JAARGANG 59 / MAART 2016

H&W

3

Huisarts en Wetenschap

2016

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

ONDERZOEK

De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief

ONDERZOEK

Diclofenac versus paracetamol bij kniepijn

NHG-STANDAARD

Virushepatitis en andere leveraandoeningen

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP nhg

3

WETENSCHAP

94 ONDERZOEK De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief
Willemijn Schäfer, Michael van den Berg, Peter Groenewegen

102 Diclofenac versus paracetamol bij kniepijn
Saskia Verkleij, Pim Luijsterburg, Sten Willemsen, et al.

105 BESCHOUWING De geheimen van het lumbosacraal radiculair syndroom
Annemieke Verwoerd

108 NHG-STANDAARD
Virushepatitis en andere leveraandoeningen (derde herziening)
NHG-Werkgroep Virushepatitis en andere leveraandoeningen

KLINISCHE PRAKTIJK

120 HUISARTSENZORG IN CIJFERS Huisarts ziet weinig patiënten na gezondheidstests
Sabine de Hoon, Robert Verheij

121 (VER)STAND VAN ZAKEN Optimale behandelsetting via EPD
Maaike Ronda

122 CASUÏSTIEK Decidual cast
Jouke Hanje

126 KLINISCHE LES Suïcide onder adolescenten
Rolieke Cents, Anne Marije Los, Patrick Bindels

138 SPREEKUUR Het kind met (te) laag gewicht
Marijke Kool

139 Blaasretentie
Roelf Norg

140 CATS Effectiviteit van lasertherapie bij onychomycose
Ruud Verhees

141 PEARLS Methylfenidaat helpt bij ADHD, maar hoe goed?
Floris van de Laar

91 JOURNAAL
123 BOEKEN
124 SIGNAAL
131 KENNISTOETS
132 GESCHIEDENIS HUISARTSGENEESKUNDE
136, 142 INGEZONDEN
144 COLOFON H&W

9 HET NHG

Te druk om tv te kijken

Een paar weken geleden had ik een heuse bekende Nederlander (BN'er) op mijn spreekuur. Dat wil zeggen, ik had hem niet herkend als BN'er en ook niet als zodanig behandeld. Nu vind ik eigenlijk dat BN'ers net zo behandeld moeten worden als ieder ander, dus tot zover geen vuiltje aan de lucht. Maar aan het eind van het consult, toen ik de BN'er nog steeds niet had herkend ondanks subtiele signalen van zijn kant - "ik heb last van mijn arm wanneer ik mijn microfoon omhoog moet houden bij tv-interviews" - kreeg ik te horen: "dokter Sollie, u leeft onder een steen!". Terecht of niet, ik voelde me wél aangesproken, en hoorde mezelf terug mompelen: "moet je zien hoe druk wij huisartsen zijn, niet eens tijd om tv te kijken!".

Werkbelasting Nederlandse huisarts

Maar hoe druk zijn we nou eigenlijk? In dit nummer van H&W schrijft Willemijn Schäfer, onderzoekster bij het NIVEL, over de werkbelasting van huisartsen in 33 landen. Natuurlijk kun je kanttekeningen bij dit onderzoek plaatsen, zoals het feit dat er niet echt gemeten is maar dat het gaat om zelfgerapporteerde werkbelasting. Ook is het lastig om landen zuiver met elkaar te vergelijken door verschil in organisatie van de huisartsenzorg. Desondanks geeft dit onderzoek wel boeiende resultaten. Wat blijkt namelijk? Nederlandse huisartsen hebben inderdaad te maken met een hoge werkbelasting. Nederland heeft de grootste gemiddelde praktijkpopulatie per huisarts, een relatief korte consultduur, een gemiddeld aantal spreekuurcontacten en een hoog aantal huisvisites. In vergelijking met andere landen draait de Nederlandse huisarts veel werkuren per week en is hij relatief meer tijd kwijt aan andere werkzaamheden dan aan directe patiëntenzorg. Als ik naar de situatie in andere landen kijk, lijken bijvoorbeeld onze noorderburen (Scandinavische landen) het qua werkbelasting beter voor elkaar te hebben.

Groeiende en veranderende zorgvraag

Maar heeft de huisarts van nu het ook drukker dan de huisarts van vroeger? Lees hierover in het stuk van Esther van Osselen uit onze serie *Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde*. Het is boeiend om te lezen hoe de zorgvraag in de afgelopen 100 jaar is toegenomen en veranderd. En ook hoe de rol van huisarts is mee veranderd. Van gezaghoudende figuur met een voornamelijk medische insteek - "als hij met zijn zware gestalte in een lichte geur van ontsmettingsmiddelen ons huis binnenkwam, ging alleen daarvan al een geruststellende werking uit" - tot moderne, wetenschappelijk geschoolde, parttime werkende arts. Met in mijn geval zelfs geen tijd meer om BN'ers op tv te bekijken... ■

Annet Sollie

Gevolgen van tuchtraaduitspraak voor de arts

Een tuchtrechtelijke procedure heeft voor een arts veel impact op het persoonlijk functioneren en het functioneren als professional, zeker als er geen vrijspraak volgt. Artsen die een tuchtklacht aan hun broek krijgen kunnen gevoelens van boosheid, schuld en depressie ervaren. Onderzoekers vroegen zich af of de maatregelen een optimale rehabilitatie van de arts niet in de weg staan. Ze roepen op om emotionele ondersteuning te organiseren tijdens het proces en na de uitspraak.

De onderzoekers waren vooral benieuwd welke gevolgen het proces en de maatregelen van de tuchtrechter op de professional hadden. Via een semigestructureerd interview werden 16 zorgprofessionals bevraagd, onder wie 3 huisartsen en 9 specialisten, die in een tuchtraadzaak waren veroordeeld met een maatregel.

De betrokken professionals beschreven gevoelens van onzekerheid, zowel in de aanloop naar de tuchtraadprocedure, tijdens de procedure en in de nasleep ervan. Die onzekerheid leidde vooral tot angst voor een nieuwe klacht en maakte dat ze voorzichtiger en defensiever werkten na de opgelegde maatregel. De openbare online publicatie van de maatregel, berichtgeving in de media, de angst om als schuldige te boek te staan – ook voordat de tuchtrechter een uitspraak had gedaan – en de lange duur van de hele procedure waren factoren die de impact vergrootten.

Het onderzoek maakt duidelijk dat een tuchtraadprocedure veel impact op de professional heeft, zeker als de uitspraak een maatregel behelst. We moeten als professionals accepteren dat er in het kader van kwaliteitsbewaking en -borging tuchtrechtspraak bestaat, maar het blijft een voor de professional beladen aangelegenheid. Emotionele ondersteuning tijdens het proces en na de uitspraak is op zijn plaats. In Engeland is er een organisatie, de *National Clinical Assessment Service*, die onder andere tot taak heeft om professionals te ondersteunen en begeleiden bij tuchtraadprocedures. Het wordt tijd dat de KNMG, LHV of het NHG ook een dergelijke organisatie in het leven roept. ■

Wim Verstappen

Verhoef LM, et al. The disciplined healthcare professional: a qualitative interview study on the impact of the disciplinary process and imposed measures in the Netherlands. BMJ Open 2015;5:e009275.

Heuppijn niet gerelateerd aan afwijkingen op foto

Pijn in de heupregio komt vaak voor bij ouderen. Heupartrose is hier een belangrijke oorzaak van. Maar het was nog onduidelijk of pijn in de heupregio inderdaad gerelateerd is aan heupartrose op een röntgenfoto. Nieuw onderzoek laat zien dat heuppijn lang niet altijd gerelateerd is aan heupartrose op de röntgenfoto.

Amerikaanse onderzoekers maakten gebruik van twee bestaande populatiecohorten van in totaal 5200 mensen van 50 jaar en ouder. Alle deelnemers vulden een vragenlijst in over heupklachten en werden lichamelijk onderzocht. Ook werd er een röntgenfoto van beide heupen gemaakt die door een radioloog werd beoordeeld op aanwezigheid van heupartrose. Pijn in de lies en pijn bij endorotatie werden beschouwd als mogelijk passend bij heupartrose en gerelateerd aan radiologische afwijkingen.

Patiënten met radiologische heupartrose hadden maar in gemiddeld 20% van de gevallen pijn in de lies of pijn bij endorotatie. Van patiënten met pijn in de lies had gemiddeld maar 5% daadwerkelijk radiologische heupartrose.

Dit onderzoek maakt duidelijk dat de meeste patiënten met een klinische verdenking op heupartrose geen afwijkingen hebben op een röntgenfoto van het heupgewricht. De auteurs bevelen in deze gevallen aan om toch te behandelen als heupartrose, omdat een röntgenfoto slechts voor een deel bijdraagt aan de diagnostiek. In de eerste lijn heeft bij een klinische verdenking op heupartrose een röntgenfoto dus weinig toegevoegde waarde. ■

Tobias Bonten

Kim C, et al. Association of hip pain with radiographic evidence of hip osteoarthritis: diagnostic test study. BMJ 2015;351:h5983.

Voorspellen van meniscusletsel

Een mogelijk meniscusletsel is vaak reden voor verwijzing. Maar hoe goed is dat te voorspellen? Bij patiënten met verdenking op meniscusletsel zijn vooral mannelijk geslacht, leeftijd, belasting tijdens trauma, hydrops en verkleuring gerelateerd aan een meniscusletsel. Als beslisregel is de combinatie van deze kenmerken onvoldoende om een meniscusletsel goed aan te tonen of uit te sluiten.

Bij verdenking op meniscusletsel is verwijzen naar de orthopeed of voor MRI vaak de enige manier om meer zekerheid te krijgen. Betere voorspelling van meniscusscheuren zou kunnen helpen om doelmatiger te verwijzen. Bij 117 patiënten bij wie hun huisarts een meniscusscheur vermoedde en die korter dan zes maanden knieklachten hadden, evalueerden Amsterdamse onderzoekers de diagnostische waarde van anamnese en lichamelijke onderzoek.

Alle deelnemers ondergingen een MRI als gouden standaard; 51 hadden een meniscusscheur (44%). Het bleek dat mannelijk geslacht, hogere leeftijd, belasting tijdens trauma, actief sporten, hydrops, warm aanvoelen en verkleuring van de knieën en een positieve squat-test (klachten opwekken door diep door de knieën te buigen) gerelateerd waren aan een meniscusletsel op de MRI. Opvallend was dat 'slotklachten' niet voorspellend waren. De kans op een meniscusscheur nam toe naarmate meer kenmerken aanwezig waren. In een model gecombineerd toonden deze kenmerken een 'c-statistic' van 76% (95%-BI 72 tot 80) wat neerkomt op redelijke discriminatie. Als alle kenmerken aanwezig waren (wat zeer zelden voorkomt) was de kans op meniscusletsel 80% en als ze allemaal afwezig waren toch nog 10%. Omgezet in een puntenscore en met een door de auteurs gekozen afkappunt van 150 punten was de positief voorspellende waarde 55% en de negatief voorspellende waarde 81%.

Mogelijk was de diagnostische waarde anders geweest als arthroscopie de gouden standaard was geweest. De auteurs suggereren dat het model kan helpen bij selectie voor verwijzen na verdere evaluatie bij nieuwe patiënten. Nu lijkt het nut nog beperkt want met grote zekerheid uitsluiten of aantonen lukt niet en het is bekend dat diagnostische modellen zelden worden toegepast in de dagelijkse praktijk. ■

Lidewij Broekhuizen

Snoeker BA, et al. A clinical prediction rule for meniscal tears in primary care: development and internal validation using a multicentre study. Br J Gen Pract 2015;65:e523-9.

Waarom komen patiënten met niet-urgente klachten naar de huisartsenpost?

Bijna de helft van de mensen die de huisartsenpost bezoekt of belt met medisch niet-urgente klachten doet dit omdat zij bezorgd zijn. Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de eigen huisarts op reguliere tijden speelt slechts voor enkelen van hen een rol. Vergeleken met patiënten met klachten waarvoor medisch ingrijpen noodzakelijk is, zijn zij vaker jonger (25-44 jaar), vaker frequente bezoekers en komen ze voor een probleem dat al enkele dagen bestaat.

Sinds de start van de huisartsenposten in 2000 is het aantal contacten gegroeid tot maar liefst 4 miljoen in 2013. Uit eerdere onderzoeken is bekend dat een deel van deze groei wordt veroorzaakt door contacten die medisch niet noodzakelijk zijn. Deze contacten leiden tot een hoge werkbelasting en minder werkplezier bij het personeel op de post. Keizer et al. stuurden tussen 2009 en 2012 een vragenlijst aan een steekproef van 2000 patiënten van 4 huisartsenposten verspreid over Nederland waarbij de triagist een urgentieklasse 4 of 5 had toegekend (niet-urgent). Het doel van het onderzoek was om uit te zoeken of contacten voor medisch niet-noodzakelijke klachten op de post worden veroorzaakt door overtuigingen bij patiënten of door tekortkomingen in het gezondheidszorgsysteem.

Ongeveer eenderde van de patiënten stuurde de lijst terug (n = 646). Twee huisartsen beoordeelden op basis van de ingestuurde vragenlijsten onafhankelijk van elkaar of het contact wel of niet noodzakelijk was. Over 24% van de casussen waren zij het niet eens en zij discussieerden hierover tot ze consensus bereikten. Uiteindelijk beoordeelden zij 30,4% van de onderzochte casussen als medisch niet-noodzakelijk.

De auteurs adviseren om patiënten duidelijk te maken dat de huisartsenposten bestaan voor urgente medische problemen die niet tot de volgende dag kunnen wachten. Het is de vraag of dit echt zoden aan de dijk zet, aangezien de meeste mensen contact opnemen vanuit bezorgdheid. Is het inschatten of een klacht wel of niet medisch handelen vereist niet juist onderdeel van ons huisartsenvak?

Een kanttekening bij dit onderzoek is de betrouwbaarheid van de resultaten, vanwege het relatief lage percentage geretourneerde vragenlijsten (32,3%). ■

Annet Sollie

Keizer E, et al. Contacts with out-of-hours primary care for nonurgent problems: patients' beliefs or deficiencies in healthcare? BMC Fam Pract 2015;16:157.

Medische publicaties toenemend overdreven

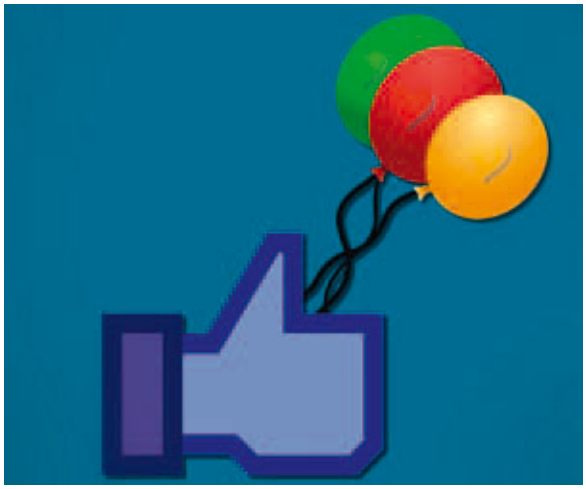
Publiceren is voor onderzoekers noodzakelijk voor hun carrière. De permanente publicatiedwang leidt gemakkelijk tot ongewenste bijwerkingen. In een bijdrage aan het kerstnummer van de British Medical Journal berichten enkele Nederlandse onderzoekers over een opmerkelijke toename in het gebruik van positieve en negatieve woorden in samenvattingen van wetenschappelijke artikelen in Pubmed.

Ze kozen 25 positieve woorden zoals 'creatief', 'bemoedigend', 'enorm' en 'veelbelovend' en 25 negatieve woorden zoals 'teleurstellend', 'onmogelijk', 'inadequaat' en 'onvoldoende' en normaliseerden hun frequentie van voorkomen op basis van het totaal aantal abstracts. Daarna werd gekeken in hoeverre het bezigen van dit soort woorden in de loop der tijd veranderde.

De frequentie van positieve woorden in de periode 1974-1980 bedroeg slechts 2%. In 2014 was hun frequentie opgelopen naar 17,5%. Er was dus een relatieve gebruiksstijging van 880%. Al de 25 gekozen woorden droegen bij aan toename, in het bijzonder de woorden 'robuust', 'nieuw', 'innovatief' en 'zonder precedent', waarvan de relatieve frequentie met wel 15.000% toenam.

De frequentie van negatieve woorden nam in genoemde periode eveneens toe van 1,3 naar 3,2%, een relatieve toename van 257%.

In hun beschouwing achten de auteurs het mogelijk dat wetenschappers in de loop der tijd een optimistischere schrijfwijze hebben ontwikkeld. Aannemelijker is echter dat wetenschappers hun resultaten en de implicaties daarvan zijn gaan overdrijven om de kans op publicatie groter te maken. Het veelvuldig gebruik van positieve bewoordingen is waarschijnlijk gerelateerd aan de *positive outcome bias*, die momenteel aanwezig is in de wetenschappelijke literatuur. De onderzoekers bepleiten een nieuwe academische cultuur, waarin kwaliteit meer beloond



wordt dan kwantiteit en onderzoekers gestimuleerd worden genuanceerd en objectief te blijven. We blijven immers behoefte houden aan briljante, unieke, innovatieve, creatieve en excellente wetenschappers. ■

Tjerk Wiersma

Vinkers CH, et al. Use of positive and negative words in scientific Pubmed abstracts between 1974 en 2014: retrospective analysis. BMJ 2015;351:h6467.

Wondkweek helpt niet bij chronische wond

Chronische wonden laten vaak tekenen van infectie zien en het is verleidelijk om een wondkweek te laten maken. Het voegt echter niets toe aan de klinische inschatting of de behandelindicatie voor antibiotica.

De betekenis van bacteriën in een chronische wond is onduidelijk. Een wondkweek kan duidelijkheid verschaffen door de soort en de dichtheid van de aanwezige bacteriën te meten. Deze hypothese werd getoetst bij volwassenen die naar een wondkliniek in Venray waren verwezen in verband met een chronische wond (> drie weken). Zij ondergingen anamnese, lichamelijk onderzoek en een wondkweek. Bij elke wond noteerden de beoordelaars of zij de wond geïnfecteerd vonden, of niet.

Er waren 211 wonden bij 192 volwassenen (gemiddelde leeftijd 74 (SD 14), 48% vrouw, 29% diabetes). Het betrof vooral onderbeensulcera, drukulcera en post-traumatische wonden. Meer dan 78% van de wonden bevond zich op het onderbeen of op de voet. Van alle wonden vonden de beoordelaars 50% geïnfecteerd, terwijl 83% van de wonden een positieve kweekuitslag had. Er was geen relatie tussen de klinische beoordeling en de uitslag van de wondkweek. De meest voorkomende aangetoonde bacterie was *S. aureus*. Wat betreft de anamnese waren er geen symptomen die gerelateerd waren aan een positieve wondkweek met *S. aureus*. Bij mensen met diabetes of perifeer vaatlijden waren de resultaten vergelijkbaar.

Een mogelijke verklaring is dat positieve kweken niet alleen wezen op geïnfecteerde wonden maar vooral op de aanwezigheid van een biofilm: een laagje bacteriën en schimmels in een zelf geproduceerd slijmlaagje. Concluderend helpt een wondkweek dus meestal niet bij de beoordeling van een chronische wond. In elke gecompliceerde wond vindt nu eenmaal kolonisatie plaats en voor de genezing is verbeteren van het wondmilieu, waaronder optimaliseren van de doorbloeding en zo nodig debridement, veel belangrijker dan antibiotica. ■

Lidewij Broekhuizen

Rondas AA, et al. Is a wound swab for microbiological analysis supportive in the clinical assessment of infection of a chronic wound? Future Microbiol 2015;10:1815-24.

De berichten, commentaren en reacties in het Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn van harte welkom (redactie@nhg.org). Er verschijnen driemaal per week nieuwe journaalberichten op www.henw.org.

Willemijn Schäfer, Michael van den Berg, Peter Groenewegen

De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief

Samenvatting

Schäfer WLA, van den Berg MJ, Groenewegen PP. De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief. Huisarts Wet 2016;59(3):94-101.

ACHTERGROND Het is bekend dat het aantal ingeschreven patiënten in Nederlandse huisartsenpraktijken relatief groot is in vergelijking met andere landen. Bovendien is de centrale rol van de Nederlandse huisarts als poortwachter tot de gezondheidszorg de laatste jaren alleen maar versterkt. Het ligt voor de hand dat deze rol, het takenpakket en de praktijkorganisatie hun weerslag hebben op de werkbelasting. Wij onderzochten hoe de werkbelasting van Nederlandse huisartsen zich momenteel verhoudt tot de werkbelasting van huisartsen in 33 andere landen.

METHODE In 34 landen, te weten de 28 EU-landen minus Frankrijk en Kroatië, met daarnaast IJsland, Noorwegen, de Republiek Macedonië, Turkije en Zwitserland plus Australië, Canada en Nieuw-Zeeland, vulden in totaal 7183 huisartsen een vragenlijst in. Per land waren er rond de 220 respondenten, in 4 kleine landen circa 75. De gegevensverzameling vond plaats tussen oktober 2011 en december 2013.

RESULTATEN Van de Europese landen met een inschrijving van patiënten op naam heeft Nederland nog steeds de grootste huisartsenpraktijken. Nederlandse huisartsen maken het hoogste aantal uren per huisarts in vergelijking met andere landen – alleen in Zwitsersland, Duitsland en België is de werkweek langer. Nederlandse huisartsen besteden ongeveer evenveel uren aan directe patiëntenzorg als hun buitenlandse collega's, maar zijn meer tijd kwijt aan andere werkzaamheden en de gemiddelde consultduur is relatief kort. Opvallend is verder dat het aantal huisvisites in Nederland hoog is en dat bijna alle Nederlandse huisartsen diensten draaien. De arbeidstevredenheid van Nederlandse huisartsen is bovengemiddeld, vooral doordat ze relatief weinig stress ervaren op het werk, maar over de administratieve rompslomp zijn ze minder tevreden.

CONCLUSIE Nederlandse huisartsen hebben een tamelijk hoge werklast in vergelijking met huisartsen in andere landen. Naar verwachting spelen de praktijkorganisatie en de breedte van het takenpakket hierin een rol. Verder is het belangrijk uit te zoeken welke invloed de werklast heeft op de kwaliteit van de zorg die de patiënt ervaart.

INLEIDING

In ieder land is de gezondheidszorg anders georganiseerd. Er zijn dan ook per land grote verschillen in positie en takenpakket van de huisarts en, in samenhang daarmee, in werklast en arbeidstevredenheid. In Nederland hebben huisartsen een relatief veelomvattende rol als poortwachter van de tweede lijn en dat heeft zijn weerslag op het takenpakket, de praktijkorganisatie en vervolgens ook de werklast.[1-x5] De werklast, in de zin van het aantal activiteiten dat uitgevoerd wordt en de tijd die daarmee gemoeid is,[7] heeft directe en indirecte consequenties voor de kwaliteit van de zorg die de huisarts verleent. Een hoge werkdruk kan rechtstreeks consequenties hebben voor de zorg, een ervaren disbalans tussen werk en beloning kan de arbeidstevredenheid doen afnemen en daarmee ook de kwaliteit van zorg zoals de patiënt die ervaart. Nederlands onderzoek heeft laten zien dat patiënten de zorg niet alleen als beter ervoeren wanneer huisartsen meer tijd namen voor de patiënt en meer aanwezig waren in de praktijk, maar ook naarmate de huisarts een hogere arbeidstevredenheid had.[6]

Nederlandse huisartsenpraktijken vangen, vanwege hun poortwachtersrol, veel gezondheidsproblemen op en hebben dan ook veel ingeschreven patiënten in vergelijking met andere landen.[8-10] Al in 1993 hadden Nederlandse huisartsen, getuige een Europees onderzoek, relatief veel ingeschreven patiënten en een breed takenpakket in vergelijking met andere landen. Toch hadden zij niet het hoogste aantal consulten per dag of werkuren per week.[1,11] Sinds 1993 heeft de gezondheidszorg in Nederland een metamorfose ondergaan die huisartsen niet ongemoeid heeft gelaten. Zo zijn zij minder visites gaan afleggen, zijn er praktijkondersteuners gekomen en hebben de huisartsenposten een opmars gemaakt.[12-14] Maar ook in andere landen is er veel veranderd.

Wij onderzochten hoe de werklast van Nederlandse huisartsen zich momenteel verhoudt tot de werklast van huis-

Wat is bekend?

- Nederlandse huisartsen hadden in de jaren negentig vergeleken met andere landen veel patiënten en een lange werkweek.
- Sindsdien zijn er veranderingen gekomen in het takenpakket, de praktijkondersteuning en de dienstenstructuur, die die werklast beïnvloed hebben.

Wat is nieuw?

- Nog steeds maken Nederlandse huisartsen veel uren en zijn de praktijkpopulaties groot.
- De consulten van Nederlandse huisartsen zijn relatief kort.
- Nederlandse huisartsen leggen veel huisvisites af en doen bijna allemaal avond-, nacht- en weekenddiensten.
- Vergeleken met andere landen besteden Nederlandse huisartsen veel tijd aan andere activiteiten dan directe patiëntenzorg.
- Nederlandse huisartsen zijn tevreden met hun werk, maar niet over de administratieve rompslomp.

NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: W.L.A. Schäfer, onderzoeker; prof.dr. P.P. Groenewegen, senior onderzoeker (tevens bijzonder hoogleraar Sociale Geografie, Universiteit van Utrecht). RIVM, Bilthoven: dr. M.J. van den Berg: onderzoeker (tevens afdeling Sociale Geneeskunde, AMC, Amsterdam) • Correspondentie: w.schafer@nivel.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de dataverzameling is mede gefinancierd door de Europese Commissie binnen het Zevende Kaderprogramma (grant nummer 242141). De analyse van de data over werkbelasting is gefinancierd door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Het NIVEL is een onafhankelijk instituut dat statutair verplicht is tot openbare publicatie.

artsen in andere landen. Daarbij keken we naar de objectieve werklast, maar ook naar de arbeidstevredenheid als subjectief aspect daarvan. Dit onderzoek maakt deel uit van een groter onderzoek waarin gekeken wordt naar de relatie tussen de structuur van de gezondheidszorg, de positie van de huisarts en de werklast in verschillende landen, en waarin wordt geanalyseerd wat de gevolgen zijn voor de kwaliteit van zorg zoals ervaren door de patiënten.

METHODE

Dataverzameling

Recent onderzoek in 34 landen maakt het mogelijk de situatie van Nederlandse huisartsen opnieuw in internationaal perspectief te plaatsen.[15,16] Het onderzoek omvat de 28 EU-landen minus Frankrijk en Kroatië, en daarnaast IJsland, Noorwegen, de Republiek Macedonië, Turkije en Zwitserland, plus drie niet-Europese landen die vergelijkbare zorgsystemen hebben, te weten Australië, Canada en Nieuw-Zeeland.

In elk land nodigden wij een aselecte steekproef van huisartsen uit een anonieme vragenlijst in te vullen, op papier of elektronisch. In landen waar geen nationale registers beschikbaar waren, zochten we alternatieven die zo dicht mogelijk bij een aselecte steekproef kwamen. Er werd maximaal één huisarts per praktijk geïncludeerd. De steekproeven zijn voor wat betreft leeftijd en geslacht representatief voor de huisartsenpopulatie in elk land. De vragenlijst is gebaseerd op eerder gevalideerde vragenlijsten. Details over de onderzoeksopzet en de ontwikkeling van de vragenlijst zijn elders gepubliceerd.[15,16]

De gegevensverzameling vond plaats tussen oktober 2011 en december 2013. De vragenlijst is ingevuld door 7183 huisartsen. De respons was gemiddeld 38%, variërend van minder dan 10% in bijvoorbeeld Oostenrijk en Zweden tot meer dan 70% in Griekenland en Spanje. In Nederland was de respons 17%. In absolute termen lag het aantal respondenten in de meeste landen rond de 220; in Cyprus, IJsland en Malta rond de 75. In Nederland vulden 238 huisartsen de vragenlijst in, dat is ongeveer 3% van de zelfstandig gevestigde huisartsen.[17] Van hen was 95% praktijkhouder en 5% in dienst bij een gezondheidscentrum.

Ethische toetsing vond plaats in overeenstemming met de wettelijke vereisten in elk land.

Werklast

Wij vroegen de huisartsen naar de volgende feitelijke gegevens over de werklast:

- werkuren per week (zonder avond-, nacht- en weekenddiensten);
- tijd besteed aan patiëntenzorg als percentage van het totaal aantal werkuren;
- aantal spreekkamer-, telefonische en e-mailconsulten op een reguliere werkdag;
- aantal visites per week;
- aantal diensturen per week;
- gemiddelde consultduur;
- praktijkomvang (niet zozeer een maat voor werklast, maar wel een beïnvloedende factor).[18]

Arbeidstevredenheid

De arbeidstevredenheid is gemeten aan de hand van zes items:

1. Ik vind sommige delen van mijn werk niet echt zinvol;
2. Ik vind mijn werk nog net zo interessant als vroeger;
3. Ik moet in mijn werk veel te veel tijd besteden aan overbodige administratieve rompslomp;
4. Mijn huidige werk geeft me te veel stress;
5. Huisarts zijn is een gerespecteerde baan;
6. In mijn werk zijn inspanning en beloning in goed evenwicht.

De respondent kon aan ieder item een schaalscore toekennen van 1 (sterk mee oneens) tot 4 (sterk mee eens).

Analyse

Per land hebben wij het aantal contacten en visites berekend met behulp van multilevel poissonregressies. De scores voor de overige variabelen berekenden we met multilevel lineaire regressies. Deze methode houdt rekening met verschillen in steekproefgrootte tussen de landen en met individuele verschillen in de antwoorden.[19] Bij de berekening van het aantal consulten, visites en diensturen is gecorrigeerd voor het aan-

Abstract

Schäfer WLA, van den Berg MJ, Groenewegen PP. Workload of Dutch general practitioners from an international perspective. Huisarts Wet 2016;59(3):94-101.

BACKGROUND Relatively more patients are listed with a GP in the Netherlands than in other countries. Moreover, the central role of GPs as gatekeeper to health care has been given more emphasis in recent years. This, together with the tasks, duties, and organization of practices, is probably reflected in the workload of GPs. We investigated the workload of Dutch GPs relative to that of GPs working in 33 countries.

METHOD In total, 7183 GPs in 34 countries, namely the 28 EU counties (excepting France and Croatia), Iceland, Norway, the Republic of Macedonia, Turkey, Switzerland, Australia, Canada, and New Zealand, completed a questionnaire. There were roughly 220 respondents per country, with about 75 in the four smaller countries. Data collection occurred between October 2011 and December 2013.

RESULTS Of the European countries in which patients are listed by name, the Netherlands has the largest number per GP. Moreover, Dutch GPs work relatively more hours than GPs in most other countries, with the exception of GPs working in Switzerland, Germany, and Belgium, who have a longer workweek. While Dutch GPs spend roughly the same number of hours on direct patient care as their foreign colleagues, they spend more time on other duties and the mean consultation time is relatively short. The number of home visits is relatively high in the Netherlands and nearly all Dutch GPs provide out-of-hours services. Satisfaction with work is higher than average among Dutch GPs, possibly because they experience little stress at work, although they are less satisfied about the time spent on administrative activities.

CONCLUSION Dutch GPs have a high workload compared with GPs in other countries, possibly as a result of the way practices are organized and the broad range of duties they have. It is important to investigate whether the workload influences the quality of care experienced by the patient.

Tabel 1 Aantal gewerkte uren per week van huisartsen in 34 landen

Land	Werkuren per week*		Directe patiëntenzorg†			Avond-, nacht- en weekeinddiensten		
	uren	95%-BI	uren	%	95%-BI	geen	uren‡	95%-BI‡
Australië	37,2	35,70-38,75	33,0	88,8%	85,8-91,8%	45,9%	8,95	6,44-11,46
België	51,1	50,12-52,06	44,2	86,4%	84,5-88,2%	7,2%	6,14	4,84-7,44
Bulgarije	39,2	37,94-40,49	32,1	81,8%	79,2-84,4%	24,9%	2,93	1,10-4,76
Canada	40,4	39,56-41,22	33,5	82,8%	81,2-84,4%	20,5%	20,45	19,25-21,64
Cyprus	37,5	35,37-39,71	29,6	78,8%	74,4-83,2%	44,1%	4,99	0,48-9,50
Denemarken	40,9	39,63-42,22	32,6	79,8%	77,3-82,3%	51,5%	1,91	0,00-4,07
Duitsland	49,6	48,43-50,87	41,0	82,6%	80,3-85,0%	23,9%	4,84	3,12-6,56
Engeland	40,1	38,70-41,59	28,7	71,6%	68,8-74,4%	65,6%	3,12	0,27-5,98
Estland	37,8	36,18-39,47	30,2	79,9%	76,7-83,1%	16,7%	2,95	0,86-5,05
Finland	35,8	34,69-36,94	26,4	73,7%	71,6-75,9%	56,2%	4,19	2,18-6,19
Griekenland	38,2	36,97-39,53	–	–	–	2,9%	19,77	18,23-21,32
Hongarije	37,7	36,44-38,96	31,7	84,1%	81,7-86,5%	43,6%	12,58	10,45-14,70
Ierland	41,2	39,71-42,63	34,2	83,1%	80,2-85,9%	8,9%	4,97	3,10-6,85
Italië	33,5	32,20-34,76	28,8	86,1%	83,4-88,7%	38,3%	3,76	1,52-5,99
Letland	38,9	37,58-40,14	31,2	80,1%	77,6-82,6%	69,8%	3,79	0,02-7,56
Litouwen	35,2	33,92-36,43	28,9	82,0%	79,5-84,5%	15,2%	1,52	0,00-3,32
Luxemburg	45,6	43,46-47,69	39,1	85,8%	81,7-90,0%	47,8%	4,43	0,96-7,91
Malta	46,3	44,03-48,65	40,7	87,8%	83,3-92,4%	14,6%	16,96	13,68-20,23
Nederland	43,0	41,74-44,19	32,1	74,6%	72,2-76,9%	0,5%	4,70	3,25-6,16
Nieuw-Zeeland	36,8	35,35-38,24	30,4	82,7%	79,9-85,5%	27,0%	12,69	10,70-14,68
Noorwegen	36,1	34,81-37,48	28,2	78,2%	75,6-80,7%	35,9%	6,28	4,30-8,26
Oostenrijk	43,7	42,25-45,08	35,4	81,0%	78,2-83,7%	27,8%	17,03	14,96-19,10
Polen	38,4	37,14-39,68	34,0	88,6%	86,2-91,0%	86,7%	5,08	1,12-9,03
Portugal	40,2	38,89-41,44	34,5	85,7%	83,2-88,2%	4,2%	5,45	3,86-7,04
Rep. Macedonië	40,8	39,19-42,32	36,1	88,4%	85,3-91,4%	20,2%	1,52	0,00-3,87
Roemenië	35,8	34,55-37,10	29,2	81,6%	79,1-84,1%	89,1%	9,16	4,65-13,67
Slovenië	37,4	36,09-38,72	26,0	69,6%	66,9-72,3%	19,3%	6,94	5,13-8,74
Slowakije	37,4	36,15-38,70	30,7	82,1%	79,6-84,7%	42,9%	3,00	0,72-5,28
Spanje	35,8	34,84-36,66	29,7	82,9%	81,1-84,6%	47,1%	7,41	5,89-8,93
Tsjechië	36,2	34,91-37,44	28,4	78,4%	75,9-80,9%	63,6%	2,87	0,37-5,37
Turkije	40,8	39,67-41,85	32,0	78,5%	76,4-80,6%	76,8%	3,21	0,53-5,89
IJsland	39,8	37,70-41,81	29,9	75,1%	71,0-79,2%	4,1%	11,53	9,00-14,06
Zweden	34,4	32,54-36,29	26,9	78,2%	74,6-81,9%	39,6%	3,65	0,82-6,49
Zwitserland	46,5	45,12-47,79	37,9	81,6%	79,1-84,2%	21,2%	7,55	5,66-9,45

** Gemiddelde per land, met 95%-betrouwbaarheidsinterval.*

† Als gemiddeld aantal uren per week en als percentage van de gemiddelde werkweek per land.

‡ Meegeteld zijn alleen de huisartsen die aangaven dat zij in de afgelopen drie maanden diensturen hadden gehad.

tal werkuren. Omdat de werkuren per land verschillen, is gecentreerd rondom het gemiddelde van elk land.

De omvang van de praktijkpopulatie kon alleen worden vastgesteld in die landen waar een inschrijving op naam bestaat (18 landen). Omdat de vraag over het aantal ingeschreven patiënten in veel van deze landen niet eenduidig bleek te interpreteren, zijn deze gegevens gevalideerd aan de hand van nationale gegevens uit de PHAMEU-database.[9] De gegevens van Estland en Polen konden niet gevalideerd worden; deze landen zijn daarom verwijderd uit de analyses over praktijkomvang.

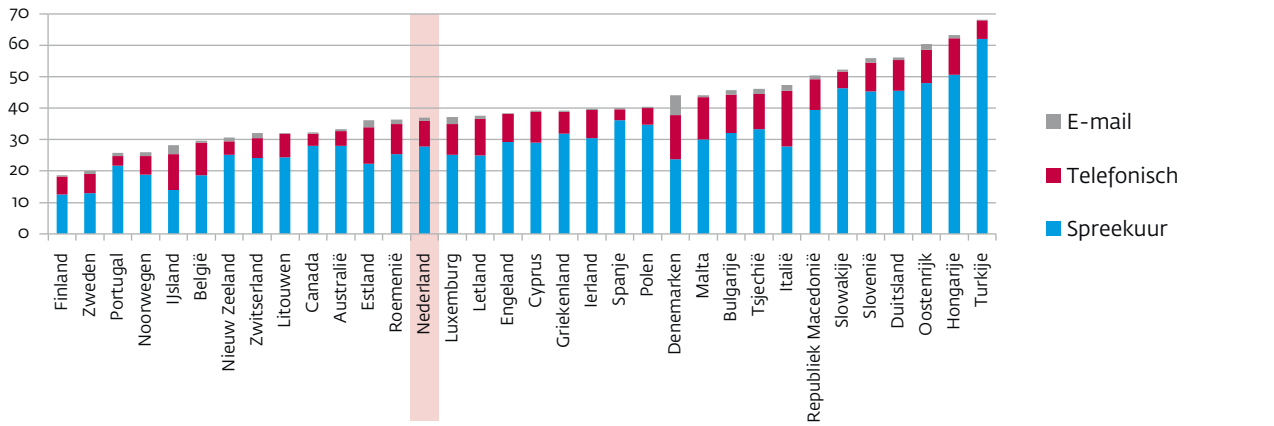
RESULTATEN

Werkuren en tijdsbesteding

Het gemiddelde aantal werkuren per week varieert van 33,5 in Italië tot 51,1 in België. Gemiddeld rapporteerden de Nederlandse huisartsen 43 werkuren per week, zowel voor fulltime als voor parttime werkende huisartsen. Hiermee zit Nederland in het hoogste kwartiel: in 23 landen was het gemiddeld aantal werkuren lager, in 3 landen (Zwitserland, Duitsland, België) was het hoger en in 8 landen (IJsland, Republiek Macedonië, Denemarken, Turkije, Ierland, Oostenrijk, Luxemburg, Malta, Nederland) was er geen significant verschil.

Het aan directe patiëntenzorg bestede percentage werkuren liep van 69,6% in Slovenië tot 88,8% in Australië. Nederlandse huisartsen besteden 74,6% van hun werkuren aan directe patiëntenzorg. Dat is significant lager dan in 22 andere landen, maar door het vrij hoge totale aantal werkuren is het aantal uren directe patiëntenzorg in absolute zin wel vergelijkbaar met veel andere landen. Nederlandse huisartsen besteden daar ruim 32 uur per week aan, ruim 6 uur meer dan in Zweden, zo'n 12 uur minder dan in België.

Figuur 1 Gemiddeld aantal consulten op een reguliere werkdag, gecorrigeerd voor het gemiddeld aantal werkuren



Voor het aantal uren avond-, nacht- en weekenddienst hebben we onderscheid gemaakt tussen diegenen die aangaven diensturen te hebben gehad in de afgelopen drie maanden en diegenen die dat niet aangaven. In Nederland heeft slechts 0,5% van de huisartsen geen diensten gedraaid. In alle andere landen ligt dit hoger; tot 89,1% in Roemenië. Het gemiddelde aantal diensturen varieert van 1,5 uur per week in Litouwen en Republiek Macedonië tot 20,5 uur in Canada. Nederlandse huisartsen hebben gemiddeld 5 diensturen per week, vergelijkbaar met de meeste andere landen. In acht landen hebben huisartsen significant meer diensturen. [**Tabel 1**] geeft een gedetailleerd overzicht van de werkuren en de allocatie daarvan.

Contacten met patiënten

Het gemiddeld aantal spreekuurconsulten op een reguliere werkdag varieert van 13 (Zweden en Finland) tot 62 (Turkije). Nederlandse huisartsen zitten in het midden met ongeveer 28 spreekuurconsulten per dag. In de Scandinavische landen hebben huisartsen weinig spreekuurconsulten.

