kinderen in de praktijk neemt af.
c. Het leidt tot gezonder eetgedrag bij kinderen.

4. In systematische reviews is nagegaan wat het effect van leefstijlinterventies is bij kinderen met obesitas. Het hele gezin werd betrokken bij de interventies en de interventies richtten zich op voeding, bewegen en gedrag. Wat is er tot op heden bekend over het effect van dit soort gecombineerde interventies?

a. Klinisch relevante gewichtsafname op korte termijn (< 6 maanden).
b. Klinisch relevante gewichtsafname op korte en lange termijn (> 1 jaar).
c. Geen relevante gewichtsafname op korte en lange termijn.

5. Een aios discussieert met zijn opleider over strategieën om af te vallen. De aios stelt dat afvallen een kwestie is van bijna niets meer eten. De opleider stelt dat het verstandiger is, als je wilt afvallen, om regelmatig te blijven eten. Hij stelt dat dit voordelen biedt. Wat is het voordeel/zijn de voordelen van regelmatig blijven eten?

a. Het lichaam schakelt niet over op de spaarstand (lage stofwisseling).
b. Minder hongergevoel, minder neiging om te snacken.
c. Minder kans op terugval, minder jojo-effecten.
d. Alle opties zijn correct.

6. De huisarts heeft bij Tim, 14 jaar, obesitas geconstateerd (BMI 28,5). Na het spreekuur bestudeert de huisarts zijn medisch dossier om te beoordelen of Tim in de huisartsenpraktijk behandeld kan worden of moet worden doorverwezen. Welke bevinding is een reden om Tim door te verwijzen?

a. Een grote lichaamslengte (> P90) op de groeicurve.
b. Een donkergekleurde huid in de lichaamsplooien.
c. Een onevenredig vergrote buikomvang.
d. Nuchtere glucosewaarde 5,5 mmol/l.

7. Paulis vroeg aan ouders van kinderen met overgewicht of de huisarts het overgewicht op het spreekuur met hen mag bespreken, ook als dat niet de hulpvraag is. Wat was het antwoord van de ouders?

a. Van een meerderheid mag dat niet.
b. Van de helft mag het wel, van de andere helft niet.
c. Van een meerderheid mag dat wel.

8. Moeder komt met haar dochter Vera, 6 jaar, op het spreekuur. Moeder vraagt zich af of Vera nog wel een normaal gewicht heeft. Vera speelt weinig buiten, terwijl haar moeder haar steeds forser ziet worden. De huisarts meet Vera's lengte en gewicht en constateert dat haar BMI 20,4 is. Tot welke categorie hoort haar gewicht?

a. Ondergewicht.
b. Normaal gewicht.
c. Overgewicht.

Anne Kuijpers, Wietske Kuijer-Siebelink, Marjolein Thijssen, Henk Schers

Patiëntbetrokkenheid in de eerste lijn

Wat wil de patiënt zelf?

Zorg moet aansluiten bij de wensen van patiënten. Daarom lijkt patiëntbetrokkenheid bij de invulling van het zorgaanbod onmisbaar. Willen patiënten bijvoorbeeld een avondspreekuur? Is er behoefte aan groepseducatie? Welke hulpverleners moeten er zijn? Patiënten zouden hoe dan ook mee moeten kunnen praten over het zorgaanbod in hun wijk. In de literatuur is over dit onderwerp echter nauwelijks informatie voorhanden. Er is weinig bekend over welke vormen van participatie effectief zijn. De literatuur die wél beschikbaar is, heeft slechts zelden betrekking op de eerste lijn, en beschrijft vooral randvoorwaarden die patiëntparticipatie bevorderen.[1-7] Wij besloten daarom om de bij ons gezondheidscentrum ingeschreven patiënten te vragen of ze behoefte hadden aan inspraak en op welke manieren ze betrokken zouden willen zijn.

Participatieladder

We stuurden een digitale vragenlijst naar 2246 volwassen patiënten uit ons gezondheidscentrum (www.thermion.nl, Lent). Hierin vroegen we naar het gewenste niveau van betrokkenheid bij het aanbod van het gezondheidscentrum. Daarnaast konden patiënten kiezen op welke thema's ze zouden willen participeren, op welke manieren en hoe vaak. We gebruikten 'de participatieladder' om niveaus van gewenste participatie te operationaliseren.[8] De ladder bestaat uit zes niveaus. Informeren van patiënten is het laagste niveau van de ladder. Via raadplegen, adviseren, partnerschap, en meebeslissen, is ten slotte zelfregie de hoogste trede van de ladder met de meest intensieve betrokkenheid. We stuurden de vragenlijst ook naar 74 professionals werkzaam bij het gezondheidscentrum. Vijfhonderdvijftien patiënten (23%) en 31 professionals (42%) vulden de vragenlijst in.

Radboud universitair medisch centrum, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Nijmegen: A. Kuijpers, onderzoeker; dr. H. Schers, senior onderzoeker en huisarts bij Academisch Gezondheidscentrum Thermion. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Instituut Paramedische Studies & het Interfacultair Kenniscentrum Publieke Zaak: dr. W. Kuijer-Siebelink, docent-onderzoeker; MScOT M.C.E. Thijssen, docent ergotherapie, projectleider Geïntegreerde zorg Thermion, ergotherapeut • Correspondentie: Anne.Kuijpers@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Foto: Ronald Roozen

Samen met de patiënt zou het aanbod van de huisartsenzorg verder verbeterd kunnen worden.

Ideeënbus, groepsbijeenkomsten en online panel

Van de patiënten gaf 60% aan dat ze de praktijk zouden willen adviseren, of dat ze het prettig zouden vinden als de praktijk hen zou raadplegen over het aanbod. De expertise lag in de ogen van de respondenten grotendeels bij het gezondheidscentrum, maar ze stelden het op prijs als ze gevraagd of ongevraagd hun mening zouden kunnen geven over het zorgaanbod en de keuzes van het gezondheidscentrum. Een minderheid koos voor nog meer betrokkenheid: 'partnerschap' (16%) of actief meebeslissen (15%). Patiënten vonden vaak dat zij zelf onvoldoende kennis hadden van inhoudelijke zaken, bestuur en wet- en regelgeving om op een hoger niveau te participeren.

Niet alle patiënten wilden actief participeren. Respondenten wilden vooral meepraten over onderwerpen waarmee ze in de gezinssituatie of werkomgeving te maken hebben. Vijftig procent van de leeftijdscategorie 30-49 jaar wilde hun mening geven over de zorg voor kinderen en jongeren, terwijl slechts 18% van de 70-plussers dit thema koos. Andere thema's waren onder andere ouderenzorg, mantelzorg, preventie, zorgaanbod en leefstijl.

De manier waarop patiënten wilden participeren verschilde, ook per leeftijdscategorie. Het meeste draagvlak was er in alle leeftijdscategorieën voor een ideeënbus, groepsbijeenkomsten en een online panel. De meeste patiënten (66%) wilden maximaal een tot twee maal per jaar bevraagd worden, slechts 17% zou dat drie keer of vaker willen.

De professionals gaven in grote meerderheid (84%) aan dat de patiëntbetrokkenheid op dit moment niet erg intensief was. Ze informeerden hun patiënten vooral over het aanbod, en soms raadpleegden ze hen. Slechts 7% vond deze huidige situatie wenselijk. De professionals zouden patiënten vooral (59%) in een advies- en partnerschapfunctie willen zien. Ze gaven aan dat zij het belangrijk vinden optimaal aan te sluiten bij de behoeften van patiënten. Voor meer informatie over het onderzoek mail Henk.Schers@radboudumc.nl.

Samen met patiënten aanbod verbeteren

Patiënten moeten kunnen meepraten over het aanbod van de eerstelijnszorg in hun directe leefomgeving. Uit ons onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de patiënten geraadpleegd wil worden en advies wil geven. Professionals zien graag een nog actievere rol voor de patiënt, maar de meeste patiënten voelden zich hier niet capabel voor. Wij denken dat het goed zou zijn om samen met patiënten het aanbod van de huisartsenzorg verder te verbeteren en toe te spitsen op de lokale situaties. Hiervoor zouden methodieken, zoals een online panel of ideeënbus, ontwikkeld moeten worden, waarmee men subgroepen actief kan benaderen. ■

LITERATUUR

De literatuurlijst is te vinden op www.henw.org, rubriek Signaal.

Nina Steutel, Marjolein Berger, Merit Tabbers

Een spugende zuigeling

Casus

Op het spreekuur komt een ongeruste moeder met een zes weken oude zuigeling, Emma. Zij spuugt na iedere voeding en huilt vaak ontroostbaar. Emma krijgt kunstvoeding, groeit goed en er zijn geen andere klachten. Er lijkt geen sprake van overvoeding.

