JAARGANG 58 / APRIL 2015

4

2015

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Lessen uit het tuchtrecht voor de huisarts

ONDERZOEK

Interventies na gehoorscreening bij volwassenen

NHG-STANDAARD

COPD

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

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP nhg

4

WETENSCHAP

ONDERZOEK
178 Lessen uit het tuchtrecht voor de huisarts
Aart Hendriks, Hilde van der Meer
183 Interventies na gehoorscreening bij volwassenen
Marieke Pronk, Sophia Kramer
186 De communicatietoets en de context van het consult
Geurt Essers
BESCHOUWING
192 Hoe pluis is het niet-pluisgevoel?
Erik Stolper, Margje van de Wiel, Paul Van Royen, Paul Brand, Geert Jan Dinant
COMMENTAAR
191 Communicatietoets in de opleiding moet beter!
Marjolein Schot, Larissa van Winden, Clare Luymes
196 NHG-Standpunt miskent subklinische vitamine-B12-deficiëntie
Frits Muskiet, Lisbeth Mathus-Vliegen

198 NHG-STANDAARD
NHG-Standaard COPD (derde herziening)
NHG-Werkgroep Astma bij volwassenen en COPD

KLINISCHE PRAKTIJK

NASCHOLING
212 Interventies bij overspanning en burn-out
Berend Terluin
(VER)STAND VAN ZAKEN
217 CRP-meting bij kinderen?
Marjolein Schot
SPREEKUUR!
222 Kind op het hoofd gevallen
Marleen Alink, Jochen Cals
223 Nagelriemontsteking
Jacqueline Smits, Jochen Cals
CATS
224 Subcutaan triptaan bij clusterhoofdpijn
Linda Schoots-Verkleij, Wim Verstappen
PEARLS
225 Minder keelpijn na (adeno)tonsillectomie
Sjoerd Zwart
CASUÏSTIEK
226 Tubereuze borsten
Alwine Kist, Jose van Steveninck, Marjorie Braam

175 JOURNAAL
218 INTERVIEW
220 COLUMN
221 KENNISTOETS
227 INGEZONDEN
228 COLOFON H&W

13 HET NHG

Spiegeltje, spiegeltje aan de wand

De stiefmoeder van Sneeuwwitje wilde graag de mooiste zijn. Elke dag vroeg ze aan haar toverspiegel: 'Spiegeltje, spiegeltje aan de wand, wie is de schoonste van het land?' Zo'n spiegel is handig als je de mooiste wilt zijn, maar hoe kun je als wetenschapper weten of je de beste bent?

Wetenschappelijke spiegel

In de wetenschap gaat het erom zo goed mogelijk onderzoek te doen en dat te publiceren in de wetenschappelijke tijdschriften met een hoge *impact factor*. Die factor hangt af van de citatiescore, die aangeeft hoe vaak anderen naar artikelen uit dit tijdschrift verwijzen. Medische tijdschriften met een hoge impact factor zijn *New England Journal of Medicine* (54), *Lancet* (39), *JAMA* (30) en *BMJ* (16). Het huisartsgeneeskundige tijdschrift met de hoogste impact factor is het Amerikaanse *Annals of Family Medicine* (4,6). H&W is niet geïndexeerd en doet niet mee in dit spel. Het gaat om het aantal publicaties en de mate waarin deze artikelen worden gepubliceerd in tijdschriften met een hoge impact factor. De Hirsch-index en Researchgate geven inzicht in de kwaliteit van een onderzoeker. Een onderzoeker heeft bijvoorbeeld een Hirsch of h-index van 20 als hij 20 artikelen heeft gepubliceerd die 20 keer (of meer) zijn geciteerd. De h-index is een belangrijke maat, omdat het aantal publicaties alleen niets zegt over de impact van deze publicaties en het aantal citaties beïnvloed kan worden door een klein aantal zeer vaak geciteerde artikelen. De laatste jaren is de website Researchgate erg populair. Op deze website ziet de onderzoeker zijn score (gebaseerd op de mate waarin anderen gebruikmaken van zijn publicaties), de hoeveelheid publicaties en de cumulatieve impact factor ervan. Onderzoekers zien ook de impact factor van co-auteurs. Kijken in deze spiegel geeft duidelijkheid en stimuleert het competitiegevoel, je ziet hoe je het zelf doet, en wie het beter of slechter doet.

Engelstalig publiceren

Onderzoekers die met hun promotie bezig zijn, worden gestimuleerd om te publiceren in Engelstalige tijdschriften met een zo hoog mogelijke impact factor. Een hoge impact factor levert de onderzoeker en hun begeleiders punten op. H&W publiceert regelmatig dubbelpublicaties van onderzoeken die eerst in het buitenland zijn gepubliceerd. De dubbels van deze maand (Essers en Pronk) zijn eerst gepubliceerd in Engelstalige tijdschriften met een impact factor van 1,7; 2,6 en 1,4. Een goede prestatie!

De afgelopen jaren zijn regelmatig kritische artikelen verschenen over het systeem van de medische wetenschap: 'veel wetenschappelijke resultaten zijn belangrijker voor (de loopbaan van) de wetenschapper dan voor de maatschappij.' Hoge scores voor wetenschappers gaan niet altijd gepaard met het meest relevante of zinvolle onderzoek. Het is ook wel vreemd: omdat de onderzoeksvraag relevant is voor de Nederlandse huisartsgeneeskunde doet men onderzoek, gefinancierd met Nederlands gemeenschapsgeld. De artikelen worden echter gepubliceerd in Engelstalige tijdschriften met soms een veel kleiner bereik dan H&W.

Waar speelt H&W wel een rol? De redactiecommissie selecteert elke maand de parels onder de publicaties van de huisartsgeneeskundige onderzoeken in Engelstalige tijdschriften. Daarmee komen de resultaten weer terug in het domein waarvoor de vraagstelling is bedacht: de Nederlandse huisartsgeneeskunde. Wij spiegelen ons graag aan deze parels. ■

Just Eekhof

Later op de dag meer antibiotica

Huisartsen zijn dagelijks bezig met de beslissing om wel of niet antibiotica voor te schrijven. Naast richtlijnen zijn er nog andere factoren die hierbij een rol spelen. Uit nieuw onderzoek blijkt dat huisartsen makkelijker antibiotica voorschrijven aan het eind van het spreekuur.