Italiaanse huisartsen bellen het meest (18 contacten per dag), hun Spaanse en Portugese collega's het minst (3 contacten per dag). Nederlandse huisartsen zitten ook hier in het midden met gemiddeld 8 telefonische contacten per dag.

Het e-mailconsult wordt in veel landen nog niet gebruikt, en alleen in Denemarken gebeurt dit al wat vaker (ongeveer 6 per dag). In Nederland rapporteerden de respondenten gemiddeld 1 e-mailconsult per dag.

[**Tabel 2**] geeft de gemiddelde aantallen van de verschillende soorten contacten, [**figuur 1**] de grafische voorstelling.

Visites

Visites aan huis zijn niet gebruikelijk in de Scandinavische en niet-Europese landen: het wekelijkse aantal visites varieert van 1 (Canada, Cyprus, Finland, Nieuw Zeeland, Noorwegen, IJsland, Zweden) tot 23 (België) en 25 (Malta). In Nederland ligt het gemiddelde relatief hoog, met 12 huisvisites per week; in 25 landen is dat significant lager.

Het aantal patiënten dat bezocht wordt in verzorgingshui-

Tabel 2 Gemiddeld aantal patiëntcontacten per dag van huisartsen in 34 landen

Land	Spreekuur		Telefonisch		E-mail	
	n	95%-BI	n	95%-BI	n	95%-BI
Australië	28	26,75-28,43	5	4,50-5,20	0	0,4-0,6
België	19	18,01-18,88	10	9,66-10,30	1	0,5-0,6
Bulgarije	32	31,20-32,72	12	11,74-12,68	1	1,2-1,5
Canada	28	27,37-28,28	4	3,58-3,92	0	0,3-0,5
Cyprus	29	27,82-30,38	10	9,02-10,49	0	0,2-0,4
Denemarken	24	23,10-24,43	14	13,62-14,64	6	6,0-6,6
Duitsland	46	44,18-45,90	10	9,33-10,13	1	0,8-1,1
Engeland	29	28,29-29,94	9	8,44-9,35	0	0,1-0,2
Estland	22	21,29-22,95	12	11,11-12,30	2	1,9-2,4
Finland	13	12,23-13,08	6	5,37-5,93	0	0,3-0,4
Griekenland	32	31,11-32,63	7	6,39-7,08	0	0,3-0,4
Hongarije	51	49,52-51,40	12	11,16-12,06	1	0,8-1,0
Ierland	30	29,53-31,22	9	8,35-9,26	0	0,3-0,5
Italië	28	26,90-28,31	18	16,90-18,02	2	1,6-2,0
Letland	25	24,15-25,49	12	11,09-12,00	1	0,9-1,2
Litouwen	24	23,62-24,92	8	7,29-8,03	0	0,2-0,3
Luxemburg	25	23,34-25,59	10	8,88-10,29	2	1,9-2,6
Malta	30	28,37-31,08	13	10,87-12,57	1	0,3-0,6
Nederland	28	26,97-28,32	8	7,34-8,05	1	1,0-1,2
Nieuw-Zeeland	25	24,36-25,89	4	4,01-4,64	1	1,0-1,3
Noorwegen	19	18,29-19,51	6	5,54-6,22	1	0,9-1,2
Oostenrijk	48	46,49-48,54	11	10,01-10,98	2	1,5-1,8
Polen	35	33,78-35,34	5	5,00-5,61	0	0,3-0,5
Portugal	22	21,00-22,25	3	2,97-3,45	1	0,8-1,1
Rep. Macedonië	40	38,57-40,65	10	9,13-10,16	1	1,0-1,4
Roemenië	25	24,64-25,98	10	9,21-10,04	1	1,2-1,5
Slovenië	45	44,17-46,03	9	8,81-9,65	2	1,4-1,7
Slowakije	46	45,41-47,25	5	5,00-5,62	1	0,4-0,6
Spanje	36	35,61-36,76	3	3,32-3,68	0	0,3-0,4
Tsjechië	33	32,43-33,97	11	10,83-11,72	2	1,5-1,8
Turkije	62	61,04-62,84	6	5,68-6,24	0	0,2-0,3
IJsland	14	13,16-14,80	11	10,70-12,18	3	2,5-3,2
Zweden	13	12,32-13,76	6	5,60-6,58	1	0,8-1,2
Zwitserland	24	23,29-24,67	6	6,07-6,78	2	1,3-1,7

* *Gecorrigeerd voor aantal werkuren per week (uitgegaan van het gemiddeld aantal werkuren per land)*

Tabel 3 Gemiddeld aantal visites en duur consulten per week door huisartsen in 34 landen

Land	Aan huis*		Overig†		Duur van consulten	
	n	95%-BI	n	95%-BI	min	95%-BI
Australië	2	1,48-1,90	7	6,45-7,30	–	–
België	23	20,86-21,79	13	11,98-12,69	17,7	17,20-18,27
Bulgarije	11	9,70-10,55	10	9,61-10,47	17,6	16,90-18,34
Canada	1	0,78-0,94	11	10,54-11,11	14,8	14,32-15,25
Cyprus	1	1,10-1,81	37	34,60-38,36	18,3	17,06-19,57
Denemarken	2	1,75-2,13	2	1,94-2,34	14,3	13,54-15,01
Duitsland	14	13,71-14,67	11	10,10-10,93	10,6	9,90-11,31
Engeland	6	5,55-6,28	5	4,41-5,07	11,2	10,34-11,99
Estland	2	1,95-2,46	1	0,91-1,27	16,4	15,44-17,32
Finland	1	0,59-0,78	6	6,08-6,69	23,8	23,20-24,47
Griekenland	14	13,60-14,60	12	11,33-12,25	14,7	13,99-15,43
Hongarije	14	13,06-14,03	8	7,89-8,65	8,2	7,48-8,94
Ierland	4	3,60-4,20	8	7,55-8,42	12,8	11,94-13,61
Italië	15	13,67-14,67	4	4,01-4,56	13,4	12,63-14,08
Letland	8	7,13-7,87	3	2,82-3,29	17,5	16,78-18,23
Litouwen	6	5,18-5,80	3	3,19-3,68	15,9	15,17-16,59
Luxemburg	11	10,36-11,87	11	10,61-12,16	17,6	16,38-18,82
Malta	25	19,69-21,96	11	9,35-10,94	13,0	11,67-14,27
Nederland	12	11,18-12,05	4	4,17-4,71	11,1	10,40-11,80
Nieuw-Zeeland	1	1,02-1,35	4	3,30-3,88	14,9	14,06-15,71
Noorwegen	1	0,56-0,79	3	2,81-3,29	18,6	17,84-19,36
Oostenrijk	15	14,10-15,23	11	10,73-11,73	11,7	10,92-12,53
Polen	4	4,11-4,66	2	1,78-2,15	13,7	12,96-14,40
Portugal	2	2,20-2,62	6	5,98-6,67	18,1	17,33-18,80
Rep. Macedonië	3	2,34-2,88	1	0,42-0,67	13,4	12,55-14,33
Roemenië	9	8,31-9,10	3	2,43-2,87	16,6	15,91-17,35
Slovenië	2	2,02-2,43	5	4,11-4,69	9,6	8,89-10,38
Slowakije	9	8,58-9,43	6	5,73-6,43	8,9	8,13-9,59
Spanje	4	4,19-4,59	1	1,20-1,42	8,5	8,02-9,06
Tsjechië	5	4,74-5,34	3	2,62-3,07	10,9	10,16-11,60
Turkije	4	3,59-4,04	11	10,34-11,09	9,3	8,67-9,91
IJsland	1	0,84-1,30	7	6,11-7,27	19,2	18,00-20,40
Zweden	1	0,48-0,80	2	1,96-2,56	23,9	22,84-25,02
Zwitserland	4	3,33-3,86	6	5,84-6,54	19,5	18,78-20,30

** Gecorrigeerd voor het gemiddeld aantal werkuren per week per land.*
† Visites aan patiënten in verzorgingshuizen, verpleeghuizen of ziekenhuizen.

zen, verpleeghuizen of ziekenhuizen ligt tussen de 1 per week (Estland, Republiek Macedonië, Spanje) en 12 à 13 (Griekenland, België), met als uitschieter Cyprus met 37 visites. Nederlandse huisartsen zitten in de middencategorie met 4 per week.

Consultduur

Het aantal minuten per consult varieert van ongeveer 8 (Hongarije) tot 24 (Finland, Zweden). De consulten van Nederlandse huisartsen duren relatief kort met gemiddeld 11 minuten: in 22 landen neemt men meer tijd. Gedetailleerde cijfers zijn te vinden in [**tabel 3**].

Praktijkomvang

Van de 18 Europese landen die inschrijving op naam kennen, heeft Nederland de grootste gemiddelde praktijkpopulatie. In de andere 17 landen zijn de praktijkpopulaties significant kleiner (zie [**figuur 2**]).

Arbeidstevredenheid

Zoals [**figuur 3**] laat zien, scoren Nederlandse huisartsen tamelijk hoog op arbeidstevredenheid: in 18 van de 34 landen waren de respondenten significant minder tevreden. De Nederlandse huisartsen ervaren met name minder stress op het werk, al vinden ze de administratieve rompslomp belastend.

BESCHOUWING

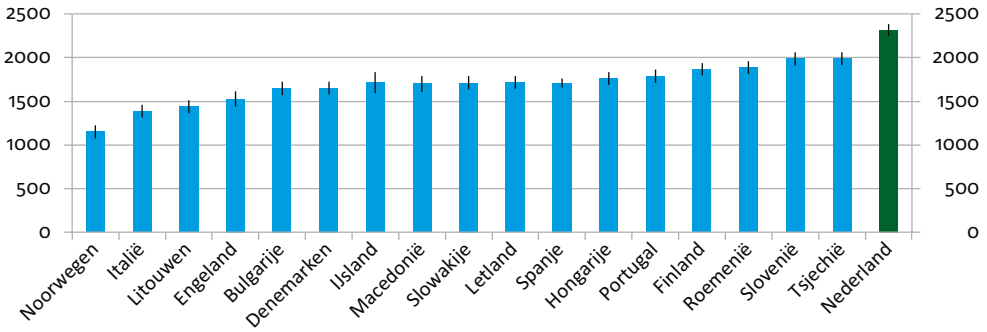
Wij onderzochten hoe de werklast van Nederlandse huisartsen zich verhoudt tot die van hun collega's in het buitenland. Wij vonden dat Nederlandse huisartsen relatief veel werkuren hebben, relatief veel tijd kwijt zijn aan andere activiteiten dan directe patiëntenzorg en relatief veel visites afleggen. De huisarts-patiëntratio is in Nederland lager dan in de ons omringende landen. Waar de gemiddelde praktijkpopulatie in die landen minder dan 2000 bedraagt, heeft een fulltime werkende huisarts in Nederland rond de 2300 ingeschreven patiënten.[20]

Om een aantal redenen was deze tamelijk hoge werklast wel te verwachten. Het Nederlandse zorgsysteem is sterk georiënteerd op de eerste lijn en de huisarts heeft daarin een centrale positie, als eerste behandelaar en als poortwachter voor de tweede lijn.[20] Er zijn weinig belemmeringen voor toegang tot de huisarts en vrijwel iedere Nederlander staat bij een huisarts ingeschreven. Het zou dus voor de hand liggen dat Nederland een groot aantal huisartsen telt, maar zoals we zagen, telt Nederland juist relatief weinig huisartsen per hoofd van de bevolking.

Sterke en zwakke punten

Ons onderzoek heeft een aantal beperkingen. Ten eerste zijn onze gegevens afkomstig uit zelfrapportage, niet uit feitelijke metingen. Het kan dus zijn dat het daadwerkelijke aantal gewerkte uren, consulten enzovoort afwijkt van de gerapporteerde aantallen. We verwachten echter dat dit weinig invloed heeft op de vergelijking tussen de landen omdat er geen aanleiding is te veronderstellen dat deze bias in sommige landen sterker zou zijn dan in andere landen. Bovendien laat een vergelijking met Nederlands onderzoek op basis van sms-metingen zien dat huisartsen dit redelijk goed kunnen inschatten.[21] Verder hebben we onze respondenten alleen gevraagd naar hun werkuren en niet of ze fulltime of parttime werken, want dit laatste is moeilijk te meten in landen waar huisartsen als vrije beroepsbeoefenaar werken. Een laatste beperking is dat onze steekproef alleen bestaat uit praktijkhouders en huisartsen in dienst van een gezondheidscentrum; waarnemers en HIDHA's zijn niet in het onderzoek meegenomen. Bovendien kent de moderne Nederlandse praktijk ondersteunende disci-

Figuur 2 Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per huisarts in 18 Europese landen



plines die ook huisartsenzorg leveren, zoals de POH. In toekomstig onderzoek naar de werklast zou daarom ook moeten worden gekeken naar de 'zorgproductie' van de gehele huisartsenvoorziening.

Een sterk punt van het onderzoek is dat wij vergelijkbare gegevens hebben verzameld in veel landen en in grote steekproeven van huisartsen. Onze onderzoekspopulaties zijn in de meeste landen representatief qua geslacht en gemiddelde leeftijd. Een ander sterk punt is dat de gegevens over werklast gedetailleerd zijn uitgevraagd.

Consequenties voor de praktijk

De werklast is de resultante van een complex van factoren. Men mag de werklast in verschillende landen dan ook niet zomaar vergelijken. Een aantal werklastmaten is in Nederland inderdaad relatief hoog. In vergelijking met andere landen hebben Nederlandse huisartsen een lange werkweek: gemiddeld 43 uur, deeltijders meegerekend, met daarbovenop nog de diensten die vrijwel alle Nederlandse huisartsen draaien. Die diensturen, in huisartsenposten, zijn doorgaans intensief vergeleken met andere landen, waar het soms vooral gaat om beschikbaarheidsdiensten. Van de landen in ons onderzoek was Nederland het enige waarin alle huisartsen diensten draaien. Ander recent onderzoek heeft laten zien dat zelfstandig gevestigde huisartsen in Nederland gemiddeld 49,4 uur per week werken, inclusief diensturen. Dat wijkt niet veel af van onze bevindingen.[21]

Ondanks de lange werkweken en het hoge aantal ingeschreven patiënten is het aantal patiëntcontacten per huisarts in Nederland niet hoger dan gemiddeld. Een verklaring is wellicht dat Nederlandse huisartsen doorgaans een team om zich heen hebben dat contacten afhandelt. Daarbij besteden Nederlandse huisartsen relatief veel tijd (ruim een kwart) aan niet-patiëntgerelateerde zaken zoals administratie, management en scholing. De consulten zijn relatief kort, gemiddeld 11 minuten. Een onderzoek op basis van video-opnames kwam zelfs nog korter uit: gemiddeld 9,08 minuten.[23]

Het aantal visites van Nederlandse huisartsen is de afgelopen jaren gedaald,[12] maar is met gemiddeld 12 per week nog steeds hoog in vergelijking met andere landen.

Over het algemeen blijken Nederlandse huisartsen behoorlijk tevreden over hun werk, en dan vooral omdat zij minder stress ervaren. In 2012 gaf zelfs 88% van de Nederlandse huis-

Figuur 3 Arbeidstevredenheid van huisartsen op een schaal van 1 (zeer ontevreden) tot 4 (zeer tevreden)

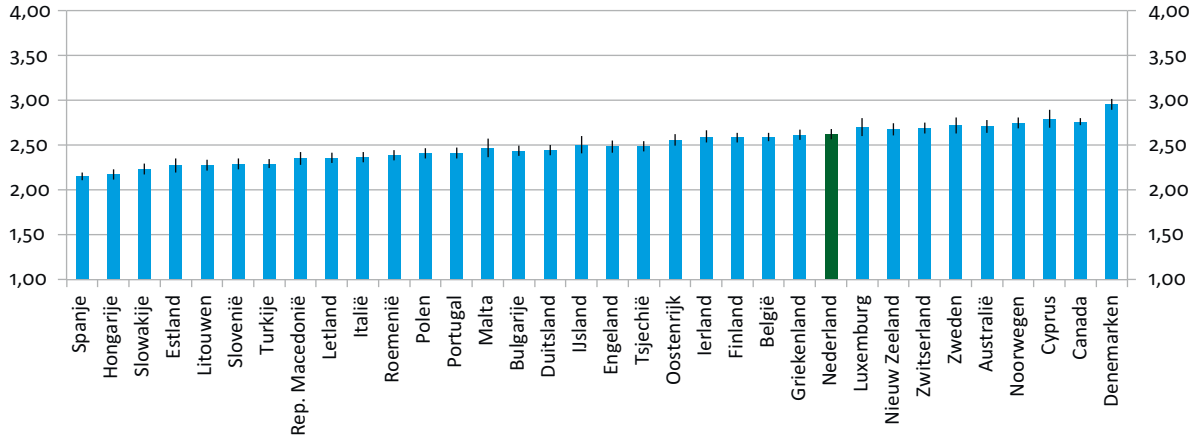


Foto: Gerard Til/Hollandse Hoogte

artsen aan tevreden of zeer tevreden te zijn.[24] Er is echter één aspect dat relatief veel onvrede oproept, namelijk de 'administratieve rompslomp'. In ons onderzoek hebben we dit gesignaleerd zonder het nader te onderzoeken.

Een ander recent onderzoek heeft laten zien dat Nederlandse huisartsen sinds de stelselwijziging van 2006 wel meer werkdruk ervaren en dat deze samenhangt met de ervaren negatieve gevolgen van marktwerking.[25] Ook uit de recentelijk opgestelde petitie van 'de bezorgde huisarts' die door meer dan de helft van de Nederlandse huisartsen werd ondertekend, spreekt ongenoegen over administratieve overbelasting, vooral als gevolg van de introductie van marktprincipes. De hierboven gepresenteerde cijfers laten zien dat Nederlandse huisartsen inderdaad veel tijd kwijt zijn aan andere zaken dan patiëntenzorg en spreken dit beeld in ieder geval niet tegen, al moet daarbij worden aangetekend dat daarin ook niet-administratieve activiteiten zijn meegerekend, zoals scholing en supervisie van andere zorgverleners. Uit eerder onderzoek is geen eenduidig beeld naar voren gekomen over de relatie tussen de indicatoren 'werklast' en 'arbeidstevredenheid'.[26-28] Wij hebben deze relatie hier niet verder uitgediept, zij zal nader onderzocht moeten worden.

Maatschappelijk kader

Onze gegevens voor Nederland zijn grotendeels verzameld in 2012. In de drie daaropvolgende jaren is het Nederlandse zorgstelsel gewijzigd, wat zijn weerslag zal hebben gehad op de werklast van de huisarts. In de basis-ggz, ingevoerd op 1 januari 2014, is de huisartsenpraktijk de eerste opvang geworden voor mensen met psychische problemen zoals stress. In de eerste helft van 2014 stegen daardoor de aantallen patiënten die de huisarts raadplegen vanwege psychische symptomen (15%), psychische diagnoses (21%) en sociale problemen (19%).[29] Verder heeft de rijksoverheid per 1 januari 2015 de verantwoordelijkheid voor een deel van de gezondheidszorg overgedragen aan de gemeentelijke overheden. Deze overgang heeft tot doel dat mensen langer thuis blijven wonen met ondersteuning uit hun sociale netwerk, waar zij voorheen vaak in de intramurale zorg terechtkwamen. Mogelijk zullen deze kwetsbare ouderen vaker een beroep doen op hun huisarts.

De LHV, het NHG en het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde hebben in 2012 in hun *Toekomstvisie huisartsenzorg* het uitgangspunt van de Nederlandse huisartsenzorg aangegeven: een generalistische, persoonsgerichte benadering van de patiënt en continuïteit van zorg.[30] De ontwikkeling van de morbiditeit in de bevolking, waar steeds meer mensen te kampen hebben met multimorbiditeit, zorgt voor een extra uitdaging rondom deze ambities. Deze demografische ontwikkeling zal er – in Nederland, maar ook in de andere onderzochte landen – toe leiden dat de zorgvraag complexer wordt. Men mag aannemen dat de verwachtingen van de huisarts, en van de eerste lijn in brede zin, daardoor eerder zullen toe- dan afnemen.

In het kader van al deze ontwikkelingen is het belangrijk de (hoge) werklast van Nederlandse huisartsen onder de loep te nemen: wat zijn daarvan de determinanten en wat betekent het voor de patiënt?

CONCLUSIE

De werklast van de Nederlandse huisarts is tamelijk hoog in vergelijking met die in andere landen. Verder onderzoek zal moeten aantonen welke determinanten daarvoor verantwoordelijk zijn; men zou bijvoorbeeld kunnen kijken naar de praktijkorganisatie en naar de breedte van het takenpakket. Daarnaast is het belangrijk uit te zoeken of de hoge werklast invloed heeft op de kwaliteit van de zorg zoals de patiënt die ervaart. ■

DANKBETUIGING

Graag bedanken wij de begeleidingscommissie van dit project, F. Dijkers, P. Lips, J. Metsemakers en K. Rosmalen, en de meelezers W. Boerma en F. Schellevis. Verder danken wij P. Spreeuwenberg voor de statistische ondersteuning en alle coordinatoren van het QUALICOPC-onderzoek voor de dataverzameling in hun land.

LITERATUUR

1 Groenewegen PP, Boerma WGW, Sawyer B. General practitioners' use of time and time management. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, et al., editors. Oxford textbook of primary medical care. Oxford: Oxford University Press, 2003.
2 Halter M, Drennan V, Chattopadhyay K, Carneiro W, Yiallouros J, de Lusignan S, et al. The contribution of physician assistants in primary care: a systematic review. BMC Health Serv Res 2013;13:223.
3 Reitz GF, Stalenhoef P, Heg R, Beusmans G. Triage in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2007; 50: 656-9.
4 Wensing M, Van den Hombergh P, Van Doremalen J, Grol R, Szecsenyi J. General practitioners' workload associated to practice size rather than chronic care organisation. Health Policy 2009;89:124-9.
5 Wensing M, van den Hombergh P, Akkermans R, van Doremalen J, Grol R. Physician workload in primary care: what is the optimal size of practices? A cross-sectional study. Health Policy 2006;77:260-7.
6 van den Hombergh P, Künzi B, Elwyn G, van Doremalen J, Akkermans R, Grol R, et al. High workload and job stress are associated with lower prac-

tice performance in general practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands. BMC Health Services Research. 2009;9:118.
7 Groenewegen PP, Hutten JB. Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature. Soc Sci Med 1991;32:1111-9.
8 Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, et al. The Netherlands: Health system review. Health Syst Transit 2010;12:1-229.
9 Primary Healthcare Activity Monitor Europe [internet database]. Utrecht: NIVEL, 2015. http://www.nivel.nl/en/dossier/country-information-primary-care, geraadpleegd 28-01-2015.
10 Wilson A, Windak A, Oleszczyk M, Wilm S, Hasvold T, Kringos D. The delivery of primary care services. In: Kringos D, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, editors. Building primary care in a changing Europe. Brussels: European Observatory on Health Care systems, 2015. Ch. 3.
11 Boerma WGW, Groenewegen PP, Spreeuwenberg P. Variation in workload and allocation of time under different payment systems in general practice: A European study. In: Boerma WGW. Profiles of general practice in Europe [dissertation]. Utrecht: NIVEL, 2003. Ch. 8.
12 Van den Berg M, Kolthof E, de Bakker D, van der Zee J. The workload of general practitioners in the Netherlands: 1987 and 2001. In Westert GP, Jabaaij L, Schellevis FG, editors. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on state. Oxford: Radcliffe, 2006.
13 Van den Berg MJ, De Bakker DH, Kolthof ED. Huisartsenposten en werkbelasting. Objectieve en ervaren werkbelasting door avond-, nacht- en weekenddiensten in waarneemgroepen en huisartsenposten. TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2004;82:497-503.
14 van den Berg MJ, Cardol M, Bongers FJ, de Bakker DH. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. BMC Fam Pract 2006;7:58.
15 Schäfer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Maeseneer J, Gress S, Heinemann S, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. BMC Fam Pract 2011;12:115.
16 Schäfer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Ryck E, Greß S, Heinemann S, et al. Measures of quality, costs and equity in primary health care: Instruments developed to analyse and compare primary health care in 35 countries. Qual Prim Care 2013;21:67-79.
17 Beroepen in de gezondheidszorg [internet database]. Utrecht: NIVEL, 2015. http://www.nivel.nl/databank, geraadpleegd op 21 -9-2015.
18 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen HJM , Van den Bosch WJHM. Werkbelasting en ervaren werkdruk van de huisarts. Huisarts Wet 1997;40:376-81.
19 Raudenbush SW, Sampson RJ. Ecometrics: toward a science of assessing ecological settings, with application to the systematic social observation of neighborhoods. Sociol Methodol 1999;29:1-41.
20 Kringos D, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, editors. Building primary care in a changing Europe. Brussels: European Observatory on Health Care systems, 2015.
21 van Hassel D, van der Velden L, Batenburg R. Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2014.
22 Faber M, Voerman G, Grol, R. International health policy survey 2009: Commonwealth Fund onderzoek onder huisartsen in 11 landen. Nijmegen: IQ Healthcare, 2009.
23 van Dijk CE, Verheij RA, te Brake H, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP, de Bakker DH. Changes in the remuneration system for general practitioners: Effects on contact type and consultation length. Eur J Health Econ 2014;15:83-91.
24 Faber MJ, van Loenen T, Westert GP. International Health Policy Survey 2012: Commonwealth Fund onderzoek onder huisartsen in 11 landen. UMC St Radboud, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ Healthcare). 2012.
25 Lako CJ, van den Hombergh P, Honingh ME, Janssen P. Huisartsen over martkwerking, werkdruk en kwaliteit van zorg. TSG Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 2014;1:19-21.
26 Granja M, Ponte C, Cavadas LF. What keeps family physicians busy in Portugal? A multicentre observational study of work other than direct patient contacts. BMJ Open 2014;4:e005026.
27 Karsh BT, Beasley JW, Brown RL. Employed family physician satisfaction and commitment to their practice, work group, and health care organization. Health Serv Res 2010;45:457-75.
28 Linzer M, Manwell LB, Williams ES, Bobula JA, Brown RL, Varkey AB, et al. Working conditions in primary care: Physician reactions and care quality. Ann Intern Med 2009;151:28-36.
29 Verhaak PFM, Magnée T, Hooiveld M, ten Veen P, de Bakker D. Factsheet: Gevolgen invoering Basis GGZ voor de psychische en sociale hulpvraag in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NIVEL, 2015.
30 Toekomstvisie huisartsenzorg: Modernisering naar menselijke maat, huisartsenzorg in 2022. Utrecht: LHV/NHG, 2012.

Ferdinand Schreuder

INTERMEZZO

Transparant

Vijftien jaar geleden was 'transparantie' een begrip waarmee controle op de macht werd beoogd. Met een bestuurlijke judobeweging is dit omgevormd tot een instrument waarmee macht wordt uitgeoefend. De gunstige klank die transparantie aanvankelijk had, heeft verzet ertegen lang in een kwade reuk gehouden, zodat huisartsen (en allerlei andere dienstverleners) zich nu in een verstikkend bureaucratisch registratiemoeras bevinden en een aanzienlijk deel van hun werktijd bezig zijn met deze materie. Het bijzondere is dat de druk om te registreren niet alleen door de overheid en ziektekostenverzekeraars wordt opgelegd, maar dat de beroepsgroep ook zelf steeds meer registratie eist via zorggroepen, accreditatie en NHG-Standaarden: goede registratie heeft een duidelijk kwaliteitsbevorderend effect, zo is de algemene opvatting.

Zo'n 25 jaar geleden waren er nog huisartsen die hun journaal van een decennium zorgverlening per patiënt op een systeemkaartje van A6-formaat konden bijhouden; twee kaartenbakken en wat ordners met specialistenbrieven volstonden als medische administratie. Overzicht over de medische situatie van een patiënt was summier, maar snel te krijgen; overzicht over de praktijkvoering van de huisarts ontbrak volledig. Tegenwoordig lijkt het omgekeerde het geval: met betrekkelijk geringe moeite zijn complexe overzichten over de hele praktijk te krijgen, maar door de veelheid aan gegevens lijkt het overzicht over de patiënt moeilijker verkrijgbaar. Over zaken die het welzijn van de patiënt écht raken (zoals scheiding, baanverlies, schulden, overlijden en ziekbed dierbaren, relatie met de kinderen) is het overzicht compleet zoek. Kennelijk maken we keuzes in wát er precies transparant moet zijn.

Ik weet geen uitweg uit dit moeras, maar droom weleens van een praktijk waarin de patiënt zélf zijn dossier bijhoudt en ik mij alleen bezig hoef te houden met luisteren, adviseren en behandelen. ■

Saskia Verkleij, Pim Luijsterburg, Sten Willemsen, Bart Koes, Arthur Bohnen, Sita Bierma-Zeinstra

ONDERZOEK

Diclofenac versus paracetamol bij kniepijn

Samenvatting

Verkleij SP, Luijsterburg PA, Willemsen SP, Koes BW, Bohnen AM, Bierma-Zeinstra SM. Diclofenac versus paracetamol bij kniepijn. Huisarts Wet 2015;59(3):102-4.

Achtergrond Paracetamol is het analgeticum van eerste keus bij artrose maar wordt minder vaak voorgeschreven dan NSAID's, ook al hebben die meer bijwerkingen. Wij vergeleken de effectiviteit van de NSAID diclofenac met die van paracetamol bij patiënten met knieartrose in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

Methode In een open-labelonderzoek randomiseerden wij 104 patiënten van 45 jaar of ouder die hun huisarts consulteerden met kniepijn vanwege knieartrose naar een groep die diclofenac kreeg voorgeschreven (n = 52) en een groep die paracetamol kreeg (n = 52). De deelnemers gebruikten het middel 2 weken en indien nodig nogmaals 1 à 2 weken. Ze noteerden dagelijks de ernst van de kniepijn op een numerieke pijnschaal (NRS, 0-10). Op 3, 6, 9 en 12 weken na het begin van de medicatie werden de ernst van de kniepijn en eventuele beperkingen in functioneren gemeten met de Knee Osteoarthritis Outcome Score (KOOS, 0-100).

Resultaten Op de tienpunts NRS vonden wij de eerste 2 en 4 weken van de medicatie geen significante verschillen tussen paracetamol en diclofenac: het gemiddelde verschil na 2 weken was 0,5 punt (95-BI% −0,2 tot 1,3) en na 4 weken −0,2 punt (95%-BI −1,0 tot 0,7). Ook na 12 weken vonden wij geen verschil: op de KOOS was het gemiddelde verschil in pijn −2,8 punt (95%-BI −10,7 tot 5,1) en in dagelijks functioneren −2,7 punt (95%-BI −10,6 tot 5,0).

Conclusie Diclofenac en paracetamol zijn even effectief bij kniepijn. Er is geen verschil in pijn en functionaliteit in de eerste weken dat de patiënt het middel gebruikt, en 12 weken later is dat nog steeds zo. Patiënten die diclofenac gebruiken, rapporteren wel vaker bijwerkingen.

ACHTERGROND

Bij patiënten met pijn als gevolg van artrose adviseren nationale en internationale richtlijnen paracetamol als medicijn van eerste keuze, vanwege het brede veiligheidsprofiel.[1-3] Alleen als paracetamol onvoldoende pijnverlichting geeft, is een niet-steroïdale ontstekingsremmer (NSAID) te overwegen.[4] De meeste patiënten geven echter de voorkeur aan een NSAID,[5] en huisartsen schrijven ook vaker NSAID's voor dan paracetamol.[6] Wellicht zijn patiënten en huisartsen onvoldoende overtuigd van de waarde van paracetamol bij artroseklachten.

Eerdere vergelijkingen tussen NSAID's en paracetamol werden meestal uitgevoerd in een zeer selecte populatie die vaak al goed op NSAID's reageerde, en namen voorafgaand aan de randomisatie een *wash out-periode* in acht waarin ze tijdelijk stopten met hun medicatie tot de effecten ervan waren uitgewerkt.[7-9] Een aantal onderzoeken vond geheel binnen de tweede lijn plaats.[8,10,11] Doel van ons onderzoek was de effectiviteit te vergelijken van diclofenac en paracetamol bij patiënten met knieartrose in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

METHODE

Opzet en deelnemers

Dit onderzoek is opgezet als pragmatische, open-label RCT. Gedetailleerde informatie over het onderzoeksprotocol is elders gepubliceerd.[12,13]

Aan dit onderzoek werkten huisartsenpraktijken mee uit de regio's Zuid- en West-Nederland. Wij includeerden patiënten van 45 jaar of ouder die hun huisarts consulteerden vanwege een nieuwe episode van niet-traumatische kniepijn, als zij voldeden aan de klinische criteria voor knieartrose zoals geformuleerd door het American College of Rheumatology en als zij een pijnscore hadden hoger dan 2 op een tienpuntsschaal. Patiënten met een contra-indicatie voor één van de onderzochte middelen, patiënten met een artroplastiek of osteotomie aan de contralaterale knie die al een NSAID of paracetamol in maximale dosis gebruikten, en patiënten met een operatie of trauma van de aangedane knie werden uitgesloten.

Wij randomiseerden de deelnemers naar een diclofenacgroep (maximale dosis diclofenac 3 dd 50 mg) en een paracetamolgroep (maximale dosis paracetamol 3 dd 1000 mg). De medicatie werd voorgeschreven voor een periode van 2 weken en indien nodig nogmaals 1-2 weken.

Wat is bekend?

- In de richtlijnen is paracetamol het medicijn van eerste keuze bij pijn als gevolg van artrose.
- Veel patiënten en huisartsen geven echter de voorkeur aan een NSAID, ondanks de grotere kans op bijwerkingen.

Wat is nieuw?

- In de dagelijkse huisartsenpraktijk is paracetamol even effectief als de NSAID diclofenac, met minder vaak bijwerkingen.
- Beide middelen hebben evenveel effect op de pijn gedurende de eerste weken van het gebruik.
- Ook na 12 weken vonden wij geen verschil in pijn of functionaliteit van de knie bij diclofenac- of paracetamolgebruik

Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: dr. S.P.J. Verkleij, fysiotherapeut-onderzoeker; dr. P.A.J. Luijsterburg, epidemioloog; dr. B.W. Koes, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. A.M. Bohnen, huisarts-onderzoeker; prof.dr. S.M.A. Bierma-Zeinstra, hoogleraar Artrose en gerelateerde aandoeningen. Erasmus MC, Afdeling Biostatistiek: S.P. Willemsen, MSc, statisticus • Correspondentie: s.p.j.verkleij@gmail.com
• Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerking van: Verkleij SP, Luijsterburg PA, Willemsen SP, Koes BW, Bohnen AM, Bierma-Zeinstra SM. Effectiveness of diclofenac versus paracetamol in knee osteoarthritis: a randomised controlled trial in primary care. Br J Gen Pract. 2015;65:e530-7. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Uitkomstmaten

Onze primaire uitkomstmaten waren de ernst van de kniepijn en beperkingen in het dagelijks functioneren. De deelnemers noteerden vanaf de start van de medicatie 6 weken lang in een dagboek de ernst van de kniepijn op een numerieke pijnschaal (NRS, score 0-10). Daarnaast rapporteerden zij de ernst van de kniepijn en eventuele beperkingen in het dagelijks functioneren op de Knee Osteoarthritis Outcome Score (KOOS, 0-100) voorafgaand aan de interventie en 3, 6, 9 en 12 weken erna.

Secundaire uitkomstmaten waren therapietrouw (gemeten in het dagboek) en bijwerkingen (gemeten in de driewekelijkse vragenlijst).

Statistische analyse

Om een klinisch relevant verschil van 10 punten op de KOOS aan te tonen, hadden wij 154 deelnemers nodig (power 80%, alpha 0,05). De analyses zijn uitgevoerd volgens het intention-to-treatprincipe. De afhankelijkheid tussen metingen binnen één persoon bepaalden wij met behulp van *generalized estimating equations* (GEE), ervan uitgaand dat herhaalde metingen van een uitkomstwaarde steeds dezelfde correlatie hebben. De effectgroottes berekenden we aan de hand van de gemiddelde verschillen, gedeeld door de gepoolde standaarddeviatie van beide groepen op baseline.

RESULTATEN

In de periode april 2009-september 2011 randomiseerden we 104 patiënten, 52 in de diclofenacgroep en 52 in de paracetamolgroep. Gedurende het onderzoek trokken zich 4 patiënten (7,7%) terug uit de diclofenacgroep en 3 patiënten (5,8%) uit de paracetamolgroep.

Kenmerken bij aanvang

De kenmerken van de deelnemers in de twee groepen waren vergelijkbaar bij de start van het onderzoek. In de paracetamolgroep zaten 32 vrouwen (61,5%), in de diclofenacgroep waren dit er 33 (63,5%). De gemiddelde leeftijd in de paracetamolgroep was 64,0 jaar (SD 9,0) en in de diclofenacgroep 63,9 jaar (SD 9,2). De diclofenacgroep telde meer deelnemers die langer dan 3 maanden knieklachten hadden (65,3% versus 48,1%) of die een radiologisch vastgestelde knieartrose hadden (36,2% versus 30,8%). Ze hadden ook iets meer kniepijn: hun gemiddelde score op de NRS bij aanvang was 5,4 (SD 2,1), versus 5,1 (SD 1,8) in de paracetamolgroep.

Uitkomstmaten

Zoals [**figuur 1**] en [**tabel 1**] laten zien, waren er gedurende de eerste 4 weken geen significante verschillen in het beloop van de kniepijn tussen beide onderzoeksarmen. Het gemiddelde verschil op de NRS was in de eerste 2 weken 0,5 punt (95%-BI −0,2 tot 1,3) en nam over 4 weken af tot −0,2 punt (95%-BI −1,0 tot 0,7). Gedurende de eerste 2 weken waren 44 patiënten (85%) in de diclofenacgroep en 45 patiënten (87%) in de paracetamolgroep therapietrouw [**figuur 2**].

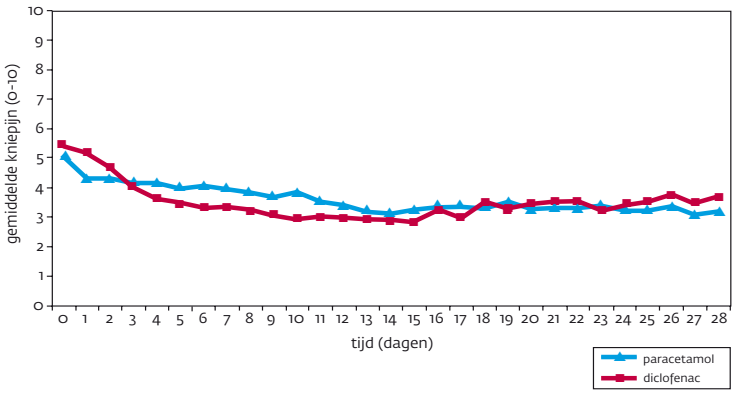
De metingen met de KOOS geven hetzelfde beeld: over een

Tabel 1 **Effect op kniepijn en dagelijks functioneren van paracetamol versus diclofenac: gemiddelde score op een numerieke pijnschaal (NRS) en op de Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)**

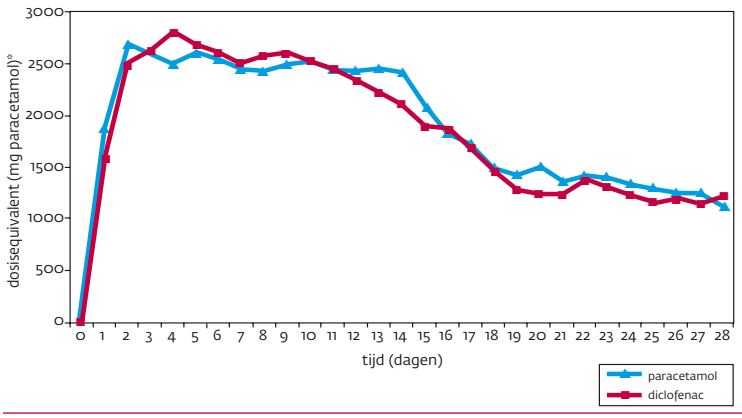
	Paracetamol (n = 52) score (SD)	Diclofenac (n = 52) score (SD)	Gemiddeld verschil* score (95%-BI)	Effect-grootte
Kniepijn (NRS 0-10, dagelijks):				
■ baseline†	5,1 (1,8)	5,4 (2,1)	–	–
■ 3 weken	3,5 (2,1)	3,0 (2,1)	0,5 (−0,2 tot 1,3)	0,35
■ 6 weken	3,3 (2,1)	3,5 (2,1)	−0,2 (−1,0 tot 0,7)	−0,03
KOOS pijn (0-100)				
■ baseline†	47,9 (16,8)	50,7 (16,4)	–	–
■ 3 weken	38,3 (19,5)	39,6 (20,7)	−1,6 (−9,5 tot 6,3)	0,04
■ 6 weken	35,0 (19,4)	40,2 (22,1)	−5,6 (−13,7 tot 2,5)	−0,16
■ 9 weken	34,8 (18,8)	38,5 (20,7)	−3,5 (−11,3 tot 4,4)	−0,03
■ 12 weken	34,8 (19,4)	37,4 (21,0)	−2,8 (−10,7 tot 5,1)	0,01
KOOS dagelijks functioneren (0-100)				
■ baseline†	42,7 (18,4)	46,0 (17,7)	–	–
■ 3 weken	33,9 (19,3)	34,2 (21,7)	−0,6 (−8,7 tot 7,6)	0,07
■ 6 weken	31,9 (19,9)	33,1 (20,6)	−1,8 (−9,7 tot 6,2)	0,04
■ 9 weken	28,3 (19,7)	33,1 (20,3)	−4,6 (−12,6 tot 3,3)	−0,10
■ 12 weken	28,4 (19,5)	31,4 (20,2)	−2,7 (−10,6 tot 5,0)	−0,02

SD = standaarddeviatie; 95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval.
* Generalized estimating equations.
† Gemiddeld verschil en effectgrootte niet berekend.