Lichamelijk onderzoek toont geen bijzonderheden. De huisarts legt uit dat er sprake kan zijn van reflux, dat veel voorkomt bij zuigelingen, en bespreekt de behandelingsopties: langer rechtop houden na de voeding en de voeding verdikken met johannesbroodpitmeel.

Na twee weken komen ze terug: de adviezen hebben onvoldoende effect, moeder slaapt nauwelijks omdat Emma zo onrustig is en flink spuugt. Moeder wil graag medicatie en verder onderzoek. De huisarts verwijst Emma naar de kinderarts. Na anamnese en lichamelijk onderzoek bevestigt deze de diagnose gastro-oesofageale refluxziekte (GORZ). Aangezien Emma alleen spuugt en ontroostbaar huilt, en er geen alarmsymptomen zijn (zie [**kader 1**]), is medicatie niet geïndiceerd. Moeder wordt gerustgesteld. Er wordt uitgelegd hoe de klachten ontstaan, dat refluxziekte meestal vanzelf verdwijnt rond de twaalf tot achttien maanden, zuurremmende medicatie vaak niet helpt maar wel bijwerkingen kan geven, en dat het onbekend is of zuurremmende medicatie op de lange termijn veilig is. Verder wordt uitgelegd dat aanvullend onderzoek in dit geval geen aanvullende waarde heeft. Moeder ziet af van medicatie en wacht tot het vanzelf overgaat.

BESCHOUWING

Gastro-oesofageale reflux is een veelvoorkomend fysiologisch verschijnsel bij gezonde kinderen en volwassenen. Bij refluxziekte leidt reflux tot hinderlijke klachten/complicaties (zoals oesofagitis). Regelmatig vindt onnodig onderzoek en behandeling plaats: tussen 2008 en 2013 is een zevenvoudige stijging zichtbaar van het aantal voorschriften zuurremmende medicatie bij kinderen van nul tot achttien maanden in de huisartsenpraktijk (Julius Huisartsen Netwerk, 2014), vergelijkbaar met andere westerse landen.[1,2] Dit is opvallend, omdat (inter-) nationale richtlijnen adviseren zeer terughoudend te zijn met het voorschrijven van zuurremmende medicatie aan kinderen.[3,4] Uit onderzoek blijkt dat zuurremmende medicatie vaak niet leidt tot symptoomreductie, maar wel bijwerkingen kan geven zoals hoofpijn, misselijkheid, braken en luchtweginfecties. Daarbij zijn langetermijneffecten bij kinderen onvoldoende onderzocht.[5,6]

Landelijk is er toenemend aandacht voor overmatig gebruik van medicatie en overdiagnostiek. Er zijn diverse initiatieven ontplooid om deze onnodige zorg te verminderen (Verstandig Kiezen, Doen of laten). Om onnodige zorg bij kinderen met GORZ te reduceren, zijn Verstandige Keuzes ontwikkeld, gebaseerd op de evidence-based richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (zie [**kader 2**]).

Refluxziekte diagnosticeren middels gastroscopie wordt afgeraden. Bij zuigelingen met refluxklachten is een grondige anamnese en lichamelijk onderzoek vaak voldoende om de diagnose te stellen en heeft pH-metrie onvoldoende toegevoegde waarde. Ook röntgenonderzoek wordt vanwege de lage sensitiviteit (29 tot 86%) en specificiteit (21 tot 83%) afgeraden.[4]

De behandeling van refluxziekte bij kinderen tot achttien maanden begint met voorlichting geven aan de ouders en de voeding verdikken met johannesbroodpitmeel (twee weken). Medicatie dient alleen bij uitzondering gestart te worden (indien ≥ één alarmsymptoom): start met protonpompremmers of ranitidine (zie www.kinderformularium.nl). Bij kinderen ouder dan achttien maanden worden leefstijladviezen (linkerzijligging, verhoogd hoofdeinde in bed) en een medicamenteuze proefbehandeling geadviseerd. Protonpompremmers zijn eerste keus (zie www.kinderformularium.nl). Voor alle leeftijden wordt geadviseerd het effect na twee tot vier weken te evalueren en medicatie alleen te continueren bij vermindering van de klachten. Verwijzing naar de tweede lijn is geïndiceerd bij onvoldoende effect van de medicamenteuze proefbehandeling of eerder, indien de huisarts zich hiervoor niet bekwaam voelt. ■

LITERATUUR

De literatuurlijst kunt u vinden op www.henw.org/archief, rubriek Casuïstiek.

Kader 1 Alarmsymptomen bij spugende kinderen

Alarmsymptomen bij spugende kinderen ≤ 18 maanden

- Gallig braken
- Gastro-intestinale bloedingen: bloedbraken, hematochezia
- Persisterend krachtig spugen
- Failure to thrive
- Starten met spugen 6 maanden na geboorte
- Diarree
- Obstipatie
- Koorts
- Lethargie
- Bolle fontanel
- Macro-/microcefalie
- Epileptische insulten
- Gevoelige buik
- Hepatosplenomegalie
- Genetische afwijkingen/metabool syndroom

Kader 2 Richtlijnen voor gastro-oesofageale refluxziekte bij kinderen

Huisarts en gastro-oesofageale refluxziekte bij kinderen tot 18 jaar

1. Verricht röntgenonderzoek noch gastroscopie om de diagnose refluxziekte vast te stellen.
2. Behandel refluxziekte niet standaard met maagzuurremmers.
3. Eerst evalueren, dan continueren.

AMC, afdeling Kindermaag-, darm-, leverziekten, Amsterdam: N.F. Steutel, arts-onderzoeker Kindergeneeskunde; dr. M.M. Tabbers, kinderarts MDL. UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: prof.dr. M. Berger, huisarts • Correspondentie: n.f.steutel@amc.uva.nl •
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Marja Versteeg, Doreth Teunissen

SPREEKUUR

Hormoonspiraal bij tieners

WAT IS HET PROBLEEM?

Een meisje van 16 jaar komt op uw spreekuur om te starten met anticonceptie. Zij wil graag een hormoonspiraal vanwege goede ervaringen bij vriendinnen. Is een levonorgestrelhoudend spiraal (LS) bij deze jonge nulligravida veilig als anticonceptivum? Wat zijn de mogelijke bijwerkingen en complicaties?

WAT MOET IK WETEN?

Het levonorgestrelhoudende spiraal geeft gedurende minimaal vijf jaar continu intra-uterien levonorgestrel af. Dit veroorzaakt atrofie van het endometrium, waardoor innesteling van een bevruchte eicel wordt voorkomen. Ook wordt het cervixslijm dikker en minder doorgankelijk voor spermatozoa. De indicaties in Nederland zijn anticonceptie, menorragie en progestageen adjuvans tijdens oestrogeentherapie. Tevens wordt het gebruikt bij endometriose, dysmenorroe en als menstruatiemanagement bij vrouwen met een verstandelijke beperking. Er is geen leeftijdsgrens voor het LS en het wordt vanaf de leeftijd van 10 jaar toegepast.

Het LS is zeer betrouwbaar. De kans op zwangerschap is 0,2% per jaar. Bij orale anticonceptiva is dit 0,3% bij perfect (theoretisch) gebruik, maar bij standaardgebruik 9%. Na sterilisatie is die kans 0,3%. De werkingsduur is gegarandeerd voor vijf jaar, maar ook gedurende zeven jaar blijkt het effectief te beschermen tegen een zwangerschap. Indien toch zwangerschap optreedt, is er een verhoogde kans op een extra-uteriene zwangerschap (EUG).

De eerste drie maanden is er vaak onregelmatig bloedverlies. Daarna ontstaat meestal amenorroe. Mogelijke bijwerkingen zijn onder andere pijnlijke borsten, hoofdpijn, acne en depressieve klachten. Meestal verdwijnen deze klachten spontaan. Het LS geeft geen verhoogd risico op trombo-embolische processen. Volgens de WHO-criteria mag het zelfs gegeven worden bij een actuele diep-veneuze trombose (DVT) (criterium 2: voordelen wegen op tegen eventuele nadelen), maar de NHG-Standaard ontraadt dit. Mammacarcinoom in de familieanamnese en roken zijn geen contra-indicaties.

De insertie van een spiraal bij nulligravidae jonger dan 20 jaar verloopt even succesvol als bij vrouwen die ouder zijn. Als insertie niet lukt, is een tweede poging in ongeveer 80% van de gevallen alsnog succesvol. Misoprostol vaginaal kan drie uur van tevoren gegeven worden om de cervix te verweken als plaatsing in eerste instantie niet lukt. Ook als patiënte virgo is, kan een spiraal geplaatst worden.

De eerste drie weken na plaatsing is de kans op een pelvic inflammatory disease (PID) licht verhoogd; dit is gerelateerd aan een aanwezige cervicale infectie op het moment van insertie. De kans op een PID hangt niet samen met leeftijd of pariteit, maar wel met seksueel gedrag. Na drie weken is de kans op een PID juist verlaagd bij een LS. De kans op een seksueel overdraagbare aandoening (soa) is niet verhoogd en er is geen risico op infertiliteit door het LS.