Het onderzoek vond in 2011 en 2012 plaats in 23 Amerikaanse huisartsenpraktijken. Van volwassen patiënten met acute luchtweginfecties werden gegevens verzameld over het tijdstip van het consult en het voorschrijven van antibiotica. Patiënten met kanker, diabetes of gelijktijdige huidinfecties werden geïncludeerd omdat het voorschrijfgedrag daardoor beïnvloed zou kunnen worden. De ochtend- en middagspreekuren werden onderverdeeld in twee dagdelen van vier uur. Hierna werden de percentages voorgeschreven antibiotica vergeleken. Hierbij werd rekening gehouden met verschillen in patiëntkenmerken.

In totaal bezochten 21.867 patiënten tijdens de onderzoeksperiode 204 huisartsen vanwege acute luchtweginfecties. In gemiddeld 44% van de consulten schreef de huisarts antibiotica voor. Aan het eind van een dagdeel nam het percentage antibioticavoorschriften duidelijk toe. Waar huisartsen in het begin van de ochtend in 40% van de gevallen antibiotica voorschreven, steeg dit tot 46% aan het eind van de ochtend. Tijdens het middagspreekuur lagen deze cijfers nog iets hoger.

Van belang is dat het onderzoek werd uitgevoerd in Amerikaanse huisartsenpraktijken. In Amerika wordt waarschijnlijk vaker antibiotica voorgeschreven dan in Nederland. Toch is deze 'beslissingsmoeheid' wellicht ook herkenbaar voor Nederlandse huisartsen. Een extra pauze tijdens het spreekuur kan dit misschien tegengaan. Patiënten die graag antibiotica willen voor hun luchtweginfecties hebben de meeste kans aan het eind van de dag. ■

Tobias Bonten

Foto: Roel Burgler/Hollandse Hoogte

Linder JA, et al. Time of day and the decision to prescribe antibiotics. JAMA Int Med 2014;174:2029-31.

Zorg ook voor de ouders

Ouders van kinderen met een autismespectrumstoornis (ASS) hebben behoefte aan een goed luisterend oor van hun huisarts. Allereerst als ze langskomen op het spreekuur met het vermoeden dat er iets niet klopt bij hun kind. Maar ook daarna: blijf aandachtig luisteren naar de zorgbehoeften van het kind en denk ook aan de gezondheid van de ouders.

Dit zijn conclusies van een grotendeels kwalitatief onderzoek waarin ouders zijn geïnterviewd over de zorg die ze ervaren bij het opvoeden van een kind met ASS. Vanuit de Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen zijn er 43 ouders met een kind met een DSM IV-diagnose ASS benaderd door hun eigen huisarts. Uiteindelijk hebben 29 ouders (22 zoons, 7 dochters) meegedaan. De gemiddelde leeftijd van de kinderen was 13-14 jaar, de ouders waren gemiddeld 40-43 jaar oud. In driekwart van de interviews werd de moeder alleen geïnterviewd.

Uit de interviews kwamen enkele duidelijke thema's naar voren: de ouders voelen zich door de zorgverleners niet serieus genomen bij de vroege signalen van hun kind; ze hebben het gevoel dat ze falen als ouder; ze zijn overbelast en ervaren onvoldoende gerichte zorg vanuit de zorgverleners.

In de interviews gaven de ouders aan dat ze het gedrag van hun kind vanaf het eerste levensjaar al afwijkend vonden. Hoewel de ouders dit ter sprake hadden gebracht bij artsen, werd het meestal pas op het kinderdagverblijf of de peuterspeelzaal erkend doordat het kind opviel in de groep. De ouders zijn vaak overbelast en vinden de opvoeding zwaar. De opvoeding werpt onvoldoende vruchten af, ondanks de grote tijdsinvestering. Hierbij spelen ook schuldgevoelens tegenover andere kinderen binnen het gezin een rol. Als de diagnose ASS gesteld was, leidde dat tot meer begrip in de sociale en zorgverlenende omgeving. De ouders gaven aan dat zorgverleners soms onvoldoende luisterden naar de zorgbehoefte.

En de gezondheid van de ouders zelf? Er bleek sprake te zijn van sociaal isolement of het ervaren van onvoldoende steun van de partner. Vooral de moeders hadden een mindere psychische gezondheid dan de algemene Nederlandse populatie.

Het advies van de onderzoekers: als huisarts ben je goed in staat om de juiste zorgondersteuning te bieden aan kind én ouder! ■

Marissa Scherptong-Engbers

Van Tongerlo MA, et al. Raising a child with an autism spectrum disorder 'If this were a partner relationship, I would have quit ages ago'. Fam Pract 2015;32:88-93.

Bloeddruk en DM2: belangrijk nieuws

Een daling van de systolische bloeddruk met 10 mmHg bij patiënten met diabetes mellitus type 2 leidt tot een aanzienlijke daling van de micro- en macrovasculaire complicaties. Dit effect is groter dan tot nu toe is aangenomen en kan tot aanscherping van de bestaande richtlijnen leiden.

Onlangs is een systematische review verschenen waarin 44 RCT's zijn opgenomen met in totaal ruim 100.000 deelnemers. Alle geselecteerde trials hebben als onderwerp het effect van bloeddrukverlaging op micro- en macrovasculaire complicaties bij patiënten met DM2. Als uitgangspunt is een daling genomen van 10 mmHg van de systolische bloeddruk. Het blijkt dat bij een daling van 10 mmHg de totale sterfte met 13% daalt. Hart- en vaatziektendalen met 11%, CVA met 21%, retinopathie met 13% en albuminurie met 17%. Voor hart- en nierfalen hebben de onderzoekers geen statistisch significante afname waargenomen. Het effect van de systolische bloeddrukverlaging is onafhankelijk van de hoogte van de bloeddruk voor wat betreft het optreden van CVA, retinopathie en albuminurie. Voor de overige eindpunten zag men alleen een statistisch significante daling bij een systolische bloeddruk van 140 mmHg of hoger.