Figuur 1 **Gemiddelde kniepijnscore gedurende de eerste 28 dagen diclofenac dan wel paracetamol**



Figuur 2 **Gemiddelde dagelijkse doses diclofenac en paracetamol in de eerste 28 dagen van een behandeling voor kniepijn.**



* *De dagelijkse dosis diclofenac is omgerekend naar paracetamol: 3000 mg paracetamol is equivalent aan 150 mg diclofenac.*

periode van 12 weken was er geen significant verschil in pijn en dagelijks functioneren.

Wel rapporteerden patiënten in de diclofenacgroep vaker (64%) last te hebben van bijwerkingen dan patiënten die paracetamol gebruikten (46%). Dit waren overigens steeds bekende, niet-ernstige bijwerkingen.

BESCHOUWING

Wij vonden in de eerste 2 en 4 weken na de start van de medicatie geen significante of klinisch relevante verschillen in effectiviteit tussen diclofenac en paracetamol. Ook na 12 weken waren er geen verschillen in pijn en dagelijks functioneren. Het enige andere onderzoek in de huisartsenpraktijk, waaraan 222 patiënten met artrose van de heup en/of de knie deelnamen, wees uit dat ibuprofen gedurende de eerste 14 dagen van de behandeling effectiever was dan paracetamol (effectgrootte 0,5).[7] Wij vonden echter over dezelfde periode geen significante verschillen.

Sterke en zwakke punten

Een beperking van ons onderzoek is dat we uiteindelijk slechts 104 van de beoogde 154 patiënten konden includeren. De verschillen tussen de beide groepen waren na 2, 4 en 12 weken echter zo klein dat een grotere patiëntenpopulatie daarin waarschijnlijk geen verandering zou hebben gebracht.

Een tweede beperking was het open-labeldesign van ons onderzoek, dat geleid kan hebben tot vertekening. Zowel de huisarts als de patiënt was op de hoogte van het toegewezen medicijn en onze metingen berustten op zelfrapportage. De uitkomsten kunnen dus zijn beïnvloed doordat de deelnemers al een voorkeur hadden voor een van beide medicijnen.

Het pragmatische open-labeldesign heeft echter ook het grote voordeel dat de externe validiteit, dus de generaliseerbaarheid van de uitkomsten, groot is. Onze resultaten geven de dagelijkse praktijk beter weer dan eerdere onderzoeken die een *flare design* of *wash out*-periode gebruikten, of waarbij patiënten geblindeerd werden. Placebogecontroleerd onderzoek is weliswaar noodzakelijk als *proof of principle*, maar het effect van een behandeling in de dagelijkse praktijk kan alleen worden vastgesteld met pragmatisch, niet-geblindeerd onderzoek.

Een ander sterk punt van ons onderzoek was, dat wij de deelnemers dagelijks pijn en medicijngebruik lieten vaststellen met behulp van een dagboek. Dit stelde ons in staat om de dagelijkse fluctuaties in kniepijn en medicijngebruik te meten.

Implicaties voor de praktijk

De uitkomsten van dit onderzoek geven steun aan het advies in de richtlijnen om bij knieartrose eerst te kiezen voor paracetamol vanwege de geringere kans op bijwerkingen.[1-3] Wij hopen dat deze uitkomst in de dagelijkse praktijk een steun kan zijn voor een meer evidence-based keuze van pijnmedicatie bij knieartrose. ■

Benieuwd naar uw kennis over pijnbestrijding bij kniepijn? Maak de kennistoets op pagina 131. De toets is gebaseerd op het artikel 'Diclofenac versus paracetamol bij kniepijn' en relevante aanverwante kennisbronnen.

LITERATUUR

1 Belo JN, Bierma-Zeinstra SMA, Raaijmakers AJ, van der Wissel F, et al. NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen. Huisarts Wet 2008;51:229-40.
2 Jordan KM, Arden NK, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma JW, Dieppe P, et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2003;62:1145-55.
3 Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part I: critical appraisal of existing treatment guidelines and systematic review of current research evidence. Osteoarthritis Cartilage 2007;15:981-1000.
4 Smink AJ, van den Ende CH, Vliet Vlieland TP, Swierstra BA, Kortland JH, Bijlsma JW, et al. 'Beating osteoARThritis': development of a stepped care strategy to optimize utilization and timing of non-surgical treatment modalities for patients with hip or knee osteoarthritis. Clin Rheumatol 2011;30:1623-9.
5 Wolfe F, Zhao S, Lane N. Preference for nonsteroidal antiinflammatory drugs over acetaminophen by rheumatic disease patients: a survey of 1,799 patients with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. Arthritis Rheum 2000;43(2):378-85.
6 Ausiello JC, Stafford RS. Trends in medication use for osteoarthritis treatment. J Rheumatol 2002;29:999-1005.
7 Boureau F, Schneid H, Zeghari N, Wall R, Bourgeois P. The IPSO study, ibuprofen, paracetamol study in osteoarthritis: A randomised comparative clinical study comparing the efficacy and safety of ibuprofen and paracetamol analgesic treatment of osteoarthritis of the knee or hip. Ann Rheum Dis 2004;63:1028-34.
8 Case JP, Baliunas AJ, Block JA. Lack of efficacy of acetaminophen in treating symptomatic knee osteoarthritis: a randomized, double-blind, placebo-controlled comparison trial with diclofenac sodium. Arch Intern Med 2003;163:169-78.
9 Yelland MJ, Nikles CJ, McNairn N, Del Mar CB, Schluter PJ, Brown RM. Celecoxib compared with sustained-release paracetamol for osteoarthritis: a series of n-of-1 trials. Rheumatology (Oxford) 2007;46:135-40.
10 Batlle-Gualda E, Roman Ivorra J, Martin-Mola E, Carbonell Abello J, Linares Ferrando LF, Tornero Molina J, et al. Aceclofenac vs paracetamol in the management of symptomatic osteoarthritis of the knee: a double-blind 6-week randomized controlled trial. Osteoarthritis Cartilage 2007;15:900-8.
11 Lequesne M, Fannius J, Reginster JY, Verdickt W, du Laurier MV. Flоctafenin versus acetaminophen for pain control in patients with osteoarthritis in the lower limbs. Franco-Belgian Task Force. Rev Rhum Engl Ed 1997;64:327-33.
12 Verkleij SP, Luijsterburg PA, Koes BW, Bohnen AM, Bierma-Zeinstra SM. Effectiveness of diclofenac versus acetaminophen in primary care patients with knee osteoarthritis: [NTR1485], DIPA-trial: design of a randomized clinical trial. BMC Musculoskelet Disord 2010;11:7.
13 Verkleij SP, Luijsterburg PA, Willemsen SP, Koes BW, Bohnen AM, Bierma-Zeinstra SM. Effectiveness of diclofenac versus paracetamol in knee osteoarthritis: a randomised controlled trial in primary care. Br J Gen Pract 2015;65:e530-7.

Annemieke Verwoerd

De geheimen van het lumbosacraal radiculair syndroom

Samenvatting

Verwoerd JH. De geheimen van het lumbosacraal radiculair syndroom. Huisarts Wet 2016;59(3):105-7.

Het lumbosacraal radiculair syndroom komt vaak voor en geeft een grote ziektelast, maar etiologie, behandeling en prognose zijn op cruciale onderdelen nog onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd. In de spreekkamer hebben huisarts en patiënt het vaak over 'hernia in de rug', maar die diagnose kan niet gesteld worden op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek alleen: daarvoor is beeldvorming nodig. Wel kan de anamnese significante aanwijzingen opleveren voor een hernia: BMI < 30, niet-plotseling begin, gevoelsstoornis en verergering van de beenpijn bij hoesten, niezen of persen. De enige bevinding die de kans op een operatie voorspelt, is de ernst van de pijn in het been; andere factoren die de prognose consistent beïnvloeden zijn nog niet gevonden. Er is dan ook meer onderzoek nodig naar de rol van inflammatoire factoren, naar de werkzaamheid van veelgebruikte behandelingen, zoals pijnmedicatie en fysiotherapie, en naar subgroepen van patiënten die baat hebben bij een bepaalde behandeling. Zulk onderzoek zou vooral ook in de eerste lijn gedaan moeten worden.

INLEIDING

Er worden veel verschillende termen gebruikt om uitstralende pijn in het been te beschrijven: 'lumbosacraal radiculair syndroom', 'ischias', 'radiculopathie' en 'discushernia' zijn enkele ervan.[1] In de Nederlandse richtlijnen wordt het lumbosacraal radiculair syndroom gedefinieerd als 'in de bil en/of het been uitstralende pijn, vergezeld van één of meerdere symptomen of verschijnselen die suggestief zijn voor een aandoening van een specifieke lumbosacrale zenuwwortel'.[2,3] Dit is een consensusdefinitie, want er is geen gouden standaard voor de diagnose 'zenuwwortelaandoening'.

De kern

- De diagnose 'discushernia' kan niet gesteld worden op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek alleen; daarvoor is beeldvorming nodig. Wel zijn er significante aanwijzingen: BMI < 30, niet-plotseling begin, gevoelsstoornis en verergering van de beenpijn bij hoesten, niezen of persen.
- Het zou correcter zijn, de syndroomdiagnose 'lumbosacraal radiculair syndroom' te hanteren.
- De ziektelast van het lumbosacraal radiculair syndroom is groot, maar in veel gevallen verdwijnen de klachten binnen 12 weken.
- MRI-onderzoek is alleen nodig als er alarmsymptomen zijn of als er een indicatie is voor een operatie.
- Er is weinig goed onderzoek gedaan naar prognostische factoren. Alleen de ernst van de pijn in het been blijkt consistent geassocieerd met een operatie.

Het lumbosacraal radiculair syndroom komt vaak voor en geeft geregeld invaliderende klachten. De 29 pagina's tellende NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom, waarvan de tweede herziening gepubliceerd werd in de zomer van 2015, kan gemakkelijk de indruk wekken dat we alles wel zo ongeveer weten, maar dat zou een vergissing zijn. Zoals de standaard zelf aangeeft, zijn etiologie, behandeling en prognose op cruciale onderdelen nog onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd. In de eerste lijn is weinig onderzoek naar het syndroom gedaan en moet men zich vaak behelpen met extrapolaties van resultaten uit de tweede lijn. In deze beschouwing presenteer ik de bevindingen uit het onderzoek naar de diagnose en prognose van het lumbosacraal radiculair syndroom, dat ik heb uitgevoerd in het kader van mijn proefschrift.[4]

DIAGNOSE

Wat is bekend?

De diagnose 'lumbosacraal radiculair syndroom' wordt gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek, en wordt dan ook in de NHG-Standaard aangemerkt als een syndroomdiagnose.[3] Beeldvormend onderzoek is alleen aangewezen als er alarmsymptomen zijn of als er een indicatie is om te opereren. De oorzaak is meestal een discushernia, maar kan bijvoorbeeld ook een wervelkanaalstenose, ontsteking of tumor zijn.

Een recente Cochrane-review laat zien dat de afzonderlijke tests van het lichamelijk onderzoek weinig waarde hebben voor het diagnosticeren van een lumbale discushernia.[5] Men vermoedt dat de anamnese meer diagnostische waarde kan hebben, maar hier is weinig onderzoek naar verricht.

De diagnostische waarde van de anamnese

Wij onderzochten de diagnostische waarde van 20 anamnestische bevindingen in de tweede lijn, bij 395 patiënten met ernstige klachten van het lumbosacraal radiculair syndroom.[6] De deelnemers hadden klachten sinds 6 tot 12 weken en waren door de huisarts verwezen naar de neuroloog. In een univariate analyse bleken 4 van de 20 anamnese-items significante voorspellende waarde te hebben voor de diagnose 'discushernia' op de MRI [**tabel 1**].[4,6] Dit waren: BMI < 30, niet-plotseling begin, gevoelsstoornis en verergering van de beenpijn bij hoesten, niezen of persen. De 16 niet-significante anamnestische bevindingen waren: leeftijd, geslacht, ziek-

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: dr. J.H. Verwoerd, huisarts en epidemioloog • Correspondentie: j.verwoerd@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Deze beschouwing is gebaseerd op: Verwoerd JH. Diagnosis and prognosis of sciatica [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2015.

Tabel 1 **Anamnestische bevindingen die voorspellende waarde hebben voor de diagnose 'discushernia'**

Bevinding	OR (95%-BI)
BMI < 30	2,89 (1,45 tot 5,74)
Niet-plotseling begin	2,14 (1,13 tot 4,06)
Gevoelsstoornis	2,78 (1,38 tot 5,59)
Verergering van de beenpijn bij hoesten, niezen of persen	2,50 (1,27 tot 4,90)

Oddsratio's (OR) voor bevestiging van de diagnose met MRI, berekend met univariate analyse. Er werden 20 anamnestische bevindingen geanalyseerd, de getoonde 4 items hadden een significante associatie met de diagnose.

teverzuim, intellectueel zwaar beroep, fysiek zwaar beroep, roken, duur van de beenpijn, pijn in het been erger dan in de rug, rugpijn langer dan 12 weken, pijn in aanvallen, eerder dezelfde pijn, subjectief krachtverlies, hernia's in de familie, verslechtering door zitten, sportdeelname en voorkeur voor een operatie.

Deze univariate resultaten zijn in de klinische praktijk echter niet per se bruikbaar. Daarom hebben we geprobeerd met multivariate logistische regressie een model te maken van de verschillende anamnese-items. Dit model had echter onvoldoende discriminatie: het kon patiënten met of zonder discushernia op de MRI niet goed genoeg onderscheiden. Ook een eerder ontwikkeld model, dat wel een goede discriminatie gaf, bleek in onze onderzoekspopulatie onvoldoende te discrimineren.[7]

De diagnostische waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek is onvoldoende voor het stellen van de diagnose discushernia op MRI. In [**tabel 2**] worden de factoren besproken die het stellen van de diagnose bemoeilijken.

Tabel 2 **Factoren die het stellen van de diagnose discushernia op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek bemoeilijken**

Diagnostisch probleem	Uitleg
De etiologie van het lumbosacraal radiculair syndroom is nog niet volledig bekend (discushernia is lang niet altijd de oorzaak)	■ In een populatie zonder rugklachten heeft 28-76% een discushernia[8,9] ■ Bij 20-47% van patiënten met klachten die passen bij lumbosacraal radiculair syndroom is geen compressie aanwezig[6,10] ■ Er komt steeds meer bewijs dat naast mechanische ook niet-mechanische oorzaken een rol spelen (inflammatoire factoren)[11]
Er is geen geschikte gouden standaard	■ Intra- en interobservervariabiliteit bij de beoordeling van MRI's[12] ■ In vergelijking met de bevindingen bij operatie heeft MRI een sensitiviteit van 75% en een specificiteit van 77%[13] ■ Bij operaties is echter sprake van selectie- en verificatiebias
Een complex diagnostisch proces is niet gemakkelijk in een model te vatten	■ Geen tijdsafhankelijke factoren (in de praktijk vaak verschillende consulten) ■ Sommige factoren zijn lastig te operationaliseren (bijvoorbeeld 'klinische indruk' en 'kennis over de patiënt') ■ De generaliseerbaarheid naar andere populaties blijkt vaak beperkt (onder andere door andere voorafkans)
Er is nog weinig onderzoek gedaan	■ Daardoor is moeilijk te bepalen welke variabelen in een diagnostisch model thuishoren ■ Voor betrouwbare resultaten zijn grote populaties nodig

Is het erg om de syndroomdiagnose LRS te hanteren?

Nee, zolang er geen alarmsymptomen zijn. De etiologie van het lumbosacraal radiculair syndroom is in de acute fase niet belangrijk: het is niet bewezen dat er in de acute fase verschillende behandelingen nodig zijn naar gelang van de oorzaak. Alleen als er alarmsymptomen zijn of als er een indicatie is voor een operatie, is MRI-onderzoek nodig. Aangezien er geen gouden standaard is voor de diagnostiek van een zenuwwortelaandoening, berusten de criteria voor de anamnese en de syndroomdiagnose op consensus. De anamnesevragen zoals beschreven in de NHG-Standaard voldoen goed.

Wat zeg ik tegen de patiënt?

Het lumbosacraal radiculair syndroom wordt in de volksmond ook wel ischias genoemd, naar de nervus ischiadicus, en in de praktijk (bijvoorbeeld ook op www.thuisarts.nl) gebruikt men meestal de term 'hernia in de rug'. Een discushernia is inderdaad bij de meerderheid van de patiënten de oorzaak van het lumbosacraal radiculair syndroom, maar bij een aanzienlijk deel (voor de eerste lijn mogelijk meer dan 20 tot 47%)[6-10] blijkt er op de MRI geen discushernia aanwezig die de klachten verklaart.

De diagnose 'discushernia' kan simpelweg niet op basis van de anamnese en lichamelijk onderzoek gesteld worden. Daarom zou het correcter en vollediger zijn, uit te leggen dat de klachten worden veroorzaakt door prikkeling van een zenuw(wortel) die zich uitstrekt tot in het been en dat dit meestal, maar niet altijd, veroorzaakt wordt door een uitstulping van een tussenwervelschijf: een hernia in de rug. Voor verdere uitleg over de hernia kan worden verwezen naar www.thuisarts.nl.

Abstract

Verwoerd JH. The secrets of sciatica. Huisarts Wet 2016;59(3):105-7.

Lumbosacral radicular syndrome (sciatica) is common and causes significant disability, but crucial aspects of our knowledge of its aetiology, treatments, and prognosis lack a firm scientific basis. It has several potential causes, such as inflammation and disc herniation. While general practitioners and patients often talk about a 'herniated or slipped disc', this diagnosis cannot be made on the basis of the patient history and physical examination alone but requires imaging. However, some patient information may be suggestive of a hernia, such as a body mass index lower than 30, non-sudden onset, sensory loss, and worsening of leg pain on coughing, sneezing, or straining. The only predictor of the need for surgery is the severity of the leg pain; other factors that influence the prognosis have not yet been identified. There is a need for research not only into the role of inflammatory factors but also into the effectiveness of common treatments, such as analgesics and physiotherapy, and into patient subgroups that might benefit from a particular treatment approach. Such research should especially be done in primary care.

PROGNOSE

Wat is bekend?

Een goede inschatting van het beloop en de prognose is zowel voor de patiënt als voor de huisarts belangrijk. Ongeveer 75% van de patiënten met het lumbosacraal radiculair syndroom herstelt binnen drie maanden,[14] maar het is zaak er rekening mee te houden dat het beloop langdurig of afwijkend kan zijn. In maart 2013 vonden wij met een systematische zoekactie in de literatuur 23 artikelen over 14 originele cohorten, waarin prognostische factoren bij een niet-operatieve behandeling werden onderzocht.[15] De klinische, methodologische en statistische heterogeniteit van deze onderzoeken was groot en er was slechts beperkt bewijs voor de verschillende prognostische factoren.

De meeste onderzochte factoren, waaronder BMI, roken en gestoorde sensibiliteit, hielden geen verband met de uitkomst. De enige positieve associatie, die werd gevonden in twee goed uitgevoerde onderzoeken, was dat de ernst van de pijn in het been voorspellend bleek voor een operatie.

De prognostische waarde van MRI

In aanvulling op de literatuur onderzochten wij de prognostische waarde van MRI-bevindingen bij 283 patiënten met ernstige klachten, bij wie een discushernia was aangetoond met MRI en die een operatie-indicatie hadden.[16] De grootte van de discushernia bleek niet geassocieerd met de uitkomst. Wel bleken wortelcompressie en extrusie van de discus (waarbij het binnenste deel door het buitenste deel is gebroken) geassocieerd met minder beenpijn gedurende het eerste jaar, zowel bij conservatieve behandeling als bij een operatie. Een verklaring voor de gunstiger prognose bij discusextrusie ten opzichte van discusprotrusie is te vinden in een recente systematische review, waarin de volgende percentages gevonden werden voor spontane regressie: 96% bij sequestratie (los fragment), 70% bij discusextrusie en 41% bij discusprotrusie.[17] De slechtere prognose voor patiënten zonder wortelcompressie heeft vermoedelijk een pathofysiologische verklaring: niet-mechanische oorzaken worden wellicht minder makkelijk opgeheven dan mechanische. Men vermoedt dat inflammatoire factoren een belangrijke niet-mechanische rol spelen bij het lumbosacraal radiculair syndroom.[11]

Wat zeg ik tegen de patiënt?

Bij drie van de vier patiënten gaan de klachten binnen twaalf weken vanzelf over. Daarom is een MRI-scan op korte termijn niet nodig. Het maakt voor de behandeling ook niet uit wat de scan laat zien, die behandeling is namelijk voor iedereen hetzelfde. Vaak is het onduidelijk of een gevonden afwijking wel de oorzaak is van de klachten en bovendien laat een scan ook bij gezonde mensen vaak afwijkingen zien.

PRIORITEITEN TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Er is meer onderzoek nodig naar de rol van inflammatoire factoren bij het lumbosacraal radiculair syndroom. Ook de werkzaamheid van veelgebruikte behandelingen, zoals pijnmedicatie en fysiotherapie, is onvoldoende onderzocht.[18] Bovendien zou meer van dit onderzoek moeten worden uitgevoerd in de eerste lijn. Zo zou men kunnen onderzoeken of bepaalde subgroepen van patiënten, bijvoorbeeld patiënten zonder wortelcompressie of patiënten met bewegingsangst,[19] baat hebben bij bepaalde behandelingen.[4] ■

LITERATUUR

1 Lin CW, Verwoerd AJ, Maher CG, Verhagen AP, Pinto RZ, Luijsterburg PA, et al. How is radiating leg pain defined in randomized controlled trials of conservative treatments in primary care? A systematic review. Eur J Pain 2014;18:455-64.
2 Vroomen PCAJ, Peul WC, Pols MA, Kuijpers T, Van de Steeg HC, Bartels RHMA, et al. Richtlijn lumbosacraal radiculair syndroom. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2008.
3 Schaafstra A, Spinnewijn WEM, Bons SCS, Borg MAJP, Koes BW, Ostelo RWJG, et al. NHG Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom (tweede herziening). Huisarts Wet 2015;58(6):308-20.
4 Verwoerd JH. Diagnosis and prognosis of sciatica [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2015.
5 Van der Windt DA, Simons E, Riphagen II, Ammendolia C, Verhagen AP, Laslett M, et al. Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain. Cochrane Database Syst Rev 2010;2:CD007431.
6 Verwoerd AJ, Peul WC, Willemsen SP, Koes BW, Vleggeert-Lankamp CL, El Barzouhi A, et al. Diagnostic accuracy of history taking to assess lumbosacral nerve root compression. Spine J 2014;14:2028-37.
7 Vroomen PC, De Krom MC, Wilmink JT, Kester AD, Knottnerus JA. Diagnostic value of history and physical examination in patients suspected of lumbosacral nerve root compression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002;72:630-4.
8 Boos N, Rieder R, Schade V, Spratt KF, Semmer N, Aebi M. 1995 Volvo Award in clinical sciences. The diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging, work perception, and psychosocial factors in identifying symptomatic disc herniations. Spine (Phila Pa 1976) 1995;20:2613-25.
9 Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. N Engl J Med 1994;331:69-73.
10 Sirvanci M, Kara B, Duran C, Ozturk E, Karatoprak O, Onat L, et al. Value of perineural edema/inflammation detected by fat saturation sequences in lumbar magnetic resonance imaging of patients with unilateral sciatica. Acta Radiol 2009;50:205-11.
11 Di Martino A, Merlini L, Faldini C. Autoimmunity in intervertebral disc herniation: from bench to bedside. Expert opinion on therapeutic targets. 2013;17:1461-70.
12 El Barzouhi A, Vleggeert-Lankamp CL, Lycklama à Nijeholt GJ, Van der Kallen BF, Van den Hout WB, Verwoerd AJ, et al. Magnetic resonance imaging interpretation in patients with sciatica who are potential candidates for lumbar disc surgery. PLoS One 2013;8:e68411.
13 Wassenaar M, Van Rijn RM, Van Tulder MW, Verhagen AP, Van der Windt DA, Koes BW, et al. Magnetic resonance imaging for diagnosing lumbar spinal pathology in adult patients with low back pain or sciatica: a diagnostic systematic review. Eur Spine J 2012;21:220-7.
14 Weber H, Holme I, Amlie E. The natural course of acute sciatica with nerve root symptoms in a double-blind placebo-controlled trial evaluating the effect of piroxicam. Spine (Phila Pa 1976) 1993;18:1433-8.
15 Verwoerd AJ, Luijsterburg PA, Lin CW, Jacobs WC, Koes BW, Verhagen AP. Systematic review of prognostic factors predicting outcome in non-surgically treated patients with sciatica. Eur J Pain 2013;17:1126-37.
16 El Barzouhi A, Verwoerd AJ, Peul WC, Verhagen AP, Lycklama à Nijeholt GJ, Van der Kallen BF, et al. Prognostic value of Magnetic Resonance Imaging findings in patients with sciatica. J Neurosurg Spine. Accepted for publication 2015.
17 Chiu CC, Chuang TY, Chang KH, Wu CH, Lin PW, Hsu WY. The probability of spontaneous regression of lumbar herniated disc: a systematic review. Clin Rehabil 2015;29:184-95.
18 Pinto RZ, Maher CG, Ferreira ML, Ferreira PH, Hancock M, Oliveira VC, et al. Drugs for relief of pain in patients with sciatica: systematic review and meta-analysis. BMJ 2012;344:e497.
19 Verwoerd AJ, Luijsterburg PA, Koes BW, El Barzouhi A, Verhagen AP. Does kinesiophobia modify the effects of physical therapy on outcomes in patients with sciatica in primary care? Subgroup analysis from a randomized controlled trial. Phys Ther 2015;95:1217-23.

NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen (derde herziening)

NHG-werkgroep Virushepatitis en andere leveraandoeningen

Belangrijkste wijzigingen

- Bij alle patiënten met chronische hepatitis B is levenslange controle nodig.
- Onderscheid tussen actieve en inactieve chronische hepatitis B wordt bepaald met het HBV-DNA.
- Bij een positieve anti-HCV is bepaling van het HCV-RNA nodig om te differentiëren tussen een actieve en een doorgemaakte hepatitis C.
- De behandeling van hepatitis B en C is gecentraliseerd in hepatitisbehandelcentra.
- Alle patiënten met actieve chronische hepatitis B en alle patiënten met hepatitis C worden verwezen naar een hepatitisbehandelcentrum.
- De paragrafen over niet-alcoholische steatosis hepatis en hepatotoxiciteit van geneesmiddelen zijn uitgebreid met aanbevelingen voor het beleid.

Kernboodschappen

- Verwijs patiënten met actieve chronische hepatitis B en alle patiënten met hepatitis C voor behandeling naar een hepatitisbehandelcentrum.
- Overweeg diagnostiek naar hepatitis B en C aan te bieden aan spreekuurbezoekers afkomstig uit intermediair- en hoog-endemische landen voor deze aandoeningen, ook als er geen klachten zijn.
- Verricht nadere diagnostiek naar leveraandoeningen als het ALAT bij herhaling meer dan 1,5 tot 10 maal boven de normaalwaarde ligt.
- Verwijs patiënten met een ALAT van meer dan 10 maal de normaalwaarde direct.

INLEIDING

De NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij het vermoeden van virushepatitis en bij een aantal andere leveraandoeningen, namelijk levercelschade door alcoholmisbruik, gebruik van geneesmiddelen of drugs en niet-alcoholische steatosis hepatis (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD). Verder geeft de standaard richtlijnen voor het beleid bij een bij herhaling verhoogd ALAT (1,5 tot 10 maal boven de normaalwaarde). De standaard geeft daarnaast richtlijnen voor de preventie van virushepatitis.

In Nederland zijn vooral infecties met het hepatitis-A-virus (HAV), het hepatitis-B-virus (HBV), het hepatitis-C-virus (HCV) en het hepatitis-E-virus (HEV) de oorzaak van virushepatitis. De standaard richt zich op de diagnostiek en het beleid bij al deze hepatitiden, maar vooral op de chronische hepatitis B en C. Zeldzame leveraandoeningen, zoals hepatitis D, auto-immuunhepatitis en hemochromatose, vallen buiten het bestek van deze standaard.

Goede samenwerking tussen huisartsen, mdl-artsen, hepatitisbehandelcentra (zie [**kader**]), verslavingsartsen en GGD's is van belang om te komen tot goede diagnostiek, voorlichting en behandeling van patiënten met virushepatitis.

De NHG-standaard is in samenwerking met de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) herzien. De standaard baseert zich voor de behandelindicaties voor hepatitis B en C op de richtlijnen over Hepatitis B en C van de NIV en de NVMDL.

Hepatitisbehandelcentrum
Sinds 2012 is de behandeling van virale hepatitis gecentraliseerd in hepatitisbehandelcentra in een aantal ziekenhuizen. Centralisatie was nodig omdat de behandeling steeds complexer is geworden. Door centralisatie kan optimale zorg worden geleverd aan patiënten met hepatitis B en C door behandelteams met kennis en expertise op het gebied van virushepatitis. Zie www.mdl.nl voor een volledige en actuele lijst (zoekopdracht 'hepatitis behandelcentra').

ACHTERGRONDEN

Epidemiologie

Hepatitis A

De incidentie van hepatitis A in de Nederlandse populatie neemt af; in 2003 waren er circa 900 gemelde nieuwe gevallen, in 2013 waren het er 109.[1]

Hepatitis B

De incidentie van hepatitis B is in Nederland licht gedaald. In 2013 werden 1267 nieuwe gevallen van hepatitis B gemeld: 140 met een acute hepatitis B en 1127 met een chronische hepatitis B. In 2003 was het aantal gemelde gevallen 1877.[2] In Nederland hebben naar schatting 40.000 mensen een chronische hepatitis B. Het betreft veelal eerstegeneratie-immigranten uit een land waar hepatitis B intermediair- of hoog-endemisch is.[3] Deze groep patiënten heeft de infectie meestal op jonge leeftijd opgelopen. In de Nederlandse bevolking vindt besmetting meestal

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

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

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

NHG-Werkgroep Virushepatitis en andere leveraandoeningen. NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen (derde herziening). Huisarts Wet 2016;59(3):108-19.
De werkgroep bestond uit: M.E. Numans, M.J. Perquin, A.M. van Putten, C. Richter, J.M. Vrolijk, M. Bouma en M. Sijbom.

De NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen is geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie (NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen. Huisarts Wet 2007;50(12):666-81).

op volwassen leeftijd plaats, via onbeschermd seksueel contact. De World Health Organisation (WHO) maakt op basis van de prevalentie van het hepatitis-B-dragerschap onderscheid tussen laag-endemische (< 2%), intermediair-endemische (2 tot 8%) en hoog-endemische landen (> 8%). Nederland behoort tot de laag-endemische landen.[3] De landen rond de Middellandse Zee (met uitzondering van Frankrijk en Italië) en de landen in Oost-Europa behoren tot de intermediair-endemische landen. De Afrikaanse sub-Saharalanden en veel landen in Azië, met name Zuidoost-Azië, behoren tot de hoog-endemische landen (zie landenoverzicht in noot [3]). In Nederland vormen de eerstegeneratie-immigranten uit China, Marokko en Turkije de grootste groep met chronische hepatitis B.

Hepatitis C

De incidentie van acute hepatitis C in Nederland stijgt de laatste jaren: in 2003 werden 15 gevallen van acute hepatitis C gemeld, in 2013 64. De stijging wordt vooral gezien onder hiv-seropositieve mannen die seks hebben met mannen (MSM). In Nederland hebben naar schatting 28.100 patiënten chronische hepatitis C. Co-infecties met HBV of hiv komen regelmatig voor. De wereldwijde prevalentie van hepatitis C is grotendeels vergelijkbaar met die van hepatitis B (zie landenoverzicht in noot [3]).

Hepatitis E

De incidentie van hepatitis E in Nederland stijgt: in 2013 waren er 67 meldingen en in 2014 205.[4]

Overige virale oorzaken van hepatitis

De incidentie van mononucleosis infectiosa (epstein-barrvirus (EBV)) in 2013 is voor mannen 0,9 per 1000 patiënten en voor vrouwen 1,3 per 1000 patiënten.[4] De incidentie van het cytomegalovirus (CMV) is onbekend.

Overige leveraandoeningen

Verhoogde transaminasewaarden komen naar schatting voor bij 1 tot 4% van de algemene bevolking.[5] Niet-alcoholische steatosis hepatis (NAFLD) is de meestvoorkomende oorzaak van asymptomatische, licht verhoogde transaminasewaarden. De prevalentie van NAFLD ligt in populatieonderzoeken tussen de 15 en 30% en neemt toe met de leeftijd. De incidentie van cirrose en andere leveraandoeningen in de huisartsenpraktijk is 0,6 per 1000 per jaar en de prevalentie 4,4 per 1000 per jaar.[6] Cijfers over levercelschade door alcohol of door geneesmiddelen zijn niet bekend.

Pathofysiologie

Virushepatitis

Alle virushepatitiden kunnen zich manifesteren als een acute ziekte. Een acute hepatitis kan een klinisch of subklinisch beloop hebben. Dit laatste treedt vooral op bij hepatitis-B- of -C-infectie. Hepatitis B en C hebben meestal een chronisch en asymptomatisch beloop. De klinische verschijnselen van acute hepatitis veroorzaakt door de verschillende typen hepatitisvirus zijn gelijk. Een klinisch manifeste acute hepatitis begint met een prodromaal stadium (duur drie tot tien dagen) met malaise, moeheid, verminderde eetlust en koorts. Ook kunnen in deze fase misselijkheid en braken optreden, evenals pijn rechts in de bovenbuik, huiduitslag en artralgieën. Hierna volgt de icterische fase, die gepaard gaat met geelzucht, lichte temperatuursverhoging, de karakteristieke donkere urine en soms ontkleurde ontlasting. Ook jeuk ten gevolge van de cholestase komt in deze fase frequent voor. De acute fase duurt in de regel één tot drie weken. De geelzucht kan echter enkele maanden aanhouden evenals de malaise en moeheid. Vaak is er in deze periode een intolerantie voor vet, alcohol en tabak. Hierna volgt de herstelfase. De verschijnselen bij een subklinisch beloop zijn aspecifiek. Soms is er moeheid.

Patiënten met chronische hepatitis B of C kunnen last hebben van moeheid, maar vaker zijn er geen klachten. Meestal krijgen zij pas symptomen in een vergevorderd stadium van de ziekte, waarbij levercirrose of levercelcarcinoom is ontstaan. In de meeste gevallen hebben deze patiënten in de voorafgaande jaren geen symptomen gehad van acute hepatitis.

Hepatitis A

Een acute hepatitis-A-infectie komt vooral voor bij allochtone kinderen en bij volwassenen die ongevaccineerd naar endemische gebieden reizen [**tabel 2**]. Bij jonge kinderen verloopt de ziekte meestal subklinisch. Vanaf de leeftijd van 5 jaar is de kans op klinische ziekteverschijnselen meer dan 75%.[7] Besmetting vindt plaats via de feco-orale weg [**tabel 1**]. De incubatietijd is gemiddeld

Tabel 1 Risicocontacten voor virushepatitis[15]

	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C	Hepatitis E
Besmet voedsel en drinkwater	Ja	Nee	Nee	Ja
Ontlasting en urine	Ja	Nee	Nee	Ja
Bloed; alle lichaamsvloeistoffen met bloedbijmenging	Nee	Ja	Ja	Nee
Prik-, snij-, spat- en bijtaccidenten	Nee	Ja	Ja	Nee
Niet-steriel uitgevoerde medische ingreep in endemisch gebied	Nee	Ja	Ja	Nee
Tatoeage, piercing of acupunctuur (uitgevoerd in endemisch gebied)	Nee	Ja	Ja	Nee
Geboorte kind van een moeder die virusdrager is	Nee	Ja	Ja	Ja
Ejaculaat en vaginaal vocht	Nee	Ja*	Nee	Nee
Speeksel	Nee	Nee[8]	Nee	Nee

* Met name bij onbeschermd seksueel contact met een persoon met hepatitis B of een grote kans hierop (afkomstig uit een endemisch land, MSM of sekswerkers met risicocontacten in de afgelopen zes maanden).

Tabel 2 Risicogroepen voor virushepatitis[15]

	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C	Hepatitis E
Personen met een beroepsrisico	Ja[a]	Ja[b]	Ja[b]	Nee
Reizigers naar endemische gebieden	Ja, vooral kinderen	Ja[c]	Nee[c]	Ja
(Gezins)contacten met besmette personen	Ja	Ja	Nee[d]	Nee
Mensen met wisselende seksuele contacten[e]	Ja (bij oro-anaal contact)	Ja	Nee[f]	Nee
Verstandelijk gehandicapten	Ja	Ja	Nee	Nee
Kinderen in kinderopvangcentra en groep 1 en 2	Ja	Nee	Nee	Nee
Personen afkomstig uit endemisch gebied	Nee	Ja[c]	Ja[c]	Nee
Personen met een positieve familieanamnese voor chronische hepatitis, levercelcarcinoom	Nee	Ja	Ja	Nee
(Ex-)drugsgebruikers (intraveneus)	Nee	Ja	Ja	Nee
Ontvangers van bloed of bloedproducten[g]	Nee	Niet in NL[g]	Niet in NL[g]	Nee

a. Personen die in aanraking komen met feces, zoals werkers in de zorg, leidsters in kindercentra, werkers in riool- en afvalwaterzuivering, enzovoort
b. Personen werkzaam in de zorg met een hoog risico op contact met bloed, en acupuncturisten, tatoeëerders en piercers.
c. Zie noot 3 voor een landenoverzicht van hepatitis B en C. Zie ook LCR-richtlijnen voor reizigersadvisering. Het risico op besmetting met hepatitis B hangt samen met risicogedrag in een endemisch land.
d. Binnen een gezin wordt het delen van tandenborstels en scheergerei afgeraden.
e. Drie of meer seksuele contacten in de zes maanden voorafgaand aan het consult. Prostituees of prostituanten met een risicocontact zes maanden voorafgaand aan het consult.
f. Behalve bij MSM. Overdracht vindt plaats via bloed-bloedcontact. Het risico op overdracht van hepatitis C via seksueel contact is klein, behalve bij seksuele handelingen waarbij slijmvliesbeschadiging en bloedverlies voorkomen, zoals is beschreven bij MSM, vooral in geval van co-infectie met rectaal lymphogranuloma venereum of hiv. Zie ook de NHG-Standaard Het Soa-consult.[13]
*g. Sinds 1975 is er donorscreening op HBV en sinds 1992 op HCV (zie [**tabel 3**]). Besmetting via bloedproducten, dialyse of endoscopie in Nederland gebeurt zeer zelden, in het buitenland (veel) vaker. Bij patiënten die worden gedialyseerd of behandeld in verband met hemofilie is door herhaald testen meestal al bekend of zij besmet zijn met HBV of HCV.*

28 dagen. Een patiënt is besmettelijk vanaf ongeveer 3 tot 7 dagen vóór, tot een week na het ontstaan van de icterus. Hepatitis A geneest volledig zonder medicatie; complicaties of een fulminant beloop komen zelden voor.