De kans op expulsie varieert in verschillende onderzoeken tussen 1 en 5%. Hoe jonger het meisje, hoe hoger de kans. Er is geen relatie met pariteit.

Uterusperforaties zijn zeer zeldzaam: 0-2,1 per 1000 inserties. Bij borstvoeding is de kans verhoogd. Bij jonge nulligravidae is de kans zeer klein; in de meeste onderzoeken bij tieners komen geen perforaties voor.

De tevredenheid bij tieners die een LS hebben is groot en ongeveer 80% van de meisjes heeft het spiraal na twee jaar nog in gebruik ('continuity rate'), terwijl dit percentage bij orale anticonceptie slechts 43% is.

WAT MOET IK DOEN?

Neem eerst een uitgebreide anamnese af en voer daarna een gynaecologisch onderzoek uit, zoals beschreven in de NHG-Standaard Anticonceptie. Extra aandacht voor het risico op een soa of PID is in deze leeftijdsgroep belangrijk. Beoordeel bij het gynaecologisch onderzoek met name of speculumonderzoek mogelijk is en verricht zo nodig soa-onderzoek. Het beleid bij plaatsing en controle staat ook beschreven in de NHG-Standaard Anticonceptie.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Het LS is een buitengewoon veilig en betrouwbaar anticonceptivum, ook voor tieners. Waarschuw voor onregelmatig bloedverlies gedurende de eerste maanden. Geef informatie over mogelijke bijwerkingen en complicaties, met name over de licht verhoogde kans op expulsie. Bespreek ook alternatieve anticonceptiemiddelen en weeg de voor- en nadelen tegen elkaar af.

Indien er geen afwijkingen bij lichamelijk onderzoek zijn gevonden, is er geen belemmering om op deze leeftijd een hormoonspiraal te plaatsen. Verwijs voor meer informatie naar Thuisarts.nl. ■

LITERATUUR

De literatuur kunt u vinden op www.henw.org/archief, rubriek Spreekuur.

Huisartsenpraktijk Versteeg en Zeilstra, Apeldoorn: J.M. Versteeg, kaderhuisarts urogynaecologie in opleiding. Radboudumc, afdeling Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: dr. T.A.M. Teunissen, kaderhuisarts urogynaecologie, docent/senior onderzoeker • Correspondentie: vz-huisartsen@ezorg.nl • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

Pieta van Rhijn, Toine Lagro-Janssen

Stoppen met roken tijdens de zwangerschap

WAT IS HET PROBLEEM?

Een jonge moeder komt met haar dochtertje van vier jaar op het spreekuur. Het dochtertje heeft koorts, hoest en is benauwd. Zes maanden geleden had ze dezelfde klachten; toen moest ze verneveld worden in het ziekenhuis. De moeder voelt zich schuldig omdat ze tijdens de zwangerschap vijf sigaretten per dag heeft gerookt. Achteraf gezien had ze al voor haar zwangerschap gestopt willen zijn. Ze wil weten welk effect het roken op de gezondheid van haar dochtertje heeft gehad. Welke rol heeft de huisarts in het motiveren van zwangere vrouwen om te stoppen met roken?

WAT MOET IK WETEN?

Roken tijdens de zwangerschap verhoogt het risico op een te vroeg geboren of te lichte baby, sterfte rond de geboorte, aangeboren afwijkingen en wiegendood. De kans op perinatale sterfte ligt bij rokende zwangeren 40% hoger dan bij vrouwen die niet roken. Roken beïnvloedt de groei en ontwikkeling van de longen van de baby negatief: zo kunnen later luchtweginfecties en astma ontstaan.

Door de inname van nicotine en koolmonoxide ontstaat vasoconstrictie in de placenta. Dit zorgt voor een verminderde bloedtoevoer naar het kind, waardoor er groeivertraging bij het kind ontstaat. Zo kan een groeivertraging van in totaal 150 tot 300 gram ontstaan. Deze groeivertraging herstelt zich als vrouwen vroeg (voor zestien weken) stoppen met roken. Een lager geboortegewicht geeft later kans op het ontstaan van obesitas en diabetes door inhaalgroei. Tevens is een lager geboortegewicht gerelateerd aan leer- en gedragsproblemen.

Passief roken is overigens ook slecht voor een zwangere vrouw en haar ongeboren baby; het is meer geassocieerd met premature bevallingen dan met een groeivertraging. Hoe meer mensen er roken in de omgeving van de zwangere vrouw, hoe groter de kans op een groeivertraging.

Laagopgeleide vrouwen roken tijdens de zwangerschap beduidend vaker dan hoogopgeleide vrouwen. In 2015 rookte 22,1% van de laagopgeleide vrouwen dagelijks gedurende de hele zwangerschap, en respectievelijk 5,5 en 0,9% van de midden- en hoogopgeleide zwangeren. Opmerkelijk is verder dat de rookprevalenties van midden- en hoogopgeleide zwangeren afgelopen jaren gestaag zijn gedaald, terwijl de rookprevalentie van laagopgeleide zwangeren stabiel hoog is gebleven (Trimbos-instituut 2014).

Zwangere vrouwen die blijven roken brengen zo hun eigen gezondheid en die van het kind in gevaar. Toch blijkt het moeilijk om deze vrouwen te motiveren om te stoppen, want er is vaak sprake van een ernstige verslaving. Er heerst een taboe op roken tijdens de zwangerschap; zwangere vrouwen vinden het lastig om het roken ter sprake te brengen. Ook bestaan er andere stressoren in hun leven en rookt de partner vaak. Deze vrouwen zijn moeilijk te bereiken met stoppen-met-rokenprogramma's. De geboortezorg en de stoppen-met-rokenondersteuning zijn twee verschillende werelden.

De meest gebruikte interventiestrategie bij zwangeren is de V-mis: de minimale interventiestrategie door verloskundigen. Dit is een begeleidingstraject van een aantal korte momenten, voornamelijk gebaseerd op motivational interviewing. Daarnaast bestaan er stoppen-met-rokencoaches die begeleiding aanbieden. Sinds 2012 is er een telefonische coaching voor zwangere rokers: Rookvrij! Allebei? (www.via-syl-via.nl/rookvrijallebei.html).

Hoe intensiever de begeleiding, hoe groter de kans op succes. Mocht dit niet lukken, dan biedt een nicotinevervanger uitkomst. Bij gebruik van een nicotinevervanger volgens de bijsluiter krijgt de zwangere vrouw de helft van de hoeveelheid nicotine binnen die ze normaal gesproken met roken binnenkrijgt. Nicotinevervangers verminderen de heftigheid van de ontwenningsverschijnselen, de trek in roken en de kans op terugval. Ze kunnen tijdens de zwangerschap onder begeleiding gegeven worden. Varenicline mag niet in de zwangerschap en tijdens de borstvoedingsperiode gegeven worden.

Een niet-geregistreerde nicotinevervanger is de e-sigaret, waarbij nicotine vrijkomt door verhitting. Het gebruik ervan wordt dampen genoemd. Er zijn verschillende soorten e-sigaretten. De meeste (90%) bevatten nicotine. De e-sigaret is minder ongezond dan roken; het zou 95% minder schadelijk zijn. Er zijn bedenkingen over de resultaten op langere termijn: het houdt het rookgedrag in stand en de langetermijngevolgen zijn nog onduidelijk.

WAT MOET IK DOEN?

Vijftig procent van de zwangere vrouwen consulteert de huisarts tijdens de zwangerschap. Bij ieder contact vraagt de huisarts naar haar gezondheid, zwangerschap en rookgedrag. Als er sprake is van roken, zal de huisarts voorlichting geven over de gevolgen en stopondersteuning adviseren. Alle vormen van stopondersteuning zijn te vinden op www.rokeninfo.nl. Zoek samen met de patiënt naar een coach die persoonlijke begeleiding kan geven of adviseer telefonische coaching.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Roken tijdens de zwangerschap is schadelijk voor moeder en kind. Er zijn korte- en langetermijngevolgen die een grote impact hebben op de gezondheid van het kind. Stoppen met roken gedurende de zwangerschap is een moeilijke opgave en vergt intensieve begeleiding voor de zwangere en haar partner. ■

Huisartsenpraktijk van Rhijn, Oosterhout: Pieta van Rhijn, kaderhuisarts urogynaecologie in opleiding. Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Unit Vrouwenstudie Medische Wetenschappen, Nijmegen: em. prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoofd Centrum Seksueel en Familiaal Geweld Nijmegen • Correspondentie: heymeijer-vanrhijn@planet.nl • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

Ilse Stokman, Sjoerd Bruggink

CATS

Hoge hakken en knieartrose

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van Marianne Dees en Annet Sollie • Correspondentie: redactie@nhg.org.