De auteurs geven zelf aan dat deze bevindingen aanleiding kunnen zijn om de bestaande richtlijnen voor de bloeddrukverlaging bij patiënten met DM2 aan te passen. De herziene NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 is, evenals internationale richtlijnen, terughoudend met aanbevelingen voor bloeddrukverlaging. Door 15 jaar bij de leeftijd van patiënt op te tellen bepaalt men het globale cardiovasculaire risico. De streefwaarde voor de systolische bloeddruk bij deze groep is 140 mmHg. Alleen voor patiënten met bestaande microvasculaire schade ligt de streefwaarde onder de 130 mmHg, mits de patiënt dit goed verdraagt.

Bij het aanpassen van een richtlijn gaat men niet over één nacht ijs. Echter, het gewicht van deze review zal zeker zwaar wegen en de gemoederen bezighouden. Naast metformine lijkt bloeddrukregulatie een steeds belangrijkere pijler te worden om de cardiovasculaire complicaties van DM2 te voorkomen. Omdat de meeste patiënten met diabetes hier uiteindelijk op de een of andere manier mee te maken krijgen, lijkt dit belangrijk nieuws. ■

Bèr Pleumeekers

Emdin CA, et al. Blood pressure lowering in type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis. JAMA 2015;313:603-15.

Point-of-care tests kosteneffectief voor uitsluiten DVT

Veilig uitsluiten van diepe veneuze trombose (DVT) door de huisarts, zonder dat de patiënt de praktijk uit hoeft: is dat lonend? De recente herziening van de NHG-Standaard adviseert om bij een vermoeden van DVT een risicoscore te bepalen aan de hand van een beslisregel. Bij een niet-verhoogd risico wordt het D-dimeer bepaald, meestal in een nabijgelegen ziekenhuis. Point-of-care tests (POCT's) maken een snelle betrouwbare bepaling van D-dimeer in de huisartsenpraktijk mogelijk. Inzet van deze POCT's blijkt kosteneffectief.

Hendriksen et al. verrichtten een meta-analyse en selecteerden vier POCT's (Triage, Cardiac, Nyocard en Simplify) op basis van gebruiksvriendelijkheid. Van drie behandelstrategieën werden het effect op gezondheid en de kosten vergeleken: de beslisregel in combinatie met een laboratoriumbepaling van D-dimeer (referentiestrategie), de beslisregel in combinatie met een POCT en rechtstreeks doorverwijzen naar het ziekenhuis. Berekeningen werden gemaakt met een model waarin een fictief cohort volwassenen, dat met pijn in het onderbeen bij de huisarts kwam, werd gevolgd over een periode van tien jaar. Het model is bij uitstek toegespitst op de Nederlandse praktijk: de eigenschappen van dit fictieve cohort werden betrokken uit AMUSE (Amsterdam Maastricht Utrecht Study on thromboEmbolism); voor de kostenanalyse werden de in Nederland geldende tarieven van 2010 gebruikt.

De referentiebehandeling, beslisregel en laboratoriumbepaling van D-dimeer, kostte € 8354 per patiënt over een periode van 10 jaar. Er waren marginale verschillen in gezondheidsuitkomsten voor de verschillende behandelstrategieën. De duurste optie was direct doorsturen naar het ziekenhuis en kostte € 114 meer dan de referentiestrategie (95%-BI € 85 tot € 155). In 96,3% van de simulaties bleek Simplify de goedkoopste optie: € 155 goedkoper dan de referentiestrategie (95%-BI −€ 246 tot −€ 83).

De huisarts kan POCT's inzetten om DVT betrouwbaar, goedkoop én in eigen beheer uit te sluiten, mits zorgvuldig geïmplementeerd en, niet onbelangrijk, vergoed door de zorgverzekeraar. ■

Chris Walinga

Hendriksen JMT, et al. The cost-effectiveness of point-of-care D-dimer tests compared with a laboratory test to rule out deep venous thrombosis in primary care. Expert Rev Mol Diagn 2015;15:125-36.

Zoutloos is zinloos

Zoutbeperking tot maximaal 6 gram per dag lijkt een veilig advies, zelfs als er sprake is van hypertensie, cardiovasculaire morbiditeit of hartfalen. Een strengere zoutbeperking heeft geen toegevoegde waarde. Een dieet dat minder dan 6 gram keukenzout bevat, geeft geen verhoogd risico op hartinfarct, coronaire hartziekte of hartfalen.

Tot deze conclusie komen Amerikaanse onderzoekers nadat ze 70- tot 80-jarigen 10 jaar gevolgd hebben. Alle 2642 deelnemers hebben met een voedingsvragenlijst hun dagelijkse zoutinname bijgehouden. Vervolgens is nagegaan of er een verband bestaat tussen de gemiddelde dagelijkse zoutinname en sterfte of het optreden van cardiovasculaire ziektes. Ruim 25% van alle deelnemers had bij aanvang van het onderzoek al een cardiovasculaire aandoening. Na 10 jaar zijn 881 (33%) deelnemers overleden. Er is geen verschil in sterfte tussen deelnemers die relatief weinig (< 1500 mg natrium per dag), gemiddeld (1500 tot 2300 mg natrium per dag) of veel (> 2300 mg natrium per dag) zout gebruiken. Een hoeveelheid van 2300 mg natrium komt overeen met 6 gram keukenzout. Een nieuw geval van hart- en vaatziekte treedt op bij gemiddeld 28% en is over alle groepen gelijk. Deelnemers die veel zout gebruiken, hebben 2% meer kans, maar dat is statistisch niet significant. Hartfalen ontwikkelt zich bij gemiddeld 15% van de deelnemers en komt eveneens in alle groepen evenveel voor. Deelnemers met de hoogste natriuminname per dag hebben wel 11% meer risico op het ontstaan van hartfalen, maar ook dat is statistisch niet significant. Opvallend is dat het verband tussen zoutinname en sterfterisico een J-vormige curve laat zien. Dat wil zeggen dat een gemiddelde inname van keukenzout het laagste risico geeft en dat zowel meer als minder zoutgebruik het risico verhoogt.

In het algemeen lijkt de dagelijkse inname van keukenzout bij 70-plussers van beperkte invloed op (cardiovasculaire) mortaliteit en morbiditeit. Omdat het gemiddelde zoutgebruik per dag in Nederland voor mannen circa 10 gram is en voor vrouwen 7,5 gram moet men zich wel enige beperking opleggen. Matig gebruik, zoals in de voedingsrichtlijn staat, lijkt dus een goed advies.