Hepatitis B

Hepatitis B komt in Nederland vooral voor bij eerste generatie immigranten uit intermediair- en hoog-endemische landen en bij (ex-)drugsgebruikers (intraveneus), MSM, sekswerkers en personen met veel wisselende seksuele contacten (zie [**tabel 2**]). Besmettingsbronnen zijn virus bevattende lichaamsvloeistoffen, zoals bloed, sperma en vaginaal vocht van geïnfecteerde personen [**tabel 1**].[8] In Nederland vindt besmetting vooral plaats via onbeschermd seksueel contact. Tot 40% van de niet-gevaccineerde seksuele partners van patiënten met hepatitis B raakt geïnfecteerd. De incubatietijd is 2 tot 3 maanden. Besmettelijkheid begint ongeveer 6 weken voor het begin van de klachten en houdt aan tot het hepatitis-B-oppervlakteantigeen (HBsAg) na ongeveer 4 tot 6 maanden uit het lichaam verdwijnt. De kans op overdracht van HBV van moeder op kind tijdens de bevalling is afhankelijk van de mate van besmettelijkheid van de moeder en loopt uiteen van 18% bij moeders die hepatitis-B-kernantigeen (HBeAg)-negatief zijn en een lage virusconcentratie hebben tot 80% bij HBeAg-positieve moeders.[9]

Hepatitis B is chronisch als het HBsAg langer dan 6 maanden aanwezig blijft. Het risico hierop is groter naarmate de patiënt jonger geïnfecteerd werd en loopt uiteen van minder dan 5% voor volwassenen en kinderen ouder dan 5 jaar en tot 90% voor kinderen die de infectie oplopen in hun eerste levensjaar. Men onderscheidt 2 vormen van chronische hepatitis B.[10]

De *actieve chronische hepatitis B* (30%) wordt gekenmerkt door:
- een positief HBsAg en ten minste 1 van de volgende factoren:
  - een ALAT boven de normaalwaarde of;
  - een positief HBeAg of;
  - een verhoogd HBV-DNA (≥ 2000 IU/ml).

De *inactieve chronische hepatitis B* (70%), ook wel dragerschap genoemd, wordt gekenmerkt door:
- een positief HBsAg én
- een bij herhaling normaal ALAT én
- een negatief HBeAg én
- een laag HBV-DNA (< 2000 IU/ml).

Onbehandeld ontstaat bij ongeveer 20% van de volwassen patiënten met een actieve chronische hepatitis B na 5

Tabel 3 Hepatitis B en C: screening en vaccinatieprogramma's

Groep	
Zwangeren	Sinds 1989 controle in zwangerschap op dragerschap HBsAg
Pasgeborenen van moeders uit midden- en hoog-endemische landen	Sinds 2003 vaccinatie met HBV na geboorte en daarna in het kader van het rijksvaccinatieprogramma
Alle pasgeborenen	Sinds 2011 vaccinatie met HBV in het kader van rijksvaccinatieprogramma
Bloedproducten	Sinds 1975 screening op hepatitis B Sinds 1992 screening op hepatitis C

tot 25 jaar levercirrose; bij circa 10% van de patiënten met levercirrose ontstaat binnen 5 jaar een hepatocellulair carcinoom (HCC). Een HCC kan ook ontstaan zonder dat er sprake is van levercirrose. Een inactieve chronische hepatitis B kan worden ge(re)activeerd door gebruik van sterke immunosuppressiva, zoals *biologicals*, of chemotherapie.[11] Om die reden dienen patiënten met een positief HBsAg en een indicatie voor behandeling met sterke immunosuppresiva of chemotherapie, vooraf beoordeeld te worden door een mdl-arts of internist-infectioloog.

Bij actieve chronische hepatitis B is behandeling van de hepatitis geïndiceerd. De behandeling is gericht op klaring van het virus, gedefinieerd als seroconversie van het HBsAg en een niet-detecteerbare virusconcentratie. Bij een seroconversie verdwijnt het HBsAg en ontstaat anti-HBs. Het doel is het voorkomen van complicaties als cirrose en levercelcarcinoom. Bij circa 35% van de patiënten wordt genezing bereikt. Bij de overige 65% wordt getracht in elk geval een inactieve chronische fase te induceren, om zo het risico op cirrose en levercelcarcinoom te verkleinen. Dit lukt bij 90% van deze patiëntengroep.[12] Bij patiënten bij wie in het verleden de behandeling niet succesvol was, wordt beoordeeld of zij weer in aanmerking komen voor behandeling met nieuwere geneesmiddelen, die effectief zijn en minder bijwerkingen hebben. Bij (toekomstige) zwangeren met hepatitis B is het van belang het risico op overdracht van het virus van moeder op kind zoveel mogelijk te beperken door immunisatie van de pasgeborene en op indicatie antivirale behandeling van de zwangere.

Hepatitis C

Een acute hepatitis-C-infectie komt vooral voor bij volwassenen. De wijze van besmetting verloopt via bloed-bloedcontact.[13] Het risico op overdracht van hepatitis C via seksueel contact is klein, behalve bij seksuele handelingen waarbij slijmvliesbeschadiging en bloedverlies voorkomen, zoals is beschreven bij MSM. Het risico bij MSM neemt vooral toe in geval van co-infectie met rectaal lymphogranuloma venereum of hiv. De incubatietijd is ongeveer 2 maanden. Het bloed van de geïnfecteerde kan al na een week besmettelijk zijn voor anderen. Bij 80% van de geïnfecteerden ontstaat een chronische infectie. Het virus is dan langer dan 6 maanden aanwezig. Spontane genezing treedt vrijwel altijd binnen 3 maanden na de besmetting op. Patiënten met een chronische hepatitis C lopen meer risico om cirrose (circa 20%) en HCC te ontwikkelen; binnen 5 jaar ontwikkelt bij circa 17% van de patiënten met cirrose een HCC. Het risico op overdracht van HCV van moeder op kind tijdens de bevalling is kleiner dan 10% en afhankelijk van de virale load en een eventuele co-infectie met hiv. Na een geslaagde behandeling is het mogelijk om opnieuw geïnfecteerd te raken met hepatitis C; antistoffen tegen hepatitis C zijn niet beschermend.

Bij alle patiënten met hepatitis C is behandeling geïndiceerd om cirrose en levercelcarcinoom te voorkomen. De behandeling is gericht op klaring van het virus tot niet-detecteerbare concentratie. De effectiviteit van de behandeling van chronische hepatitis C voor het klaren van het virus varieert van 60 tot 100%.[14] Bij patiënten bij wie een behandeling in het verleden niet succesvol was, wordt beoordeeld of deze in aanmerking komen voor behandeling met nieuwere geneesmiddelen, die effectief zijn en minder bijwerkingen hebben.

Bij vrouwen met hepatitis C en een actuele kinderwens is het van belang het risico op overdracht van het virus van moeder op kind zoveel mogelijk te beperken. Dit gebeurt bij voorkeur door antivirale behandeling voorafgaand aan de zwangerschap. Tijdens zwangerschap is behandeling van hepatitis C niet mogelijk wegens de teratogene werking van de medicatie.

Hepatitis E

De ziekteverschijnselen en het beloop van hepatitis E komen overeen met die van hepatitis A. Hepatitis E kan leiden tot icterus of een verhoogd ALAT. Hygienemaatregelen zijn niet noodzakelijk; patiënten zijn niet (erg) besmettelijk voor hun omgeving. Hepatitis E geneest meestal spontaan. Bij patiënten die een hoge dosis immunosuppressiva gebruiken, zoals na een orgaantransplantatie, kan de hepatitis-E-infectie chronisch worden en leiden tot cirrose.

Overige virale oorzaken van hepatitis

Bij mononucleosis infectiosa en infectie met het CMV kan algehele malaise en een lichte hepatitis optreden. In enkele gevallen is er sprake van icterus.

Levercelschade door gebruik van geneesmiddelen of drugs

Verschillende geneesmiddelen zijn hepatotoxisch, wat kan leiden tot levercelbeschadiging, cholestase of mengvormen hiervan.[16] De ernst en mate van reversibiliteit van de levercelschade kan sterk variëren. Mogelijke symptomen zijn icterus en algemene extrahepatische symptomen zoals subfebriele verhoging en huiduitslag. Daarnaast kunnen het ALAT en/of gamma-GT licht tot sterk verhoogd zijn. De levercelschade kan direct na het starten van de medicatie of pas na langere tijd (maanden tot jaren) tot uiting komen. Specifiek bij het gebruik van sommige antibiotica (amoxicilline met clavulaanzuur, macroliden, nitrofurantoïne, tuberculosemiddelen), antiepileptica, antimycotica (itraconazol en terbinafine), benzbromaron, allopurinol (in het bijzonder bij verminderde nierfunctie), analgetica (onder meer paracetamol) en statines kan incidenteel levercelschade optreden. Daarnaast kunnen enkele vrij verkrijgbare geneesmiddelen (zoals vitamine A), kruiden (zilverkaars), alternatieve geneesmiddelen en drugs levercelschade veroorzaken.

Levercelschade door alcoholmisbruik

Alcoholmisbruik kan op den duur leiden tot levercelschade (zie ook de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik). Eerst ontstaat alcoholische steatosis hepatis. Deze is reversibel bij verminderen of staken van het alcoholgebruik. Voortgezet alcoholmisbruik kan leiden tot alcoholische hepatitis en tot levercirrose en levercelcarcinoom. Alcoholische steatosis hepatis geeft hooguit aspecifieke

klachten en kan gepaard gaan met een stijging van het ALAT.

Niet-alcoholische steatosis hepatis

Bij niet-alcoholische steatosis hepatis (NAFLD) treedt vetstapeling in de lever op. Dit komt vooral voor bij patiënten met diabetes mellitus type 2, dyslipidemie en obesitas.[17] Patiënten met NAFLD hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (tweemaal verhoogd) en op sterfte (anderhalf keer verhoogd) in vergelijking met de algemene populatie.[17] NAFLD geeft geen klachten; het gaat vaak om een toevalsbevinding die aan het licht komt door een (licht) verhoogd ALAT bij laboratoriumonderzoek of doordat leververvetting gezien wordt bij een echografie van het abdomen. De diagnose NAFLD is pas mogelijk nadat andere (regelmatig voorkomende) oorzaken zijn uitgesloten.[18]

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Er zijn weinig klachten dan wel symptomen specifiek voor een leveraandoening.[19] Bij de volgende patiëntengroepen is de huisarts bedacht op een leveraandoening:

- patiënten met icterus, bij wie de huisarts niet denkt aan pathologie van de galblaas, galwegen of pancreas;
- patiënten met klachten die een risicocontact hebben gehad of die behoren tot een risicogroep voor hepatitis B of C (zie [**tabel 1**] en [**tabel 2**]);
- patiënten met algehele malaise bij wie tevens verdenking bestaat op levercelschade door alcoholmisbruik of recent drugsgebruik;
- patiënten met algehele malaise bij wie tevens verdenking bestaat op levercelschade door geneesmiddelen, omdat recent een behandeling met een geneesmiddel is gestart of de dosering is gewijzigd.

Omdat veel personen met een (chronische) leveraandoening geen klachten hebben, overweegt de huisarts het risico van een leveraandoening bij spreekuurbezoekers indien:

- de patiënt risicocontacten heeft (gehad) voor (chronische) hepatitis B of C (zie [**tabel 1**]);
- de patiënt behoort tot een risicogroep voor (chronische) hepatitis B of C (zie [**tabel 2**]);
- er sprake is van problematisch alcoholgebruik of drugsgebruik;
- bij het lichamelijk onderzoek een vergrote lever wordt aangetroffen (die niet kan worden toegeschreven aan hartfalen);
- de transaminasewaarden verhoogd zijn (zie paragraaf *Aanvullend onderzoek*).

Anamnese

De huisarts gaat, afhankelijk van de vermoede leverproblematiek, de volgende klachten en risicofactoren meer of minder uitgebreid na:

- de duur en het beloop van eventuele klachten;
- (seksueel) risicocontact in het verleden (zie [**tabel 1**]);
- of de patiënt behoort tot een risicogroep (zie [**tabel 2**]);
- vóórkomen van leveraandoeningen, hepatitis of levercelcarcinoom in de familie of bij de partner;
- recent verblijf in een land waar hepatitis A veel voorkomt;
- doorgemaakte hepatitis A, B of C en eventuele behandeling;
- vaccinatie tegen hepatitis A of B;
- gebruik van medicatie, kruiden, vitamine A (met name recent gestart of in gewijzigde dosering, zie paragraaf *Achtergronden* voor de meestvoorkomende geneesmiddelen die hepatoxiciteit veroorzaken);
- gebruik van alcohol of drugs;
- aanwezigheid van diabetes mellitus, hypertensie of afwijkend lipidenspectrum in de voorgeschiedenis.

Lichamelijk onderzoek

De huisarts verricht het volgende onderzoek:

- mate van ziek zijn;
- inspectie van de sclerae op gele kleur;
- percussie en palpatie van de lever-, galblaas- en miltregio;
- bij vermoeden van niet-alcoholische steatosis hepatis: gewicht en lengte en/of middelomtrek, bloeddruk;
- bij vermoeden van cirrose:
- huidinspectie (icterus, spider naevi, erythema palmare);
- gynaecomastie, flapping tremor;
- onderzoek abdomen (ascites, splenomegalie en veneuze collateralen in de buikwand).

Aanvullend onderzoek

Het aanvullend onderzoek is afhankelijk van de vermoede leveraandoening. Zie [**tabel 1**] en [**tabel 2**] voor de risicocontacten en risicogroepen en [**tabel 4**] voor een overzicht van de bepalingen.

Virushepatitis

- *Volwassen patiënten (> 16 jaar) met icterus* bij wie geen verdenking bestaat op pathologie van de galblaas, galwegen of pancreas:
  - ALAT en serologie voor acute hepatitis A, indien negatief serologie voor hepatitis E, en op indicatie voor acute hepatitis B en C.
- *Kinderen (0-16 jaar) met icterus.* De diagnostiek vindt plaats op basis van risicoschatting en is vooral gericht op hepatitis A:
  - ALAT en serologie op acute hepatitis A;
  - indien serologie op acute hepatitis A negatief: serologie op EBV, CMV en hepatitis E;
  - indien deze testen ook negatief: serologie voor acute hepatitis B en op indicatie acute hepatitis C.
- *Patiënten met algehele malaise* bij wie tevens verdenking bestaat op virushepatitis (behorend tot een risicogroep of vanwege risicocontact voor virushepatitis):
  - ALAT en serologie op hepatitis B, op indicatie chronische hepatitis C.
- *Spreekuurbezoekers zonder klachten maar met een risicocontact in de voorgeschiedenis.* De huisarts maakt op grond van afkomst en gedrag (nu of in het verleden) een inschatting of onderzoek nodig is:
  - ALAT en serologie op hepatitis B, op indicatie serologie naar acute of chronische hepatitis C (afhankelijk van tijdsduur na risicocontact)
- *Spreekuurbezoekers afkomstig uit intermediair- en hoog-endemische landen zonder klachten* (zie [**tabel 2**]).[20] De huisarts overweegt om de patiënt aan te bieden om eenmalig te testen:
  - ALAT en serologie op hepatitis B en chronische hepatitis C.

Tabel 4 Serologische diagnostiek bij verdenking op virushepatitis

Indicatie	Eerste bepaling	Vervolg bij positieve eerste test	Uitleg bij de bepaling	Interpretatie
Algemeen	ALAT			Verhoging kan passen bij leveraandoening.
Hepatitis A, acuut	IgM-anti-HAV		Hepatitis-A-antistoffen	Bewijzend voor acute hepatitis A.
Hepatitis B, zowel chronisch als acuut	HBsAg*		Hepatitis-B-oppervlakteantigeen	Aantoonbaar ongeveer één maand na de besmetting. Bewijzend voor hepatitis B. Het lab bepaalt ook altijd anti-HB-core.
		HBeAg > 6 maanden na besmetting†	Hepatitis-B-antigeen	Bewijzend voor actieve chronische hepatitis B > 6 maanden na de besmetting.
		HBV-DNA > 6 maanden na besmetting†	Hepatitis-B-DNA	≥ 2000 IU/ml bewijzend voor actieve chronische hepatitis B, > 6 maanden na de besmetting.
Hepatitis-B-vaccinatie	Anti-HBs		Antistoffen tegen HBsAg	Bewijzend voor een geslaagde vaccinatie.
Hepatitis C, acuut	HCV-RNA		Hepatitis-C-RNA	Aantoonbaar 7 dagen na besmetting. Aanwezigheid bewijzend voor een hepatitis C. Bij afwezigheid is er geen hepatitis-C-infectie.
		HCV-RNA		Herhaal na 3 maanden vanwege kans op spontane genezing en inzetten behandeling gebeurt pas na 3 maanden.
Hepatitis C, chronisch	Anti-HCV‡		Antistoffen tegen HCV	Aantoonbaar 10 weken na besmetting. Bewijzend voor (doorgemaakte) besmetting met HCV.
		HCV-RNA		Aanwezigheid bewijzend voor een hepatitis C. Afwezigheid bij een positieve anti-HCV is bewijzend voor doorgemaakte HCV.
Hepatitis C in het verleden	HCV-RNA			Aanwezigheid bewijzend voor een chronische hepatitis C. Afwezigheid is bewijzend voor genezen HCV.
Hepatitis E	IgM-anti-HEV			Positieve uitslag bewijzend voor acute hepatitis E

* Zie voor handelwijze bij een positief HBsAg Bijlage: [**stroomschema 1**].
† De diagnostiek bij een positieve HBsAg verloopt getrapt. Bij een normale ALAT volgt zes maanden na besmetting bepaling van het HBeAg. Is het HBeAg negatief, dan volgt bepaling van het HBV-DNA.[10] Zie Bijlage: [**stroomschema 1**].
‡ Zie voor handelwijze bij een positieve anti-HCV Bijlage: [**stroomschema 2**].

- *Patiënten bij wie in het verleden de diagnose hepatitis B of C is gesteld,* die niet (succesvol) zijn behandeld of niet onder controle zijn van een hepatitisbehandelcentrum:
  - ALAT en serologie hepatitis B of C.

Overige overwegingen:
- Bij een besmetting door een seksueel risicocontact is nadere diagnostiek naar soa's nodig, zie de NHG Standaard Het soa-consult.
- Overweeg om bij spreekuurbezoekers afkomstig uit intermediair en hoogendemische landen tevens een hivtest aan te vragen.
- Het laboratorium doet over het algemeen routinematig een aantal vervolgbepalingen:
  - Als hepatitis-B-serologie wordt aangevraagd, bepalen laboratoria naast het HBsAg ook altijd het anti-HB-core (zie [**tabel 4**]). De reden hiervoor is dat ongeveer drie maanden na het begin van een hepatitis-B-infectie bij spontane klaring het HBsAg verdwijnt, terwijl het anti-HBs soms nog niet positief is (het zogeheten *open-core-window*). Anti-HB-core blijft positief, ook na verdwijnen van HBsAg, zodat dan in elk geval bekend is dat een besmetting met HBV heeft plaatsgevonden.
  - Indien bij controle op hepatitis B na zes maanden een positief HBsAg wordt gevonden, bepaalt het laboratorium (uit kostenoverweging) bij een normaal ALAT eerst het HBeAg, en indien negatief het HBV-DNA (zie [**tabel 4**] en [**stroomschema 1**] in de Bijlage.[10]
  - Als hepatitis-C-serologie wordt aangevraagd bij een risicocontact ≥ 10 weken bepaalt het laboratorium bij een positief anti-HCV automatisch het HCV-RNA.
- Bij gebruik van een probleemgeoriënteerd laboratoriumformulier doet het laboratorium bij positieve virushepatitisserologie automatisch de benodigde vervolgbepalingen.
- Indien de aangevraagde hepatitisserologie negatief is, gaat de huisarts andere oorzaken van de klachten na (alcohol, medicijngebruik, eventuele infectie met EBV, CMV of HEV). Het is ook mogelijk dat de periode tussen besmetting en bepaling van de serologie te kort is geweest. Bij een sterke verdenking op een acute virushepatitis (klachten en bekend besmettingsmoment) herhaalt de huisarts de bepalingen naar hepatitis B en/of C zo nodig na één maand.
- Bij een reëel besmettingsgevaar met negatieve serologie en bij vervolgdiagnostiek bij positieve virushepatitisserologie verricht het laboratorium vaak automatisch verdere bepalingen.

Ga na bij het preferente laboratorium wat gebruikelijk is, of hier regionaal afspraken over zijn gemaakt en welke gegevens het laboratorium nodig heeft om automatische vervolgdiagnostiek te kunnen uitvoeren.
- Noteer altijd de relevante achtergrondinformatie op het aanvraagformulier, zoals indicatie, eerste ziektedag, klachten, datum mogelijk besmettingsmoment en vaccinatiestatus.
- Laat bij acute klachten en bij nadere diagnostiek naar een verhoogd ALAT spijtserum afnemen.

Levercelschade door een geneesmiddel, drugs of alcohol
- Bij patiënten met klachten van algehele malaise bij gebruik van een mogelijk hepatotoxisch geneesmiddel, drugs of bij overmatig alcoholgebruik:
  - Bepaal het ALAT.

Verhoogd ALAT (1,5 tot 10 maal boven de normaalwaarde)
- Bij patiënten met ALAT-waarden van 1,5 tot 10 maal boven de normaalwaarde:
  - Bepaal het ALAT opnieuw na ongeveer vier weken en vraag spijtserum aan.
  - Indien opnieuw verhoogd: aanvullend onderzoek conform [**stroomschema 3**].[21,22]
  - Overweeg bij patiënten met een verhoogd risico op steatosis hepatis echografie van de lever, om NAFLD aan te tonen.[18]
  - Inventariseer bij (risico op) NAFLD het cardiovasculair risico (zie hiervoor de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement).

EVALUATIE

Virushepatitis

Acute hepatitis A

Klachten, icterus en IgM-anti-HAV positief.[23,24]

Hepatitis B

HBsAg positief: hepatitis B aangetoond.

Maak onderscheid tussen:
- *Acute hepatitis B*
  - risicocontact < 6 maanden geleden
  - HBsAg positief
- *Chronische, inactieve hepatitis B*:
  - risicocontact > 6 maanden geleden
  - HBsAg positief, én
  - ALAT normaal én
  - HBeAg negatief én
  - HBV-DNA < 2000 IU/ml
- *Chronische, actieve hepatitis B*:
  - risicocontact > 6 maanden geleden
  - HBsAg positief, en ten minste 1 van de onderstaande criteria:
    - verhoogd ALAT
    - HBeAg positief
    - HBV-DNA ≥ 2000 IU/ml
- *Doorgemaakte hepatitis B*
  - HBsAg negatief
  - anti-HB-core positief
  - anti-HBs positief
- *Hepatitis-B-vaccinatie*
  - anti-HBs positief

Hepatitis C
- *Acute hepatitis C*[25]
  - risicocontact < 6 maanden geleden
  - HCV-RNA positief
- *Chronische hepatitis C*
  - risicocontact > 6 maanden geleden
  - anti-HCV positief én
  - HCV-RNA positief
- *Genezen of doorgemaakte hepatitis C*
  - anti-HCV positief én
  - HCV-RNA negatief

Acute hepatitis E

Klachten, eventueel icterus en IgM-anti-HEV positief.

Overige

Infectie met EBV of CMV: antilichamen positief. Het verdere beleid bij deze infecties valt buiten het bestek van deze standaard.

Overige aandoeningen
- Overweeg bij patiënten met een bij herhaling licht verhoogd ALAT (1,5 tot 10 maal boven de normaalwaarde) en negatieve virushepatitisserologie de volgende diagnoses:
  - levercelschade door een geneesmiddel. Vaak is de relatie niet eenduidig en kan de diagnose pas worden gesteld indien het ALAT na staken van het geneesmiddel daalt.
  - levercelschade door alcoholgebruik. De diagnose is waarschijnlijker indien na staken van het alcoholgebruik het ALAT daalt. Het ALAT is meestal na 3 maanden genormaliseerd.
  - niet-alcoholische steatosis hepatis. Dit wordt vermoed bij een (licht) verhoogd ALAT (1,5 tot 10 maal boven de normaalwaarde) met daarbij obesitas, diabetes mellitus of dyslipidemie. Het vermoeden wordt ondersteund door een vergrote lever bij lichamelijk onderzoek of aanwijzingen voor steatose bij echografie van de lever. Niet-alcoholische steatosis hepatis is een diagnosis per exclusionem; andere oorzaken zijn onwaarschijnlijk dan wel uitgesloten.
- Overweeg bij (zeer) hoge waarden van ALAT (arbitrair > 10 maal de normaalwaarde) acute levercelschade door intoxicatie of een toxische reactie ten gevolge van geneesmiddelen.
- Overweeg bij icterus met normale ALAT én negatieve hepatitisserologie hemolytische anemie of het syndroom van Gilbert. Het verdere beleid valt buiten het bestek van deze standaard.
- Overweeg de diagnose cirrose bij een of meerdere tekenen hiervan bij het lichamelijk onderzoek.

RICHTLIJNEN BELEID

Algemene voorlichting virushepatitis

De huisarts legt uit dat virushepatitis een besmettelijke virusinfectie van de lever is.[27] Moeheid is soms ernstig en kan langdurig aanhouden (enkele maanden), maar bedrust is niet nodig. Tijdens de acute fase wordt het gebruik van alcohol (op pathofysiologische gronden) en geneesmiddelen die voornamelijk door de lever worden afgebroken ontraden. Bij een stringente indicatie kan de dosering van het geneesmiddel worden aangepast in overleg met de apotheker. Specifieke dieetadviezen zijn niet nodig, maar in de herstelperiode is er soms een intolerantie voor vet en is het beter geen alcohol te gebruiken.

Aan patiënten met hepatitis B en C geeft de huisarts de volgende adviezen aan ter voorkoming van besmetting van anderen:
- Geef adviezen ter voorkoming van contact met bloed van niet-geïnfec-

teerden.[28] Adviseer de patiënt er zorg voor te dragen dat anderen niet in contact komen met voorwerpen waar mogelijk zijn bloed aan zit: tandenborstels, scheerapparatuur, naalden, spuiten, verbandmateriaal, maandverband en medische gebruiksartikelen. Daarnaast dient de patiënt op te letten bij huidlaesies zoals wondjes, open eczeem en impetigo. Aan het gezamenlijk gebruik van tafelbestek, de badkamer, kleren en aan gewoon 'aanraakcontact' is geen risico verbonden.
- Bespreek de consequenties ten aanzien van een eventuele zwangerschap (overdracht van moeder op kind).
- Motiveer de patiënt om met de seksuele contacten van het afgelopen half jaar te bespreken dat deze zich dienen te laten testen. Wijs de patiënt ook op www.thuisarts.nl.

Ten aanzien van werk, school of dagverblijf zijn bij normaal sociaal contact geen speciale maatregelen nodig. In specifieke situaties moet overleg plaatsvinden tussen de direct verantwoordelijken zoals de bedrijfsarts of arbodienst en/of adviserend deskundigen voor een inschatting van het risico op bloed-bloedcontact. Dit geldt vooral indien de geïnfecteerde werkt in de gezondheidszorg en daar risicovolle handelingen verricht, of indien het een kind betreft met risicogedrag, zoals bijten. Zie noot [29] voor meer uitleg over patiënten met hepatitis B die werkzaam zijn in de gezondheidszorg.

De huisarts tracht samen met de patiënt het transmissiemoment te achterhalen; dit geldt vooral bij hepatitis B en C. Bij hepatitis B en C gaat de huisarts in op taboes en stigma's die mogelijk bij de patiënt of zijn omgeving leven.[27] Hier zijn soms meerdere consulten voor nodig.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over virushepatitis op de NHG-Publiekswebsite www.thuisarts.nl of de betreffende tekst (voorheen NHG-Patiëntenbrief) meegeven via het HIS. Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard.

Hepatitis A

Voorlichting

Bij hepatitis A is het beloop vrijwel altijd gunstig. Ter voorkoming van besmetting van anderen geeft de huisarts de volgende specifieke adviezen:

Patiënten met hepatitis A
- Raad de patiënt aan thuis te blijven van school of werk tot één week na het ontstaan van de icterus.[30] Overleg met de GGD bij twijfel over het toestaan van crèchebezoek; hoogstwaarschijnlijk heeft besmetting van andere crèchebezoekers al plaatsgevonden en zijn er asymptomatische patiënten.
- Adviseer gedurende deze periode strikte hygiëne.[31] Dit betekent:
  - contact met feces vermijden, handen wassen met zeep na toiletgebruik en vóór het bereiden van eten, eventueel gebruik van zeeppompjes;
  - toilet, trekker/spoelknop en deurknop ten minste ieder dagdeel huishoudelijk schoonmaken en indien mogelijk eigen toilet gebruiken;
  - bij verzorging van een baby met hepatitis A: wegwerpluiers gebruiken en het aankleedkussen huishoudelijk reinigen na iedere verzorging; na verzorging handen wassen met water en zeep.

Personen uit de directe omgeving van een patiënt met hepatitis A

Adviseer strikte hygiëne tot één week na begin van de klachten van de patiënt (koorts of icterus). Daarnaast wordt immunisatie van personen uit de directe omgeving geadviseerd. Deze wordt uitgevoerd door of met de GGD afgestemd. Vaccinatie met hepatitis-A-vaccin als post-expositieprofylaxe binnen acht dagen na contact met de patiënt heeft vrijwel altijd de voorkeur (zie paragraaf *Richtlijnen preventie van virushepatitis*).[32]

Controle

Controle van de leverfuncties is niet nodig omdat dit geen consequenties heeft voor het beleid.

Hepatitis B

Voorlichting

Ter voorkoming van besmetting van anderen geeft de huisarts naast de algemene adviezen de volgende specifieke adviezen:

Patiënten met hepatitis B
- Bespreek de besmettelijkheid van bloed en lichaamsvloeistoffen bij hepatitis B en hoe overdracht naar anderen te vermijden.
- Ontraad onbeschermde seksuele contacten en motiveer de patiënt om met zijn contacten te bespreken dat deze zich dienen te laten vaccineren (zie de NHG-Standaard Het soa-consult).

Personen uit de directe omgeving van een patiënt met hepatitis B
- Nodig eventueel de partner uit op het spreekuur.
- Geef adviezen gericht op het voorkomen van contact met bloed van de patiënt en op het vermijden van onbeschermde seksuele contacten.
- Adviseer vaccinatie aan partners en zo nodig gezinsleden van patiënten met hepatitis B (zie de paragraaf *Richtlijnen ter preventie van hepatitis*).

Controle

Acute hepatitis B
- Spreek contact af naar behoefte.
- Bepaal na zes maanden opnieuw het HBsAg en eventueel aanvullend onderzoek conform [**tabel 4**] (zie eventueel [**stroomschema 1**] in de Bijlage). Huisarts en patiënt kunnen er ook voor kiezen de patiënt al eerder door te verwijzen naar een hepatitisbehandelcentrum of mdl-arts indien regionaal afgesproken.

Inactieve chronische hepatitis B
- Bepaal elk half jaar het ALAT en elke drie jaar het HBsAg (zie [**stroomschema 1**] in de Bijlage). Bij een normaal ALAT en positief HBsAg controleert de huisarts bij de patiënt levenslang elk half jaar het ALAT en elke drie jaar het HBsAg.
  - Is het ALAT verhoogd, dan is er sprake van een actieve chronische hepatitis en verwijst de huisarts de patiënt (zie paragraaf *Verwijzen*).[33]
  - Is het HBsAg negatief, dan heeft seroconversie plaatsgevonden en is er een doorgemaakte hepatitis B. De huisarts staakt dan de controle.
- Bij een zwangerschap met een inactieve chronische hepatitis B voert de

Aangifteplicht en bronopsporing
Acute hepatitis A, B en C, en chronische hepatitis B zijn meldingsplichtig.[26] Dit houdt in dat de huisarts of het laboratorium na het stellen van de diagnose de ziekte binnen één werkdag moet melden aan de GGD. Zie voor de specifieke meldingscriteria per infectieziekte de LCI-richtlijnen op www.rivm.nl.
De GGD is verantwoordelijk voor de bron- en contactopsporing, voorlichting aan de patiënt over besmettelijkheid en waar mogelijk bescherming van de contacten.
Voor hepatitis A geldt dat het contactonderzoek zich voornamelijk richt op personen die van dezelfde toiletvoorziening gebruik maken als de patiënt. Contacten van een patiënt met hepatitis A die hiervoor in aanmerking komen, worden zo nodig gevaccineerd of passief geïmmuniseerd. Hierover vindt afstemming plaats tussen de GGD en de huisarts.
Bij acute hepatitis B wordt bronopsporing uitgevoerd (zie ook de NHG-Standaard Het soa-consult). Contacten van een patient met acute of chronische hepatitis B die hiervoor in aanmerking komen, worden zo nodig gescreend en/of gevaccineerd. De huisarts en de GGD maken afspraken wie de uitvoering doet.
Brononderzoek bij acute hepatitis C is vooral van belang om eventuele iatrogene verspreiding van hepatitis C (transfusie, transplantatie, procedurefouten) te achterhalen om deze in de toekomst te kunnen voorkomen.[13] Bij hepatitis C is contactonderzoek meestal niet nodig, behalve bij MSM die de besmetting via seksueel contact hebben opgelopen of bij familieleden met een bijzondere indicatie zoals vermeld in de LCI-richtlijn, www.rivm.nl.

huisarts bovenstaande controles ook uit. Zie voor het beleid ter preventie van overdracht van moeder op kind de paragraaf *Richtlijnen ter preventie van virushepatitis*.

Verwijzen

Acute hepatitis B

- Verwijs een ernstig zieke patiënt met acute hepatitis B naar een hepatitisbehandelcentrum of mdl-arts indien regionaal afgesproken.

Chronische hepatitis B

- Verwijs alle patiënten met chronische hepatitis B en een cirrose naar een hepatitisbehandelcentrum.[34]

Actieve chronische hepatitis B

- Verwijs patiënten met een actieve chronische hepatitis B naar een hepatitisbehandelcentrum om te beoordelen of er een indicatie bestaat voor behandeling, ook als behandeling in het verleden niet succesvol was.[12]
- Verwijs ook zwangeren met een actieve chronische hepatitis B. De behandeling van deze patiënten is gericht op het verminderen van het risico op overdracht van moeder op kind.[35]

Hepatitis C

Voorlichting

Patiënten met hepatitis C

Ter voorkoming van besmetting van anderen geeft de huisarts naast de algemene adviezen de volgende specifieke adviezen:

- Ontraad bij chronische hepatitis C alcoholgebruik ten zeerste vanwege de kans op blijvende levercelschade.[36]
- Bespreek de besmettelijkheid van bloed bij hepatitis C en hoe overdracht naar anderen te vermijden is. Het risico op overdracht van hepatitis C bij seksueel contact is klein, behalve bij (met hiv geïnfecteerde) MSM die seksuele risicocontacten hebben waarbij verwonding optreedt.[13]

Personen uit de directe omgeving van een patiënt met hepatitis C

Geef adviezen gericht op het voorkomen van contact met bloed van de patiënt (zie paragraaf *Algemene voorlichting virushepatitis*).

Verwijzing

- Verwijs alle patiënten met acute en chronische hepatitis C naar een hepatitisbehandelcentrum, ook als in het verleden de behandeling niet succesvol was.[14] Bij een besmetting korter dan drie maanden geleden kan een spontane genezing worden afgewacht, omdat eventuele behandeling van acute hepatitis C pas na drie maanden wordt ingezet.
- Overleg tijdens de behandeling over elke wijziging of start van medicijnen met de behandelend specialist. De hepatitis-C-medicijnen zijn namelijk zeer interactiegevoelig.

Hepatitis E

Voorlichting

- Bij hepatitis E is het beloop vrijwel altijd gunstig.
- Adviezen ter voorkoming van besmetting van anderen zijn niet nodig.

Controle

Controle van de leverfuncties is niet nodig omdat dit geen consequenties heeft voor het beleid.

Levercelschade door geneesmiddelen

Het beleid bij hepatotoxiciteit wordt bepaald door de mate van ALAT-stijging, de indicatie voor het geneesmiddel en de beschikbaarheid van alternatieven. Het is veilig om een geneesmiddel door te gebruiken tot arbitrair een stijging van het ALAT tot 1,5 maal de normaalwaarde. Bij hogere ALAT-waarden is staken van het gebruik van het desbetreffende geneesmiddel doorgaans afdoende om herstel van de lever te bewerkstelligen. Soms is staken echter niet (direct) mogelijk, omdat er een dwingende behandelnoodzaak is en een alternatief ontbreekt, bijvoorbeeld bij anti-epileptica. In dat geval maakt de huisarts met de oorspronkelijk voorschrijver van het verdachte geneesmiddel een afweging tussen de voor- en nadelen van de behandeling.

Voorlichting

- Leg uit dat het geneesmiddel (mogelijk) schade aan de lever geeft, wat kan resulteren in fibrose en cirrose van de lever. De schade verdwijnt doorgaans na staken van het geneesmiddel.
- Bespreek met de patiënt de voor- en nadelen van stoppen, vervangen of continueren van het geneesmiddel.

Medicamenteuze behandeling

- Beoordeel de indicatie, de noodzaak om het geneesmiddel te continueren en de beschikbaarheid van alternatieven;
- Staak het geneesmiddel tenzij er een dringende behandelindicatie bestaat en er geen alternatieven voorhanden zijn;
- Overleg bij twijfel met de (behandelend) voorschrijver en verwijs zo nodig.

Controle

- Bepaal het ALAT een maand na staken van het geneesmiddel;

- Indien het ALAT is gedaald tot anderhalf maal de normaalwaarde kan bij een adequate indicatie gestart worden met een geneesmiddel met een ander metabolisme, eventueel in overleg met de apotheker en/of de behandelend specialist;
- Controleer het ALAT drie keer. Indien het ALAT lager blijft dan anderhalf maal de normaalwaarde is verdere controle niet nodig. Indien het ALAT stijgt, beoordeel dan opnieuw de indicatie en de beschikbaarheid van alternatieven (zie *Medicamenteuze behandeling*).
- Controleer het ALAT elke drie maanden bij doorzetten medicijngebruik. Als het ALAT lager blijft dan anderhalf maal de normaalwaarde, controleer dan voortaan elk half jaar. Staak bij gelijk blijven van het ALAT na ongeveer drie jaar de controles. Een waarde van grofweg anderhalf maal de normaalwaarde is acceptabel.

Verwijzen
- Overleg met of verwijs naar de behandelend specialist of een mdl-arts of internist met specifiek aandacht voor leveraandoeningen:
  - bij een ALAT ≥ 10 maal de normaalwaarde: direct;
  - bij twijfel over voortzetten medicatie of voor het instellen op een ander geneesmiddel;
  - bij een persisterende verhoging van het ALAT (≥ 1,5 maal boven de normaalwaarde) ondanks staken van het hepatotoxisch geneesmiddel en indien een andere verklaring niet waarschijnlijk lijkt.

Levercelschade door alcohol

Voorlichting

De huisarts legt patiënten met levercelschade door alcohol uit dat door alcoholgebruik te stoppen de leverfunctie vaak zal herstellen.

Niet-medicamenteuze behandeling

De huisarts stimuleert de patiënt te stoppen met alcoholgebruik en vervolgt na een maand en vervolgens 3-maandelijks het ALAT totdat dit gedaald is tot < 1,5 maal de normaalwaarde. Bij een persisterend verhoogd ALAT (1,5 tot 10 maal de referentiewaarde) gaat de huisarts nogmaals na of de patiënt het alcoholgebruik heeft gestaakt. Is dit het geval, dan overweegt de huisarts of een andere oorzaak waarschijnlijk is (zie [**stroomschema 3**] in de Bijlage op www.henw.org). Zie voor de behandeling van overmatig alcoholgebruik de NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik.

Niet-alcoholische steatosis hepatis

Voorlichting

De huisarts legt patiënten met NAFLD uit dat er een verhoogde vetopslag bestaat in de lever, wat op termijn de functie van de lever negatief kan beïnvloeden. Daarnaast is er een verhoogd risico op een hart- en vaatziekten (circa twee keer verhoogd) en sterfte (circa anderhalf keer).[17] *Het doel van de behandeling is het voorkomen van cirrose en fibrose. Zie voor het verminderen van het risico op hart- en vaatziekten de NHG-Standaard CVRM. Niet-medicamenteuze behandeling*
- Bespreek met obese patiënten de optie om 5 tot 10% af te vallen. Afvallen is mogelijk effectief ter vermindering van de vetstapeling in de lever; het is in elk geval effectief ter vermindering van het risico op hart- en vaatziekten en diabetes.[37] Zie voor het beleid bij afvallen de NHG-Standaard Obesitas.
- Stimuleer de patiënt om voldoende te bewegen (zie de NHG-Zorgmodule Leefstijl).

Controle
- Stel een cardiovasculair risicoprofiel op volgens de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement.
- Bepaal bij de jaarlijkse controle ook het ALAT voor evaluatie van het effect van de behandeling.

Verwijzen

De huisarts overweegt verwijzing naar een mdl-arts bij een persisterend verhoogd ALAT 1,5 tot 10 maal boven de normaalwaarde ondanks behandeling en onzekerheid over de diagnose of voor nadere diagnostiek naar de aanwezigheid van cirrose of zeldzame oorzaken.

Overige leveraandoeningen

Verwijzen

De huisarts overlegt met of verwijst naar een mdl-arts of internist met specifieke aandacht voor leveraandoeningen bij een patiënt:
- met een ALAT > 10 maal de normaalwaarde: direct, tenzij er een duidelijke verklaring is en spontaan herstel is te verwachten;[38]
- met een ALAT die bij herhaling 1,5 tot 10 maal boven de normaalwaarde ligt en bij wie de huisarts meer duidelijkheid wil of vanwege de mogelijkheid van zeldzame aandoeningen zoals auto-immuunhepatitis of hemochromatose;
- met cirrose, voor aanvullende diagnostiek en eventuele behandeling.