Vraagstelling Knieartrose wordt twee keer zo vaak gezien bij vrouwen als bij mannen. Zou de oorzaak liggen in het verschil in schoeisel? Ofwel: verhoogt het dragen van hoge hakken de kans op knieartrose?

Zoekstructuur In PubMed hebben we in juli 2016 de zoektermen ('knee osteoarthritis') AND ('high heeled shoes') gecombineerd. Dit resulteerde in tien artikelen, waarvan één kinetisch onderzoek en twee case-controlonderzoeken. Aan de hand van deze drie onderzoeken hebben we geprobeerd een antwoord op onze vraag te vinden.

Resultaten Titchenal et al. onderzochten in een kinetisch onderzoek de relatie tussen het dragen van hakken en standsveranderingen geassocieerd aan knieartrose. Veertien gezonde vrouwen met een BMI lager dan 30 en in de leeftijd van 20 tot 60 jaar liepen voor het onderzoek op hakken met drie verschillende hoogtes. Hiervan werden video-opnames gemaakt. Naderhand werd met behulp van de computer de veranderde hoek in de knie gemeten. Bij het dragen van hoge hakken werd een significante kinetische verandering in de knie gezien, die overeenkomt met veranderingen die geassocieerd zijn met knieartrose. Bovendien werd een dosis-responsrelatie gevonden: hoe hoger de hak, hoe groter het verschil was.[1]

Williams et al. vergeleken in een case-controlonderzoek 471 patiënten met knieartrose in de tweede lijn met 597 controles die een intraveneuze urografie (IVU) ondergingen zonder knieklachten en zonder tekenen van heupartrose op hun IVU-röntgenscreening. De groepen waren vergelijkbaar voor gewicht, leeftijd en geslacht. Beide groepen werden door een getrainde onderzoeker ondervraagd naar gedragen schoeisel per levensfase. Het dragen van hoge hakken bleek een significant beschermend effect (OR 0,76; 95%-BI 0,61 tot 0,94; p = 0,011) te hebben op het ontwikkelen van knieartrose. Na correctie voor leeftijd en gewicht was dit effect echter niet meer significant (OR 0,82; 95%-BI 0,65 tot 1,04; p = 0,088).[2]

Het artikel van Dawson et al. is een case-controlonderzoek met als doel risicofactoren voor knieartrose, waaronder hoge hakken, te onderzoeken. Vrouwen van 50-70 jaar die in een orthopedisch ziekenhuis op de wachtlijst stonden voor een totale knieprothese in verband met knieartrose (n = 29) en op leeftijd gematchte vrouwen uit de huisartsenpraktijk zonder knieklachten (n = 82) rapporteerden over het dragen van hoge hakken in verschillende levensfases. Het lopen op hakken bleek een niet-significante beschermende factor voor knieartrose te zijn (OR 0,69; 95%-BI 0,29 tot 1,65; p = 0,40).[3]

Bespreking Het theoretische bewijs van Titchenal dat hoge hakken kinetische veranderingen in de knie veroorzaken die ook zijn gerelateerd aan knieartrose, kan niet worden bevestigd met patiëntcontroleonderzoek in de klinische praktijk. Sterker nog: het dragen van hoge hakken lijkt een beschermend effect te hebben. Dit zou verklaard kunnen worden door natuurlijke selectie: vrouwen zonder knieklachten lopen langer door op hoge hakken en vrouwen die knieklachten ontwikkelen stoppen sneller met het dragen van hakken.

Het onderzoek van McWilliams et al. betreft een grote populatie en is gecorrigeerd voor de belangrijkste bekende oorzaken voor artrose: leeftijd en gewicht. De afgenomen vragenlijst over het dragen van schoeisel in het verleden is een potentiële bron voor recall bias. Vrouwen met knieklachten zullen mogelijk eerder geneigd zijn zich het dragen van hoge hakken te herinneren, wat tot een overschatting van het effect van hoge hakken zou kunnen leiden. Het onderzoek van Dawson et al. is kleiner van opzet en corrigeert niet voor leeftijd en gewicht, maar onderzoekt wel andere potentiële risicofactoren voor knieartrose.

De patiëntenpopulaties kwamen in beide onderzoeken uit de tweede lijn en hadden relatief ernstige artrose. Resultaten voor minder ernstige artrose in de huisartsenpraktijk zijn mogelijk dus minder groot.

Conclusie Er is onvoldoende bewijs voor de associatie tussen het dragen van hoge hakken en het ontstaan van knieartrose.

Betekenis Het afraden van hoge hakken lijkt niet zinvol om het ontstaan van knieartrose te voorkomen. ■

LITERATUUR

De literatuurlijst kunt u vinden op www.henw.org/archief, rubriek CATS.

Leids Universitair Medisch Centrum, Afdeling Public Health en eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: I. Stokman, huisarts-in-opleiding; dr. S. C. Bruggink, huisarts • Correspondentie: ilsestokman111@hotmail.com

Lieke van der Straten, Marie-Louise Bartelink

Dientamoebe fragilis bij kinderen: niks aan doen

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van Marianne Dees en Annet Sollie • Correspondentie: redactie@nhg.org.

Vraagstelling Op het spreekuur kwam een veertienjarig meisje met sinds anderhalf jaar diffuse buikpijnklachten en een blanco voorgeschiedenis. Lichamelijk onderzoek en aanvullend laboratoriumonderzoek lieten geen bijzonderheden zien, behalve een positieve feceskweek voor *dientamoebe fragilis*.

De NHG-Standaarden Buikpijn bij kinderen (2012) en Acute diarree (2014) beschrijven twijfel over de pathogeniciteit van de *D. fragilis*. Ondanks deze twijfel wordt de *D. fragilis* bij een symptomatisch kind, bij afwezigheid van andere pathogenen, als oorzaak van de klachten aangemerkt. Behandeling met metronidazol is eerste keus; clioquinol wordt genoemd, maar is niet geregistreerd voor oraal gebruik en betreft dus off-labelgebruik.

Onze onderzoeksvraag luidt: heeft medicamenteuze behandeling klinisch effect bij kinderen met buikpijnklachten en een positieve feceskweek voor *dientamoebe fragilis*?

Zoekstructuur In augustus 2016 zochten we in PubMed (clinical queries) met de volgende zoekterm 'dientamoeba'. Inclusiecriteria: kinderen met buikpijnklachten, medicamenteuze behandeling (clioquinol/metronidazol) en publicatie vanaf 2000.

Resultaten De zoekstrategie resulteerde in 49 hits, waarvan vijf relevant voor de beantwoording van onze vraag.

De standaard noemt drie van de gevonden onderzoeken: Banik (2011), Bosman (2004) en Ter Schure (2013).[1-3] Dit zijn alle drie observationele, retrospectieve onderzoeken met respectievelijk 41, 43 en 151 patiënten. Zij beschreven bij kinderen met een positieve feceskweek voor *dientamoebe fragilis* met buikpijnklachten in de tweede lijn de microbiologische clearance (geen *D. fragilis* na behandeling) en de afname van symptomen. Clearance was 85%, 69% en 48,6% na behandeling met metronidazol en met clioquinol 81% en 58%. Patient-reported klinische verbetering trad op bij 72% en 48,6% na metronidazol en bij 86% en 58% na clioquinol.

Na het verschijnen van de standaard zijn twee aanvullende onderzoeken gepubliceerd.

De Jong onderzocht, wederom observationeel, 132 kinderen met chronische buikpijnklachten en 77 asymptomatische kinderen in een psychiatrische instelling.[4] Van de symptomatische kinderen had 43,2% een positieve PCR voor *D. fragilis*, van de asymptomatische 50,6% (p = 0,296). Er was geen verschil in *parasitic load* (middels PCR) tussen symptomatische en asymptomatische kinderen die positief testten. Clearance was 59% na metronidazol en 75% na clioquinol. Klinische verbetering trad op bij 35,9% na metronidazol en 62,6% na clioquinol.

Röser 2014 voerde een dubbelblind placebogecontroleerde RCT in de eerste en tweede lijn uit.[5] Symptomatische kinderen positief voor *D. fragilis* werden uitgenodigd en gerandomiseerd voor metronidazol (n = 54) of placebo (n = 52). De primaire uitkomst was het verschil in buikklachten voor en na behandeling, gemeten met een tienpunts VAS-score. Er bleek geen verschil tussen metronidazol (daling VAS-score -1,76; 95%-BI -2,47 tot -1,05) of placebo (daling VAS-score -1,57; 95%-BI -2,28 tot -0,85). Verder keken zij naar de microbiologische clearance in de tijd. Deze was op alle meetmomenten (na 2, 4, 6 en 8 weken) in het voordeel van de metronidazol, al werd het verschil kleiner. Er was geen aantoonbare relatie tussen parasitic load en klachten.