Zowel te veel als te weinig zout lijkt minder gezond. ■

Bèr Pleumeekers

Kalogeropoulos AP, et al. Dietary sodium content, mortality, and risk for cardiovascular events in older adults. The Health, Aging, and Body Composition (Health ABC) Study. JAMA Intern Med 2015: January 19. doi:10.1001/jamainternmed.2014.6278. Epub ahead of print.

Plaatjesrijk plasma-injecties bij gonartrose

Gonartrose is veelal een progressieve en pijnlijke aandoening. Behandeling bestaat primair uit oefeningen en leefstijlaanpassing en daarnaast adequate pijnstilling. Wanneer deze interventies niet afdoende zijn, blijven er weinig minimaal invasieve therapeutische mogelijkheden over. Een recent verschenen systematische review biedt nieuwe inzichten: mogelijk hebben intra-articulaire injecties met plaatjesrijk plasma (PRP) de toekomst.

Nederlandse onderzoekers onderzochten de effectiviteit van deze PRP-injecties door te kijken naar afname van pijnklachten en verbetering van de functie van de knie. Zij voerden een systematische review uit waarbij zij 6 RCT's en 4 non-RCT's includeerden. Deze (non-)RCT's onderzochten het effect van PRP-injecties in vergelijking met intra-articulaire placebo-injecties (zoutoplossing) en injecties met hyaluronzuur.

Zij concludeerden dat, op basis van de huidige evidence, PRP-injecties de pijn significant meer doen afnemen dan placebo-injecties met zoutoplossing. Dit significante effect werd ook gezien wanneer PRP-injecties werden vergeleken met hyaluronzuur-injecties. Na de injectie verbeterde de kniefunctie significant in vergelijking met de controlegroep. Kanttekening bij deze uitkomsten is echter de beperkte bewijskracht in de verschillende onderzoeken omdat de ingestelde behandeling niet geblindeerd was.

Op basis van bovenstaande uitkomsten lijken PRP-injecties een veelbelovende behandeling bij gonartrose, mede vanwege het minimaal invasieve karakter. Echter, voordat PRP-injecties routinematig ingezet kunnen worden om gonartrose te behandelen moet meer en kwalitatief goed onderzoek worden verricht. ■

Bart van Wijk

Laudy ABM, et al. Efficacy of platelet-rich plasma injections in osteoarthritis of the knee: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med 2014;01-37.

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).

Aart Hendriks, Hilde van der Meer

ONDERZOEK

Lessen uit het tuchtrecht voor de huisarts

Samenvatting

Hendriks AC, Van der Meer HCB. Lessen uit het tuchtrecht voor de huisarts. Huisarts Wet 2015;58(4):178-82.

ACHTERGROND Een tuchtrechtelijke procedure heeft grote impact op de aangeklaagde huisarts. Wij wilden achterhalen hoe vaak tuchtklachten tegen huisartsen worden ingediend, wat de aard van de klacht is en met welke CanMEDS-competenties de gestelde tekortkomingen van de huisarts corresponderen.

METHODE In ons onderzoek hebben we alle in 2013 door de tuchtrechter tegen huisartsen afgehandelde zaken betrokken. Daarnaast hebben we gekeken naar de in 2013 door (huis)artsen aan de Artseninfolijn van de KNMG voorgelegde juridische vragen.

RESULTATEN Vergeleken met andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg en die onder het tuchtrecht vallen worden tegen artsen, inclusief huisartsen, relatief veel tuchtklachten ingediend. De tegen huisartsen ingediende klachten verklaart de tuchtrechter gemiddeld vaker gegrond dan klachten die tegen artsen in het algemeen worden ingediend. De tuchtklachten tegen huisartsen betreffen vrijwel exclusief de competenties medisch handelen en/of professionaliteit. Voor de juiste invulling van deze laatste competenties kloppen huisartsen vaak aan bij de Artseninfolijn van de KNMG.

CONCLUSIE Het aantal gegrond verklaarde tuchtklachten tegen huisartsen over de competentie professionaliteit en de vele vragen die huisartsen over deze competentie aan de Artseninfolijn stellen, suggereren dat huisartsen niet altijd weten wat volgens het (gezondheids)recht is toegestaan.

INLEIDING

Huisartsen kunnen met allerlei juridische procedures te maken krijgen. Uit literatuur blijkt dat huisartsen het meest beducht zijn voor een tuchtklacht.[1] Deze vrees kan verbazing oproepen, het tuchtrecht heeft immers tot doel het bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en niet het straffen van individuen. Bovendien wijst de tuchtrechter ongeveer 66% van alle klachten af, zonder dat het tot een zitting komt. Gezien de doelstelling van het tuchtrecht en het grote aantal afwijzingen lijken huisartsen weinig te vrezen te hebben van het tuchtrecht.

Dit is echter maar een deel van het verhaal. Een regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg (RTG) of, nadat beroep is ingesteld, het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) kan een individuele huisarts na een gegrond verklaarde klacht een vergaande maatregel opleggen. Een waarschuwing, een berisping of geldboete (maximaal 4500 euro) hebben nog geen rechtstreekse gevolgen voor de beroepsuitoefening, maar worden als zwaar ervaren. Dit is anders bij een (voorwaardelijke) schorsing, een gedeeltelijke ontzegging of een doorhaling in het BIG-register. Een huisarts mag in die gevallen zijn beroep gedurende een bepaalde tijd niet of niet meer geheel uitoefenen. Bovendien zijn al deze maatregelen, op een waarschuwing na, voor iedereen zichtbaar in het zogeheten BIG-register en worden ze gepubliceerd in de *Staatscourant* en een regionale krant.

De belasting en gevolgen van een tuchtprocedure voor een huisarts kunnen dus groot zijn, ook al is het tuchtrecht bedoeld als kwaliteitswaarborg. Indien we daarbij in ogenschouw nemen dat beroepsgenoten onderdeel uitmaken van tuchtcolleges, de duur – en daarmee de emotionele belasting – van een tuchtprocedure tot meer dan een jaar kan oplopen en de publicatie van de maatregel als *naming and shaming* voelt, dan is de vrees voor een tuchtprocedure helemaal niet zo vreemd.