RICHTLIJNEN TER PREVENTIE VAN VIRUSHEPATITIS

Het preventieve beleid bij virushepatitis wordt uitgevoerd in overleg met de GGD. Dit bestaat op indicatie uit passieve immunisatie, door middel van toediening van immunoglobuline, en vaccinatie.[39] Passieve immunisatie of vaccinatie ter preventie van hepatitis C is niet mogelijk. Zie voor preventie van en beleid na contact met (mogelijk besmet) bloed de Richtlijn Infectiepreventie in de huisartsenpraktijk.

Hepatitis A

De huisarts adviseert personen uit risicogroepen (zie [**tabel 2**]) vaccinatie als risicocontacten (blijven) plaatsvinden. Andere indicaties voor vaccinatie zijn: pre-expositieprofylaxe (bijvoorbeeld reizigers naar risicogebieden, beroepsblootstelling), chronische hepatitis B of C, een niet-virale chronische leverziekte en post-expositieprofylaxe.[40] Vaccinatie met hepatitis-A-vaccin als post-expositieprofylaxe is effectief indien het wordt gegeven aan patiënten jonger dan 40 jaar binnen 14 dagen na de eerste ziektedag van de indexpatiënt. Patiënten ouder dan 40 jaar worden passief geïmmuniseerd. Passieve immunisatie als post-expositieprofylaxe is zinvol bij contacten van patiënten met hepatitis A tot 28 dagen na de eerste ziektedag van de indexpatiënt.

Hepatitis B

De huisarts kan MSM en sekswerkers voor kosteloze hepatitis-B-vaccinatie verwijzen naar de GGD.[41] Ook bij patiënten met een chronische leveraandoening wordt de vaccinatie vergoed.[41] Vaccinatie en soms ook passieve immunisatie tegen hepatitis B is verder geïndiceerd na een prikaccident (zie noot [42] en Landelijke richtlijn prikaccidenten op www.rivm.nl voor de indicaties en termijn van toediening) en na een incidenteel onveilig seksueel contact met een patiënt die bekend is met hepatitis B.[43]

Na vaccinatie dient de anti-HBs-titer alleen te worden bepaald bij personen werkzaam in de zorg en bij risicofactoren voor non-respons (mannen > 40 jaar, BMI > 30 en zware rokers). Zie voor de uitvoering en interpretatie hiervan de Richtlijn hepatitis B van het Landelijk Centrum voor Infectieziekten (LCI) op www.rivm.nl. Kinderen geboren vanaf 2003 met een verhoogd risico op hepatitis B zijn via het rijksvaccinatieprogramma gevaccineerd tegen hepatitis B. Sinds 1 augustus 2011 worden alle nieuwgeboren kinderen gevaccineerd tegen hepatitis B.

Beleid ter voorkoming van overdracht van het hepatitis-B-virus bij de bevalling

De huisarts ontvangt bericht van de GGD als bij de screening van een zwangere een positieve HBsAg is gevonden.[44] Voor het beleid tijdens de zwangerschap wordt verwezen naar de paragraaf Richtlijnen beleid.

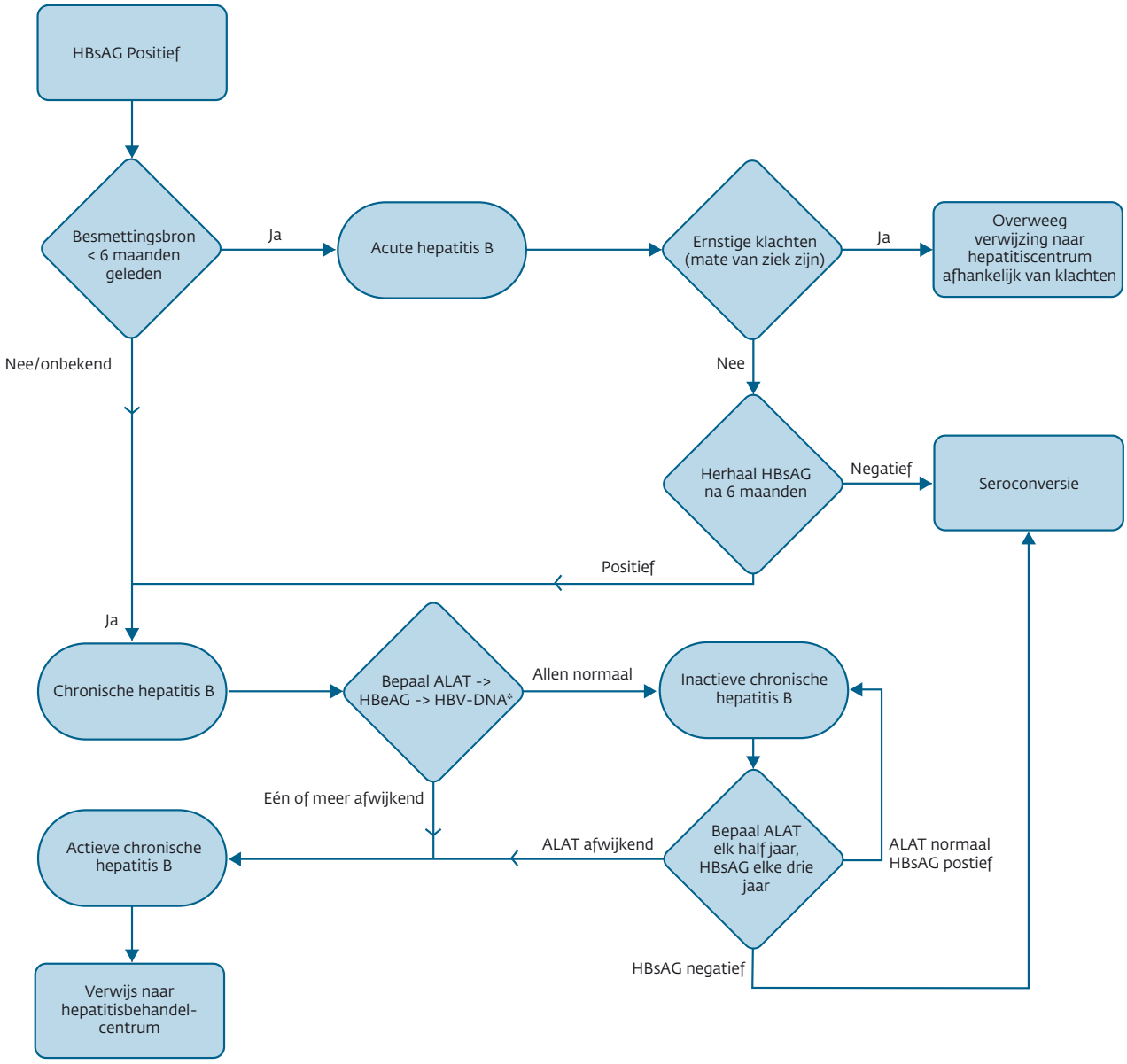
Bij een zwangere HBsAg-positieve vrouw dient de pasgeborene direct na de partus passief geïmmuniseerd en gevaccineerd te worden. Degene die de bevalling heeft geleid dient de pasgeborene binnen 2 uur na de geboorte 150 IE hepatitis-B-immunoglobuline toe en zo mogelijk ook direct het hepatitis-B-vaccin, anders zeker binnen 48 uur postnataal. De verdere vaccinatie wordt uitgevoerd op het consultatiebureau.

NOTEN EN LITERATUUR

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

BIJLAGE

Stroomschema 1 Diagnostiek bij positieve HBsAg



*De diagnostiek bij een positieve HBsAg is getrapt.

Sabine de Hoon, Robert Verheij

Huisarts ziet weinig patiënten na gezondheidstests

Gezondheidstests zijn in opkomst door onder andere technologische ontwikkelingen. Mensen maken steeds meer gebruik van de mogelijkheid om buiten de huisarts om gezondheidstests uit te (laten) voeren en zo meer grip te krijgen op hun eigen gezondheid. Enerzijds helpt dit om mensen meer bewust te laten worden van hun eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid. Anderzijds kan het mensen onnodig ongerust maken en zorggebruik in de hand werken dat vaak achteraf niet nodig was.

Volgens verschillende Nederlandse onderzoeken heeft ongeveer 15% van de Nederlandse bevolking ooit een gezondheidstest gedaan. Hiervan zegt 25% tot 80% contact op te nemen met de huisarts als gevolg van een ongunstig testresultaat. Er is weinig bekend over het aantal verwijzingen naar de tweede lijn met gezondheidstests als aanleiding.

Wij onderzochten of toename in het gebruik van gezondheidstests effect heeft op het aantal consulten in de huisartsenpraktijk en verwijzingen naar de tweede lijn. We vroegen hoe vaak huisartsen een patiënt op consult krijgen naar aanleiding van een gezondheidstest en hoe vaak zij patiënten dan doorverwijzen naar de tweede lijn. Hierbij gingen wij specifiek in op de meest voorkomende gezondheidstests (cholesteroltest, nierfunctietest, bloedsuikertest) en de totale bodycheck. Deze vraag was onderdeel van een online vragenlijst met 63 vragen die wij aan 494 huisartsen stelden; 179 (36%) huisartsen beantwoordden deze vraag.

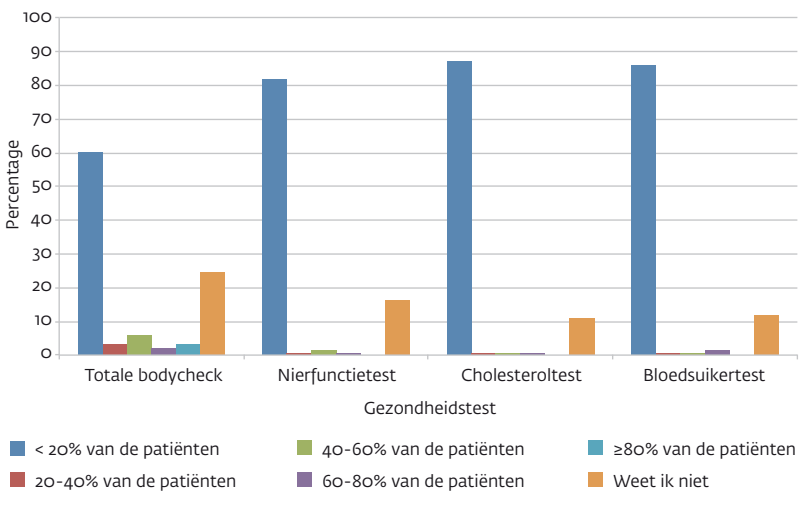
HUISARTSENBEZOEK DOOR GEZONDHEIDSTESTS

Op jaarbasis worden huisartsen gemiddeld zelden geconsulteerd naar aanleiding van een gezondheidstest of totale bodycheck. De tests waarvoor de meeste mensen de huisarts consulteren hebben betrekking op cholesterol (10 keer per jaar) en bloedsuiker (11 keer per jaar). Totale bodychecks en nierfunctietesten zijn bijna nooit aanleiding voor een consult (3 versus 4 keer per jaar). Het lage aantal consulten bij de huisarts staat in contrast met het aantal mensen dat aangeeft wel eens een gezondheidstest te doen. Een mogelijke verklaring is dat een gunstig testresultaat geen aanleiding is voor een huisartsenbezoek. En bij de niercheckcampagne uit 2006 bleek dat ook mensen met een ongunstige uitslag niet naar de huisarts gaan. Een andere verklaring kan zijn dat mensen hun testresultaten niet ter sprake brengen tijdens een consult.

Het aantal consulten naar aanleiding van gezondheidstests verschilt sterk per huisarts. Huisartsen die bovengemiddeld vaak patiënten zien voor de ene gezondheidstest zien ook iets vaker patiënten voor een andere gezondheidstest. Deze overlap loopt op van minimaal 12% tot maximaal 25%. Zo zien huisartsen in 25% van de gevallen vaker patiënten naar aanleiding van een bloedsuikertest wanneer zij vaker patiënten zien vanwege een cholesteroltest. Deze overlap geldt voor 12% van de gevallen bij de totale bodycheck en de nierfunctietest. Deze individuele verschillen kunnen worden verklaard door praktijkopbouw en aanbod van gezondheidstesten. Zo zijn huisartsen die bovengemiddeld vaak patiënten zien voor een cholesteroltest en een bloedsuikertest ook meer gevestigd in stedelijke gebieden.

Van de mensen die naar aanleiding van een gezondheidstest bij de huisarts komen, verwijst de huisarts hooguit 20% door naar de tweede lijn. Overigens geeft, variërend per test, 10-25% van de huisartsen aan dit eigenlijk niet goed te weten. Het kleine percentage verwijzingen is in overeenstemming met ander onderzoek.[1]

Figuur **Percentage patiënten dat naar de tweede lijn verwezen wordt door de huisarts naar aanleiding van een gezondheidstest**



CONCLUSIE

Op dit moment zien huisartsen weinig patiënten naar aanleiding van gezondheidstests, zo'n 3 tot 11 per jaar. Er zijn geen aanwijzingen dat de toename in het gebruik van gezondheidstests effect heeft op het aantal consulten in de huisartsenpraktijk. ■

LITERATUUR

1 Witkamp A, Hollander M, Poortvliet P, Vennekens A. Effecten van preventief zelfonderzoek op zorgkosten. Zoetermeer: Panteia, 2014.

Het hier beschreven onderzoek is uitgevoerd onder de deelnemers van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (voorheen bekend als Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen). Deze registratie maakt gebruik van routinematig bijgehouden gegevens uit de elektronische patiëntendossiers van deelnemende huisartsen. In 2014 namen 494 huisartsenpraktijken deel, met in totaal ruim 1,5 miljoen ingeschreven patiënten (zie ook www.nivel.nl/zorgregistraties).

Maaike Ronda

Optimale behandelsetting via EPD

In de rubriek (Ver)Stand van zaken geeft de aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) een korte samenvatting van de literatuur die heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag, waarop hij/zij aan het promoveren is. De coördinatie van de rubriek is in handen van N. Rasenberg, Erasmus MC, huisarts-in-opleiding en redactielid H&W • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl.

PRAKTIJKVRAAG

Kan het elektronisch patiënten dossier (EPD) ondersteuning bieden aan zorgverleners om mensen met diabetes mellitus type 2 (DM2) in de optimale behandelsetting te krijgen?

HUIDIG BELEID

De NHG-Standaard Diabetes Mellitus type 2 geeft onder meer aan wanneer en naar wie een patiënt eventueel verwezen moet worden. Daarnaast besteedt de LTA Diabetes Mellitus Type 2 (Landelijke Transmurale Afspraken) aandacht aan het beleid voor consultatie, verwijzing en ook terugverwijzing naar de eerste lijn. De gedachte is dat huisartsen en internisten op basis van de LTA regionale werkafspraken kunnen maken.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

De prevalentie van DM2 in Nederland is ongeveer 50 per 1000 personen en de verwachting is dat die sterk gaat stijgen. Met name het aantal oude en zeer oude patiënten met diabetes zal toenemen. Het grootste deel van de diabeteszorg wordt in de eerste lijn geleverd. Niet alleen de diabetesbehandeling zelf, maar ook de complicaties en comorbiditeit vragen aandacht. Door een stijging van het aantal patiënten en de verwachte toename van de complexiteit is er mogelijk meer intercollegiaal contact met specialisten. Het is voor zowel de kwaliteit van zorg als de kosteneffectiviteit belangrijk om díe patiënten te identificeren die baat hebben bij (eenmalige) verwijzing naar een internist, en dat terugverwijzing plaatsvindt als de vraag van de huisarts over bijvoorbeeld individuele streefwaarden en behandeling, is beantwoord.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Patiënten met DM2 worden (in de eerste of tweede lijn) niet altijd volgens de richtlijnen behandeld in de aanbevolen setting. Een Deens onderzoek laat zien dat patiënten met DM2 vaak in de tweede lijn behandeld blijven. De helft van de patiënten kwam na 18 maanden retour en bij 20% was er na zes jaar nog steeds contact met de tweede lijn.[1] Het is onbekend of de zorg voor DM2-patiënten in Nederland kosteneffectiever en verbeterd kan worden als er kritisch gekeken wordt, aan de hand van richtlijnen, of de patiënt in de juiste setting behandeld wordt. Ongeveer 85% van de patiënten met DM2 wordt nu behandeld in de eerste lijn, maar welke patiënt heeft mogelijk baat bij een eenmalig (elektronisch) consult of een (tijdelijke) verwijzing naar de tweede lijn? Deze samenwerking tussen huisarts en internist kan nog verbeterd worden.[2] Daarnaast blijkt dat minder frequente monitoring van goed ingestelde patiënten binnen de eerste lijn in Nederland nog niet structureel plaatsvindt maar wel goede resultaten geeft.[3] Bij deze vraagstukken zou e-health (in de vorm van monitoring via patiëntenportalen en elektronische consultatie tussen eerste en tweede lijn) een rol kunnen spelen.

CONCLUSIE

Naast afspraken over behandeldoelen zijn er ook transmurale afspraken over behandelsetting voor mensen met DM2. Het is op dit moment onduidelijk in hoeverre deze richtlijn met betrekking tot behandelsetting in de praktijk wordt gebracht en wat de mogelijke gevolgen voor de kosten en diabetes uitkomsten zijn. Een interventie, waarbij de hoofdbehandelaar ondersteund wordt door een op de richtlijnen gebaseerd elektronisch advies in het EPD kan mogelijk helpen om behandelsetting (zelfmonitoring, eerste lijn, eerste lijn met elektronisch consult internist en tweede lijn) voor mensen met DM2 te optimaliseren.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKVRAGEN

Leidt een op richtlijnen gebaseerd advies in het EPD ertoe dat mensen met DM2 in de optimale setting behandeld worden? Indien nee: waarom wordt deze richtlijn niet opgevolgd? Indien ja: wat zijn de gevolgen van de verschuiving voor patiënttevredenheid en diabetesuitkomsten? ■

LITERATUUR

1 Hansen TK, Ørskov C, Brockstedt H, Hornum H, Hansen KV. Patients referred with type 2 diabetes remain in specialist care for a long period. Dan Med J 2014;61:A798.
2 Raaijmakers LGM, Hamers FJM, Martens MK, Bagchus C, De Vries NK, Kremers SPJ. Perceived facilitators and barriers in diabetes care: a qualitative study among health care professionals in the Netherlands. BMC Fam Pract 2013;14:114.
3 Wermeling PR, Gorter KJ, Stellato RK, De Wit GA, Beulens JW, Rutten GE. Effectiveness and cost-effectiveness of 3-monthly versus 6-monthly monitoring of well-controlled type 2 diabetes patients: a pragmatic randomised controlled patient-preference equivalence trial in primary care (EFFIMODI study). Diabetes Obes Metab 2014;16:841-9.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, postbus 85500, 3508 GA Utrecht: M.C.M. Ronda, aiotho • Correspondentie: m.c.m.ronda@umcutrecht.nl

Jouke Hanje

Decidual cast

Casus

Een 45-jarige vrouw komt op het spreekuur met een stuk weefsel dat ze die ochtend vaginaal heeft verloren. De nacht ervoor had ze veel buikpijn en vaginaal bloedverlies gehad. Er zijn geen tekenen van een zwangerschap.

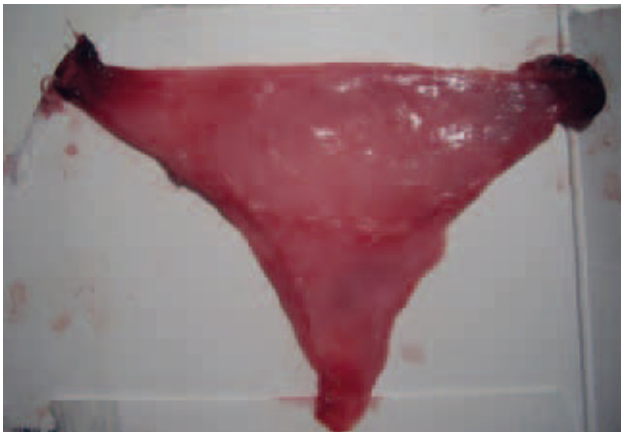
Ze was een half jaar daarvoor op het spreekuur geweest in verband met langduriger en heftiger menstruaties, en ze had een beetje last van opvliegers. In onderling overleg werd toen een hormoonhoudende spiraal geplaatst. Na het inbrengen bleef ze bloedverlies en buikpijn houden. Toen de klachten na een maand stopten, kwam ze op controle. Bij het speculumonderzoek waren er geen draadjes te zien. Op de echo was evenmin een spiraaltje in de uterus of elders in de buik te zien. Ze had niet gemerkt dat ze het spiraaltje was verloren. Daarna gebruikte ze twee maanden microgynon 30, zonder stopweek, met goed effect. Drie dagen voor het verlies van het stuk weefsel was ze met de pil gestopt, na een doorbraakbloeding.

Toen de patiënte naar de praktijk kwam, was de buikpijn over en het bloedverlies vrijwel gestopt. Ze had het weefsel bij zich in een zakje: een dun stukje met een gewicht van 85 gram. Het oppervlak was deels met stolsels bedekt [**figuur 1**]. Het weefsel werd in een pot met formaline gestopt en opgestuurd voor pathologisch-anatomisch onderzoek.

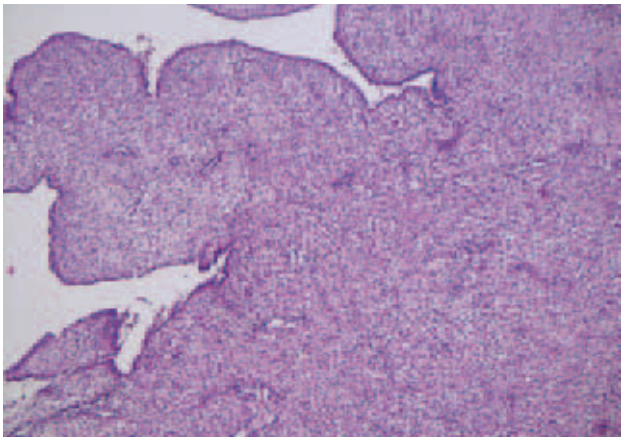
Een paar dagen later kwam de uitslag: een decidual cast. Er waren geen foetale resten en er was een decidual veranderd endometrium zichtbaar, focaal nog afgelijnd door epitheel [**figuur 2**].

De patiënte is op haar verzoek verwezen naar de gynaecoloog in verband met aanhoudende buikpijn en gering bloedverlies. Bij onderzoek werden geen afwijkingen gevonden aan uterus en adnexen. Een buikoverzichtsfoto toonde evenmin afwijkingen en ook geen spiraaltje. De gynaecoloog zag geen relatie tussen de problemen met het spiraaltje en de decidual cast.

Figuur 1



Figuur 2



BESCHOUWING

Deciduaal weefsel wordt in de uterus gevormd na langdurig hormonale stimulatie met progesteron of een ander gestageen: de *decidual cast* van de wand van het cavum uteri.[1] Decidual is de aftekening van de uteruswand bij zwangeren, dus niet de placentawand, en cast betekent afgietsel.

Het weefsel wordt spontaan door de baarmoeder uitgestoten en kan worden verward met een miskraam. Bij pathologisch-anatomisch onderzoek zijn er geen foetale resten en het human chorionic gonadotrophin (HCG) is negatief.

De decidual cast kan ook misleidend zijn bij een niet-gediagnostiseerde, ectopische zwangerschap (EUG). Door het weefselverlies (de decidual cast) denkt men ten onrechte dat het weefsel de miskraam is en dat de zwangerschap is gestopt. Daarom moet het HCG worden getest om er zeker van te zijn dat er geen EUG aanwezig is. Bij echografie kan een decidual cast lijken op een intra-uteriene zwangerschap en bij een positieve HCG is dat misleidend. Een decidual cast komt vooral voor bij gebruik van human menopausal gonadotrophin (HMG), HCG en bij gebruik van progestagenen.[1] Een decidual cast kan ook ontstaan bij endometriose en als de patiënte bij pilgebruik langere tijd geen pilpauze in acht neemt. Hoe vaak dit voorkomt bij doorslikken van de pil zonder pauze en hoe lang de pil kan worden doorgeslikt zonder dat dit probleem ontstaat, is niet in de literatuur te vinden. Bij gewoon of kort pilgebruik (zoals in deze casus) komt het zelden voor.

De conclusie luidt: denk bij weefselverlies uit de vagina dat lijkt op een miskraam ook aan een decidual cast, zeker als het weefsel de vorm heeft van het cavum uteri. Het is dan wel noodzakelijk een zwangerschap uit te sluiten door een HCG-test te doen. Via pathologisch onderzoek van het weefsel is vast te stellen dat er geen foetale resten aanwezig zijn. ■

Huisartsenpraktijken Montfoort, Hofplein 6-10, 3417 JN Montfoort: J.K. Hanje, huisarts
• Correspondentie: huisartsenpraktijkHanje@planet.nl

Met dank aan Peter de Bruin, patholoog-anatoom van het Antoniusziekenhuis in Nieuwegein.

LITERATUUR

1 Pingili R, Jackson W. Decidual Cast. The Internet Journal of Gynaecology and Obstetrics 2007;9:1.

DOE-HET-ZELF GEZOND

Wiggers, Tom. Doe-het-zelf gezond. De praktische leidraad voor een gezonde en bewuste leefstijl. Haarlem: Wiggers Health Haarlem, 2015. 271 pagina's, € 19,95. ISBN 978-90-823442-1-9.

Doelgroep Patiënten en zij die geen patiënt willen worden.
Inhoud Dit boek gaat over gezond en bewust leven. In drie delen zet arts en atleet Tom Wiggers uiteen waarom een gezonde leefstijl belangrijk is (deel I), wat een gezonde leefstijl inhoudt (deel II) en hoe dit is toe te passen (deel III). Doel: duidelijkheid, structuur en houvast bieden, zodat dit boek een vertrekpunt is richting gezonder leven.

In deel I beschrijft Wiggers waarom gezond leven zowel voor het individu als voor de maatschappij van belang is. Ondersteund met enkele cijfers en tabellen wordt een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid. Ook de professional pikt nog een leerzaam graantje mee bij de *compression of morbidity*-hypothese. In deel II (wat is een gezonde leefstijl?) besteedt Wiggers aandacht aan 21 gezondheidsthema's van gezonde voeding en verantwoorde zonlichtblootstelling tot meer medisch getinte onderwerpen als de griepprik en secundaire preventie. Deel III beschrijft een stappenplan tot gedragsverandering: ambitie – doelstelling – plan – actie – resultaat – reflectie. Ieder hoofdstuk eindigt met tips: dokter Tom adviseert...
Oordeel Voor de geïnteresseerde patiënt, of liever pre-patiënt, biedt het boek veel handvatten. Met name het hoofdstuk over voeding beschrijft in begrijpelijke taal hoe gezonde keuzes te maken zijn. Denk aan informatie over gefermenteerde zuivelproducten en omega-vetzuren en over de zin en onzin van voedingssupplementen. De hoofdstukken erna zijn korter en minder gedetailleerd, maar bevatten voor de leek nog voldoende informatie. Minder sterk zijn de adviezen aan het einde van ieder hoofdstuk. Het zijn vaak open deuren ('vind een balans tussen inspanning en ontspanning' en 'voorkomen is beter dan genezen'). Wiggers valt hier veel in herhaling. Enkele keuzes zijn arbitrair zoals het opnemen van een screeningsvragenlijst voor depressie of de keuze voor het model van gedragsverandering. Op de cover prijkt de tekst: 'het totaalplaatje!'. Dit is misschien iets te veel van het goede, maar desalniettemin zal iedere lezer met het toepassen van slechts een deel van het beschrevene zijn leefstijl een goede boost in de gezonde richting kunnen geven. Het boek sluit af met aanvullende informatie waaronder een reeks interessante websites; sochicken.nl over leuker en gelukkiger leven is voor iedereen een aanrader. ■

Victor van der Meer

Waardering: ● ● ●

HUISELIJK GEWELD

Janssen H, Wentzel W, Vissers B. Basisboek Huiselijk Geweld. Signaleren-melden-aanpakken. Bussum: Uitgeverij Coutinho, 2015. 300 pagina's, € 28,50. ISBN 978-90-469-04770.

Doelgroep Huisartsen (-in-opleiding) en praktijkondersteuners. Het boek is geschreven voor hbo-studenten die worden opgeleid in maatschappelijk werk, sociaalpedagogische hulpverlening, pedagogiek, et cetera.
Inhoud Het betreft een terechte herziene uitgave van de eerste druk uit 2009, aangezien er veel ontwikkelingen zijn geweest op het gebied van geweld de laatste jaren. Het boek is gestructureerd opgebouwd: in het eerste deel komen epidemiologie en definities aan bod en worden de verschillende vormen van geweld beschreven. In deel 2 wordt de aanpak van huiselijk geweld neergezet: welke instanties er allemaal bij zijn betrokken en welke instrumenten bruikbaar zijn. Het laatste deel schenkt aandacht aan de vaardigheden die hulpverleners nodig hebben bij de aanpak en signalering van huiselijk geweld. Hierbij wordt de volgorde aangehouden van de verplichte landelijke Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling: signaleren, bespreekbaar maken, risico's taxeren en melden of niet. Er is ook aandacht voor preventie en voor de zelfzorg van hulpverleners. Elk deel wordt afgesloten met een samenvatting en opdrachten voor studenten. Het boek wordt ondersteund door een website die voor huisartsen minder relevant is. In het boek staan veel - herkenbare - korte voorbeelden uit de praktijk.
Oordeel Geweld in elke vorm blijft een ingewikkeld onderwerp in de praktijk. Veel huisartsen zouden het vaker in hun differentiële diagnose moeten opnemen. Huisartsen vinden het vaak lastig om het bespreekbaar te maken. Daarnaast blijft het moeilijk om te beslissen wat te doen als je geweld in een gezin signaleert. Tijdens het lezen van dit boek werd ik weer even op scherp gesteld en ik merkte dit terug in de praktijk. Na doorvragen bij klachten van buikpijn en slecht slapen bleek dit te zijn ontstaan na een gewelddadige ruzie onder invloed van alcohol. Het boek leest gemakkelijk en snel en is goed om je alert te maken op relationeel geweld. Het is allesomvattend wat betreft het onderwerp en daarom handig om in de kast te hebben als naslagwerk. ■

Eefje Louwers

Waardering: ● ● ●

Mario Veen, Keun Sliedrecht, Sita Bierma-Zeinstra, Frits Bareman

Waarover gaat het Uitwisselen van Ervaringen in de huisartsopleiding?

Inleiding

Het Uitwisselen van Ervaringen (UvE) op de terugkomdag – welke huisarts is er niet groot mee geworden? Al ruim vier decennia is het een deel van de huisartsopleiding en het neemt op alle instituten nog steeds een belangrijke plaats in. Sommigen zullen het zich herinneren als 'spuien', 'onderlinge consultatie' of de 'ervaringsronde'. In de eerste jaren van de huisartsopleiding in Nederland besloeg het UvE soms de hele terugkomdag. Een aantal verschillen daargelaten is de opzet op elk instituut dezelfde: onder begeleiding van een huisartsdocent en/of gedragswetenschapper bespreken aios wat ze die week hebben meegemaakt. De formule lijkt logisch: voordat je met het onderwijs begint, geef je aios eerst de ruimte om ervaringen uit de opleidingspraktijk met elkaar te delen en van elkaar te leren. Toch is deze vorm van onderwijs binnen de geneeskunde vrijwel uniek.

In de huisartsopleiding, waar standaardisatie en richtlijnontwikkeling de boventoon voeren, lijkt het UvE een vreemde eend in de bijt. Aangezien het UvE al ruim veertig jaar bestaat, is het opmerkelijk dat het aantal publicaties hierover klein en vooral evaluerend van aard is, en dat er nog geen onderzoek is gedaan naar hoe het er in de praktijk aan toegaat.[1]

In Rotterdam hebben we daarom onderzocht waar aios het over hebben tijdens het UvE [**webtabel 1**].

Van onverzekerde tot het begeleiden van euthanasie

De meest voorkomende thema's zijn de verantwoordelijkheid van de huisarts, de ontwikkeling of voortgang van de aios, communicatie, de taak van de huisarts en professionaliteit. Deze vijf thema's dekken ongeveer driekwart van de casusinbreng [**webtabel 2**]. De ingebrachte onderwerpen zijn zeer divers, maar er is ook een aantal patronen zichtbaar. Zo zijn aios in 30% van de gevallen bezig met wat de verantwoordelijkheid of taak van de huisarts in die casus inhoudt. Er is dus wel thematiek die consistent wordt besproken. Bij het thema 'verantwoordelijkheid van de huisarts' brengt een aios bijvoorbeeld een casus in over een zwangere, onverzekerde asielzoekster die bij hem op het spreekuur kwam. Hoe ver kun je in zo'n situatie gaan in je hulpverlening? Bij 'ontwikkeling/voortgang van de aios' valt te denken aan een casus waarin de aios vertelt dat ze vindt dat ze niet goed is in het ontvangen van feedback en de groep vraagt hoe ze daaraan kan werken. Verder kunnen casussen gaan over kleine en leuke zaken, zoals een aios die vertelt dat hij merkt dat patiënten hem (te) veel persoonlijke dingen vertellen omdat ze hem, als huisarts, vertrouwen.

In de casusinbreng is er een onderscheid te maken tussen (1) opleidingsgebonden thema's, zoals een bespreking van de zelfstandige week, en (2) algemeen huisartsgeneeskundige thema's, zoals hoe om te gaan met een complexe medische casus. Aandacht voor opleidingsgerelateerde zaken vormt een kwart van de inbreng; deze neemt af met de opleidingsjaren. Bij huisartsgeneeskundige thema's blijft de verdeling gelijk.

We vonden eveneens variatie in de mate van complexiteit van de casussen: sommige waren vrij eenvoudig, terwijl andere meerdere wendingen en verschillende lagen bevatten. Gemiddeld waren per inbreng acht thema's nodig om deze te beschrijven. Een aantal complexe casussen vergden zelfs meer dan 20 thema's. Verder is er veel variatie in de tijdsbesteding per casus. Gemiddeld wordt aan een casus ongeveer 18 minuten besteed, maar dit varieert van enkele minuten tot ruim drie kwartier per casus. Kortom, het open karakter van de UvE-bijeenkomsten lijkt een dynamische gespreksomgeving te faciliteren, waarin complexe onderwerpen (zoals gewetensbezwaren bij het begeleiden van euthanasie) met diepgang worden besproken en worden afgewisseld met minder complexe thema's (zoals vertellen over een lastige ingreep die is gelukt).

Over professionaliteit en medisch handelen

De huisartsopleiding is gestructureerd op basis van competenties en wij inventariseerden welke competenties aan bod komen tijdens het UvE, uitgaande van de zeven CanMeds taakgebieden [**webtabel 3**]. Zes van deze zeven taakgebieden komen gemiddeld eens per twee bijeenkomsten aan de orde. Aan de taakgebieden *medisch handelen* en *professionaliteit* wordt de meeste aandacht besteed. Samen zijn ze in 80% van de casuïstiek relevant. Een casus die onder het taakgebied professionaliteit valt, is bijvoorbeeld de vraag hoe je met je persoonlijke gevoelens voor een patiënt omgaat. Ook *samenwerken* komt bovengemiddeld vaak aan bod: hoe reageer je op een collega die vervelende opmerkingen maakt? Het taakgebied dat er bekaaid vanaf komt is *kennis en wetenschap*: slechts in 3% van de casussen. Dit kan erop duiden dat aios het UvE niet als de plaats zien om wetenschap te bespreken. Een uitzondering is echter een discussie over het nut van de griepprik.

Conversatieanalyse

Tijdens de analyse werd duidelijk dat het vaak onmogelijk is om een casus in één onderwerp te vatten. Het onderwerp van de casus*inbreng* wijkt bijvoorbeeld regelmatig af van dat van de casus*discussie*. Naast een analyse van de inhoud van het UvE deden we daarom onderzoek naar het verloop van de discussies. Het uitwisselen van ervaringen is een sociaal proces: een groep aios zit bij elkaar, reageert op elkaar, onderbreekt elkaar soms. Dat gezamenlijke proces hebben we beschreven met behulp van de methode conversatieanalyse.[2]

Het proces van de casusbesprekin-

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: dr. M. Veen, onderwijskundig onderzoeker; dr. K.Y. Sliedrecht, onderwijskundig onderzoeker; prof.dr. S. Bierma-Zeinstra, bijzonder hoogleraar artrose en gerelateerde aandoeningen; F. Bareman, plaatsvervangend hoofd Huisartsopleiding • Correspondentie: m.veen.1@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Foto: Peter Hilz/HH

gen bij het UvE is opgebouwd uit vier activiteiten:

1) Significante gebeurtenis aan de groep vertellen.
2) Oriënteren op de reden waarom de aios de casus inbrengt.
3) Onderwerp bespreken dat wordt behandeld als relevant om over te leren.
4) Construeren van de waarde van het hebben van de casusbespreking.

Per casus verschilt de volgorde en het accent van elk van de elementen. Binnen elk van deze activiteiten oriënteren aios en docenten zich op normen over wat wel en wat niet als een geldige bijdrage telt. Het interessante is dat deze componenten niet geformaliseerd zijn, niet expliciet benoemd worden, maar toch elke keer terugkomen.

De overgangen van casusinbreng naar casusdiscussie bleken relatief ongestructureerde, maar ook rijke momenten op te leveren. Groepsleden lijken soms zoekende naar wat nu precies de reden is dat een aios een casus inbrengt. Zo'n zoektocht vertoont volgens ons forse gelijkenis met de vraagverheldering in de spreekkamer, want een huisarts moet soms ook behoorlijk doorvragen om erachter te komen wat de hulpvraag van de patiënt is. Door elkaar te bevragen tijdens het UvE hebben aios dus de gelegenheid om vraagverheldering te oefenen.

Wat kunnen we nu zeggen over het UvE?

Naast variatie in thema's en brede dekking van de huisartsgeneeskundige competenties laat onze analyse zien dat het UvE, in tegenstelling tot een aantal andere onderwijsvormen binnen de huisartsopleiding, een holistische benadering van het vak is. Het UvE is zelden gericht op één geïsoleerd element: een casus omvat meestal meerdere aspecten van huisartsgeneeskunde, of meerdere competenties.

Onze analyse wijst erop dat aios en docenten per casus gezamenlijk besluiten wat er van deze casus geleerd moet worden. Vooral in overgangen van het ene naar het andere element toont de manier waarop de docent zich opstelt wat hij van de aios verwacht. Dat betekent dat het gedrag van de docenten invloedrijk is, en de rol van het zogenaamde 'verborgen curriculum' relevant.[3] Dit omvat zaken die aios leren maar die niet geformaliseerd kunnen worden, zoals normen en waarden van opleiders en het socialisatieproces van aios tot huisarts. Onderzoek naar medisch onderwijs maakt aannemelijk dat het verborgen curriculum een belangrijk onderdeel is voor het ontwikkelen van een professionele identiteit. Het UvE biedt mogelijkheden om het verborgen curriculum dat aios meekrijgen van hun opleider en collega's in de stage aan te vullen.[4]

Kanttekeningen

Bovenstaande gegevens zijn gebaseerd op onze kwalitatieve analyse van de inhoud van het UvE tijdens 176 casusbesprekingen van verschillende groepen bij de huisartsopleiding van het Erasmus MC (76 uur opname, 118 aios, 20 docenten) in de Rotterdamse huisartsopleiding. De hier beschreven resultaten kunnen we niet zonder meer generaliseren naar andere opleidingen, omdat elke opleiding haar eigen invulling geeft aan het UvE. Sommige opleidingsinstituten vragen aios casuïstiek in te brengen binnen het kader van vooraf bepaalde thema's, terwijl Rotterdamse aios vrijer zijn om in te brengen wat ze op dat moment relevant vinden. Een analyse van een steekproef van opnames van het UvE op andere opleidingen zal uitwijzen in hoeverre generalisatie mogelijk is.

In vervolgonderzoek zullen we de verschillende manieren waarop aios tijdens het UvE leren concretiseren en de wijzen waarop het wordt begeleid onder de loep nemen. We hopen deze resultaten om te zetten in een docenttraining waarbij we gebruikmaken van (geanonimiseerde) videofragmenten uit onze collectie. We willen zo bijvoorbeeld laten zien dat niet alleen de uitkomst van de casusbespreking ertoe doet, de bespreking zelf is minstens zo leerzaam. Om het UvE te beschrijven en te begrijpen hoe aios leren, lijkt een kwalitatieve benadering zoals conversatieanalyse veelbelovend. ■

LITERATUUR

1 Veen M, Snijders Blok B, Bareman F, Bueving H. Uitwisselen van ervaringen in de huisartsopleiding. Huisarts Wet 2015;58:6-10.
2 Maynard DW, Heritage J. Conversation analysis, doctor–patient interaction and medical communication. Medical Education 2005;39: 428-35.
3 Karnieli-Miller O, Vu TR, Holtman MC, Clyman SG, Inui TS. Medical students' professionalism narratives: a window on the informal and hidden curriculum. Acad Med 2010 85: 124-33.
4 Veen M, De la Croix A. Collaborative reflection under the microscope: using conversation analysis to study the transition from case presentation to discussion in GP residents' experience sharing sessions. Teaching and Learning in Medicine 2015;28:3-14.