Bespreking De twee latere onderzoeken zijn een interessante toevoeging aan de NHG-Standaard. De Jong laat zien dat er veel asymptomatische dragers zijn en bevestigt onze twijfel aan de pathogeniciteit van *D. fragilis*. Dit onderzoek is helaas retrospectief en er werd niet gerandomiseerd. Verder was de controlegroep een aparte populatie: bij kinderen met een onderliggende psychiatrische aandoening kan de anamnese onbetrouwbaar zijn. Röser et al. vonden geen verschil in afname van klachten tussen metronidazol en placebo. Ook zagen zij het verschil in microbiologische clearance tussen behandeling en placebo in de tijd afnemen, wat zou kunnen wijzen op een self-limiting aard van *D. fragilis*. Wat de RCT minder sterk maakt, is de relatief lage respons. Dit maakt het onderzoek gevoelig voor selectiebias. In beide onderzoeken is er nauwelijks een correlatie tussen de parasitic load van *D. fragilis* en klachten.

Conclusie In alle observationele onderzoeken heeft medicamenteuze behandeling weinig klinisch effect en daarbij wisselende clearance rates. Tevens laat één onderzoek zien dat *D. fragilis* ook vaak voorkomt bij asymptomatische kinderen, resulterend in toenemende twijfel aan de pathogeniciteit. Bovendien liet één RCT geen verschil zien in behandeling met metronidazol en placebo op buikpijnklachten.

Betekenis Deze CAT bevestigt de twijfels die reeds geuit zijn in de NHG-Standaarden Buikpijn bij kinderen en Acute diarree. Het is af te raden om routinematig feces te testen op *D. fragilis* bij kinderen met langdurige buikpijnklachten. Mocht u toch een positieve testuitslag onder ogen krijgen, dan moet per patiënt afgewogen worden of een proefbehandeling wel of niet zinvol is. ■

LITERATUUR

De literatuur kunt u vinden op www.henw.org/archief, rubriek CATS.

UMCU, Huisartsopleiding Utrecht, Zeist: L.M. van der Straten, huisarts in opleiding; dr. M.E.L. Bartelink, huisarts-epidemioloog • Correspondentie: liekevds@gmail.com

Sophie van Blijswijk

PEARLS

MMSE schakel in diagnostisch traject

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. Coördinatie: Hans van der Wouden • Correspondentie: j.vanderwouden@vumc.nl.

Context De Mini Mental State Examination (MMSE) wordt wereldwijd gebruikt als diagnosticum én als screeningsinstrument ter opsporing van dementie. Een score lager dan 24 (van de 30 te behalen) punten wordt doorgaans als afwijkend beschouwd. Gezien de impact van het stellen én het missen van de diagnose dementie is het van belang de diagnostische waarde van deze test juist in te schatten.

Klinische vraag Wat is de diagnostische waarde van de MMSE voor dementie bij 65-plussers als screeningsinstrument in de algemene populatie en als screeningsinstrument of diagnosticum in de eerstelijnszorg?

Conclusie In totaal werden 48 onderzoeken (70 artikelen) geïncludeerd. Als referentie werden erkende criteria (DSM-III-R, DSM-IV, ICD-9 of ICD-10) gebruikt. Voor gebruik als screeningsinstrument (afkapwaarde < 24 punten) in de algemene populatie (15 onderzoeken, n = 10.696) werd een sensitiviteit (Se) van 0,85 (95%-BI 0,74 tot 0,92) en een specificiteit (Sp) van 0,90 (95%-BI 0,82 tot 0,95) gevonden. Bij correctie voor opleidingsniveau (7 onderzoeken, n = 8442) was dit respectievelijk 0,97 (95%-BI 0,83 tot 1,00) en 0,70 (95%-BI 0,50 tot 0,85). Vanwege de overlappende betrouwbaarheidsintervallen tussen screening met de MMSE met en zonder correctie voor opleidingsniveau in de algehele populatie concluderen de auteurs dat op basis van deze meta-analyse geen keuze tussen deze methoden kan worden gemaakt. Er waren onvoldoende gegevens beschikbaar voor meta-analyse van de eerstelijnsonderzoeken. Deze review bevestigt dat de MMSE niet als enige test kan worden gebruikt om dementie te diagnosticeren of uit te sluiten.

Beperkingen Er waren onvoldoende gegevens beschikbaar om conclusies te trekken over het gebruik van de MMSE bij symptomatische patiënten, of voor gebruik specifiek in de eerste lijn.

COMMENTAAR

De auteurs stellen een praktisch handvat te willen geven voor het gebruik van de MMSE bij screening in de algehele populatie, en voor gerichte actieve opsporing van dementie in de eerstelijnszorg. Ondanks dat er veel onderzoek is gedaan naar het gebruik van de MMSE in een diagnostisch traject, bleken diverse onderzoeken onvoldoende informatie te bevatten om de gepoolde specificiteit en sensitiviteit te berekenen. Daarnaast blijkt er vooral veel onderzoek te zijn gedaan in de asymptomatische algemene populatie, en weinig in de eerste lijn.

In de NHG-Standaard Dementie (derde herziening, 2012) wordt nadrukkelijk vermeld dat screening in de algehele populatie niet wordt aangeraden, omdat de balans van inspanningen, kosten en effectiviteit negatief is. In dit licht is het interessant om de gegevens uit de review te vertalen naar de Nederlandse situatie. De prevalentie van dementie in de algemene populatie is 6,1 per 1000 persoonsjaren en sterk leeftijdsafhankelijk (NIVEL, 2015). Voor 70-74-jarige mannen is de prevalentie 11,6 per 1000 persoonsjaren (volkgezondsheidenzorg.info). Bij screening in deze leeftijdsgroep met de afkapwaarde < 24 is de positief voorspellende waarde 9,07% en de negatief voorspellende waarde 99,80%. Bij gebruik van de MMSE gecorrigeerd voor opleidingsniveau is dit respectievelijk 3,66% en 99,95%. De kans op dementie daalt bij een negatieve uitslag dus van 1,16% naar respectievelijk 0,20% of 0,05%, afhankelijk van de gebruikte methode. Bij een positieve uitslag stijgt deze van 1,16% naar respectievelijk 9,07% of 3,66%. Of hier sprake is van diagnostische winst, mag u zelf invullen. Hoewel een vroege diagnose van dementie mogelijkheden voor patiënten en mantelzorgers biedt om maatregelen te treffen voor de toekomst, zijn er op dit moment onvoldoende mogelijkheden voor behandeling van dementie (een van de criteria van Wilson en Junger voor screening). Daarnaast zullen veel mensen onterecht verdere diagnostiek naar dementie ondergaan vanwege het grote aantal vals-positieve uitslagen. In dit kader zou het interessant zijn om te weten wat de effecten op patiënten en hun omgeving zijn van een afwijkende MMSE zonder dat er sprake van dementie blijkt te zijn. Tot slot geven huisartsen aan meer dementie te verwachten bij de non-responders bij screening. Deze groep kan wellicht wel door de huisarts in kaart worden gebracht.

De NHG-Standaard adviseert een actieve signalering van mogelijke dementie door alle medewerkers van de praktijk op basis van signalen die zij van de patiënt en/of mantelzorger ontvangen. Juist vanwege de grote gevolgen van het missen óf het stellen van de diagnose dementie besteedt de standaard nadrukkelijk aandacht aan het belang van grondige diagnostiek met aandacht voor het uitsluiten van andere oorzaken van dementie. Hierbij is de MMSE slechts een van de schakels die wordt genoemd in het proces. Het is jammer dat er onvoldoende gegevens bij symptomatische patiënten beschikbaar waren om hier onderbouwde uitspraken te kunnen doen.

Hoewel het advies uit de standaard wordt onderschreven door de conclusie van de auteurs, biedt deze review helaas weinig houvast voor verdere keuzes bij diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk. ■

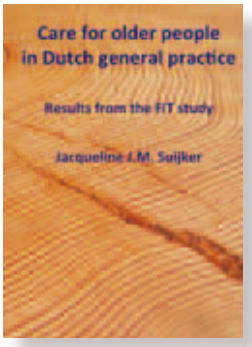
Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde: S.C.E. van Blijswijk, aiotho • Correspondentie: s.c.e.blijswijk@lumc.nl.

LITERATUUR

1 Creavin ST, Wisniewski S, Noel-Storr AH, Trevelyan CM, Hampton T, Rayment D, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. Cochrane Database Syst Rev 2016;1:CD011145.

ZORG VOOR KWETSBARE OUDEREN

Suijker JJM. Care for older people in Dutch general practice. Results from the FIT study [proefschrift]. Amsterdam: UvA, 2016. ISBN: 978-94-6233-359-8.



De onderzoeken die beschreven worden in dit proefschrift zijn gefinancierd vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg. Hieruit zijn in heel Nederland onderzoeken opgezet om de zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren. Een aantal hiervan zijn eerder in H&W gepubliceerd, en recent heeft Van Rossum in een commentaar deze onderzoeken en hun uitkomsten op een rij gezet. De uitkomsten van Suijker zijn in lijn met eerder onderzoek en de conclusies van Van Rossum.