In deze bijdrage onderzoeken we het aantal tuchtklachten tegen huisartsen, de aard van deze klachten en de daarmee corresponderende CanMEDS-competenties [**kader**]. Dat laatste hebben we gedaan omdat huisartsen mogelijk beter onderricht in die competenties moeten krijgen. Met het oog daarop hebben we ook gekeken naar de meestvoorkomende juridische vragen onder huisartsen, zoals voorgelegd aan de Artseninfolijn. Op basis van een analyse van de uitkomsten van dit onderzoek trekken we conclusies voor de praktijk en beroepsopleiding.

Wat is bekend?

- Huisartsen kunnen te maken krijgen met de tuchtrechter.
- Huisartsen bellen vaak naar de Artseninfolijn voor juridische bijstand.

Wat is nieuw?

- Tegen huisartsen worden niet minder klachten ingediend dan tegen andere artsen.
- De tuchtrechter verklaart tuchtklachten tegen huisartsen vaker gegrond dan die tegen andere artsen.
- De klachten tegen huisartsen betreffen grotendeels onjuiste zorg/het missen van de diagnose (27%) en geen of onvoldoende zorg (18%), al dan niet in combinatie met andere klachtonderdelen.
- Klachten tegen huisartsen hebben grotendeels betrekking op de competenties medisch handelen en professionaliteit (81%).
- Vragen van (huis)artsen aan de Artseninfolijn gaan vrijwel exclusief over gezondheidsrechtelijke kwesties, in het bijzonder over het medisch dossier, wilsonbekwaamheid, kindermishandeling en medische verklaringen.

Universiteit Leiden, Instituut voor Publiekrecht, Staats- en Bestuursrecht, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Postbus 9520, 2300 RA, Leiden: prof.mr.dr. A.C. Hendriks, hoogleraar gezondheidsrecht. KNMG: mr. H.C.B. van der Meer, adviseur gezondheidsrecht; prof.mr.dr. A.C. Hendriks, coördinator gezondheidsrecht • Correspondentie: a.c.hendriks@law.leidenuniv.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Wat zijn CanMEDS-competenties?
(Huis)artsen en andere professionals in de zorg worden geacht over een aantal algemene en specifieke competenties te beschikken. Die competenties, veelal gedefinieerd in de vorm van eindtermen, zijn leidend tijdens de opleiding tot (huis)arts. In navolging van het competentieprofiel, ontwikkeld door het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, spreken we in Nederland doorgaans over CanMEDS-competenties of -rollen. De term CanMEDS is een samenvoeging van de woorden 'Canadian Medical Education Directives for Specialists'. Uit deze richtlijnen zijn zeven algemene competenties afgeleid, waarin iedere aios aantoonbaar moet worden opgeleid:[2]
- medisch handelen;
- communicatie;
- samenwerking;
- kennis en wetenschap;
- maatschappelijk handelen;
- organisatie;
- professionaliteit.

METHODE

Voor dit onderzoek, dat werd uitgevoerd in juni-augustus 2014 hebben we alle in 2013 door de tuchtcolleges afgehandelde zaken tegen huisartsen verzameld, onderzocht en geanalyseerd. Daartoe hebben we gebruikgemaakt van de website tuchtrecht.overheid.nl, waarop alle tuchtrechtelijke uitspraken staan vermeld, en het jaarverslag 2013 van de tuchtcolleges.[3] Aan de hand van de in de tekst van de uitspraak genoemde feiten en overwegingen die tot een beslissing hebben geleid, hebben we de zaken gerubriceerd op grond van de aard van de problematiek ('aard van tuchtklacht'). Deze klachten hebben we vervolgens gerelateerd aan de relevante CanMEDS-competentie(s).

Daarnaast hebben we gekeken naar de vragen die artsen in 2013 hebben voorgelegd aan de Artseninfolijn van artsenorganisatie KNMG. Het leek ons van belang te weten met welke vragen (huis)artsen zelf kampen, voordat zij eventueel tuchtrechtelijk worden aangeklaagd. Door de medewerkers van de Artseninfolijn was aan deze vragen een 'onderwerp' toebedeeld, dat we hebben gerelateerd aan volgens ons relevante CanMEDS-competenties. Een nadere uitsplitsing naar beroepstitel van de vragenstellers bleek niet mogelijk, zodat we geen selectie konden maken van vragen die alleen van huisartsen afkomstig waren. We hebben daarom gebruikgemaakt van het totaaloverzicht aan vragen, in de wetenschap dat ongeveer 60% van de vragen die de Artseninfolijn jaarlijks krijgt afkomstig is van huisartsen.

RESULTATEN

De RTG's hebben in 2013 in totaal 1714 tuchtzaken afgehandeld. Daarvan hadden 1118 zaken betrekking op een arts (65%), onder wie huisartsen en aios huisartsgeneeskunde. Van de 492 door het CTG afgehandelde beroepszaken waren er 344 gericht tegen een arts (70%), waartoe twee zaken behoorden waarover het RTG eerder in 2013 uitspraak had gedaan. Cumulatief betekent dit dat het percentage tegen artsen gerichte zaken uitkomt op 66% van het totaal. Artsen ontvangen daarmee zowel absoluut als relatief de meeste tuchtklachten. De andere aan het tuchtrecht onderworpen beroepsgroepen ontvangen substantieel minder klachten. Zo is maar 10% van de door de tuchtcolleges in 2013 afgehandelde klachten gericht tegen een verpleegkundige, waren tandartsen verantwoordelijk voor ruim 9% van alle klachten en was nog geen procent van de afgehandelde klachten gericht tegen een verloskundige [**tabel 1**].

Hoe zit het met tuchtzaken tegen huisartsen? Van alle 2209 in 2013 afgehandelde tuchtklachten waren er 334 gericht tegen een huisarts. Dat is 15% van het totaal aantal afgehandelde klachten en 23% van het aantal klachten tegen artsen. Van het totaal aantal geregistreerde artsen is ruim 15% huisarts. Dit betekent dat huisartsen relatief vaker worden aangeklaagd dan de totale beroepsgroep artsen. Toch waren huisartsen in 2013 niet de 'topscoorders' van de geneeskundig specialismen qua aantal afgehandelde klachten: tegen 2% van alle huisartsen werd een klacht afgehandeld. Huisartsen bekleedden daarmee de derde plek. Koplopers waren de psychiaters, van wie 6% te maken had met een afgehandelde klacht. Van de chirurgen, orthopeden en gynaecologen had 3% te maken met een afgehandelde klacht.