Rolieke Cents, Anne Marije Los en Patrick Bindels

Suïcide onder adolescenten

INLEIDING

Dood door suïcide is een van de belangrijkste doodsoorzaken onder adolescenten (jongeren tussen de tien en twintig jaar) en daarmee een belangrijk gezondheidsprobleem.[1,2] De afgelopen vijf jaar was suïcide in gemiddeld 17% van de gevallen de doodsoorzaak onder Nederlandse jongeren in de leeftijd van tien tot twintig jaar (www.statline.cbs.nl). De verklaring voor dit percentage betrof het aantal suïcides in de leeftijdscategorie vijftien tot twintig jaar: 238 (22%) van de 1069 sterfgevallen kwamen door zelfdoding. Suïcide was daarmee, samen met verkeersongevallen met 235 sterfgevallen, de belangrijkste doodsoorzaak onder adolescenten in deze leeftijdscategorie. Onder adolescenten van tien tot vijftien jaar was het aantal zelfdodingen minder frequent: 25 van de 490 sterfgevallen. Het aantal verkeersdoden in de leeftijd tien tot vijftien jaar bedroeg 72. De absolute getallen laten zien dat suïcide onder adolescenten weinig voorkomt. De impact op gezinnen, scholen en hulpverleners is echter groot.[3] De percentages voor suïcidepogingen onder adolescenten liggen mogelijk nog hoger, hoewel hier geen officiële registraties van zijn. Nederlands onderzoek laat percentages voor suïcidepogingen zien die variëren van 3% voor jongens tot 10% voor meisjes.[4]

De huisarts is vaak een eerste aanspreekpunt voor adolescenten en ouders bij lichamelijke en psychische problemen, en speelt een belangrijke rol bij het signaleren van problemen en het verwijzen naar andere zorgverleners.[5] Uit onderzoek blijkt echter dat het voor huisartsen en andere gezondheidszorgpro-

Samenvatting

Cents RAM, Los AM, Bindels PJE. Suïcide onder adolescenten. Huisarts Wet 2016;58(3):126-30.

Suïcide is een van de belangrijkste doodsoorzaken onder adolescenten in Nederland. De prevalentie is laag en de impact op betrokkenen groot. De huisarts is als gezinsarts en poortwachter bij uitstek geschikt om na te gaan welke adolescenten een verhoogd risico op suïcide vertonen. Hiertoe is een goede kennis van de risicofactoren voor suïcide nodig. Een eerdere suïcidepoging en psychische klachten, in het bijzonder depressie, zijn de belangrijkste risicofactoren voor suïcide. Een goede informatie-uitwisseling met andere hulpinstanties is onontbeerlijk voor een compleet inzicht in de risicoverhogende factoren die bij adolescenten een rol spelen. Omdat veel adolescenten met psychische klachten zich aan zorg onttrekken of zich met aspecifieke somatische klachten op het spreekuur melden is het belangrijk dat de huisarts een proactieve houding aanneemt. Bij de verdenking op suïcidaliteit is het aan te bevelen dat de huisarts suïcide bespreekbaar maakt.

Casus 1

Carolien, 13 jaar oud, komt op maandagochtend samen met haar moeder bij de huisarts nadat zij in het voorafgaande weekend een suïcidepoging heeft gedaan door een grote hoeveelheid medicijnen in te nemen. Kort na inname had moeder de lege medicijnstrips gevonden, waarop zij contact met de huisartsenpost heeft opgenomen. De dienstdoende huisarts en de crisisdienst hebben Carolien beoordeeld. Zij zagen geen aanwijzingen voor acuut gevaar en gaven het advies voor maandagochtend een afspraak bij de eigen huisarts te plannen. Tevens heeft moeder op korte termijn een afspraak gemaakt bij een instelling voor jeugdgezondheidszorg.

De directe aanleiding voor de suïcidepoging zijn pesterijen op school. Carolien vertelt daarnaast al een aantal jaren stemmingswisselingen te ervaren, die zijn begonnen na de echtscheiding van haar ouders. Ze heeft de laatste weken terugkerende gedachten aan de dood, maar maakt geen plannen. Ze beleeft nog plezier aan activiteiten met vriendinnen. Slapen gaat redelijk. Carolien vertelt dat ze zichzelf bekrast met scherpe voorwerpen als ze gevoelens van boosheid of radeloosheid ervaart. Moeder geeft aan dat ze de stemming van Carolien niet goed kan inschatten en dat deze erg kan wisselen over de dag. Daarnaast liegt Carolien veel, onder andere over rookgedrag, en spijbelt ze van school. Op school zijn gesprekken opgestart met het schoolmaatschappelijk werk vanwege het spijbelen en de pesterijen.

Carolien is het afgelopen jaar eenmaal eerder op het spreekuur verschenen in verband met een somatische klacht. De familiegeschiedenis vermeldt veel depressies; bij moeder, en bij oma en een oom van moeders kant.

Binnen 2 weken na de suïcidepoging wordt Carolien aangemeld voor een deeltijdbehandeling gericht op emotieregulatie. Tevens worden overbruggingsgesprekken opgestart bij de instelling voor jeugdgezondheidszorg en krijgt moeder ouderschapsbegeleiding.

Drie maanden later doet Carolien een tweede suïcidepoging, wederom met medicijnen. Ze wordt opgenomen op de intensive care van een kinderziekenhuis, waar ook een psychiatrische beoordeling plaatsvindt. Aansluitend aan de somatische opname gaat Carolien voor verdere diagnostiek en behandeling naar een psychiatrische instelling.

De kern

- Suïcide is een van de belangrijkste doodsoorzaken onder adolescenten in Nederland.
- Een goede kennis van de risicofactoren voor suïcide, vaak bestaande uit een combinatie van kwetsbaarheidsfactoren en stressoren, is onontbeerlijk om vroegtijdig te kunnen bepalen welke adolescenten een verhoogd risico op suïcide lopen.
- Een eerdere suïcidepoging en psychische klachten, in het bijzonder depressieve klachten, zijn de voornaamste risicofactoren voor suïcide.
- Uitwisseling van informatie over risicofactoren, zorgvragen en gestarte hulverleningstrajecten tussen de verschillende zorginstanties, zoals het schoolmaatschappelijk werk, het wijkteam en de huisarts, is essentieel wil de huisarts zich een optimaal beeld kunnen vormen van de risicofactoren die bij adolescenten een rol spelen.
- De huisarts kan het beste een proactieve houding aannemen jegens de adolescent met risicoverhogende factoren, en daarnaast suïcidaliteit bespreekbaar maken.

Erasmus MC, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Wytemaweg 80, 3015 CN Rotterdam: R.A.M. Cents, aios huisartsgeneeskunde; A.M. Los, aios huisartsgeneeskunde; prof. dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: r.cents@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

fessionals lastig is om adolescenten met een verhoogd suïciderisico vroegtijdig te signaleren en te managen, wat mogelijk komt door een gebrek aan kennis over en inzicht in de risicofactoren voor suïcide.[6-8]

BESCHOUWING

Een eerdere suïcidepoging als risicofactor

Een van de sterkste voorspellende risicofactoren voor een geslaagde suïcide is een eerdere suïcidepoging.[9-11] Er zijn aanwijzingen dat een suïcidepoging het risico op geslaagde suïcide onder adolescenten vertienvoudigd, en dat dit risico groter wordt naarmate het aantal suïcidepogingen toeneemt.[10,11] Hoewel de prevalentie van suïcidepogingen tussen landen verschilt, is de mediane prevalentie van zelfgerapporteerde suïcidepogingen onder adolescenten in Europa 10,5%.[12] Opvallend hierbij is de zogenaamde genderparadox: hoewel de prevalentie van suïcidepogingen hoger is onder meisjes, is het aantal geslaagde suïcides twee- tot driemaal groter onder jongens.[11,12] In hoeverre niet-suïcidale automutilatie, zoals het krassen of snijden, of het maken van brandwonden in de huid, samenhangt met een verhoogd risico op een geslaagde suïcide is niet geheel duidelijk. Wel heeft onderzoek aangetoond dat niet-suïcidale automutilatie samenhangt met een verhoogd risico op suïcidepogingen.[13] Er zijn aanwijzingen dat bijna de helft van de individuen die aan niet-suïcidale automutilatie doen suïcidale gedachten heeft, en dat 50 tot 85% van deze individuen ooit gedurende hun leven een suïcidepoging heeft ondernomen.[14]

Casus 2

Inge, zeventien jaar oud, komt op het spreekuur vanwege een somatische klacht. Tijdens het consult valt op dat ze weinig oogcontact maakt en nauwelijks mimiek toont, en dat haar intonatie vlak is. Omdat de huisarts vindt dat ze een sombere indruk maakt besluit deze naar haar stemming te informeren. Daarop vertelt Inge dat ze zich al enkele weken gedurende het grootste gedeelte van de dag steeds somberder voelt. Slapen gaat slecht omdat ze veel piekert, onder meer over school. Ze is enkele maanden geleden aan een nieuwe opleiding begonnen die veel van haar kunnen vergt. Ze beleeft minder plezier aan activiteiten dan voorheen, maar maakt nog wel toekomstplannen. Vanwege de somberheidsklachten vraagt de huisarts ook naar suïcidaliteit. Daarop vertelt Inge dat ze de laatste dagen veel aan de dood denkt en ook concrete plannen maakt. Ze denkt erover om voor de trein te springen en heeft de dienstregeling reeds opgezocht. De huisarts besluit daarop met de acute dienst te overleggen. Inge kan een non-suïcideafspraak maken tot de volgende dag. De volgende ochtend gaat Inge naar de spoedpoli van een instelling voor jeugdgezondheidszorg.

De voorgeschiedenis van Inge meldt scheiding van ouders en hyperventilatie, waarvoor ze ademhalingsoefeningen heeft gekregen.

De spoedpoli verwijst Inge door voor steunende vervolggesprekken. Tijdens deze gesprekken komt naar voren dat ze veel onverwerkt verdriet heeft over de scheiding van haar ouders. Hier blijkt ze op haar vorige school gesprekken over te hebben gehad met het schoolmaatschappelijk werk, die haar erg hebben geholpen. Haar huidige opleiding is te hoog gegrepen, waardoor ze veel spanningen ervaart. Inge ging over suïcide nadenken omdat ze geen andere oplossingen kon bedenken. Nadat ze met haar nieuwe schoolopleiding is gestopt gaat het beter met haar en is er geen sprake meer van depressieve of suïcidale gedachten.

Psychische klachten als risicofactor

Naast een eerdere suïcidepoging is de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis een zeer belangrijke risicofactor voor een geslaagde suïcide. Van de adolescenten met een geslaagde suïcide bleek tussen de 60 en 90% een of meer psychiatrische stoornissen te hebben, waarvan een depressieve stoornis het meest voorkomt.[15] Het risico op suïcidaal gedrag en een geslaagde suïcide onder adolescenten is ongeveer 11 tot 27 keer zo groot wanneer ze een depressieve stoornis hebben.[15,16] Eerder onderzoek onder adolescenten die zijn gediagnosticeerd met een depressieve stoornis laat zien dat ruim 50 tot 80% van hen suïcidaal gedrag vertoont.[17,18] Ook middelenmisbruik is een belangrijke voorspeller van suïcidaliteit, hoewel dit vaak samen met andere psychiatrische aandoeningen voorkomt, zoals een angststoornis of een gedragsstoornis.[15,16]

Het is lastig voor huisartsen om te bepalen welke adolescenten psychische klachten hebben, omdat de meerderheid van hen niet met deze klachten naar de huisarts gaat.[8,19,20] Wel is een groot deel van de adolescenten met psychische klachten (> 80%) in het jaar voorafgaande aan de klachten of de suïcide vanwege een somatische klacht bij de huisarts op het spreekuur geweest.[21-23] De somatische klacht lijkt echter weinig specifiek te zijn,[24] variërend van hoofdpijn of maag-darmproblemen tot musculoskeletale problemen, wat de herkenning van een onderliggende psychische klacht nog extra bemoeilijkt. Mogelijk is er een verband tussen frequent spreekuurbezoek (meer dan vier keer per jaar) en de aanwezigheid van psychische klachten.[25,26] Daarom zouden huisartsen extra alert moeten zijn op onderliggende psychische klachten wanneer een adolescent veelvuldig het spreekuur bezoekt. Ook kunnen non-verbale symptomen, zoals psychomotore traagheid of agitatie en een vlak affect, de huisarts op het spoor brengen van een onderliggende psychische klacht.

Om de aanwezigheid van depressieve symptomen bij adolescenten te achterhalen is het nodig slechts twee vragen te stellen.[27] Dit zijn de vragen die ook de NHG-Standaard Depressie aanbeveelt:[28] 'Heb jij je gedurende de afgelopen maand vaak terneergeslagen, depressief of hopeloos gevoeld?' en 'Heb je de afgelopen maand weinig interesse of plezier in activiteiten gehad waar je je normaal gesproken wel voor interesseerde

Abstract

Cents RAM, Los AM, Bindels PJE. Adolescent suicide. Huisarts Wet 2016;58(3):126-30.

Suicide is a major cause of death among adolescents in the Netherlands. Although the prevalence of suicide is low, the impact on those involved is huge. General practitioners, as family doctors and gatekeepers, are ideally suited to identify those adolescents at increased risk of suicide. This requires a good knowledge of the risk factors for suicide, the most important being an earlier suicide attempt and psychological problems. A good exchange of information with other health professionals is essential in order to obtain a complete picture of potential risk factors. Moreover, because many adolescents with mental health problems do not seek medical attention, or visit their GP with non-specific physical symptoms problems, it is important that GPs are proactive. If a GP suspects suicidality, he or she should try to encourage the patient to talk about suicidal thoughts and plans.

of plezier aan beleefde?' Wanneer een adolescent depressieve klachten heeft, zijn 'gevoelens van hopeloosheid' en 'slapeloosheid' discriminerende factoren die vaker voorkomen onder depressieve adolescenten met suïcidaal gedrag, dan bij depressieve adolescenten zonder suïcidaliteit.[29-31] De huisarts zou extra aandacht kunnen besteden aan het voorkomen van deze factoren, om zo het risico op suïcide beter te kunnen inschatten.

Overige risicofactoren

Naast een eerdere suïcidepoging en een depressieve stoornis (of andere psychopathologie) zijn er nog andere risicofactoren.[15,32,33] De [**tabel**] geeft daarvan een overzicht. Grofweg kan men de risicofactoren onderverdelen in 'kwetsbaarheidsfactoren', factoren die duurzaam aanwezig zijn, zoals een genetische kwetsbaarheid, en 'stressoren', factoren die het huidige gedrag en huidig denkpatroon beïnvloeden, zoals een depressieve stoornis of een traumatische gebeurtenis.[33] Men neemt aan dat de combinatie van kwetsbaarheid en stressoren aanleiding geeft tot suïcidaliteit.[33] De aanwezigheid van een of meer kwetsbaarheidsfactoren en een of meer stressoren bij een adolescent zou de huisarts dus alert moeten maken op de aanwezigheid van een verhoogd suïciderisico.

SAMENWERKING MET ANDERE HULPVERLENERS

De huisarts heeft als gezinsarts vaak verschillende jaren ervaring met de adolescent en zijn of haar gezin en hierdoor goed zicht op eventuele risicofactoren. De meeste verwijzingen naar de tweede lijn voor psychische problematiek bij adolescenten gebeurt dan ook door huisartsen,[20] De adolescent brengt echter ook een belangrijk deel van zijn of haar tijd op school door. Medewerkers van de school hebben daardoor ook zicht op eventuele risicofactoren. Daarnaast kunnen ouders die bijvoorbeeld met opvoedingsproblemen te kampen hebben zich met hun zorgen ook tot het Centrum voor Jeugd en Gezin hebben gewend. Begin 2015 zijn de zogenaamde Sociale Wijkteams van de gemeente gestart. In zo'n wijkteam werken verschillende zorgprofessionals samen op het gebied van (geestelijke) gezondheid, jeugdzorg en welzijn. Ouders en adolescenten kunnen zich tot het wijkteam wenden met vragen over onder andere opvoeding en geestelijke gezondheid. De invulling van de verschillende wijkteams verschilt per gemeente en moet veelal nog vorm krijgen.

Des te belangrijker is het dat informatie-uitwisseling en samenwerking tussen de verschillende instanties, zoals het wijkteam en de school enerzijds, en de huisarts anderzijds, optimaal verlopen, omdat het de huisarts kan helpen bij het onderzoek naar adolescenten die een verhoogd risico op suïcide hebben. Een uitgangspunt lijkt hier te zijn dat andere betrokken personen of instanties de huisarts, als gezinsarts en coördinator van zorg, op de hoogte stellen van een zorgvraag en een eventueel gestart hulpverleningstraject. Het is van belang dat de huisarts beschikt over een zo volledig mogelijk beeld van aanwezige risicofactoren voor suïcide, omdat hij of zij de betrokken adolescent met een actuele suïcidewens voor intensievere zorg kan doorverwijzen. Daarom is het aan te bevelen dat de huisarts en de verschillende jeugdhulpverleners in de gemeente, waaronder het schoolmaatschappelijk werk en het wijkteam, structureel overleg plegen.

VERHOOGD RISICO OP SUÏCIDE, EN DAN?

Wanneer de huisarts het vermoeden heeft dat er bij een adolescent sprake is van suïcidaliteit, kan hij of zij, net als bij een volwassen patiënt, suïcide het beste bespreekbaar ma-

Tabel Risicofactoren voor suïcide

Kwetsbaarheidsfactoren (biologische en duurzame factoren)	Stressoren (invloed op actueel gedrag)
Mannelijk geslacht	Psychopathologie
Oudere adolescent (15-20 jaar)	– Depressie
Eerdere suïcidepoging	– Angststoornis
Eerdere behandeling voor psychische klachten	– Middelenmisbruik (alcohol, drugs)
Niet-suïcidale automutilatie	– Eetstoornissen, onder andere anorexie
Familiaire belasting voor suïcide en psychopathologie	– Psychotische stoornissen
Verminderd probleemoplossend vermogen	Psychische factoren
Laag zelfvertrouwen of negatief zelfbeeld	– Gevoelens van hopeloosheid
Onzekerheid over seksuele geaardheid en genderidentiteit	– Slapeloosheid
Beperkt steunend sociaal netwerk, inclusief problemen in de ouder-kindrelatie	– Agressie, agitatie en impulsiviteit
	– Wanhoop
	Verlieservaringen
	Traumatische of ingrijpende gebeurtenissen, bijvoorbeeld:
	– Gescheiden ouders
	– Ruzie tussen ouders
	– Problemen op school of met vrienden (pesten)
	– Seksueel misbruik
	Emotionele of fysieke mishandeling

De aanwezigheid van een of meer kwetsbaarheidsfactoren in combinatie met een of meer stressoren kan aanleiding geven tot een verhoogd suïciderisico.

Foto: Shutterstock/Scharfsinn

ken.[8,14,34] Huisartsen zijn vaak bang dat het risico op een geslaagde suïcide dan wel een suïcidepoging groter wordt als zij naar suïcidaliteit vragen. Uit de literatuur blijkt echter dat vragen naar een suïcidewens spanningen en angsten juist kan verminderen, en dat de adolescent zich er door gehoord voelt.[8,34] Hierbij is het van belang dat de huisarts een empathische houding aanneemt en open is over de eigen rol en werkwijze, zodat er een positieve (behandel)relatie ontstaat.[33] Ook is het van belang om ouders of verzorgers van de betreffende adolescent zo spoedig mogelijk bij het onderzoek en de behandeling te betrekken. De ouders beschikken vaak over specifieke informatie die van belang kan zijn voor de inschatting van het suïciderisico, en ze kunnen de veiligheid thuis mede organiseren en waarborgen. Hierbij moet de huisarts wel een inschatting van de draagkracht van de ouders maken. Bij adolescenten van zestien jaar of ouder kan het lastig zijn om de ouders erbij te betrekken, omdat deze groep adolescenten vaak niet wil dat hun ouders worden ingelicht. Adolescenten van deze leeftijd hebben, mits ze wilsbekwaam zijn, een zelfstandig beslissingsrecht en de (huis)arts heeft een geheimhoudingsplicht (zie de Wet op Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) en de Jeugdwet). In het geval van acute en concrete suïcideplannen met een hoog risico op een dodelijke afloop kan de huisarts ervoor kiezen zich niet aan de geheimhoudingsplicht te houden.[33] Bij adolescenten van twaalf tot en met vijftien jaar hebben ouders en de adolescent een gedeeld toestemmingsrecht voor onderzoek en/of behandeling. De huisarts moet de ouders die informatie verstrekken die zij nodig hebben om weloverwogen toestemming te kunnen geven voor onderzoek en/of behandeling. Voor deze groep, en voor adolescenten onder de twaalf jaar, geldt dat de huisarts in het geval van acuut, concreet suïcidegevaar ouders niet hoeft raad te plegen als er geen tijd is om toestemming van hen te verkrijgen.

De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag[33] adviseert huisartsen om naar de ggz te verwijzen voor diagnostisch onderzoek naar een depressieve of andere onderliggende psychiatrische stoornis wanneer er sprake is van doodsgedachten zonder suïcidewens. Als de adolescent een suïcidewens maar geen concrete plannen heeft, dient een bevoegd en bekwaam persoon op korte termijn een consultatie te doen. Wanneer de adolescent daarnaast concrete suïcideplannen heeft moet er een spoedconsultatie plaatsvinden. Het is niet aan te raden om bij een concrete suïcidewens tussentijds zogenaamde non-suïcideafspraken te maken om de veiligheid te waarborgen.[35] Er is geen wetenschappelijk bewijs voor de werking van een dergelijke overeenkomst en de mogelijkheid bestaat dat zo'n overeenkomst ten onrechte kan dienen als geruststelling en zo de waakzaamheid voor suïcide vermindert.

Afhankelijk van de wijze waarop de zorg in de verschillende Sociale Wijkteams is geregeld, kan de huisarts in samenspraak met de adolescent en zijn of haar ouders het wijkteam erbij betrekken. Zo'n team kan bijvoorbeeld psychosociale ondersteuning bieden door middel van (opvoedings)ondersteuning van ouders of in de vorm van psychologische begeleiding wanneer een laag zelfvertrouwen van de adolescent een rol speelt.

REFLECTIE OP DE CASUSSEN

In casus 1 kwam Carolien bij de huisarts in beeld nadat ze een eerste suïcidepoging had gedaan. Omdat dit de grootste risicofactor voor suïcide is rechtvaardigt dit het intensieve zorgtraject dat bij haar gestart is. Vijf maanden voor de eerste suïcidepoging was Carolien al bij de huisarts geweest met een

somatische klacht. Tijdens dit consult heeft de huisarts geen reden gezien naar haar psychische gemoedstoestand te vragen. Achteraf bezien was er bij Carolien echter wel sprake van verschillende risicofactoren voor suïcidaliteit (zie **tabel 1**). De huisarts was op de hoogte van de scheiding van haar ouders en de problematische relatie met haar moeder. Bij het schoolmaatschappelijk werk waren onder andere de problemen op school bekend. Een goede informatie-uitwisseling tussen schoolmaatschappelijk werk en de huisarts had de laatste een optimaal beeld van de risicofactoren kunnen geven. Als de huisarts was ingelicht over bekende risicofactoren had deze tijdens het somatische consult wellicht al laagdrempelig naar de psychische gemoedstoestand van Carolien kunnen informeren.

In de casus van Inge zijn het de non-verbale symptomen die de huisarts op het spoor zetten van depressieve klachten. Tijdens het exploreren van deze klachten brengt de huisarts ook suïcidaal gedrag ter sprake. Ook in deze casus is er al sprake van hulpverlening door het schoolmaatschappelijk werk, waarvan de huisarts niet op de hoogte was. Andere aanwezige risicofactoren die de huisarts op het spoor van suïcidaal gedrag hadden kunnen zetten zijn naast de non-verbale symptomen ook de scheiding van de ouders en een verminderd probleemoplossend vermogen bij Inge zelf.

CONCLUSIE

Gezien de lage prevalentie van suïcide en omdat een grote meerderheid van de adolescenten die psychische klachten ervaart geen hulp zoekt voor deze klachten, blijft het moeilijk voor de huisarts om de signalen van een verhoogd suïciderisico op te pikken. Met deze klinische les hopen wij enkele handvatten gegeven te hebben. Wees alert op een verhoogd risico op suïcide bij kwetsbare adolescenten met een of meer stressoren (zie **tabel 1**), zeker wanneer het gaat om adolescenten met een suïcidepoging of psychische klachten in de voorgeschiedenis. Hoewel de meeste adolescenten met psychische klachten niet met deze klachten naar de huisarts gaan, blijkt dat meer dan 80% van de adolescenten met een geslaagde suïcide in het voorafgaande jaar met een somatische klacht bij de huisarts is geweest. Daarom adviseren wij de huisarts een proactieve houding aan te nemen en suïcidaliteit bespreekbaar te maken. Tevens is een goede informatie-uitwisseling met andere hulpverleners in de zorgregio onontbeerlijk. ■

LITERATUUR

1 McLoughlin AB, Gould MS, Malone KM. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. QJM 2015;108:765-80.
2 Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Lancet 2009;374:881-92.
3 Girard GA, Silber TJ. The aftermath of adolescent suicide: clinical, ethical, and spiritual issues. Adolesc Med State Art Rev 2011;22:229-39, ix.
4 Marquet RL, Bartelds AI, Kerkhof AJ, Schellevis FG, Van der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch General Practice 1983-2003. BMC Fam Pract 2005;6:45.
5 Berger MY, Gercama AJ, Van Halteren M, Hogendorp J, Kramer AW, Lobo CM, et al. NHG-Standpunt Huisartsenzorg en jeugd 'Kom, we gaan naar de dokter...'. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2008.
6 Farand L, Renaud J, Chagnon F. Adolescent suicide in Quebec and prior utilization of medical services. Can J Public Health 2004;95:357-60.
7 Renaud J, Berlim MT, Seguin M, McGirr A, Tousignant M, Turecki G. Recent and lifetime utilization of health care services by children and adolescent suicide victims: a case-control study. J Affect Disord 2009;117:168-73.
8 Taliaferro LA OJ, Wagman Borowsky I. Prevention of youth suicide: the role of the primary care physician. J Clin Outcomes Manage 2012;19:270-85.
9 Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry 2006;47:372-94.
10 Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. PLoS One 2014;9:e89944.
11 Rhodes AE, Boyle MH, Bridge JA, Sinyor M, Links PS, Tonmyr L, et al. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. World J Psychiatry 2014;4:120-32.
12 Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. J Child Psychol Psychiatry 2012;53:381-9.
13 Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. Arch Suicide Res 2007;11:129-47.
14 Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. J Am Board Fam Med 2010;23:240-59.
15 Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42:386-405.
16 Foley DL, Goldston DB, Costello EJ, Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. Arch Gen Psychiatry 2006;63:1017-24.
17 Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32:8-20.
18 Tuisku V, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Holi M, Ruuttu T, et al. Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry 2006;15:199-206.
19 Wilson CJ, Deane FP, Marshall KL, Dalley A. Adolescents' suicidal thinking and reluctance to consult general medical practitioners. J Youth Adolesc 2010;39:343-56.
20 Zwaanswijk M, Van der Ende J, Verhaak PF, Bensing JM, Verhulst FC. The different stages and actors involved in the process leading to the use of adolescent mental health services. Clin Child Psychol Psychiatry 2007;12:567-82.
21 Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry 2002;159:909-16.
22 Mauerhofer A, Berchtold A, Michaud PA, Suris JC. GPs' role in the detection of psychological problems of young people: a population-based study. Br J Gen Pract 2009;59:e308-14.
23 Zwaanswijk M, Verhaak PF, Van der Ende J, Bensing JM, Verhulst FC. Consultation for and identification of child and adolescent psychological problems in Dutch general practice. Fam Pract 2005;22:498-506.
24 Garralda E. Child and adolescent psychiatry in general practice. Aust N Z J Psychiatry 2001;35:308-14.
25 Kekkonen VK, Kivimaki P, Valtonen H, Tolmunen T, Lehto SM, Hintikka J, et al. Psychosocial problems in adolescents associated with frequent health care use. Fam Pract 2015;32:305-10.
26 Kramer T, Iliffe S, Murray E, Waterman S. Which adolescents attend the GP? Br J Gen Pract 1997;47:327.
27 Rutman MS, Shenassa E, Becker BM. Brief screening for adolescent depressive symptoms in the emergency department. Acad Emerg Med 2008;15:17-22.
28 Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:7.
29 Barbe RP, Bridge J, Birmaher B, Kolko D, Brent DA. Suicidality and its relationship to treatment outcome in depressed adolescents. Suicide Life Threat Behav 2004;34:44-55.
30 Csorba J, Rozsa S, Gadoros J, Vetro A, Kaczvinszky E, Sarungi E, et al. Suicidal depressed vs. non-suicidal depressed adolescents: differences in recent psychopathology. J Affect Disord 2003;74:229-36.
31 Nrugham L, Larsson B, Sund AM. Specific depressive symptoms and disorders as associates and predictors of suicidal acts across adolescence. J Affect Disord 2008;111:83-93.
32 Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. Lancet 2009;373:1372-81.
33 Hemert AM, Kerkhof AJFM, De Keijser J, Verwey B, Van Boven C, Hummelen JW, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
34 Gordon M, Melvin G. Risk assessment and initial management of suicidal adolescents. Aust Fam Physician 2014;43:367-72.
35 De Vries P, Huisman A, Kerkhof AJ, Robben PB. Het non-suïcidecontract: een riskant ritueel. Tijdschr Psychiatr 2008;50:667-71.

KENNISTOETS: VRAGEN

De kennistoets heeft een nieuw jasje gekregen. Met ingang van het februarinummer van 2016 gaat de kennistoets niet meer over drie artikelen, maar over één artikel in H&W. Het artikel van deze maand is: Verkleij S, Luijsterburg P, Willemsen S, et al. Diclofenac versus paracetamol bij kniepijn. Huisarts Wet 2016;59(3):102-4.

De kennistoets is opgebouwd volgens de leerfasen van Kolb: concreet ervaren, overdenken, verbinden en toepassen.

1. Wat geeft de onderzoekster aan als voordeel van het 'open label' design dat wordt gebruikt in dit onderzoek?

a. Grotere generaliseerbaarheid omdat het onderzoek de dagelijkse gang van zaken volgt.
b. Grotere validiteit van het onderzoek omdat patiënt en onderzoeker op de hoogte zijn van de onderzoeksmedicatie.
c. Grotere betrouwbaarheid omdat de toewijzing van de onderzoeksmedicatie bekend is.

2. Wat was voorafgaand aan het onderzoek van Verkleij et al. bekend over paracetamol en NSAID's als therapie bij artrose?

a. NSAID's zijn in de richtlijnen het medicament van eerste keuze.
b. NSAID's zijn effectiever dan paracetamol bij milde artrose.
c. Huisartsen lijken bij artrose een voorkeur te hebben voor NSAID's.
d. Patiënten hebben bij artrose een voorkeur voor paracetamol.

3. Welke conclusie over paracetamol en NSAID's als therapie bij artrose is na het onderzoek geldig voor de onderzochte populatie?

a. Paracetamol werkt sterker dan NSAID's.
b. NSAID's werken sterker dan paracetamol.
c. Paracetamol en NSAID's werken even sterk.

4. Wat is de maximale dagdosering van paracetamol voor langdurig gebruik (> 1 maand) bij benigne aandoeningen (zoals artrose)?

a. 2,5 gram.
b. 4,5 gram.
c. 6 gram.
d. 8 gram.

5. Mevrouw Jager is 62 jaar en heeft gisteren in korte tijd pijn aan haar rechterenkel gekregen. Bij het opstarten vanmorgen was de enkel de eerste 10 minuten stijf. Door de pijn kan zij haar rechterbeen niet goed belasten. Mevrouw Jager is altijd actief en sportief geweest. De laatste jaren is er vaker een periode geweest van stijfheid en opstartpijn in haar rechterenkel. De enkel is nu echter warm en gezwollen, dat was eerder niet het geval. Mevrouw Jager is niet ziek en gebruikt geen medicatie. De huisarts ziet een warm en gezwollen enkelgewricht. Wat is de meest waarschijnlijke diagnose?

a. Artritis bij artrose.
b. Jichtartritis.
c. Reactieve artritis.
d. Reumatoïde artritis.

6. Mevrouw Dekker, 63 jaar, klaagt op het spreekuur over een pijnlijke rechterduim. De pijn treedt vooral op bij het opendraaien van potten. Na lichamelijk onderzoek stelt de huisarts de diagnose CMC I artrose (huisvrouwenduim). Paracetamol heeft weinig geholpen tegen de pijn. Welk medicamenteus beleid is het meest aangewezen?

a. Intra-articulaire corticosteroïden.
b. Lokaal NSAID.
c. Oraal NSAID.
d. Paracetamol met codeïne.

7. De 56-jarige mevrouw Van Kempen komt terug op het spreekuur vanwege pijnlijke knieën. Paracetamol helpt haar onvoldoende. Mevrouw Van Kempen is bekend met gonartrose en ze heeft twee jaar geleden een myocardinfarct doorgemaakt. De huisarts wil haar tegen de pijn een NSAID voorschrijven. Welke NSAID heeft, gezien de voorgeschiedenis, de voorkeur?

a. Diclofenac.
b. Ibuprofen.
c. Naproxen.
d. Etoricoxib.

8. De heer Flier, 82 jaar, slikt 4 dd 1 tablet paracetamol 500 mg vanwege zijn pijnlijke knieën. De heer Flier heeft gonartrose en een nierfunctiestoornis. Bij de laatste controle door de nefroloog blijkt de nierfunctie wederom achteruit gegaan; de eGFR is 25 ml/min/1,73m². De huisarts vraagt zich af of hij bij deze eGFR de paracetamoldosering moet aanpassen. Welk beleid is in dit geval correct?

a. De huidige dosering mag gecontinueerd worden.
b. De dosering dient gehalveerd te worden.
c. Paracetamol dient te worden gestopt.
d. Paracetamol moet vervangen worden door een NSAID.

De toetsvragen zijn gebaseerd op één artikel in dit nummer van Huisarts en Wetenschap. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas, en CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 144.

Het werk van de huisarts

Dit is deel 2 van de serie Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde. Deze serie is ontwikkeld door de NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde en werd geschreven door Esther van Osselen, huisarts en wetenschapsjournalist. De werkgroep bestaat uit: prof.dr. E. Schadé (voorzitter), R.S.M. Helsloot (secretaris), M.J.J. Bergevoet, prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, dr. J.A.M van Eijck, dr. F.J. Meijman, prof.dr. C. van Weel, dr. G.Th. van der Werf en dr. E.A.B. van Zalinge. Corresponderende leden: dr. B.J.M. Aulbers, prof.dr. H.J. Dokter, prof.dr. J. Heyrman, S.F.J. Kleijkers, H. Pellicaan en dr. H. Vink.
De financiële middelen werden ter beschikking gesteld door de SBOH.

Dokter C. Kanters, huisarts te Grave, in zijn Oryx uit circa 1908. Op de treeplank zijn fiets, voor het geval hij niet meer per auto verder kon.

In de honderd jaar na het begin van de Eerste Wereldoorlog veranderde er veel in het dagelijks werk van huisartsen, alleen al omdat de ziekten waaraan Nederlanders leden en stierven veranderden. Maar ook de manier waarop ziekten en sterven werden beleefd, was niet meer dezelfde. Tegelijk veranderde ook het therapeutisch arsenaal, zowel in de specialistische als in de huisartsgeneeskunde. Maatschappelijke, economische en financiële veranderingen hadden hun weerslag op het werk van de huisarts. Nieuwe taken kwamen erbij, zoals anticonceptie en zorg voor chronisch zieken. Andere taken verdwenen, zoals de verloskunde en jeugdgezondheidszorg in de consultatiebureaus.

In dit artikel schetsen we die veranderingen in het huisartsenwerk in het licht van epidemiologische, economische en maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in de visie op het vak.

BEPERKT THERAPEUTISCH ARSENAAL: HET INTERBELLUM

Soms kan een koele analyse met heldere cijfers veel duidelijk maken als het gaat om de ziekten waarmee huisartsen in de decennia voor de Tweede Wereldoorlog werden geconfronteerd. Infectieziekten waren een belangrijke doodsoorzaak, vooral onder jonge mensen. Ruim een derde van de sterfgevallen in 1917 was het gevolg van tuberculose, longontsteking, meningitis en acute diarree. Reumatische hartziekten meegerekend was zelfs bijna de helft van de sterfte toe te schrijven aan een infectie.[1] In 1917 was de gemiddelde levensverwachting 53 jaar.[2]

Soms brengt een anekdote de dagelijkse werkelijkheid dichtbij. In een schrijnende passage verhaalt Jan van Es, die later de eerste Nederlandse hoogleraar Huisartsgeneeskunde zou worden, hoe hij in 1934 als 12-jarig jongetje thuiskwam van een padvinderskamp. Zijn vader was ziek en werd snel zieker, ondanks de natte omslagen met burowwater die de waarnemend huisarts om het geïnfecteerde been liet aanleggen en die een 'zurige, zieke geur' verspreidden. Binnen een week was Van Es' vader overleden aan erysipelas. Twee jaar eerder had Domagk de werkzaamheid van het sulfapreparaat Prontosil tegen streptokokken aangetoond. Beschikbaar waren de antibiotica echter nog niet. Van Es verloor niet zijn vertrouwen in de huisarts. Integendeel. Hij beschrijft hoe dokter Breedveld later zijn moeder tot steun was. 'Als hij met zijn zware gestalte in een lichte geur van ontsmettingsmiddelen ons huis binnenkwam, ging alleen daarvan al een geruststellende werking uit.'[3]

Dit was de werkelijkheid waarin de generatie opgroeide die na de oorlog aan de wieg stond van de moderne huisartsgeneeskunde. Duidelijk is dat het werk van de huisarts in de jaren twintig en dertig niet bestond uit trivialiteiten. Het therapeutisch arsenaal was echter beperkt. De Groningse hoogleraar Huisartsgeneeskunde en historicus Geert Bremer traceerde 54 geneesmiddelen die al in het interbellum werden gebruikt: pijnstillers zoals aspirine en morfine, laxeermiddelen (senna, magnesiumoxide), antacida, zilvernitraat en

Een beroemd huismiddeltje uit Groningen: Oprechter Winsumer Zalf (OPWINZA) tegen bloedzweren en steenpuisten, van Jakob de Vries, slager te Winsum (1843-1934). Het sulfapreparaat Prontosil werd ontdekt in 1932. In 1936 werd F.D. Roosevelt ermee genezen, wat de acceptatie aanzienlijk bevorderde.

NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: E.C.M. van Osselen; R.S.M. Helsloot; dr. G.Th. van der Werf; dr. E.A.B. van Zalinge • Correspondentie: r.helsloot@kpnplanet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

colchicine. Andere preparaten raakten na de oorlog uit de gratie. Een voorbeeld is asa foetida oftewel 'duivelsdrek', een walgelijk stinkend spul dat men graag inzette tegen 'hysterie'.[2]

ANDERE VRAAG, ANDER AANBOD: 1938-1955

Dat de spectaculaire daling van het sterftecijfer – met 1,5% per jaar tussen 1917 en 1955 – niet wordt toegeschreven aan de invloed van de individuele gezondheidszorg, maar aan betere leefomstandigheden, zal niet verbazen. In 1955 waren hartziekten (30%), kanker (20%) en cerebrovasculaire accidenten (14%) de belangrijkste doodsoorzaken geworden.[1] De gemiddelde levensverwachting was inmiddels 72 jaar.[3,4] Tijdens en na de Tweede Wereldoorlog veranderden ook de beleving van ziekte en sterven, en de zorgvraag. Wetenschappelijke ontwikkelingen in de specialistische geneeskunde zorgden voor nieuwe diagnostische en therapeutische mogelijkheden.