Het proefschrift beschrijft eerst een onderzoek naar de ISAR-PC, een eenvoudige vragenlijst voor het opsporen van ouderen met dreigend functieverlies. De voorspellende waarde blijkt redelijk en beter dan selectie op basis van leeftijd alleen. Vervolgens wordt een RCT met een looptijd van één jaar beschreven waarin een complexe interventie, aangestuurd door getrainde verpleegkundigen en gericht op functiebehoud van ouderen, wordt vergeleken met gebruikelijke zorg. De interventie is gebouwd op principes van *disease management*, *case management*, *patient empowerment* en *motivational interviewing*. Er zijn geen verschillen gevonden op relevante eindpunten, een indrukwekkend aantal fysieke en functionele maten, zoals *health related quality of life* en gebruik van zorg, maar ook gewicht en knijpkracht. Een kosten-effectiviteitsanalyse laat zien dat extra zorg gezien het ontbreken van opbrengsten af te raden is. Dan zijn er twee interessante hoofdstukken voor toekomstige onderzoeken: een stuk over zelfrapportage van zorggebruik en een stuk over minimale relevante verschillen en minimale meetbare verschillen van twee meetinstrumenten.

Het voor de huisarts meest interessante hoofdstuk, midden in het proefschrift, heeft als boodschap dat bij een uitgebreid geriatrisch assessment veel problemen worden gevonden, gemiddeld acht per oudere. Van deze acht problemen werd er echter gemiddeld slechts één als een probleem gezien door de patiënt (meestal 'pijn'). Er is dus een grote discrepantie tussen goedbedoelde zorg op basis van deze problemen en de beleving en behoeften van ouderen. Dit sluit aan bij het onderzoek van Daniels dat stelt dat ouderen niet zozeer van hun ziekten of beperkingen af willen, maar oplossingen willen om zinvolle activiteiten te blijven uitvoeren. Hoe wij deze zorg moeten bieden, en hoe en of we dit kunnen labelen als 'verzekerde zorg', zal een uitdaging blijven voor de toekomst.

Sjoerd Hobma

CWO-Weekend 2017

Vrijdag 31 maart en zaterdag 1 april 2017 is het CWO-Weekend in Kontakt der Kontinenten in Soesterberg. De doelgroep bestaat uit huisartsen, huisartsen die betrokken zijn bij nascholing, richtlijnen en wetenschap, aios, aiotho's, onderzoekers en belangstellenden. Het thema 'Van vraag naar opzet. Operationaliseren van onderzoeksvragen' is helemaal toegespitst op de huisartsenpraktijk.

ONDERZOEKSVRAAG MEETBAAR MAKEN

Onder operationaliseren verstaan we het concreet en meetbaar maken van een onderzoeksvraag. Na eerst vast te stellen wat u wilt weten en waarom u dat wilt, komt de volgende stap: het zoeken naar de beste onderzoeksstrategie, het design van het onderzoek. Het doel van dit weekend is ontdekken hoe u het meest passend design kunt ontwerpen om antwoord te vinden op een vraag uit de praktijk, met een voor de dagelijkse praktijk relevante uitkomst. ■

De kosten bedragen € 275,- of € 195,- (aios), inclusief cursusmateriaal en hotelarrangement. U kunt zich aanmelden via: https://www.eventure-online.com/eventure/login/P6c275cd3-a7fe-4a80-b747-ac433648af87 of via www.nhg.org (zoeken op CWO Weekend 2017). Accreditatie is 8,5 uur. Voor meer informatie kunt u terecht bij de secretaris van het CWO (cwo@nhg.org).

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1c
Paulis W. Kinderen met obesitas. Huisarts Wet 2017;60(3):125-7.

2b
Paulis W. Kinderen met obesitas. Huisarts Wet 2017;60(3):125-7.

3a
Paulis W. Kinderen met obesitas. Huisarts Wet 2017;60(3):125-7.

4a
Paulis W. Kinderen met obesitas. Huisarts Wet 2017;60(3):125-7.

5d
Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteen R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Van Avendonk MJP. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts Wet 2010:53(11):609-25.

6b
Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteen R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Van Avendonk MJP. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts Wet 2010:53(11):609-25.

7c
Paulis W. Kinderen met obesitas. Huisarts Wet 2017;60(3):125-7.

8c
Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteen R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Van Avendonk MJP. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts Wet 2010:53(11):609-25.

De vragen van deze kennistoets zijn gemaakt door Henk Folkers, werkzaam bij de Huisartsenopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

Huisarts en Wetenschap
wordt uitgegeven onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).
www.henw.org

Redactie
Ivo Smeele, hoofdredacteur, Lidewij Broekhuizen, Ben Crul, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Victor van der Meer, Bèr Pleumeekers, Nadine Rasenberg, Annet Sollie, Wim Verstappen.

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.
Auteursinformatie: www.henw.org/voorauteurs

Redactiesecretariaat
Henny Helsloot, Judith Mulder, Susan Umans.
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550, fax 030-2823501, redactie@nhg.org

Uitgever: Bohn Stafleu van Loghum,
Postbus 246, 3990 GA Houten

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Tel. 030-2823500, fax 030-2823501

Advertenties
Advertentieverkoop: adverteren@bsl.nl, tel. 030–6383603
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij: traffic@bsl.nl, Roos De Bie, tel. 030-6383874

Abonnementen
H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl of door contact op te nemen met de abonnementenadministratie.
Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 245,00, online-only abonnement (enkel online toegang) € 147,00. Studenten ontvangen 50% korting.

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.
Abonnementenadministratie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten.
Telefoon: 030-6383736. Bij wijziging van de tenaamstelling en/of adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klantenservice of wijzigingen door te geven via het formulier op www.bsl.nl/contact

Voorwaarden
Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing, tevens raadpleegbaar op www.springermedia.nl. De voorwaarden worden op verzoek toegezonden.
Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Springer Media B.V., gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 3210/635, van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden voor tijdschriften zijn in te zien op www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd.
www.bsl.nl

© 2017
ISSN 0018-7070

Consultant

In het ziekenhuis waar ik werkte, lunchten huisartsen en specialisten op vrijdag samen. De huisartsen haalden de specialistenbrieven uit hun postvakjes en overlegden met specialisten over al dan niet te verwijzen patiënten. Een nostalgisch beeld dat we ons nu niet meer kunnen voorstellen gezien onze werkdruk, maar het persoonlijk contact was wel heel effectief.

Nu bel ik de specialist, die vaak net met een patiënt tegenover zich zit, met een medisch-inhoudelijke vraag. Meestal kan de specialist op dat moment niet bij de gegevens van de patiënt en moet hij uit het niets een advies geven. Ik probeer zelf zo weinig mogelijk gestoord te worden door de telefoon tijdens mijn spreekuur, wetende dat patiënten hier een hekel aan hebben. Ik geneer me dan ook om een specialist tijdens zijn spreekuur te bellen.

Op het eerstelijnscongres in januari werd benoemd dat er veel 'best practices' zijn, maar dat het moeilijk is om die landelijk te implementeren. Hoe kunnen we goedlopende initiatieven op een makkelijke manier uitbreiden? Ik pleit ervoor de consultatie van de specialist beter te organiseren. De goede ervaringen met teledermatologie, telecardiologie en telenefrologie kunnen in mijn beleving verbreed worden naar alle niet-spoedeisende zorg.

Ik stuur na overleg met de patiënt via mijn verwijsapplicatie mijn vraag met aanvullende gegevens naar de specialist en geef aan of ik hier over gebeld of teruggemaild wil worden. Hiervoor zijn goede afspraken met de tweede lijn en met zorgverzekeraars nodig en goed uit te voeren ICT-aanpassingen. Ik voorspel veel minder verwijzingen, meer zorg in de buurt en sneller een goede oplossing voor de patiënt. Het Engelse woord voor medisch specialist is consultant. Wat of wie houdt ons tegen?

Rob Dijkstra

Nieuw: Handreiking Weefseldonatie

Als een patiënt thuis overlijdt, is er in veel gevallen weefseldonatie mogelijk. De huisarts start een eventuele donatieprocedure op. Hiermee zorgt hij voor naleving van de wilsbeschikking van de patiënt en helpt mensen die de gedoneerde weefsels nodig hebben.

Stappenplan

Op www.nhg.org/weefseldonatie staat de nieuwe handreiking met alle informatie die nodig is om een weefseldonatieprocedure te starten. De procedure is samengevat in een eenvoudig stappenplan, waardoor u snel een overzicht heeft van de te maken stappen. Daarnaast vindt u informatie over de verschillende weefsels en over de daadwerkelijke donatie zelf. Deze informatie kunt u gebruiken in het gesprek met de familie van uw overleden patiënt.
Op Thuisarts.nl is publieksinformatie over weefseldonatie te vinden: www.thuisarts.nl/donatie/ik-krijg-te-maken-met-weefseldonatie-van-mijn-naaste. Meer weten? De PIN Weefseldonatie behandelt de verschillende facetten rondom weefseldonatie. U vindt deze PIN op nhg.org/winkel.