Toch komen zaken tegen huisartsen vaker op zitting dan gemiddeld: bijna 50% van de klachten tegen huisartsen versus 33% van alle klachten. Dit betekent dat huisartsen er rekening mee moeten houden dat een tuchtklacht in ongeveer de helft van de tuchtzaken tot een zitting leidt. In ongeveer 50% van die zaken verklaart de tuchtrechter de klacht gegrond en volgt veelal een maatregel. Doordat zaken tegen huisartsen vaker op zitting komen, betekent dit ook dat tuchtrechters meer klachten tegen huisartsen gegrond verklaren, dan tegen artsen in het algemeen.

Bij bestudering van deze 170 gegronde klachten hebben we de betrokken klachten gerelateerd aan de betreffende CanMEDS-competentie(s) [**tabel 2**]. Dit overzicht leert ons dat de

Abstract

Hendriks AC, Van der Meer HCB. Lessons from medical disciplinary law for general practitioners. Huisarts Wet 2015;58(4):178-82.

BACKGROUND A disciplinary procedure has a great impact on the accused general practitioner. The aim of this article was to find out how often complaints are filed against general practitioners, what the nature of these complaints is, and with which CanMEDS competencies these complaints correspond.

METHOD The decisions handed down by medical disciplinary boards against general practitioners in 2013 were studied, as were the legal questions GPs submitted (in 2013) to the Artseninfolijn, a service for doctors provided by the Royal Dutch Medical Association.

RESULTS A disproportionately large number of complaints made against health professionals concerned doctors, including GPs. Moreover, more complaints made against GPs than against other doctors were considered justified. Virtually all complaints made against GPs concerned their medical competence and/or professionalism. GPs often consulted the Artseninfolijn for guidance about these aspects of their professional competence.

CONCLUSION The large number of well-founded complaints made against GPs regarding their medical competence and professionalism and the numerous questions GPs asked Artseninfolijn about professional competence suggests that GPs do not always know what is legally permissible.

Tabel 1 Beroepsbeoefenaren in BIG-Register en afgehandelde tuchtklachten (2013)

Geregistreerde beroepsbeoefenaren	Aantal	Percentage van totaal aantal beroepsbeoefenaren onder tuchtrecht	Aantal afgehandelde tuchtklachten	Percentage van totaal aantal afgehandelde klachten
Verpleegkundigen	274.795	62,0	220	10
Artsen	76.891	17,0	1.462	66
■ Waarvan huisartsen	11.823	2,6	334	15
Fysiotherapeuten	46.472	10,0	36	1,5
GZ-psychologen	15.218	3,4	81	3,6
Tandartsen	13.433	3,0	139	6
Psychotherapeuten	6.614	1,5	23	1
Apothekers	6.465	1,5	18	< 1
Verloskundigen	4.726	1,1	16	< 1
Onbekend/niet BIG-geregistreerd			211	10
Totaal	444.614	100,0	2.209	100

Bronnen: CIBG, BIG-register en Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg.

overgrote meerderheid van alle tuchtrechtelijke beslissingen tegen huisartsen (81,2%) betrekking had op de competenties medisch handelen en/of professionaliteit. Klachten die betrekking hadden op de competentie communicatie (17%) stonden zelden op zichzelf, maar hadden vaak ook betrekking op andere aspecten. Opvallend is dat de tuchtcolleges in 2013 in het geheel geen zaken tegen huisartsen hebben afgehandeld die de competenties kennis en wetenschap, en maatschappelijk handelen betroffen.

Tabel 2 Aard van de afgehandelde tuchtklachten tegen huisartsen (2013)

Klacht	Aantal tuchtzaken	CanMEDS-competentie(s)
Onjuiste zorg/verkeerde diagnose	55	Medisch handelen
Geen/onvoldoende zorg	37	Professionaliteit
Schending beroepsgeheim Inclusief onjuiste beoordeling of melding bij Advies- en Meldpunt Kindermishandeling	26	Professionaliteit
Niet/te laat verwijzen	17	Medisch handelen/ professionaliteit
Bejegening/communicatie	17	Communicatie
Onvoldoende regie/samenwerking	11	Samenwerking/ organisatie
Geen/onvoldoende informatie aan patiënt	6	Communicatie/ professionaliteit
Niet/te laat komen	6	Medisch handelen/ communicatie/ professionaliteit
Niet/verkeerd voorschrijven	4	Medisch handelen
Onrechtmatig handelen rond levenseinde	4	Professionaliteit
Onvoldoende praktijkvoering	4	Samenwerken/ organisatie
Onvoldoende dossiervoering	4	Professionaliteit
Beletten verandering van huisarts	3	Professionaliteit
Onjuiste verwijsbrief	2	Medisch handelen
Weigeren als patiënt in praktijk op te nemen	2	Professionaliteit
Onjuist beëindigen behandelrelatie	2	Professionaliteit
Seksuele relatie met patiënt	2	Professionaliteit
Overig onrechtmatig	2	Professionaliteit
Onjuist medicatiebeleid	1	Medisch handelen
Weigeren inzage dossier	1	Professionaliteit
Weigeren vernietigen dossier	1	Professionaliteit
Onjuist gebruik beroepstitel	1	Professionaliteit
Onjuist financieel handelen	1	Professionaliteit

Bron: Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg.

Bij een tuchtklacht bepaalt de klager om welke klachtonderdelen en daarmee welke competenties van de huisarts het gaat. Maar met welke juridische vragen zitten (huis)artsen zelf en over welke competenties voelen huisartsen zich minder zeker? Uit nader onderzoek van de 6225 vragen die artsen in 2013 aan de Artseninfolijn hebben gesteld blijkt dat deze vrijwel allemaal betrekking hadden op onderwerpen die onder het tuchtrecht vallen [**tabel 3**].

BESCHOUWING

In vergelijking met de beroepsgroep artsen in het algemeen krijgen huisartsen meer met tuchtklachten te maken. Hun zaken komen ook vaker op zitting en resulteren frequenter in een gegrondverklaring van de klacht. Dit roept een aantal vragen op.