Wat deze ontwikkelingen betekenden voor de huisartsenpraktijk, kunnen we zien aan de hand van vroege morbiditeitsregistraties waarin huisartsen optekenden met welke ziekten en klachten patiënten zich meldden. De Brabantse huisarts Ruhe deed dat in Hilvarenbeek, op het arme platteland, in 1938 en opnieuw in 1954. In 1954 zag hij zijn patiënten ruim tweemaal zo vaak als in 1938: in 1938 registreerde hij ruim 1100 consulten en 2200 visites, in 1954 waren dat er respectievelijk 3600 en 2800. Oorzaken volgens Ruhe: grotere welvaart, het verplichte ziekenfonds en meer therapeutische mogelijkheden. Vooral vlak na de Tweede Wereldoorlog was de druk op huisartsen hoog:

> *'Wachtkamer en spreekkamer worden te klein, hij raakt overbelast, laat allerlei belangrijk werk achterwege en wordt slordiger.'*[5]

Aandoeningen waarvoor veel vaker medische hulp werd ingeroepen, waren onder andere pyodermieën en bronchitis, volgens Ruhe waarschijnlijk omdat er nu antibiotica beschikbaar waren. Het aantal consulten voor neurosen steeg van 28 naar 149. Van veel klachten zoals 'vetzucht', diabetes en galblaasziekten veronderstelde Ruhe dat ze werden veroorzaakt door 'gewijzigde levensomstandigheden'. Hij dacht ook aan een reeks andere klachten:

> *'(...) dermatophytosen, die toenamen toen men meer ging baden en zwemmen, sexuele problemen die men in 1938 nog nauwelijks als probleem zag; ook gewrichtsreuma waartegen men de arts machteloos waande en dus maar in berustte en vervolgens chronische bronchitis waarbij men thans door het gebruik van antibiotica wel geen genezing maar toch aanzienlijke verbetering kan bereiken zodat het aantal lijders toeneemt.'*[5]

De groei van de zorgvraag die Ruhe beschrijft, zien we na de Tweede Wereldoorlog in heel Nederland. Het ziekenfonds werd immers landelijk ingevoerd en veel huisartsen klaagden over overbelasting en een toestroom van 'zeurende patiënten'.[3] Maar Ruhes kijk op de zaak is niet de enig mogelijke. Opvallend afwezig in zijn statistieken zijn de klachten waarvoor geen lichamelijke oorzaak kon worden gevonden. Ruhe probeerde in zijn registratie 'symptoomdiagnoses' te vermijden – hij vertaalde klachten liefst naar een van de ziektediagnoses die hij als geneeskundestudent had geleerd.

Ruhes tijdgenoot Just Buma, die in 1947 een jaar lang een morbiditeitsregistratie bijhield in zijn Ridderkerkse praktijk, koos een andere benadering. De kern van zijn betoog was dat hij voor een derde van de klachten geen verklaring kon vinden in zijn geneeskundige opleiding:

> *'Deze zeer grote groep (...) kan slechts worden begrepen door de anthropologisch geschoolde arts: somatisch onderzoek levert hierbij meestal niets op. Alleen een analyse van de reacties van de patiënt op zijn milieu, inzicht in zijn leefwijze, zijn beroep, zijn gezin, zijn economische omstandigheden, huwelijk, huisvesting, psyche, constitutie, vermag hier uitkomst te brengen.'*[6]

Een voorbeeld van een vroege morbiditeitsregistratie is het proefschrift van Harry Ruhe, huisarts te Hilvarenbeek, uit 1957. Hij hield in 1938 en in 1954 bij met welke ziekten en klachten zijn patiënten zich meldden. In 1954 zag hij hen ruim tweemaal zo vaak als in 1938.

Die klachten moesten dus niet in het medische keurslijf worden geperst. Huisartsen dienden zich volgens Buma te verdiepen in de psychische en maatschappelijke oorzaken van klachten, naast de somatische. En hij stond daarin niet alleen. De Amsterdamse hoogleraar Sociale geneeskunde Arie Querido lanceerde in 1955 de term 'integrale geneeskunde'[7] en zowel de Wereldgezondheidsorganisatie als het NHG kozen na de Tweede Wereldoorlog voor een brede definitie van gezondheid.[8-10]

Terugblikkend zag Hein Hogerzeil – de eerste voorzitter van het NHG en in de jaren zeventig hoogleraar Sociale geneeskunde in Groningen – de gegroeide en bredere zorgvraag als bestaansreden voor de moderne huisartsgeneeskunde.[11]

EMANCIPATIE EN (ANTI-) MEDICALISERING: 1955-1984

Epidemiologisch stagneerde tussen 1955 en 1970 de sterftedaling. Ischemische hartziekten en kanker eisten een steeds grotere tol, onder andere doordat steeds meer mensen steeds meer gingen roken.[1] En arbeidsongeschikt werd men steeds vaker door ziekten waar je niet dood aan gaat, zoals aandoeningen van de psyche en het bewegingsapparaat.[11] Economisch zette het herstel door – en dat maakte ook een betere betaling van huisartsen mogelijk die de Landelijke

De anticonceptiepil kwam begin jaren zestig in Nederland beschikbaar en werd razendsnel aanvaard. Huisartsen kregen een centrale rol bij de pilcontroles. Eind jaren tachtig bleken deze geen meerwaarde te hebben. Op de foto een van de vele anticonceptiepillen in de jaren zeventig.

Huisartsen Vereniging na jaren van strijd in 1966 voor elkaar kreeg. Maatschappelijk werd in het sterk verzuilde en paternalistische Nederland van de jaren vijftig en zestig de kiem gelegd voor de democratiseringsbeweging die de jaren zeventig en tachtig hun onstuimige aanzien zou geven.

Emancipatie werd het sleutelwoord: emancipatie van de onderklasse, van studenten, van vrouwen, van homoseksuelen en uiteindelijk ook van patiënten – te beginnen in de psychiatrie. Huisartsen waren aanvankelijk nauw betrokken bij de euthanasiediscussie, maar in de loop van het debat raakten zij ondergesneeuwd doordat de discussie zich verplaatste naar regelgeving en juridische aspecten.[12] Artsen liepen over het algemeen niet voorop bij de emancipatie, al had vooral de jongere generatie sympathie voor de democratiseringsgolf.[13]

De huisartsen rond het NHG zochten in de jaren vijftig en zestig naar manieren om vorm te geven aan het ideaal van een continue, integrale en persoonlijke zorg. In *Huisarts en Wetenschap* werd geschreven over samenwerking met de maatschappelijk werkende, wijkverpleegkundige, pastoor of dominee, over gezinsgeneeskunde en over sociale actie. Feministische geneeskundestudenten uit Nijmegen wierpen de huisartsen voor de voeten dat ze onvoldoende oog hadden voor de omstandigheden van huisvrouwen, hen afschilderden als 'zeurpieten' en te veel kalmeringsmiddelen voorschreven.[14] Eind jaren zeventig opende het eerste vrouwengezondheidscentrum zijn deuren voor voorlichting en zelfhulp, en in Utrecht startte de eerste feministische huisartsenpraktijk: Vrouwengezondheidscentrum Aletta.[15]

Opnieuw is het moeilijk om vanuit het heden te reconstrueren wat er van al deze idealen in de praktijk terechtkwam. Wat we weten over de huisartsenpraktijk aan het einde van de jaren zestig komt vooral uit morbiditeitsonderzoeken zoals dat van de Haagse huisarts Oliemans. Zijn onderzoek in ruim vijftig praktijken maakt duidelijk dat Buma's constatering uit de jaren vijftig nog steeds opging: bij de helft van de patiënten kwam de huisarts niet verder dan een symptoom- of waarschijnlijkheidsdiagnose. Bovendien werd de oorzaak van zeker een vijfde van de gepresenteerde klachten gezocht in psychische factoren – een absoluut minimum, schrijft Oliemans, die ook astma noemt als een ziekte waarvan de psychosomatische genese vaststaat.[16] Dat was overigens in deze periode geen ongewone opvatting, in het artikel over de arts-patiëntrelatie komen wij nog terug op de stroming van de psychosomatiek.

Vanaf de jaren zeventig verschijnen stevige pleidooien tegen medicalisering, waarin ook de keerzijde belicht werd van de integrale geneeskunde met zijn brede taakopvatting.[17] Een goed voorbeeld van de tegenstrijdigheden rond emancipatie en medicalisering, en overigens ook van het zelfreinigend vermogen van de huisartsgeneeskunde, is de anticonceptiepil. De pil was in Nederland razendsnel aanvaard toen hij begin jaren zestig beschikbaar kwam en leverde een enorme bijdrage aan de zelfontplooiing van vrouwen. Huisartsen kregen een centrale rol bij de anticonceptie, met ook aandacht voor gezondheidsrisico's. De periodieke pilcontroles die zij uitvoerden, bestonden niet alleen uit het meten van de bloeddruk, maar ook uit speculumonderzoek, cervixuitstrijk, vaginaal toucher en onderzoek van urine op glucose.[18,19] Terugblikkend stelt de socioloog Ketting dat de pil de geboorteregeling medicaliseerde:

> *'Het thema werd hierdoor uit het halfduister van "sanitaswinkels" en vanonder de toonbank van drogisterijen gehaald en kwam in het heldere licht van de spreekkamer van de arts.'*[20]

Dit leidde begin jaren tachtig tot de eerste kritische geluiden uit de beroepsgroep.[21-23] En tot de vraag of er wel wetenschappelijke argumenten waren voor deze wel erg frequente en grondige controles. Eind jaren tachtig concludeerde men in de tweede NHG-Standaard – die over anticonceptie – dat de frequente en uitgebreide pilcontroles geen meerwaarde hadden.[24]

In de jaren zeventig vatten geen twee huisartsen hun taak hetzelfde op.[25] Dat gold voor de individuele huisarts, maar ook voor de beroepsorganisaties: tussen 1973 en 1983 steggelden LHV en NHG met elkaar en met hun achterbannen over een taakomschrijving.[26] Eindresultaat was het Basistakenpakket dat in 1983 door de ledenvergadering van de LHV werd aangenomen.[26-28] Het ideaal van een continue, integrale en persoonlijke zorg bleef gelden, al kreeg het gezin gezelschap van 'andere samenwoningsverbanden'. Op de eerste plaats kwam 'vraagverheldering' – de huisarts moest ingaan op de hulpvraag, meer niet. Huisarts en patiënt moesten geza-

In het *Basistakenpakket van de huisarts* van 1983 werden voor het eerst de taken van de huisarts beschreven als leidraad voor de dagelijkse praktijk. Hierop werd later voortgeborduurd in het *Aanbod huisartsgeneeskundige zorg* (2004/2009).

menlijk de 'relevantie van somatische, psychische en sociale gegevens voor het probleem van de patiënt' inschatten.[26]

Intussen genoot de huisarts de warme belangstelling van de politiek. De snelle toename van de mogelijkheden en dus ook van de kosten in de specialistische geneeskunde plaatste kostenbeheersing hoog op de politieke agenda – vooral nadat de oliecrisis een eind had gemaakt aan de ongebreidelde economische groei. Huisartsen konden de zorg goedkoop houden, dachten politici. De *Structuurnota gezondheidszorg* van staatssecretaris Hendriks uit 1974 bevestigde het Ziekenfondsenbesluit van 1941: de rol van de huisarts als poortwachter tot de tweede lijn werd in de structuur van de zorg verankerd.[26,29]

ANDER AANBOD, ANDERE VRAAG: 1984-2016

Het Basistakenpakket markeerde een heroriëntatie van de huisartsgeneeskunde op haar medische wortels. Aan de academie leverde epidemiologisch onderzoek de wetenschappelijke onderbouwing voor een eigen huisartsgeneeskundige aanpak. De klachten waarmee huisartsen in hun praktijk geconfronteerd werden, waren zodanig anders dan die in tweedelijnspopulaties dat ze om een eigen benadering vroegen in diagnostiek en behandeling.[30,31] De zoektocht naar wetenschappelijke onderbouwing van het huisartsgeneeskundig handelen resulteerde vanaf 1989 in de publicatie van NHG-Standaarden. De huisartsgeneeskunde markeerde met *evidence-based medicine* haar territorium ten opzichte van de specialistische geneeskunde en de standaarden onderbouwden dat de huisarts een prominentere rol wilde en kon spelen bij aandoeningen zoals type-2-diabetes en acute oorontsteking bij kinderen.[32-34]

Onder het mes van evidence-based medicine sneuvelden diverse huisartsgeneeskundige tradities, zoals de reeds genoemde pilcontrole. Pieter van den Hombergh, die in 2009 betrokken was bij het opstellen van het *Aanbod huisartsgeneeskundige zorg* van de LHV,[35] zag alle hoestdrankjes verdwijnen na het NHG-telefoonadvies voor doktersassistenten over 'hoesten', omdat ze niet beter bleken te werken dan kippensoep.[36]

Dankzij de groei van het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde kunnen we voor deze periode veel meer gegevens vinden over de weerslag van de veranderende taakopvatting en nieuwe wetenschappelijke inzichten op de dagelijkse praktijk.

Het NIVEL becijferde dat tussen 1987 en 2001 het aantal consulten wegens luchtweginfecties met de helft daalde, en het aantal consulten voor psychosociale problemen met een kwart. Huisartsen rekenden psychosociale problemen minder vaak tot hun taak.[37,38] De dokter moest toch vooral dokter zijn, althans, daar werd druk over gediscussieerd.[39-42] Aan de andere kant kregen ook patiënten realistischer verwachtingen: het aantal mensen dat dacht dat de huisarts de griep sneller zou laten overgaan, halveerde in die vijftien jaar.[43]

In de vier huisartsenpraktijken van de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie steeg tussen 1985 en 2006 het aantal consulten voor chronische aandoeningen – vooral van astma, hypothyreoïdie, refluxziekte, depressies en angststoornissen. Er meldden zich juist minder patiënten met steenpuisten, maagzweren, aarsmaden, verkoudheden en overmatig zweten. De onderzoekers opperen als verklaring de grotere beschikbaarheid van laboratoriumdiagnostiek (hypothyreoïdie), veranderingen in ziektepatronen, de vrije beschikbaarheid van zelfzorgmiddelen (oxyuren) en de tendens om vaker een psychiatrische diagnose te gebruiken (angst- en stemmingsstoornissen). Ook nieuwe behandelmethoden spelen een rol, zoals H2-receptorantagonisten en eradicatie van *Helicobacter pylori* bij peptische ulcera.[44]

Epidemiologisch veranderde er na de jaren zeventig weinig, behalve dat het sterftecijfer vanaf de jaren negentig opnieuw begon te dalen. Complexe zorg voor chronisch zieken en polyfarmacie namen een hoge vlucht in de hele gezondheidzorg, ook in de huisartsenpraktijk.[45-47] En dat terwijl Geert Bremer nog in 2006 pleitte voor farmacotherapeutische eenvoud:

> *'Meer dan vijf verschillende medicijnen moet je nooit voorschrijven. Dat kan geen normaal mens meer overzien.'*[2]

Vanaf 1980 veranderde ook de organisatie van de huisartsenzorg. Parttime werken werd geaccepteerd, het aantal solisten nam af en meer vrouwen traden toe tot het vak.[48,49] Dienstenstructuren werden ingevoerd, deels wegens de zwaardere werkbelasting overdag, maar ook wegens veranderende taakopvattingen en 'de tijdgeest', zoals Rianne van den Berg en Frans Meijman schrijven.[50,51] De frequente controles die nodig waren voor het managen van chronische ziekten en cardiovasculaire aandoeningen, maakten het noodzakelijk taken te delegeren aan doktersassistenten en praktijkondersteuners.[52] Sommige taken, zoals verloskunde, verdwenen vrijwel geheel uit de huisartsenpraktijk.[53,54]

Van den Hombergh ziet vooral een verbetering van de kwaliteit van de huisartsenzorg: 'Er waren vroeger ook dingen die gruwelijk misgingen.' Daarmee doelt hij niet op onwerkzame hoestdrankjes, maar bijvoorbeeld op de mythe dat huisartsen dag en nacht voor hun patiënten klaarstonden: 'Een huisarts bleef ook wel eens in bed liggen en kwam er dan mee weg als de patiënt de volgende morgen was overleden. Dat is nu met de huisartsenposten veel transparanter geregeld.'[36]

Vanuit de politiek gezien bleven de stijgende kosten van de gezondheidszorg een probleem. De Zorgverzekeringswet van 2006 introduceerde gereguleerde concurrentie – en dus 'marktwerking'.[55] Die moest de kosten beheersbaar maken. Toen NHG en LHV in deze periode het Basistakenpakket wilden aanpassen aan de veranderingen in het vak, speelde de financiering een belangrijke rol in de discussies.[35] Of en hoe de huisartsgeneeskunde onder deze omstandigheden zal blijven bloeien, zal de komende jaren moeten blijken. ■

Esther van Osselen, Ron Helsloot, Ger van der Werf, Emma van Zalinge

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Geschiedenis huisartsgeneeskunde.

Immunotherapie voor allergische klachten; belangen niet transparant

Huisarts en Wetenschap is voor veel huisartsen een belangrijke bron van nascholing. Bij het volgen van nascholing wil de kijker (of lezer in dit geval) meteen weten of de docent (of auteur in dit geval) een mogelijke belangenverstrengeling heeft. Bij live nascholing dient dit tegenwoordig verplicht op de eerste slide te worden vermeld. Bij een artikel dient mogelijke belangenverstrengeling te worden vermeld bij het indienen van de eerste versie, en zeker bij de publicatie zelf. Redactie, referenten en lezers kunnen deze informatie dan meenemen in de weging van de aanbevelingen. Want als je werkt bij WC-Eend, of vooral poetst met WC-Eend, dan is de kans groter dat je het gebruik van WC-Eend gaat adviseren.

Ik las het nascholingsartikel 'Immunotherapie voor de huisarts' en werd verrast door de positieve toonzetting over sublinguale immunotherapie (SLIT) voor allergische conjunctivitis en rhinitis.[1] Ik lees dat we mede op basis van (ongepubliceerde) groepsinterviews met verschillende beroepsgroepen bij een brede groep patiënten SLIT dienen te bespreken én zelf kunnen toepassen. Over kosteneffectiviteit lees ik niets.[2] En ook over kosten lees ik niets. Een maand tabletten kost ongeveer 100 Euro, waarbij de patiënt de behandeling 3 jaar lang moet volgen. Verder staat me een recent literatuuroverzicht voor ogen dat juist aangeeft dat de gevonden effecten wel heel klein zijn.[3]

Bij de mogelijke belangenverstrengeling van de auteurs van dit artikel staat: niets aangegeven. Volgens het transparantieregister (www.transparantieregister.nl), opgezet om de financiële relaties van zorgaanbieders met farmaceutische bedrijven inzichtelijk te maken, heeft de eerste auteur over de afgelopen 3 jaar in totaal 10 betalingen ontvangen van farmaceut ALK-Abello, varierend van 560 tot 5700 euro per keer. Deze betalingen zijn door ALK-Abello – de grootste leverancier van SLIT-medicatie in Nederland – verricht in het kader van dienstverlening als spreker, voor niet-WMO-plichtig onderzoek, voor consultancy, en voor een rol in een adviesraad.

Dit is op zijn minst mogelijke belangenverstrengeling. H&W vraagt letterlijk aan auteurs: 'Heeft u in de afgelopen vijf jaar enige financiële tegemoetkoming gehad van een organisatie of bedrijf dat belang kan hebben bij de resultaten van uw onderzoek, of de inhoud van uw beschouwing, nascholingsartikel, commentaar of review?' Dat de auteur dit niet heeft vermeld aan redactie, referenten en dus aan de lezers, past niet bij H&W als betrouwbare én transparante bron van nascholing. ■

Jochen Cals, huisarts •
Mogelijke belangenverstrengeling: geen

LITERATUUR

1 De Groot H, Van Bentveld R. Immunotherapie voor de huisarts. Huisarts Wet 2015;10:542-6.
2 Meadows A, Kaambwa B, Novielli N, Huissoon A, Fry-Smith A, Meads C, et al. A systematic review and economic evaluation of subcutaneous and sublingual allergen immunotherapy in adults and children with seasonal allergic rhinitis. Health Technol Assess 2013;17:27.
3 Di Bona D, Plaia A, Leto-Barone M, La Piana S, Di Lorenzo G. Efficacy of grass pollen allergen sublingual immunotherapy tablets for seasonal allergic rhinoconjunctivitis. A systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med 2015;175:1301-9.

ANTWOORD

Ik wil collega Cals danken voor zijn ingezonden brief, waarin hij er terecht op wijst dat ik de belangenverstengeling niet transparant genoeg heb gemaakt voor de lezers van *Huisarts en Wetenschap*.

Als allergoloog, werkend in het Delfts Allergie Centrum en met veel expertise op het gebied van immunotherapie, word ik regelmatig gevraagd voor lezingen, geaccrediteerde nascholingen, FTO's en wetenschappelijk onderzoek op dit gebied. In de afgelopen vijf jaar heb ik dit gedaan voor verschillende firma's die allergeenextracten produceren voor diagnostiek en behandeling (te weten ALK-Abello, Stallergenes en Thermofischer). De ontvangen vergoeding heb ik vervolgens geïnvesteerd in nascholing en nieuw wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de kinderallergologie.

Dit neemt niet weg dat ik samen met collega Van Bentveld op de uitnodiging van H&W ben ingegaan om een praktisch toepasbaar, onafhankelijk artikel te schrijven over immunotherapie in de huisartsenpraktijk. Dit omdat veel huisartsen deze therapie geven of willen gaan geven en de standaarden op dit gebied niet meer actueel zijn. Wij hebben dan ook op verzoek het recente bewijs voor effectiviteit van met name SLIT opnieuw getoetst en beschreven in het artikel, niet beïnvloed door welke firma dan ook. Het artikel is vervolgens drie keer herschreven, met commentaar van de referenten en redactie, om de nuance voor de huisarts en het beschikbare bewijs zo helder mogelijk te hebben. Tevens hebben we gemeend in de kernpunten aandacht te moeten vragen voor een update van de standaarden die over immunotherapie gaan.

Dat ik bovengenoemde *mogelijke* belangenverstrengeling niet heb vermeld, is echter niet juist geweest voor de redactie en de lezers, en hiervoor bied ik dan ook mijn excuses aan. Collega Van Bentveld gaf nogmaals aan *geen* belangenverstrengeling te hebben. ■

Hans de Groot, allergoloog

SOLK hoeft niet naar de psycholoog

In hun commentaar rapporteren collegae Houwen en olde Hartman over de behandelopties bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) naar aanleiding van twee recent verschenen Cochrane-reviews.[1] Zij stellen dat patiënten met SOLK niet naar de psycholoog hoeven. Dit verheugt hen, omdat de meeste patiënten met SOLK ook helemaal niet naar de psycholoog zouden willen. Wij kunnen ons vinden in hun uitspraak dat psychologische behandelingen bij SOLK een beperkt effect hebben en nauwelijks effectiever zijn dan '*enhanced care*' ofwel 'gestructureerde zorg' door de huisarts. Niettemin willen we enkele kanttekeningen plaatsen.

Houwen en olde Hartman bepleiten dat huisartsen allereerst hun vooroordelen over patiënten met SOLK opzij moeten zetten. Zij stellen echter ook dat patiënten met SOLK niet zouden openstaan voor psychologische behandeling. Dit is wellicht een eerste vooroordeel. Houwen en olde Hartman zien de wetenschappelijke aandacht voor psychologische behandelingen als uiting van de gedachte dat SOLK 'tussen de oren zit'. Veel psychologische behandelingen zijn echter gebaseerd op het zogenaamde gevolgenmodel: door het verbeteren van de manier van omgaan met je klachten kun je de (last van de ervaren) klachten verminderen. Veel patiënten staan wel degelijk open voor deze insteek. Sterker nog, er zijn vele SOLK-behandelcentra die volgens dit model werken en die niet te klagen hebben over klandizie.

Ook stellen de auteurs dat een huisarts die werkt volgens het stepped-care-principe van de NHG-Standaard SOLK de gestructureerde zorg levert die op basis van onze review net zo effectief blijkt als psychologische behandelingen.[2] De vraag is echter in hoeverre huisartsen het volledige door de auteurs aanbevolen palet van communicatietechnieken en behandelstappen kunnen of willen toepassen. De standaard adviseert mede daarom patiënten met milde SOLK zelf te behandelen, maar patiënten met ernstiger vormen van SOLK, de subcategorie die vooral voorkwam in de onderzoeken die waren opgenomen in de recente Cochrane-reviews, te verwijzen.

Wij zijn van mening dat de keuze voor een specifieke behandeling bij ernstiger vormen van SOLK samen met de patiënt moet worden gemaakt. Sommige patiënten zullen meer voelen voor een psychologische behandeling, anderen meer voor een lichamelijke aanpak. Onze conclusie? SOLK hoeft niet naar de psycholoog, maar bij ernstige klachten mag het wel. ■

Nikki Claassen-van Dessel, Madelon den Boeft

LITERATUUR

1 Houwens J, olde Hartman T. SOLK hoeft niet naar de psycholoog. Huisarts Wet 2015;58:662-3.
2 Van Dessel N, Den Boeft M, Van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2014;11:CD011142.

ANTWOORD

Wij willen graag ingaan op het commentaar van collegae Nikki Claassen-van Dessel en Madelon den Boeft. Zij zijn het met ons eens dat psychologische behandelingen bij SOLK nauwelijks effectiever zijn dan gestructureerde zorg door de huisarts, zoals beschreven in de NHG-Standaard. Ze stellen dat veel patiënten met SOLK wel degelijk openstaan voor een verwijzing naar de psycholoog. Onze ervaring is echter anders. Bovendien geven patiënten zelf aan dat ze vaak moeten strijden tegen de scepsis van de dokter en als 'psychisch geval' worden gezien.[1] Claassen-van Dessel en Den Boeft vragen zich af of huisartsen voldoende zijn toegerust om de NHG-Standaard ook daadwerkelijk in praktijk te brengen. Inderdaad is er nog een wereld te winnen in de implementatie van de standaard en de scholing van huisartsen (in opleiding) op het gebied van SOLK. We zijn dan ook blij dat SOLK een van de tien thema's is in het nieuwe Landelijke Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde.[2] Dit is een belangrijk stap in de goede richting en een signaal richting huisartsen dat, zoals wij ook stelden in ons commentaar, zij over het algemeen SOLK-patiënten prima zelf kunnen behandelen.[3]

Gelukkig krijgt slechts een kleine groep patiënten een ernstige vorm van SOLK. Deze patiënten zijn fors beperkt in hun dagelijks functioneren, hebben een evidente vermindering van kwaliteit van leven en hebben zo snel mogelijk de juiste zorg nodig. De vraag blijft echter of een psychologische behandeling de eerstaangewezen behandeling is voor deze patiënten. Immers, zoals Claassen-van Dessel en Den Boeft zelf ook aangeven, kwam juist deze subcategorie patiënten met ernstiger vormen van SOLK vooral voor in de onderzoeken die waren opgenomen in de Cochrane-review en die constateerde dat psychologische behandelingen nauwelijks effectiever zijn dan gestructureerde zorg.

Uiteindelijk gaat het erom samen met de patiënt met SOLK te kijken wat hij of zij nodig heeft. Dit kan goede gestructureerde zorg van de huisarts zijn, of een lichamelijke aanpak bij een gespecialiseerde fysio- of oefentherapeut. En wanneer een patiënt met SOLK graag naar een psycholoog wil voor verdere behandeling en begeleiding is daar natuurlijk helemaal niets op tegen. ■

Juul Houwen, Tim olde Hartman

LITERATUUR

1 Lucassen PLBJ, olde Hartman TC, Borghuis M. Somatische fixatie. Een nieuw leven voor een oud begrip. Huisarts Wet 2007;50:11-5.
2 Huisartsopleiding Nederland. Naar een Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde. Utrecht: 2012.
3 Houwen J, olde Hartman T. SOLK hoeft niet naar de psycholoog. Huisarts Wet 2015;58:662-3.

Marijke Kool

SPREEKUUR

Het kind met (te) laag gewicht

WAT IS HET PROBLEEM?

Wanneer ouders de huisarts consulteren over hun kind met een (te) laag gewicht, staat de huisarts voor de uitdaging in relatief korte tijd een inschatting te maken van mogelijk ondergewicht en mogelijke oorzaken. Een te laag gewicht kan een uiting zijn van een slechte voedingstoestand als gevolg van een eet- of voedingsprobleem door een lichamelijke oorzaak. Een slechte voedingstoestand kan ook niet-somatische oorzaken hebben.

WAT MOET IK WETEN?

Een te laag gewicht kan een uiting zijn van ondervoeding. De NVK (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde) definieert ondervoeding als een acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare, nadelige effecten op lichaamssamenstelling, functioneren en klinische resultaten.

Er is sprake van acute ondervoeding als het gewicht meer dan 2 SD onder het gemiddelde ligt bij een normale lengte of als er een significante afbuiging is in gewichtsgroei in korte tijd. Men spreekt van chronische ondervoeding bij een achterstand in de lengtegroei waarbij de SD-score voor lengte naar leeftijd meer dan 2 SD onder het gemiddelde ligt of wanneer er een significante afbuiging is in lengtegroei. Kinderen met een chronische ondervoeding zijn vaak te licht en te klein voor hun leeftijd. Maar hun gewicht naar lengte is vaak wel normaal.[1]

Bij gezonde, normaal ontwikkelende jonge kinderen komen lichte tot matige voedingsproblemen frequent voor (25-45%). Veel jonge kinderen zijn in periodes selectief bij het eten en ze kunnen sterk wisselen in voedselinname. Deze periodes gaan doorgaans vanzelf over. Bij kinderen met een psychomotorische retardatie of kinderen met een chronische ziekte komen voedingsproblemen veel vaker voor (40-80%). Premature, kinderen met een langdurige ziekenhuisopname en kinderen die op jonge leeftijd ernstig ziek zijn geweest hebben een verhoogd risico op een ernstig voedingsprobleem. Het is onbekend hoe vaak eetproblemen op de basisschoolleeftijd voorkomen. Wel zijn er aanwijzingen dat eetstoornissen als anorexia en boulimia al bij kinderen tussen 8 en 12 jaar kunnen voorkomen.[2]

WAT MOET IK DOEN?

De huisarts moet beoordelen of het kind ondervoed is. Tijdens de anamnese vraagt de huisarts naar gegevens over de groei en het gewicht. Bij jonge kinderen kan gevraagd worden naar het groeiboekje. Ook moet de huisarts vragen naar klachten van onderliggende ziekte die kunnen leiden tot een verminderde intake of een verhoogd verbruik/verlies. Informatie over de ontwikkeling en het activiteitenpatroon van het kind kan ook verder inzicht verschaffen.

Bij het lichamelijk onderzoek is het lichaamsgewicht de belangrijkste parameter om acute ondervoeding vast te stellen. Wanneer er twijfel is over de lengte (bijvoorbeeld doordat er geen recent meetmoment bij het consultatiebureau of de schoolarts is), meet en noteert de huisarts deze. Zowel gewichtsverlies als niet aankomen in gewicht, als stilstand van de groei, zijn goede indicatoren van een verslechtering van de voedingstoestand. Eventueel kan de groei in een groeicurve uitgezet worden. Groeicurves voor de Nederlandse populatie zijn te vinden op de website van TNO.[3] Daar staat ook een BMI-meter voor kinderen met een klasse-verdeling voor over- en ondergewicht.

Bij het lichamelijk onderzoek schat de huisarts de voedingstoestand globaal in. Daartoe is het belangrijk te kijken of er verlies is van subcutaan vet, er een ingevallen gelaat is of verlies van spiermassa. Ook de algemene indruk van het kind (ziek, niet-ziek), de spierkracht en de conditie van huid en haar kunnen bijdragen aan de beoordeling van de voedingstoestand. Daarnaast kan de huisarts kijken naar objectiveerbare symptomen van een eventuele onderliggende ziekte.

Als er een mild, mogelijke voorbijgaand voedingsprobleem is dat weinig effect heeft op de voedingstoestand, kan de huisarts het kind zelf volgen. Bij vragen over eetgedrag kan de huisarts eventueel verwijzen naar het Centrum voor Jeugd en Gezin of naar een orthopedagoog of kinderpsycholoog. De huisarts verwijst het kind naar de kinderarts bij aanwijzingen van onderliggende pathologie die de huisarts niet kan behandelen, bij afbuigende groei of bij een verslechterende voedingstoestand.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Een laag gewicht bij een kind kan een uiting zijn van ondervoeding. Bij jonge kinderen komen regelmatig periodes voor van verminderde inname die kunnen leiden tot een laag gewicht. Doorgaans gaan deze periodes vanzelf over. Wanneer het kind niet goed groeit of er andere klachten zijn kan de huisarts het kind verwijzen. ■

LITERATUUR

1 NVK Richtlijn Signalering van somatische oorzaken van afwijkend voedingsgedrag bij kinderen versie 12 dd 02 mei 2012
2 CBO Richtlijn Eetstoornissen, 2006.
3 TNO groeicurven. www.tno.nl/nl/aandachtsgebieden/gezond-leven/prevention-work-health/gezond-en-veilig-opgroeien/groeidiagrammen-in-pdf-formaat.

Erasmus Medisch Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: dr. M. Kool, huisartsonderzoeker • Correspondentie: m.kool.1@erasmus.nl

Roelf Norg

Blaasretentie

WAT IS HET PROBLEEM?

Blaasretentie kan chronisch of acuut zijn. Chronische retentie is doorgaans pijnloos. Het kan leiden tot recidiverende infecties, incontinentie, overactieve blaas en beschadiging van de m. detrusor. Dit laatste versterkt de chronische retentie. Bij een acute retentie verliest de patiënt in korte tijd de mogelijkheid om te plassen (vrijwel) geheel. Vaak ontstaan onrust en bewegingsdrang.

Bij chronische retentie is het doorgaans de uroloog die de indicatie tot katheterisatie bepaalt (transurethraal, suprapubisch of intermitterende zelfkatheterisatie). Acute urineretentie is een huisartsgeneeskundige spoedsituatie.

WAT MOET IK WETEN?

Acute urineretentie komt vrijwel uitsluitend voor bij mannen. De incidentie loopt op van 0,4% (leeftijd 50-60 jaar) tot 2% (> 70 jaar). Bij vrouwen is de incidentie circa 0,003%. De meest voorkomende oorzaken zijn urethra-obstructie door prostaathyperplasie, blaasontsteking, medicatie, neurologische ziekten of detrusorzwakte, bijvoorbeeld door chronische retentie of een eerdere forse acute retentie. Bij vrouwen is er altijd reden voor waakzaamheid, omdat dan vrijwel altijd ernstige pathologie speelt (forse verzakking of tumoren in het kleine bekken).

In dit spreekuur bespreek ik alleen het katheteriseren van mannen.

WAT MOET IK DOEN?

In eerste instantie moet de retentie worden opgeheven door blaaskatheterisatie. Bij het inbrengen van de katheter moet hygiënisch gewerkt worden. Dit is bij een patiënt thuis niet altijd makkelijk en mogelijk. Omdat de samenstelling van kant-en-klare inbrengsets vaak wisselt, is het raadzaam zelf een aantal sets samen te stellen, zodat u niet misgrijpt tijdens de procedure. De katheterlengte is 41-45 cm. Bij kortere (vrouwen-)katheters dreigt het gevaar dat de ballon in de urethra wordt opgeblazen, hetgeen zeer pijnlijk is. Katheters van 100% siliconen hebben de voorkeur. Ze zijn hypoallergeen, gladder dan latex katheters en geven minder kans op korstvorming. Bovendien is de wand dunner dan siliconen-gecoate latex katheters, waardoor het lumen groter is bij dezelfde Charrièremaat. (Charrière duidt de omtrek aan, niet de grootte van het lumen. Die kan verschillen bij dezelfde Charrière-maat.) Start met een kleine maat (Ch14 of Ch16). Lukt dit niet, probeer dan een grotere (CH18 of Ch20). Grotere maten geven echter meer kans op lekkage. De kleinere Ch12-katheter is vooral geschikt als de urethra door traumata of eerdere katheterisaties beschadigd is.

Voor het inbrengen kan men de penis het beste gestrekt houden. Daarna wordt de urethra gevuld met glijmiddel. De kathetertip hoeft dan niet van glijmiddel voorzien te worden. Verdovend, lidocaïne-bevattend glijmiddel is niet noodzakelijk, maar kan het inbrengen vergemakkelijken. Wacht vijf minuten met inbrengen om de verdoving in te laten werken. Registreer na het inbrengen van de katheter de urineproductie van het eerste kwartier. Is deze gering (< 200 ml), herzie dan de (werk)diagnose acute urineretentie. Is de urineproductie 200-400 ml, overweeg dan om de katheter meteen te verwijderen. Bij een groter volume wordt deze in situ gelaten. De optimale periode is onbekend, maar als vuistregel kan de katheter bij een volume < 1000 ml na 3 dagen, en bij een volume > 1000 ml na 7 dagen verwijderd worden. Liefst in de vroege ochtend, zodat een snel recidief nog overdag behandeld kan worden. Veel patiënten kunnen na instructie zelf de ballonbuis doorknippen waarna de ballon leegloopt, en zelf de katheter verwijderen.

Voorzie de patiënt van een 500 ml-dagzak en een 2 l-nachtzak met bedrek. Standaard blaasspoelen met 100 ml NaCl wordt afgeraden. Het irriteert en helpt recidieven niet voorkomen. Om een verstopte katheter vrij te krijgen is doorspuiten met 10 ml NaCl voldoende.

Een vroeg recidief – binnen dagen tot weken - kan worden voorkomen met een alfablokker (alfuzosine) gedurende 6 weken. Let bij ouderen op potentiële bijwerkingen, zoals duizeligheid en valneiging. Late recidieven kan men voorkomen middels een 5-alfa-reductaseremmer (finasteride, dutasteride), mits prostaathyperplasie de oorzaak was. Het effect hiervan treedt echter pas in na 6-12 maanden behandelen.

Om de oorzaak op te sporen wordt de urine meteen onderzocht op een infectie. Is een katheter een aantal uren in situ, dan is de kans verkeken door kolonisatie. Is de oorzaak reversibel door aanpassing van de medicatie of behandeling van een infectie (antibioticum) of prostaathyperplasie (5-alfareductaseremmer), dan is verwijzing niet nodig. Verwijs wel bij een recidief of niet reversibele oorzaak.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

De patiënt moet contact opnemen met de huisarts bij koorts, hematurie, katheterverstopping en blijvende lekkage langs de katheter.

De recidiefkans wordt beperkt door ruime vochtintake en niet uitstellen van de mictie. Alcohol remt de blaasspier en wordt zo nodig beperkt.

LITERATUUR

1 European Association of Urology Nurses. Evidence based richtlijnen in de urologische gezondheidszorg – katheterisatie. http://nurses.uroweb.org.
2 Verenso. Richtlijn Blaaskatheters, langdurige blaaskatheterisatie bij patiënten met complexe multimorbiditeit. Utrecht: Verenso, 2011.

Norg en Norg-Schulpen, huisartsen, Kerkplein 7, 6081 BA Haelen: mr.dr. R.J.C. Norg, huisarts • Correspondentie: RoelfNorg@meditta.nl

Ruud Verhees

CATS

Effectiviteit van lasertherapie bij onychomycose

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. J.A.H. Eekhof • Correspondentie: j.eekhof@nhg.org.

Vraagstelling Onychomycose is een onschuldige maar moeilijk te behandelen aandoening die vaak voorkomt. Als de teennagel is aangedaan en er cosmetische bezwaren zijn, is volgens de NHG-Standaard Dermatomycosen terbinafine per os de voorkeursbehandeling. De behandeling met terbinafine duurt relatief lang, kent vaak bijwerkingen en kan interacties geven met medicijnen als statines, antidepressiva en anticonceptiva. Sinds kort bieden podotherapeuten en dermatologen lasertherapie aan voor onychomycose. Een 50-jarige patiënt met onychomycose van de halluxnagel informeerde bij mij naar de effectiviteit van lasertherapie. De NHG-Standaard Dermatomycose bood geen informatie over deze nieuwe behandeling. Dit leidde tot de volgende onderzoeksvraag: is lasertherapie bij onychomycose van de teennagel effectiever dan de standaardbehandeling met terbinafine gedurende drie maanden?

Zoekstructuur In november 2015 doorzocht ik de Cochrane Library op de term "onychomycosis". Dit leverde één resultaat op.[1] Daarnaast zocht ik op PubMed met de zoektermen: (onychomycosis AND terbinafine AND (laser therapy OR photodynamic therapy)). Hiermee werden eenentwintig artikelen gevonden waarvan op basis van titel en samenvatting één RCT relevant was voor de vraagstelling.[2]

Resultaten De Cochrane-review evalueert het effect van topicale behandeling van onychomycose van de teen- en vingernagel.[1] Geen van de geïncludeerde onderzoeken bevatte de laserbehandeling.

In de RCT werden 53 volwassen patiënten met in totaal 90 geïnfecteerde nagels ingedeeld in een terbinafinegroep (n = 12; 30 nagels), lasertherapiegroep (n = 15, 31 nagels) en combinatiegroep van terbinafine- en laserbehandeling (n = 13; 29 nagels).[2] In alle groepen werd 24 weken behandeld. De laserbehandeling vond wekelijks plaats met een Nd:YAG-laser en de terbinafinedosering was 250 mg per dag. Na 12 weken was het volledige genezingspercentage van de aangedane nagels in de terbinafinegroep significant hoger dan in de lasertherapiegroep (63,3% versus 29%; $p < 0,05$). Hetzelfde gold voor de microscopische afwezigheid van onychomycose. Bij doorbehandelen tot 24 weken bleef het verschil in genezingspercentage in het voordeel van terbinafine, het verschil was echter niet meer significant (73,3% versus 64,5%). Daarentegen liet de combinatiegroep ten opzichte van beide groepen zowel na 12 als 24 weken significant betere uitkomstmaten zien met genezingspercentages van 86,2% respectievelijk 96,6% ($p < 0,05$). Als enige bijwerking werd bij één patiënt in de terbinafinegroep een lichte stijging van de leverenzymen gemeld. Deze waarden normaliseerden binnen twee weken na afloop van het onderzoek. De lasertherapie kende geen bijwerkingen.