Project 'Weefseldonatie in de eerste lijn – Ja!'
Het project 'Weefseldonatie in de eerste lijn – Ja!' is een samenwerking van De Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS), InEen en het NHG. Dit project heeft twee doelen: enerzijds het creëren van bewustwording van de mogelijkheden van weefseldonatie in de eerste lijn, anderzijds het bieden van praktische ondersteuning bij het starten van een donatieprocedure bij overlijden. Het eerste deel van de pilot 'Weefseldonatie in de eerste lijn – Ja!' vond plaats in Oost-Brabant en is afgerond. Het tweede deel van de pilot loopt van 1 april tot 1 juli 2017 in de regio Zwolle. In het najaar komen de resultaten van het project beschikbaar.

Uw NHG-Lidmaatschap en contributie 2017

Het NHG zorgt ervoor dat u over de meest actuele huisartsgeneeskundige kennis beschikt om de beste zorg aan uw patiënten te leveren. Dit kunnen wij alleen realiseren met u als lid van onze vereniging.

Controleer uw gegevens en kies voor automatische betaling

We hebben u een e-mail gestuurd met het verzoek om uw gegevens te controleren om eventuele wijzigingen in uw lidmaatschapsgegevens snel en nauwkeurig te kunnen verwerken. Indien u nu kiest voor een automatische betaling van uw contributie, ontvangt u eenmalig € 5,- korting op uw contributie voor 2017. Gemakkelijk en u heeft er geen omkijken meer naar.

Heeft u nog vragen over uw lidmaatschap? Kijk op onze website bij veel gestelde vragen of neem contact op met onze afdeling Klant- en Relatiecontact via info@nhg.org.

&NHG

NHG ondersteunt bij leveren 'goede zorg' volgens wet

In 2016 verving de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) de Kwaliteitswet. Deze wet bevat belangrijke aandachtspunten voor de huisartsenzorg. Het NHG ondersteunt huisartsen niet alleen bij het voldoen aan de wet, maar ook bij andere kwaliteitsaspecten. Want 'goede zorg' en kwaliteit behelzen meer dan wat de wet beschrijft en gaan verder dan waar een patiënt in juridische zin recht op heeft. Wat zijn de in deze wet vastgestelde verwachtingen rondom 'goede zorg'?

Doel Wkkgz

De Wkkgz is bedoeld om de rechten van patiënten te versterken door aan te geven op welke kwaliteit zij recht hebben. Ook biedt de wet mogelijkheden op het moment dat zij niet tevreden zijn over de geboden zorg. De overheid hoopt met de wet te bereiken dat er meer openheid komt over klachten en ongewenste gebeurtenissen, zodat zorgverleners hiervan kunnen leren en de zorg verbetert. Daarnaast geeft de wet algemene kaders voor de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland, dus ook voor de huisartsenzorg.

Professionele verantwoordelijkheid

Eén van de wettelijke bepalingen in de Wkkgz geeft aan dat zorgverleners moeten handelen 'in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, dan wel daarvan goed gemotiveerd af te wijken'. Maar wat is nu eigenlijk een professionele standaard?
De belangrijkste professionele standaarden voor de huisarts zijn de richtlijnen van het NHG: de NHG-Standaarden en NHG-Behandelrichtlijnen. Maar ook multidisciplinaire richtlijnen, zoals de MDR Polyfarmacie bij ouderen en organisatorische richtlijnen, bijvoorbeeld over infectiepreventie in de huisartsenpraktijk, ziet het NHG als professionele standaard voor de huisarts. Alle relevante richtlijnen staan vermeld op de website van het NHG (zie www.nhg.org/richtlijnen-praktijk).
Richtlijnen zijn niet-bindende regels; de huisarts zal alle relevante factoren in de concrete situatie af moeten wegen, wat kan leiden tot beredeneerd afwijken als dat in het belang is van de patiënt. Die beoordeling is onderdeel van de eigen professionele verantwoordelijkheid van de huisarts.

Delegeren medische handelingen

De Wkkgz stelt verder dat de zorgaanbieder de bevoegdheden en verantwoordelijkheden binnen de organisatie mag delegeren, mits dit zodanig zorgvuldig gebeurt dat dit 'redelijkerwijs leidt tot het verlenen van goede zorg'. Dat is mogelijk door medewerkers te faciliteren in het bijbrengen van specifieke kennis en vaardigheden, door heldere procedures af te spreken en deze goed werkbaar te maken.
Vervolgens is het belangrijk regelmatig te checken of de medewerkers bekwaam blijven en de afgesproken procedures juist toepassen. Voor het delegeren van medische handelingen is het nodig dat medewerkers een protocol hanteren of een schriftelijke afspraak volgen. Anders dan de huisarts die van een richtlijn kan afwijken, kan een medewerker die een gedelegeerde medische handeling uitvoert alleen afwijken van het protocol in overleg met en na toestemming van de huisarts (en van de patiënt).
Het NHG biedt een handleiding voor het adequaat delegeren van medische handelingen en heeft tevens diverse voorbeeldprotocollen beschikbaar. Deze documenten kunt u vinden op: www.nhg.org/delegeren.

Systematische bewaking kwaliteit

Om 'goede zorg' te leveren wordt elke huisartsenvoorziening geacht te zorgen voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg via een eigen kwaliteitssysteem. Dit kan onder meer door gegevens over de kwaliteit van relevante onderdelen van de zorg te registreren en te verzamelen en die te vergelijken met gegevens van andere huisartsenvoorzieningen. Om dit proces te ondersteunen heeft het NHG voor alle leden een gratis naslagwerk en diverse hulpdocumenten beschikbaar, onder andere de PraktijkWijzer Kwaliteit & Veiligheid en de Indicatorensets.
In Nederland gebruikt 65% van alle huisartsen NHG-Praktijkaccreditering om te toetsen of zij hun kwaliteitsprocessen op orde hebben.

Herijken van verplichtingen

Huisartsen ervaren toenemende administratieve lasten die niet leiden tot verbeteringen van de patiëntenzorg. Vanuit Het Roer Moet Om is om een evaluatie en vereenvoudiging van de verplichtingen in het kader van kwaliteit van de huisartsenzorg gevraagd. Daarvoor zal het NHG, in nauwe samenwerking met de LHV, dit jaar een helder overzicht geven van de voor alle huisartsen geldende wettelijke eisen, professionele standaarden en relevante normen. Met dit overzicht kan een herijking plaatsvinden die uitgaat van de intrinsieke motivatie van de huisarts om goede kwaliteit van zorg te leveren.

Overheidsinformatie Wkkgz

De belangrijkste informatie over de Wkkgz van de overheid kunt u vinden op:
- www.kwaliteitenklachtenzorg.nl
- www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/vraag-en-antwoord/voorschriften-zorgaanbieders-wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg
- www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/inhoud/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg

Heeft u vragen over dit onderwerp? Neem dan contact met ons op via implementatie@nhg.org.

“Een gezonde leefstijl bevorder je niet alleen in je spreekkamer”

Steeds meer huisartsen ontdekken dat ze patiënten met niet-medische problematiek kunnen doorverwijzen naar partners in de wijk. Het resultaat: beter geholpen patiënten en minder volle wachtruimtes. De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 bevat de ambitie om de samenwerking tussen huisarts, gemeente en GGD te verbeteren. Onderzoek van het NIVEL uit 2014 laat zien dat ‘wijkgerichte preventie’ nog niet voor iedere huisarts vanzelfsprekend is.

Ziekte voorkomen

Preventie wordt steeds belangrijker, omdat een gezondere leefstijl kan helpen om de toename aan chronische aandoeningen af te remmen. Karolien van den Brekel doet als huisarts in Utrecht al enkele jaren ervaring op, in samenwerking met partners in de wijk. “Veel collega-huisartsen denken dat preventie extra werk betekent. Maar ik kan nu gerichter doorverwijzen naar een goed aansluitend aanbod van wijkpartners, zoals buurtsportcoaches, welzijnswerkers, wijkzorg en sociale wijkteams. Daardoor wordt mijn bord als huisarts juist leger. Het kost tijd om in die contacten te investeren, maar dat verdient zich terug.”

Aanschuiven bij vergaderingen

Hoe kom je in contact met partners in de wijk? Aafke Snoeijen, huisarts in Asten, besloot aan te schuiven bij de vergaderingen over het lokale gezondheidsbeleid van de gemeente: “In notime kreeg ik in de gaten wat er speelde in de gemeente en wat alle verschillende organisaties te bieden hebben. Daar gaat wel tijd in zitten”, erkent ze. “Maar doordat ik nu goed weet wat er speelt in de wijk, kan ik mijn patiënten beter doorverwijzen. Een gezonde leefstijl bevorder je niet alleen in je spreekkamer.”