Om te beginnen is het opmerkelijk dat artsen in het algemeen en huisartsen meer dan gemiddeld met tuchtklachten te maken krijgen. Meer dan 60% van deze klachten komt weliswaar niet op zitting, en leidt dus evenmin tot een maatregel tegen de aangeklaagde (huis)arts, maar het enkele feit dat er een tuchtklacht is ingediend betekent voor (huis)artsen doorgaans dat ze met tuchtcolleges moeten corresponderen en met een administratieve en emotionele belasting te maken krijgen. De vraag is hoe het komt dat artsen relatief zoveel tuchtklachten krijgen. De vraag is ook waarom huisartsen, die 15% van de geregistreerde artsen uitmaken, relatief vaak worden aangeklaagd. Immers, 23% van de klachten tegen artsen was in 2013 gericht tegen een huisarts.

In de tweede plaats valt op dat tuchtzaken tegen huisartsen gemiddeld vaker op zitting komen dan zaken tegen de beroepsgroep artsen in het algemeen (50%, respectievelijk 33%). Dit betekent dat huisartsen van tuchtklachten doorgaans meer administratieve en emotionele belasting ervaren dan andere artsen. Doordat het aantal gegrond verklaarde zaken na zitting in beide gevallen rond de 50% bedraagt, eindigen tuchtzaken tegen huisartsen gemiddeld vaker in een gegrond

verklaarde klacht dan tuchtzaken tegen de beroepsgroep artsen in het algemeen (25% respectievelijk 13%). De vraag is hoe dat komt.

Opmerkelijk is voorts dat de overgrote meerderheid van alle tuchtrechtelijke beslissingen tegen huisartsen (81,2%) betrekking hadden op de competenties medisch handelen en/of professionaliteit. Dat (huis)artsen vooral in juridische onzekerheid verkeren over de competentie professionaliteit spreekt ook uit de vragen die zij voorleggen aan de Artseninfolijn. Deze gaan vrijwel uitsluitend over de competentie professionaliteit, soms in combinatie met een of meer aanpalende competenties. De vraag is hoe het komt dat tuchtzaken vrijwel exclusief draaien om de competenties medisch handelen en/of professionaliteit.

Er bestaat geen wetenschappelijke verklaring voor het relatief grote aantal klachten tegen artsen in vergelijking met andere aan het tuchtrecht onderworpen paramedische beroepsgroepen. We kunnen daarvoor wel een aantal mogelijke redenen aanwijzen. In de eerste plaats is het aantal contacten dat patiënten hebben met artsen vaak groter dan het aantal contacten dat andere beroepsgroepen met hun patiënten of cliënten hebben. Bovendien is een arts meestal eindverantwoordelijke in de zorg. Indien patiënten menen dat zaken in de zorg niet goed zijn gegaan, rekenen zij dit al snel een arts aan. Dat alles kan verklaren waarom artsen relatief vaker worden aangeklaagd. Daar komt bij dat het medisch tuchtrecht vooral bekendheid geniet als een vorm van rechtspraak over het handelen van artsen. Dat patiënten ook tegen andere beroepsgroepen tuchtklachten kunnen indienen, is veel minder bekend en veelal ook pas van recenter datum. Niettemin zouden we graag een nadere verklaring hebben voor het relatief grote aantal klachten tegen artsen, ook om het indienen van kansloze – maar voor (huis)artsen evenzeer belastende – klachten te doen verminderen.

Er is in de literatuur evenmin een sluitende verklaring te vinden voor het toch relatief grote aantal tuchtklachten tegen huisartsen. Dat huisartsen vaak een speciale vertrouwensband hebben met patiënten en hun gezin, resulteert anders dan vaak wordt aangenomen, niet in merkbaar minder tuchtklachten. Deze speciale relatie kan zich, zo blijkt uit de door ons onderzochte tuchtzaken, ook tegen de huisarts keren. Daarbij gaat het onder andere om situaties als een echtscheiding, waarbij een huisarts al snel het risico loopt betrokken te raken bij het conflict tussen de gewezen partners, die conflicterende beroepen op hem of haar doen. Indien zaken verkeerd zijn gegaan, meent een aanzienlijk deel van de patiënten dat de huisarts iets verkeerd heeft gedaan en is dat – ondanks een soms jarenlange relatie – geregeld reden om een tuchtklacht in te dienen. In dit opzicht zijn huisartsen ook kwetsbaar als ze in de ogen van de patiënt ten onrechte niet hebben doorverwezen of niet onmiddellijk een visite hebben afgelegd. Ook blijkt uit de onderzochte tuchtklachten dat huisartswaarnemers en huisartsen die dienst doen op de post een verhoogd risico lopen op een tuchtklacht. Ook wat dit betreft zou het interessant zijn te onderzoeken waarom precies huisartsen gemiddeld meer klachten tegen zich ingediend krijgen dan andere artsen.

Tabel 3 **Aard van de vragen van huisartsen aan de Artseninfolijn van de KNMG (2013)**

Onderwerp van de vraag	Aantal vragen	CanMEDS-competenties
Dossier – na overlijden	496	Professionaliteit
Dossier – bij gescheiden ouders	462	Professionaliteit
Dossier – algemeen	428	Professionaliteit
Meerderjarige wilsonbekwamen	284	Professionaliteit
Kindermishandeling	277	Professionaliteit/ communicatie
Medische verklaring – algemeen	273	Professionaliteit
Dossier – overdracht andere arts	237	Professionaliteit/ samenwerking
Verklaring – wils(on)bekwaamheid	212	Professionaliteit
Dossier – vernietigingsrecht	202	Professionaliteit

Bron: KNMG, Artseninfolijn.

Een hieraan gerelateerde vraag betreft het relatief hogere aantal gegrond verklaarde uitspraken tegen huisartsen. Naar de redenen hiervoor kunnen we enkel gissen. Het is wenselijk om een verklaring te vinden voor dit verschil.

Het is minder moeilijk te verklaren waarom tuchtzaken tegen huisartsen vrijwel allemaal gaan over de competenties medisch handelen en/of professionaliteit. Tuchtrecht is, zoals gezegd, gericht op het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Dat de competentie medisch handelen een vooraanstaande plaats inneemt bij tuchtklachten mag daarom niet verbazen. Bij medisch handelen gaat het onder meer over zaken als het bezitten van adequate medische kennis en vaardigheden, het goed en zo mogelijk evidence-based toepassen van diagnostische, therapeutische en preventieve interventiemethoden, en het leveren van effectieve patiëntenzorg. Deze aspecten komen in tuchtzaken veelvuldig aan de orde, waarbij de tuchtrechter de (huis)arts dus beoordeelt op diens rol als medisch expert. Maar in tuchtzaken gaat het vaak ook, of althans uiteindelijk, over de vraag of de aangeklaagde heeft gehandeld overeenkomstig de op hem van toepassing zijnde ethische en juridische normen. De (huis)arts wordt dan beoordeeld op grond van zijn rol als professional.