Bespreking: Er is één RCT naar de behandeling van onychomycose verricht waarin terbinafine wordt vergeleken met lasertherapie. Het besproken onderzoek is van matige kwaliteit omdat de onderzoeksgroepen klein waren en er naast de uitgevoerde randomisatie onvoldoende rekening is gehouden met mogelijke confounders die trofische stoornissen kunnen veroorzaken (onder andere diabetes mellitus of perifeer arterieel vaatlijden). Ook werd niet vermeld hoe lang de aandoening al bestond en of deze al eerder was behandeld. Het was daarnaast onduidelijk of de onderzoeker die de mate van genezing beoordeelde, geblindeerd was voor de behandeling. Er was geen *loss to follow-up*. De follow-upduur van 24 weken lijkt goed gekozen aangezien teennagels in 18 weken volledig uitgroeien. We weten echter dat herinfecties vaak voorkomen, waardoor een blijvend resultaat niet gewaarborgd is. Het is ten slotte belangrijk op te merken dat het door de onderzoekers gebruikte lasersysteem nog niet geregistreerd is voor behandeling van onychomycose en dat Nederlandse podotherapeuten en dermatologen lasertherapie volgens een ander schema aanbieden. De patiënt moet hierbij met tussenpozen van 1-2 maanden een behandeling van circa 30 minuten ondergaan (€ 75 per behandeling, variërend per centrum), die tot 4 maal herhaald moet worden. Daarmee is lasertherapie tijdrovender en duurder dan een behandeling met terbinafine van doorgaans drie maanden voor totaal minder dan € 10 (www.medicijnkosten.nl).

Conclusie Er is slechts één onderzoek waarin lasertherapie wordt vergeleken met terbinafine als behandeling voor onychomycose van de teennagels. Deze RCT toont dat drie maanden behandelen met terbinafine tweemaal effectiever is dan lasertherapie (63,3% versus 29,0%). Na zes maanden behandelen is het verschil niet significant. Gezien forse methodologische tekortkomingen is er op basis van dit onderzoek geen uitspraak mogelijk over de meerwaarde van lasertherapie en is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van lasertherapie bij onychomycose.

Betekenis Totdat er kwalitatief beter onderzoek beschikbaar is, blijft terbinafine de voorkeursbehandeling bij onychomycose. ■

LITERATUUR

1 Crawford F, Hollis S. Topical treatments for fungal infections of the skin and nails of the foot. Cochrane Database Syst Rev 2007;3:CD001434.
2 Xu Y, Miao X, Zhou B, Luo D. Combined oral terbinafine and long-pulsed 1,064-nm Nd: YAG laser treatment is more effective for onychomycosis than either treatment alone. Dermatol Surg 2014;40:1201-7.

Universiteit Maastricht, afdeling huisartsgeneeskunde, postbus 616, 6200 MD Maastricht: R.A.F. Verhees, aios • correspondentie: r.verhees@alumni.maastrichtuniversity.nl

Floris van de Laar

Methylfenidaat helpt bij ADHD, maar hoe goed?

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

Context *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) geeft voornamelijk problemen met aandacht en/of hyperactiviteit en kan tot aanzienlijke ziektelast leiden op school, binnen het gezin, of in sociale contacten. De NHG-Standaard ADHD bij kinderen adviseert behandeling met methylfenidaat bij patiënten bij wie voorlichting en gedragstherapie onvoldoende effect heeft.

Klinische vraag Wat is het effect van methylfenidaat op het gedrag van kinderen en jeugdigen met ADHD en wat is de kans op (ernstige) bijwerkingen?

Conclusie auteurs In de review werden 185 onderzoeken (n = 12.254) geïncludeerd. Alle onderzoeken vergeleken methylfenidaat met placebo of geen behandeling. Methylfenidaat had een gunstig effect op door de onderwijzer waargenomen ADHD-symptomen (effectgrootte -0,77 (95%-BI -0,90 tot -0,64; 19 onderzoeken; n = 1698), namelijk een daling van 10 punten op een ADHD-schaal die loopt van 0 tot 72. Daarnaast vond men ook een positief effect van methylfenidaat op algemeen gedrag zoals ingeschat door de onderwijzer (effectgrootte -0,87; 95%-BI -0,71 tot -1,04; 3 onderzoeken; n = 668) en op kwaliteit van leven zoals ingeschat door ouders (effectgrootte 0,61; 95%-BI 0,42 tot 0,80; 3 onderzoeken; n = 514). Zowel in de methylfenidaat- als in de placebogroep werden bij ongeveer 16 op de 1000 patiënten ernstige bijwerkingen gezien (RR 0,98; 95%-BI 0,44 tot 2,22). Het totale aantal bijwerkingen was in de methylfenidaatgroep hoger (RR 1,29; 95%-BI 1,10 tot 1,51).

Beperkingen De gemiddelde behandelduur was slechts 75 dagen, dus langetermijneffecten zoals schoolprestaties kunnen op basis van deze review niet worden voorspeld. Het is onduidelijk hoeveel onderzoeken in de eerste lijn zijn gedaan. Alle 185 onderzoeken hadden een groot risico op bias en alle conclusies werden dan ook middels GRADE ingeschaald als '*very low quality*'.

COMMENTAAR

Deze review heeft alles wat een Cochrane-review zo leuk maakt. Een club diehards heeft de gehele literatuurbulk over methylfenidaat en kinderen geordend, gewogen, geanalyseerd, én bediscussieerd. Dat scheelt ons het lezen van al die 449 publicaties van 185 onderzoeken met meer dan 12.000 patiënten. Toch ben ik teleurgesteld. Zóveel data, maar toch zulke slappe conclusies: methylfenidaat werkt wel (denken we) maar hoe sterk weten we niet, en welke kinderen nu meer of minder baat hebben al helemaal niet.

Hoe kan dat? De resultaten zijn er. De review berekent een vrij precieze uitkomst voor het effect op ADHD-symptomen. Maar vervolgens wordt deze meta-analyse van meerdere RCT's aan de hand van de GRADE-regels omlaag geschroefd tot de laagste gradatie van bewijs. Cochrane is nu eenmaal erg streng in zijn kwaliteitsbeoordeling. Het beste lijkt niet goed genoeg. Want er zijn zelfs nog kanttekeningen bij een ongesponsord onderzoek, met een juist gerekruteerde groep patiënten, lege artis gerandomiseerd, driedubbel geblindeerd en zonder al te veel uitval, gemeten op transparante, vooraf gedefinieerde eindpunten, en ook nog helder en compleet gerapporteerd. Is in het geval van methylfenidaat een simpel placebo bijvoorbeeld wel voldoende als controle? De bijwerkingen zoals slapeloosheid en eetlustvermindering zijn zo makkelijk te herkennen dat de blindering niet optimaal zou zijn. De oplossing is een 'nocebo', een placebo die niet de werking heeft van methylfenidaat, maar wél de bijwerkingen geeft. Dat heeft natuurlijk geen onderzoek gedaan. Bestaat er überhaupt wel een geloofwaardig 'nocebo' voor methylfenidaat? Misschien cocaïne, maar dan doet de ethiekcommissie waarschijnlijk weer moeilijk.

Begrijp me niet verkeerd, ik ben vóór strenge kwaliteitscriteria. Maar als veel onderzoeken in een meta-analyse dezelfde richting uitwijzen dan zegt dat toch ook wel iets. Bovendien vind ik de resultaten vanuit klinisch perspectief zeer plausibel. Ooit was ik sceptisch en terughoudend maar na vele jaren heb ik net te vaak meegemaakt dat ziektelastscores lange tijd vele punten onder de uitgangswaardes blijven en patiënten doltevreden zijn. Geen wonderen, wel méér concentratie en minder onrust. De '*face validity*' van de uitkomst is dus wel in orde. Misschien kan dit in het vervolg meegenomen worden in de GRADE-beoordeling?

Gaat deze review de (Nederlandse) praktijk veranderen? Dat denk ik niet. Er is geen reden om onze NHG-Standaard aan te passen aan de hand van deze nieuwe review. We zouden moeten kijken welke onderliggende onderzoeken in de eerste lijn gedaan zijn en wat daarvan de effecten waren. Een mooie klus voor de eerste herziening van de standaard. Deze review is daarvoor een uitstekende bron. ■

LITERATUUR

1 Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB, Nilausen TD, Skoog M, Holmskov M, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Cochrane Database Syst Rev 2015;11:CD009885.

Radboud UMC, afdeling eerstelijnsgeneeskunde, Huispost ELG 117, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. F.A. van de Laar, huisarts, tevens werkzaam bij Academisch Gezondheidscentrum Thermion, Lent • f.vandelaar@thermion.nl.

IKSOEP of KSOEEP

De discussie over de registratiemogelijkheden die de HIS-sen de huisarts bieden, kan misschien een hefboom zijn om een jarenoude, ergerniswekkende beperking van het elektronisch registreren ongedaan te maken. In de huidige HIS-sen is het lastig om meerdere aspecten van een consult zodanig te noteren dat je ze later gemakkelijk kunt terugvinden. Ik geef een aantal voor iedere huisarts herkenbare voorbeelden, makkelijk om aan te vullen:

- Een patiënt met een gediagnosticeerd cardiaal probleem die vaak met somatisch onverklaarbare klachten komt, waaronder vermeende hartklachten: ik zou die consulten zowel onder de episode 'SOLK' als onder de episode 'Hartinfarct 2009' willen terugvinden.
- Een ACE-remmer bij hypertensie blijkt niet goed verdragen te worden: ik wil dat kunnen terugvinden onder 'Hypertensie', maar ook onder de episode 'Bijwerkingen'.
- Als je bij een patiënt bij de klacht 'hoofdpijn' diens huwelijksproblemen exploreert: registreren onder de episode 'Relatieproblematiek', 'Spanningshoofdpijn' of beide?
- Overmatig benzogebruik als reactie op pesten op het werk: registreren onder 'Middelenmisbruik', 'Problemen met werk' of beide?
- De (rokende) ouders die – uit pedagogische onmacht – weer met hun (inderdaad) verkouden kind komen: 'Opvoedingsproblemen', 'Gewone verkoudheid', 'Roken' of alledrie?

Het komt erop neer dat wij hebben geleerd patiënten holistisch te benaderen volgens het bio-psychosociaal model, maar dat de HIS-registratie dat niet ondersteunt en ons dwingt in een monocausaal keurslijf. Ook puur somatisch kan het nuttig zijn een consult onder twee episoden te kunnen registreren (zie voorbeeld 2). Eenvoudige oplossing: sta meerdere E-regels toe bij één consult.

De overweging van Annet Sollie dat aparte velden voor registratie wat betreft de dagelijkse zorg vooral nuttig zijn als de huisarts daarop specifiek wil zoeken onderschrijf ik, zij het dat een registratieformat het denkproces ook kan ondersteunen. De K van de IKSOEP zou de huisarts dan helpen te expliciteren waarom het in het consult nu echt gaat. Dat is niet subjectief of objectief, maar lijkt mij toch altijd iets wat patiënt en arts zijn overeengekomen, de gemeenschappelijke agenda. ■

Ferdinand Schreuder

Verspilling tijd en geld

Als je meer bij de SOEP stopt, wordt het zeker niet overzichtelijker. Onze HIS-sen zijn geen van alle erg makkelijk in gebruik, omdat wij in een systeem moeten denken en ons vooraf moeten afvragen hoe en waar we alle informatie moeten registreren. Mijn ervaring (geen harde wetenschap helaas) is dat het gebruik van het HIS mij per dag ongeveer anderhalf uur extra werk aan registratie oplevert ten opzichte van het gebruik van de vroegere groene kaart. Voor onze HIS-sen betalen wij als huisartsen per jaar samen tussen de 70 en 80 miljoen euro! Of al deze tijd en al dit geld nu echt iets wezenlijks heeft bijgedragen aan de gezondheid van de Nederlandse bevolking is volgens mij nooit bewezen. Om meer bij de praktijk van alledag aan te sluiten, zou ons HIS de mogelijkheid moeten bieden om een doorlopende journaalregistratie te voeren, waarin meerdere klachten in één consult aan bod kunnen komen. Elk consult zou vervolgens aan meerdere episoden en/of problemen gekoppeld moeten kunnen worden. Een echt intelligent systeem zou de gebruiker suggesties moeten geven voor rubricering. En tot slot: er moet een duidelijke medische voorgeschiedenis gemaakt kunnen worden, met de verschillende gebeurtenissen in chronologische volgorde, zodat we tenminste weer een fatsoenlijke verwijsbrief kunnen schrijven. Zowel de ADEPD-richtlijn als de WCIA-eisen voor HIS-sen zouden grondig herzien moeten worden om de huidige verspilling in tijd en geld tegen te gaan. ■

Sipke Zijlstra

LITERATUUR

1 Norg R. IKSOEP: past de SOEP nog bij deze tijd? Huisarts Wet 2015;58:642.
2 Sollie A. IKSOEP? Laten we even roeren voor we gaan eten. Huisarts Wet 2015;58:643.

ANTWOORD

Collega's Zijlstra en Schreuder reageren beiden op de twee stukken die in het decembernummer van H&W stonden over de SOEP-registratie in het HIS. Uit beide reacties lees ik een duidelijke oproep, aan de ene kant om de HIS-sen makkelijker en efficiënter te maken in het gebruik, aan de andere kant om de registratiewijze beter te laten aansluiten bij de praktijk van alledag. Beiden geven aan dat het in ieder geval mogelijk zou moeten zijn om een consult te koppelen aan meerdere episodes. Collega Schreuder noemt de huidige werkwijze, waarbij elke klacht een aparte SOEP moet krijgen en gekoppeld moet worden aan een episode (keurig volgens ADEPD en NHG HIS-Referentiemodel) zelfs een 'monocausaal keurslijf'. Ondanks dat ik vanuit ICT- en researchoogpunt de voordelen hiervan zie - iedere episode is netjes uit het HIS te halen met alleen info die bij die episode hoort -, geef ik toe dat ik in de praktijk aan het eind van een lange dag ook wel eens denk: bekijk het maar! Om vervolgens de patiënt met hoofdpijn die haar werk niet meer leuk vindt, relatieproblemen heeft en oh ja, daardoor ook nog slecht slaapt en hondsmoe is... gewoon in één consult te proppen onder de episode 'Hoofdpijn' (alvast excuus aan mijn opleider wanneer hij dit leest).

Ik kan het op dit punt alleen maar eens zijn met Schreuder en Zijlstra; het zou mogelijk moeten zijn om een consult aan meerdere episodes te koppelen. Het combineren van klachten in één consult, waar ik hierboven een

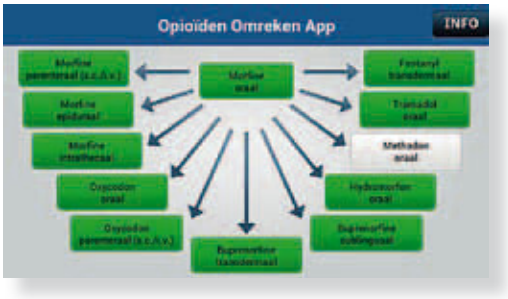
voorbeeld van geef, heeft echter wel nadelen. Namelijk dat informatie voor onderzoek, maar ook voor het verkrijgen van overzicht voor de zorg veel minder gestructureerd zal zijn.

Collega Zijlstra gaat in zijn reactie nog verder en stelt dat door de huidige registratie tijd en geld worden verspild. Hij gaat voorbij aan de winst, die er zeker ook is, bijvoorbeeld in de overdraagbaarheid van dossiers. Ik ben het wel met hem eens dat er een flinke optimalisatieslag gemaakt kan worden: deels in de wijze van registratie (referentiemodel/ADEPD) deels in het ontwerp van de HIS-sen (*interaction design*). Dus, NHC? ■

Annet Sollie

APP VAN DE MAAND: OMREKEN APP

Opioïderotatie in een paar klikken



Wat doet deze app?

De OmrekenApp helpt de arts met het omzetten (roteren) van opioïdemedicatie zoals morfine en fentanyl, bijvoorbeeld bij nare bijwerkingen. De app is gebaseerd op de algoritmen van W.W.A. Zuurmond, hoogleraar pijnbestrijding en palliatieve zorg aan het VUMC, en andere algemeen geldende omreken-tabellen. Met deze app kan eenvoudig worden uitgerekend welke dosering van een bepaalde opioïde overeenkomt met een andere soort. De app ondersteunt ook het omzetten van opioïden naar een andere toedieningsweg.

Onze ervaringen

De app oogt niet zo strak, maar is in de praktijk zeer handig voor de huisarts. Hij doet wat hij moet doen, namelijk omrekenen. Wanneer de app wordt opgestart verschijnt een halve cirkel aan opioïden in het scherm met een opioïde in het midden. En daar gaat het om: selecteer eerst in groen de opioïde die de patiënt nu gebruikt (bijvoorbeeld oxycodon oraal). De andere opioïden worden nu rood, kies hieruit de opioïde waar u naartoe wilt rekenen (bijvoorbeeld morfinepomp). Vervolgens verschijnt een scherm met een lijstje waar de huidige dosering kan worden gekozen. Direct wordt helder wat de dosering van het nieuwe middel moet worden, inclusief doseringen van rescue-medicatie bij doorbraakpijn.

Wij vinden dit een handige app die iedere huisarts op zijn telefoon zou moeten zetten, vooral wanneer u veel bezig bent met palliatieve zorg. ■

Naam App:	OmrekenApp
Maker:	EverywhereIM Ltd
Doel:	Snel opioïden omrekenen om medicatie te roteren
Platform:	iOS en Android
Prijs:	Gratis
Ons Oordeel:	●●●●

Weet u een goede app? Mail ons!
Bart Timmers b.timmers@me.com
Annet Sollie annetsollie@gmail.com

Uw diagnose

Mevrouw Tolstra is 50 jaar en komt op het spreekuur vanwege een zwelling aan de top van de vierde vinger rechts. Het zit er sinds drie maanden en het voelt cysteus aan. Wat is uw diagnose?

De juiste diagnose is:
a. Epidermoïdcyste
b. Mucoïdcyste
c. Osteofyt
d. Leiomyosarcoom

Foto: Just Eekhof

Fotoquiz van de maand maart

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

Foto's gezocht

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

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1a
Verkleij SPJ, Luijsterburg PAJ, Willemsen SP, Koes BW, Bohnen AM, Bierma-Zeinstra SMA. Diclofenac versus paracetamol bij kniepijn. Huisarts Wet 2016;59(3):102-4.

2c
Verkleij SPJ, Luijsterburg PAJ, Willemsen SP, Koes BW, Bohnen AM, Bierma-Zeinstra SMA. Diclofenac versus paracetamol bij kniepijn. Huisarts Wet 2016;59(3):102-4

3c
Verkleij SPJ, Luijsterburg PAJ, Willemsen SP, Koes BW, Bohnen AM, Bierma-Zeinstra SMA. Diclofenac versus paracetamol bij kniepijn. Huisarts Wet 2016;59(3):102-4.

4a
Verduijn MM, Folmer H. Wat is de maximale dagdosering van paracetamol voor langdurig gebruik bij benigne aandoeningen? NHG-Standpunt. Utrecht: NHG, september 2004.
De Jong L, Janssen PGH, Keizer D, Köke AJA, Schiere S, Van Bommel M, et al. NHG-Standaard Pijn. www.nhg.org.

5a
Belo JN, Bierma-Zeinstra SMA, Raaijmakers AJ, Van der Wissel F, Opstelten W. NHG-Standaard Niet-Traumatische Knieproblemen bij Volwassenen. www.nhg.org.

6b
De Jong L, Janssen PGH, Keizer D, Köke AJA, Schiere S, Van Bommel M, et al. NHG-Standaard Pijn. www.nhg.org.
Peters-Veluthamaningal C, Willems W, Smeets JGE, Van der Windt DAWM, Spies MN, Strackee SD, et al. NHG-Standaard Hand- en polsklachten. www.nhg.org.

7c
De Jong L, Janssen PGH, Keizer D, Köke AJA, Schiere S, Van Bommel M, et al. NHG-Standaard Pijn. www.nhg.org.

8a
De Jong L, Janssen PGH, Keizer D, Köke AJA, Schiere S, Van Bommel M, et al. NHG-Standaard Pijn. www.nhg.org.

De vragen van deze kennistoets worden gemaakt door Henk Folkers. De vragen zijn ter beoordeling voorgelegd aan 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
Just Eekhof, hoofdredacteur, Lidewij Broekhuizen, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Bèr Pleumeekers, Nadine Rasenberg, Annet Sollie, Wim Verstappen, Hans van der Wouden.

De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt.
De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.
Auteursinformatie: www.henw.org/voorauteurs

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

Uitgever: Paul Dijkstra, 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: media.marketing@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) € 231,00, online-only abonnement (enkel online toegang) € 138,60. 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

© 2016
ISSN 0018-7070

Kwalitijd

Er klinken nog wel eens verwijten dat de beroepsorganisaties in een ivoren toren zitten en eisen aan de praktijk stellen die ver van de realiteit liggen. Maar bij de uitwerking van nieuwe kwaliteitseisen naar aanleiding van *Het roer moet om* laten we zien dat dat best meevalt. Als je intern je kwaliteit op orde hebt, hoef je geen gegevens voor externe controle meer te verstrekken. Het aantal in te leveren formulieren blijft beperkt en er zijn nog maar acht indicatoren per chronische zorgketen nodig voor de landelijke benchmark. De vergelijking van praktijken en variabele bekostiging zullen alleen plaatsvinden op indicatoren die bewezen onderscheidend, valide en relevant zijn.

Toch is de praktijk weerbarstiger dan je zou verwachten. Van mijn eigen zorggroep krijg ik herhaaldelijk mails met spiegelinformatie, waarin juichend wordt verkondigd dat de normen voor de S3-financiering wederom zijn gehaald en dat er variabel wordt vergoed. Opvallend is dat er met geen woord wordt gerept over alles waar we in het afgelopen jaar mee bezig zijn geweest in het kader van *Het roer moet om*. Zitten de besturen van de zorggroepen dan te slapen of zijn dat de huisartsen die het voor het zeggen hebben in de algemene ledenvergaderingen van deze zorggroepen?

Kom op, collega's, laten we elkaar niet wijsmaken dat je kwaliteitsverschillen tussen praktijken kunt vaststellen met getalletjes. Die helpen hooguit om meer inzicht te krijgen in het eigen handelen. De beste kwaliteit lever je als je met kennis van zaken de tijd neemt om samen met je patiënt naar de beste oplossingen voor hem te zoeken. Kwalitijd dus.

Rob Dijkstra

Hans Witmer ontvangt NHG-speld

Wegens pensionering legt Hans Witmer per 1 juni zijn functie neer als directeur van NHG-Praktijkaccreditering bv (NPA). Hij was van meet af aan al nauw betrokken bij de ontwikkeling van het accrediteringsprogramma van het NHG en gaf tien jaar lang als directeur leiding aan NPA. Inmiddels werkt 60% van de Nederlandse huisartsen in een praktijk die deelneemt aan NHG-Praktijkaccreditering.

NHG-bestuursvoorzitter Rob Dijkstra reikte Witmer de NHG-speld uit wegens diens bijzondere verdiensten voor de huisartsenzorg. 'Witmer had altijd een grote gedrevenheid en vaste wil om er een succes van te maken. Het resultaat is dat kwaliteitsdenken onderdeel is geworden van het werk in de huisartsenpraktijk. Mede dankzij de "klantgerichtheid" van Witmer is NHG-Praktijkaccreditering voortdurend aangepast aan de wensen van de beroepsgroep en de samenleving.'
Het NHG feliciteert Hans Witmer van harte met deze bijzondere en welverdiende onderscheiding!

De NHG-webwinkel is vernieuwd

Wellicht is het u opgevallen dat in het afgelopen jaar de digitale leeromgeving op de NHG-website is verbeterd. Nu was het dus tijd om ook de webwinkel aan te pakken. De belangrijkste verbeteringen voor de gebruiker zijn:

- de navigatie en vindbaarheid van de producten zijn verbeterd;
- het design is aangepast;
- er zijn nieuwe foto's en beschrijvingen van de producten;
- het winkelmandje is duidelijker en meer gedetailleerd.

Wij zijn trots op onze nieuwe webwinkel en hopen dat u snel eens een kijkje komt nemen op www.nhg.org!

Erkende praktijkcertificeringen

Huisartsen die hun praktijkvoering willen laten toetsen, kunnen dit het best doen met een door de beroepsgroep erkende methode. Niet alleen het certificaat van NHG-Praktijkaccreditering (NPA) wordt erkend; ook andere certificerende organisaties gebruiken goedgekeurde methoden. Op www.nhg.org > thema > beleid en kwaliteit is een overzicht opgenomen van alle erkende certificaten. Ook de instellingen die zo'n erkend certificaat mogen uitreiken staan in het overzicht vermeld.

De erkenning van certificerende organisaties en methoden kan veranderen; er kunnen nieuwe worden toegevoegd, maar ook kunnen oude erkenningen komen te vervallen. Zo worden certificaten die zijn gebaseerd op ISO 9001 vanaf september 2018 niet meer erkend. Het is dus goed om steeds te verifiëren of de organisatie bij wie u zich wilt laten certificeren en de voorgestelde methode nog steeds gangbaar zijn.
Op www.huisartsopleiding.nl vindt u meer informatie voor (aspirant)opleiders.

Evaluatie van de registers voor huisartsen met bijzondere bekwaamheden

Ruim twintig jaar geleden gingen de eerste NHG-Kaderopleidingen van start en inmiddels zijn er al twaalf. Meer dan vijfhonderd kaderhuisartsen zijn geregistreerd bij het College van Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden, naast erkende kwaliteitscoördinatoren en huisartsen met een bijzonder aanbod. Het was dus hoog tijd om hiervan een aantal aspecten onder de loep te nemen. IQ Healthcare kreeg daarom opdracht voor een evaluatieonderzoek.

De twaalf bestaande NHG-Kaderopleidingen

- Astma/COPD
- Beleid en beheer
- Bewegingsapparaat
- Diabetes
- Geestelijke gezondheidszorg
- Hart- en vaatziekten
- Ouderengeneeskunde
- Palliatieve zorg
- Supervisie en coaching
- Urogynaecologie
- Wetenschappelijk onderzoek
- Huisarts en spoedzorg

Bijzondere expertise

Kaderhuisartsen vervullen een belangrijke rol in het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep. Ze treden op als inhoudelijk deskundigen op hun deelgebied, collega's kunnen hen consulteren, ze zijn initiator of leider van kwaliteitsprojecten en ze organiseren en geven nascholingen door het hele land.
De vraag om de expertise van kaderhuisartsen wordt bepaald door hun bekendheid en toegankelijkheid, maar vooral ook door de veranderende omgeving. Hiermee worden ontwikkelingen bedoeld als de toename van chronisch zieken en ouderen, substitutie van zorg, verschuiving van de ggz naar de eerste lijn, het beroep op de regiefunctie van de huisarts, verbreding van het huisartsgeneeskundig aanbod, de opkomst van zorggroepen en netwerkcontractering in de eerste lijn.

Evaluatie registers CHBB

Kaderhuisartsen kunnen zich als zodanig registreren bij het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden. In 2005 richtten NHG en LHV dit CHBB op om de kwaliteit van (bijzondere) huisartsenzorg te borgen en te verbeteren, en om derden inzicht te geven in de specifieke expertise van de geregistreerde huisartsen.
NHG, LHV en CHBB hadden echter geen goed beeld van het functioneren van de kaderhuisartsen en de bijdragen die zij leverden aan het kwaliteitsbeleid en innovaties in de huisartsenzorg. Daarom is opdracht verstrekt aan IQ Healthcare om hiernaar onderzoek te doen. Wenselijk was inzicht in:

- de meerwaarde van registratie;
- het functioneren van kaderhuisartsen en de meerwaarde van kaderopleidingen;
- de meerwaarde van de erkende kwaliteitscoördinator;
- de werkzaamheden van geregistreerde huisartsen met bijzondere bekwaamheden.

De bij het CHHB geregistreerde kaderhuisartsen, huisartsen met een bijzonder aanbod en erkende kwaliteitscoördinatoren zijn voor dit onderzoek benaderd met vragenlijsten. Bijna 40% van hen reageerde. Ook zijn diverse belanghebbenden benaderd.

Belangrijkste conclusies

Over het algemeen zijn de respondenten positief als het gaat om de kwaliteitsborging en erkenning die de (registratie als) kaderhuisarts met zich meebrengt. Gemiddeld besteden kaderhuisartsen achttien uur per maand aan hun werkzaamheden. De in de kaderopleidingen te ontwikkelen competenties passen goed bij de bijzondere functies en worden op hoofdzaken ook goed beheerst. Maar natuurlijk zijn er ook verbeterpunten, vooral als het gaat om de randvoorwaarden. Veel kaderhuisartsen missen een structurele financiële vergoeding, soms ook speelt tijdgebrek een rol. Ook de spreiding van kaderhuisartsen over het gehele land kan soms beter. Er zijn bijvoorbeeld maar weinig kaderhuisartsen Hart- en vaatziekten in het noorden van het land, hetgeen wellicht komt doordat deze opleiding wordt gegeven in Roermond.
Opvallend was tot slot dat erkende kwaliteitscoördinatoren doorgaans een negatiever oordeel hadden over hun functie dan kaderhuisartsen en huisartsen met een bijzonder aanbod.

Hoe nu verder?

De conclusies van het evaluatierapport zijn besproken in de NHG-Verenigingsraad en een *invitational meeting* met belanghebbenden. Samen met het CHBB zal het NHG zich beraden op de beleidsopgaven wat betreft kaderhuisartsen, erkende kwaliteitscoördinatoren en huisartsen met een bijzonder aanbod. We houden u op de hoogte! (AC/AS)

Nu ook tweedelijnsinformatie op Thuisarts.nl

Dit jaar krijgt ook patiënteninformatie van specialistenverenigingen een plaats op Thuisarts.nl. Dat gebeurt in het kader van *Het jaar van de transparantie*, uitgeroepen door minister Schippers met als doel meer duidelijke, betrouwbare en toegankelijke informatie over medisch-specialistische zorg te ontsluiten voor de patiënt.
In de pilotfase gaat het om zes onderwerpen (melanoom, perifeer arterieel vaatlijden, cataract, liesbreuk, heupproblemen en diabetes). Daarna volgen nog 24 onderwerpen. De informatie zal zijn gebaseerd op richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen van de betrokken medisch specialisten en wordt afgestemd op de informatiebehoeften van de betreffende patiëntenverenigingen. Het NHG, de Federatie Medisch Specialisten en Patiëntenfederatie NPCF werken hierbij samen; vijf externe redacteuren zijn toegevoegd aan het NHG-Thuisartsteam.

Landelijke aanpak van een groeiend wereldwijd probleem:

Stappen tegen antibioticaresistentie

De toenemende antibioticaresistentie vormt een van de grootste problemen voor de gezondheidszorg van de 21ste eeuw. Naar schatting overlijden in de Verenigde Staten plus Europa op dit moment zo'n 50.000 mensen per jaar als gevolg van infecties met (multi)resistente bacteriën. In 2050 zullen dit jaarlijks 10 miljoen sterfgevallen zijn als de resistentie in hetzelfde tempo blijft toenemen. Een grondige aanpak van het probleem is dus geen overbodige luxe.

Foto: Shutterstock

Gunstige Nederlandse cijfers

Vergeleken met andere landen is de prevalentie van antibioticaresistentie in Nederland laag, maar ook hier groeit het probleem. De aanpak ervan is echter complex. Multiresistente bacteriën verspreiden zich gemakkelijk over de wereld, bijvoorbeeld via voedsel, dieren en reizigers.
Gelukkig daalt het aantal antibioticumrecepten dat Nederlandse huisartsen jaarlijks uitschrijven gestaag (in 2014 was dit aantal 9% lager dan in 2011). Toch krijgen ook zij steeds vaker te maken met resistentieproblematiek. Ze zien bijvoorbeeld een patiënt die uit het buitenland of het ziekenhuis terugkeert met een bijzonder resistent micro-organisme (BRMO). Of ze ervaren dat infecties moeilijk behandelbaar blijken omdat ze zijn veroorzaakt door een BRMO.

Huisarts en richtlijnen

De eerste lijn schrijft zo'n 80 tot 85% van alle antibiotica voor. De meeste Nederlandse huisartsen volgen goed de richtlijnen die een terughoudend beleid voorstaan. Deze richtlijnen worden zo nodig aangepast; zo is de NHG-Standaard *Acuut hoesten* in 2011 gewijzigd vanwege de toegenomen resistentie van pneumokokken tegen doxycycline. Sindsdien is amoxicilline het middel van eerste keus bij een vermoeden van pneumonie.
Ook kiezen Nederlandse huisartsen meestal voor het soort antibioticum dat de richtlijnen adviseren; bij gemiddeld 84% van de recepten gaat het om een eerstekeusantibioticum. Wel zijn er tamelijk grote verschillen tussen huisartsen onderling in de aantallen voorschriften en de keuzen voor het soort antibioticum. In praktijken met lage prescriptiecijfers ligt het aandeel patiënten dat antibiotica gebruikt een factor twee lager dan in de praktijken met de meeste recepten. Bovendien schrijven huisartsen vaker reserveantibiotica voor in regio's met veel antibioticagebruik.

Mogelijke verbeteringen

Het kan dus nog steeds beter, ook bij huisartsen. Er lijkt bijvoorbeeld nog winst te behalen bij luchtweginfecties. Een CRP-test kan onderscheid maken tussen een pneumonie en een milde lageluchtweginfectie en aldus bijdragen aan het terugdringen van onnodig antibioticagebruik. Onderzoek toont aan dat het 'uitgestelde recept' een effectieve manier is om antibioticagebruik terug te dringen. Bij ongecompliceerde urineweginfecties bij jonge vrouwen is soms een alternatieve aanpak mogelijk, zoals veel drinken. Dan is het verantwoord om de situatie nog een paar dagen aan te zien.

Landelijke aanpak

Het ministerie van VWS initieerde een landelijke aanpak waarin aandacht wordt gevraagd voor de strijd tegen antibioticaresistentie. Deze aanpak berust op meerdere pijlers:
- het voorkómen van infecties;
- het verantwoord omgaan met antibiotica in geval van een infectie;
- het tegengaan van de verspreiding van resistente bacteriën;
- innovaties die kunnen helpen bij de strijd tegen resistentie.

De landelijke aanpak behelst acties op het gebied van mens, dier, voedsel en milieu. De gezondheidszorg werkt hierbij samen met Landbouw en Milieu (een 'one health'-benadering).

Scholing en informatie

Andere methoden om het voorschrijfgedrag te veranderen zijn scholing en intervisie. Hiervoor zijn diverse mogelijkheden beschikbaar, zoals de onlangs door IVM ontwikkelde fto-modules *Antibioticaresistentie, Antibioticabeleid bij kinderen* en *Antibiotica bij luchtweginfecties*. Deze modules zijn te vinden op www.nhg.org > actueel > nieuws > fto-modules over antibiotica. Meer informatie over antibioticaresistentie kunt u vinden op www.rivm.nl > antibioticaresistentie. U kunt uw patiënt verwijzen naar Thuisarts.nl > antibiotica > Ik wil meer weten over antibiotica en resistentie.

Masja Loogman, huisarts en wetenschappelijk medewerker
NHG-afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap

&NHG

Interview met Martijn Rutten:

'We hebben gekozen voor een kwetsbare opstelling'

Op 7 april vindt het vijfde Nederlands Triage Congres *De triage draait door* plaats in het Figi Theater te Zeist. Martijn Rutten, huisarts/onderzoeker te Nijmegen en vanuit het Radboudumc coördinator van de NHG-Kaderopleiding *Huisarts en spoedzorg*, is een van de leden van de congrescommissie. In een interview vertelt hij over zijn belangstelling voor de spoedeisende zorgverlening door de huisarts en natuurlijk licht hij ook een tipje van de sluier op over het congresprogramma.

Vanwaar je belangstelling voor de spoedeisende hulpverlening?

'Ik heb vóór mijn huisartsenopleiding met heel veel plezier op een afdeling Spoedeisende Hulp gewerkt. Maar ik miste daar de continuïteit en het patiëntencontact, zodat ik uiteindelijk koos voor het mooie huisartsenvak. Wel had ik het idee dat huisartsen meer kunnen doen op het gebied van de spoedzorg. Zelf ben ik daar dagelijks mee bezig, niet alleen in de praktijk, maar ook vanuit mijn betrokkenheid bij de NHG-Kaderopleiding *Huisarts en spoedzorg* en mijn promotieonderzoek naar de samenwerking tussen HAP en SEH. Binnen dat onderzoek staan de thema's zelfverwijzers en röntgendiagnostiek op de huisartsenpost centraal.'

En hoe raakte je betrokken bij de NTS-congrescommissie?

'Tijdens mijn huisartsenopleiding deed ik een onderzoeksdifferentiatie spoedzorg en startte ik met mijn onderzoek. In 2013 was ik als student al lid van de programmacommissie van het NHG-Congres *Help, een spoedgeval!* Dat jaar stond bij het NHG geheel in het teken van de spoedzorg: er kwam een standpunt over uit en de kaderopleiding werd aangekondigd. Ik had destijds nooit durven dromen dat ik hierin later de rol van inhoudelijk coördinator zou krijgen! Toen hier vervolgens de vraag kwam of iemand van ons lid wilde worden van de NTS-congrescommissie, ben ik daarop ingesprongen, samen met Marleen Kooijman, kaderhuisarts in opleiding. Zo rol je van het een in het ander.'

Kun je iets meer vertellen over het congres?

'Het is een lustrumcongres met een bijzondere aanpak en we kozen voor een kwetsbare opstelling. Dat blijkt al uit de titel *De triage draait door*, die kun je op twee manieren uitleggen. Enerzijds dat het werk en de ontwikkelingen in de spoedzorg en de triage altijd maar doorgaan, maar ook dat we daarin misschien soms wat ver gaan. Er gaan stemmen op dat de NTS te defensief is en dat we het huisartsgeneeskundige perspectief in de triage verliezen. Het NHG maakte ooit de TriageWijzer voor huisartsen en die is doorontwikkeld tot de NTS. Die wordt steeds breder gebruikt, en terecht, want het is wenselijk dat we allemaal dezelfde taal gaan spreken in de keten en de triage. Maar we zijn nu eenmaal niet hetzelfde. Huisartsen hebben een andere blik dan medewerkers van de ambulancedienst en de SEH. Wij kijken dus ook anders aan tegen hoge urgenties en de verdere zorginzet. Anderzijds zien we vaak mensen met een lage urgentie op de HAP, misschien uit angst iets te zullen missen. En er worden wel erg veel U1-ritten ingezet. We moeten onderzoeken of dat wel terecht is. Al die discussiepunten komen aan de orde tijdens het congres.'

En wat staat er concreet op het programma?

'In de openingslezing stelt Linda Huibers de vraag of je de triage kunt verbeteren als je de keuzes van de patiënt begrijpt. De tweede lezing, van ethicus Marcel Becker, gaat over de wisselwerking tussen mens en regels onder het motto "Triage blijft mensenwerk". Erg leuk is dat Matthijs van Nieuwkerk een debat zal leiden met Gerdi Verbeet, Hans Schoo, professionals en de zaal. Dat debat gaat over drie thema's. Het eerste is: wat wil de patiënt en hoe gaan we daar als maatschappij mee om? Het tweede thema betreft inspecteur en veiligheid: als je honderd procent veiligheid wilt, heeft dit een prijs; waar liggen de grenzen? Het derde thema is: moet je cultuurverschillen doorbreken of koesteren?'

Denk je dat het programma ook interessant is voor huisartsen?

'Zeker! Er zijn enkele workshops specifiek gericht op huisartsen en leidinggevenden. En ook gaan we in op de nieuwste ontwikkelingen binnen de triage, waarbij er alle reden is om te komen horen en je te laten horen. Bovendien is het een prima plek om te netwerken, want iedereen met wie je samenwerkt in de spoedzorgketen is vertegenwoordigd.
Maar het wordt bovenal ook erg leuk. De NTS pakt vanwege het lustrum extra feestelijk uit. Zo krijgen de deelnemers de avond tevoren een voorprogramma aangeboden, waarin ervaringen met triage in Afrika worden besproken. En we debatteren erover of triage te veilig of te onveilig is. Bovendien is er een theatervoorstelling 'Bloed' door Joep Onderdelinden over hypochondrie en ons menselijk geploeter en falen. Het gaat over een bloedscreening, die van kwaad tot erger leidt. Kortom, het wordt voor huisartsen een heel leuk en interessant congres en ik nodig iedereen van harte uit om daar naartoe te komen!' (AS)

Zie voor het laatste nieuws over het congresprogramma: www.dokh.nl > cursusaanbod > nts-congres.

Colofon

Redactie NHG-nieuws
Anke ter Brugge
Yvonne Buitenhuis, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef, eindredacteur

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

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

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