“Doordat ik goed weet wat er speelt in de wijk, kan ik mijn patiënten beter doorverwijzen.”

Nieuw elan

Pim Assendelft, hoogleraar Huisartsgeneeskunde van het Radboudumc, merkt dat preventie begint te leven: “Ik zie nieuw elan.” Als voorbeelden noemt hij de Gezonde Wijkaanpak van onder andere het RIVM en de NHG-Zorgmodules Leefstijl. Zelf werkte hij mee aan de nieuwe landelijke eindtermen op het gebied van preventie voor de huisartsenopleidingen. “Een andere positieve ontwikkeling is dat de sociale kaart voor leefstijlondersteuning steeds duidelijker wordt en dat het aanbod groeit. Sommige huisartsen spelen daarin een actieve rol.” Snoeijen is daar een voorbeeld van. Zij is samen met onder andere een welzijnsorganisatie en enkele fysiotherapeuten een wandelclub begonnen. Eens per maand loopt ze zelf mee. “Het voelt veilig en vertrouwd als er een professional meeloopt. En ik geef het goede voorbeeld.”

“Een belangstellende vraag naar iemands leefstijl kan al van invloed zijn op het gedrag.”

Wijkgericht werken

Assendelft ziet verschillende kansen voor preventie in de huisartsenpraktijk. Zoals wijkgericht werken, waarmee het Radboudumc ervaring heeft opgedaan. “Aan de hand van een wijkscan komen professionals met heel verschillende achtergronden met elkaar in gesprek over de belangrijkste gezondheidsproblemen. Bij dit project hebben we samengewerkt met de gemeente en GGD.” Daarnaast kunnen huisartsen vanuit hun rol veel bereiken. “Zij zijn gezaghebbende adviseurs, vooral ook voor ouderen en mensen met een lage sociaaleconomische status of migratieachtergrond. Een belangstellende vraag naar iemands leefstijl kan al van invloed zijn op het gedrag. Daar is ook steeds meer wetenschappelijk bewijs voor. Daar ligt onze kracht.”

Marcel Uljee

Project ‘Preventie in de Buurt’

RIVM Centrum Gezond Leven en het NHG voeren samen het project Preventie in de Buurt uit, in opdracht van het ministerie van VWS. Karolien van den Brekel is lid van de projectgroep. “In dit project ondersteunen we professionals uit de huisartsenpraktijk en publieke gezondheid bij hun rol in de samenwerking met andere partijen in de wijk. Dit doen we met praktijkvoorbeelden, zodat men kan profiteren van elkaars lessen.” Ook komt er een praktijkhandleiding en een e-learning. In de loop van het jaar worden er in twintig wijken werksessies georganiseerd die een impuls geven aan de samenwerking tussen de eerste lijn en publieke gezondheid. Van den Brekel: “Ik zou zeggen, grijp die kans en meld je aan voor een sessie. Samenwerken is ook gewoon leuk om te doen.”

Meer weten over Preventie in de Buurt of een werksessie? Mail Ton Drenthen van het NHG: t.drenthen@nhg.org. Of kijk op www.nhg.org/preventieindebuurt.
U kunt zich ook aanmelden bij de groep ‘Gezonde leefstijl in de wijk’ op HAweb.nl. Daar blijft u op de hoogte van de ontwikkelingen en kunt u meediscussiëren.

Interview met huisarts Marcel Knijnenburg

Verbeterde samenwerking door virtueel overleg

Multidisciplinaire samenwerking vindt steeds vaker via online kanalen plaats. Marcel Knijnenburg, huisarts en bestuurder van de Zorggroep Gelders Rivierenland, is een enthousiaste ICT'er en werkt zo veel mogelijk digitaal samen met zijn praktijkmedewerkers en ketenpartners: "We hebben met veel verschillende organisaties en zorgverleners te maken. Door het virtuele overleg proberen we alle betrokkenen bij elkaar te krijgen."

Hoe past u digitale samenwerking in uw praktijk toe?
"Rondom de chronische zorg voor bijvoorbeeld diabetes, cardiovasculair risicomanagement en COPD hebben we een keteninformatiesysteem (KIS). Praktijkondersteuner (poh) en huisartsen werken in hetzelfde dossier samen met andere zorgverleners, zoals diëtisten en podotherapeuten. In principe kan de patiënt daar ook in kijken en vragen stellen aan de praktijkondersteuner. In de praktijk doen jammer genoeg maar weinig patiënten dat. Het lijkt er op dat bijvoorbeeld WhatsApp een toegankelijker communicatiemiddel is voor de patiënt dan het digitaal logboek van onze KIS."

U zet KIS ook in bij de zorg voor oudere patiënten?
"In onze eigen praktijk, maar ook in de regio Rivierenland, organiseren we de zorg voor kwetsbare ouderen rondom de patiënt. Ik ben een van de trekkers van het ouderenzorgproject in de regio. De sleutelfiguren zijn de huisarts met zijn praktijkondersteuner, de wijkverpleegkundige van de patiënt en iemand van Welzijn. Daarnaast hebben de apotheker voor het farmacotherapeutische overleg en eventueel een specialist ouderengeneeskunde een rol in het systeem. De praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige doet het geriatrisch assessment. Dat wordt in de computer ingevoerd en geplaatst in het KIS. Vervolgens hebben we met elkaar een multidisciplinair overleg, waarin alle zorgpartners aanwezig zijn. In het systeem wordt gezamenlijk een individueel zorgplan opgesteld. Daarbinnen krijgen alle zorgverleners hun eigen taken en doelstellingen. Ook de consulten, bijvoorbeeld door een specialist ouderengeneeskunde, doen we via dit systeem. Laatst liet een wijkverpleegkundige weten dat de situatie rondom een patiënt steeds moeilijker werd. Ook al was er niet direct een vraag aan ons, het is goed dat dit signaal centraal gedeeld kan worden."

Welke andere patiënten in uw praktijk hebben baat bij zo'n instrument?
"Voor de geestelijke gezondheidszorg was er niet echt een systeem. We vonden dat het HIS niet zo goed paste bij de werkwijze van de poh's-ggz. We hebben in de regio een ander KIS voor de poh's-ggz, omdat dit systeem het KOP-model waarmee onze poh's werken beter ondersteunt. Dat systeem kunnen we nu ook inzetten om een psychiater of psycholoog te consulteren. Dat is hetzelfde idee als wat we met de keten doen."

Heeft u nog wensen met betrekking tot samenwerking?
"Binnen de ouderenzorg willen we gemakkelijker rondom een patiënt een team samenstellen en de zorgverleners een uitnodiging sturen om fysiek of virtueel aanwezig te zijn bij het multidisciplinair overleg, zodat we gezamenlijk tot een plan kunnen komen. De KIS-leverancier is dat aan het bouwen. We zijn daarmee proeven aan het doen. Op lange termijn hoop ik dat we effectiever kunnen overleggen en afspraken kunnen maken, bijvoorbeeld via videoconferencing."

Daniël Dresden

NHG-visiedocument De virtuele overlegtafel bij multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn
Het NHG pleit voor een betere ICT-ondersteuning bij multidisciplinaire samenwerking en publiceerde in dat kader onlangs het visiedocument 'de virtuele overlegtafel'. Verschillende huisartsen in diverse regio's startten de afgelopen jaren een online samenwerking met bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen. Het visiedocument bestaat uit een bundeling van alle kennis en ervaring van die pilotprojecten.
In het document staat beschreven welke functies in een virtuele overlegtafel ondersteunend zijn bij het multidisciplinair samenwerken, om samen goede zorg te leveren over verschillende organisaties heen en relevante informatiedeling tot stand te brengen. De virtuele overlegtafel is geen statisch gegeven, maar een instrument dat ingezet en vormgegeven kan worden naar de wensen van de zorgverleners binnen dit samenwerkingsplatform.
Het doel van het visiedocument is om richting te geven aan huisartsen die al experimenteren met digitale samenwerking en dient als een leidraad én discussiestuk voor degenen die hiermee willen starten. Het NHG roept het veld dan ook op over dit onderwerp na te denken en mee te discussiëren, bijvoorbeeld in de HAwebgroep Patiënt, huisarts en ict.

Het visiedocument vindt u op nhg.org. Met vragen kunt u terecht bij Khing Njoo, k.njoo@nhg.org.

Colofon

Redactie NHG-nieuws
Yvonne Buitenhuis, voorzitter
Annet Janssen
Ellen Olbers, eindredacteur
Simone Sinjorgo
Linda Tolsma
Susan Umans, eindredactie

Contact
Ellen Olbers
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon 030 - 2823500
E-mail: e.olbers@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