Het is evenmin verrassend dat de meeste vragen die (huis-)artsen aan de Artseninfolijn stellen, betrekking hebben op de CanMEDS-competentie professionaliteit. Dat hangt samen met het karakter van de Artseninfolijn: een dienst voor artsen met gezondheidsrechtelijke en ethische vragen. Dat is ongetwijfeld ook de reden waarom de Artseninfolijn nauwelijks vragen te verwerken krijgt die verband houden met de competentie medisch handelen en andere competenties. Op grond van de soort en hoeveelheid vragen van (huis)artsen aan de Artseninfolijn valt te concluderen dat onder de leden van de beroepsgroep over gezondheidsrechtelijke onderwerpen de nodige onduidelijkheid bestaat. Daarbij moeten we aantekenen dat bij de onderwerpen waarover artsen op de website van de KNMG de meeste vragen stellen reeds diverse praktijkdilemma's en andere voorbeelden met antwoorden

staan vermeld, bedoeld om artsen een handvat te bieden voor de meestvoorkomende situaties. Deze webpagina's worden jaarlijks duizenden malen geraadpleegd, al is niet duidelijk of raadpleging door (huis)artsen of door anderen gebeurt. Niettemin durven we de conclusie aan dat meer aandacht voor het gezondheidsrecht in de opleiding en tijdens nascholingsactiviteiten voor huisartsen kan bijdragen aan het verminderen van twijfel over de juiste invulling van de competentie professionaliteit. Hopelijk leidt dat ook tot minder gegrond verklaarde tuchtklachten tegen huisartsen.

CONCLUSIE

Huisartsen krijgen relatief vaak te maken met de tuchtrechter. In 2013 werden per 1000 huisartsen 28 tuchtklachten afgehandeld; voor artsen in het algemeen bedraagt dit 19 per 1000 beroepsgenoten. Huisartsen zijn daarmee qua aantallen afgehandelde tuchtklachten oververtegenwoordigd onder de beroepsgroep artsen.

De tuchtrechter verklaart ongeveer 25% van alle tuchtzaken tegen huisartsen gegrond. Ook dat is veel in vergelijking met andere medische beroepsgroepen. De zaken tegen huisartsen betreffen vrijwel exclusief de competenties medisch handelen en/of professionaliteit. Daarin verschillen huisartsen niet van andere artsen.

Wat betreft de competentie professionaliteit stellen huisartsen duizenden malen per jaar vragen aan de Artseninfolijn van de KNMG. Meer kennis van het (gezondheids)recht kan twijfels over het eigen handelen helpen verminderen en hopelijk ook leiden tot minder gegrond verklaarde tuchtklachten. Meer gezondheidsrechtelijke kennis leidt niet vanzelfsprekend tot minder tuchtklachten door patiënten; of een patiënt een klacht indient bepaalt deze immers zelf. Over de redenen waarom patiënten een tuchtklacht indienen en waarom dit relatief zo vaak gebeurt tegen (huis)artsen bestaat de nodige onduidelijkheid. In deze bijdrage hebben we een aantal suggesties gedaan voor nader onderzoek, mede bedoeld om een daling van het aantal kansloze klachten, en daarmee ook een afname van de administratieve en emotionele belasting voor de aangeklaagde huisartsen, te bewerkstelligen. ■

LITERATUUR

1 De Kwant L. Bang voor de klagende patiënt. Medisch Contact 2011;24:1516-9.
2 KNMG. Modernisering medische vervolgopleidingen (MMV). http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-herregistratie/Project-MMV-Home.
3 Jaarverslag Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg en het College van Medisch toezicht (2013). Te vinden op: http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/Images/JV2013tuchtcollegesDEF_tcm11-39941.pdf.

Marieke Pronk, Sophia Kramer

ONDERZOEK

Interventies na gehoorscreening bij volwassenen

Samenvatting

Pronk M, Kramer SE. Interventies na gehoorscreening bij volwassenen. Huisarts Wet 2015;58(4):183-5.

Doel Nederland kent momenteel nog geen grootschalige programma's voor het systematisch screenen van het gehoor bij volwassenen. Relatief weinig (oudere) volwassenen gebruiken een hoortoestel en gebruikers zijn maar matig tevreden over deze toestellen. De klinische praktijk zou derhalve gebaat zijn bij andersoortige interventies, bijvoorbeeld communicatieprogramma's, zoals training in spraakafzien, advies over hoortactieken en persoonlijke aanpassing, en hoorhulpmiddelen, zoals versterkers voor tv, radio en telefoon. Het is echter niet bekend of dergelijke interventies ooit daadwerkelijk zijn aangeboden in screeningsprogramma's. Ons onderzoek had tot doel een overzicht te krijgen van alle soorten interventies die tot nu toe zijn aangeboden en beschreven.

METHODE Systematische literatuurreview van gehoorscreeningsprogramma's onder volwassenen aan wie bij gebleken slechthorendheid een gestandaardiseerde interventie werd aangeboden. Wij doorzochten PubMed, EMBASE, Cinahl, de Cochrane Library en privébibliotheken.

RESULTATEN Wij includeerden 37 screeningsprogramma's. Daarbij waren er 28 die deelnemers bij gebleken slechthorendheid verwezen naar een hoorzorgverlener (van wie 23 geen verdere behandeling specificeerden) en 9 die hoortoestelrevalidatie aanboden (van wie 7 geen andere interventie). Slechts in 4 onderzoeken werd na de gehoorscreening (ook) een andersoortige interventie aangeboden, zoals advies over hoortactieken, training in spraakafzien en advies over andere hoorhulpmiddelen.

CONCLUSIE Er is erg weinig onderzoek gedaan naar screeningsprogramma's die andere interventies dan hoortoestelrevalidatie aanbieden. Omdat dergelijke interventies tot bredere acceptatie van gehoorrevalidatie kunnen leiden, zou het goed zijn de (kosten)effectiviteit van dergelijke interventies nader te onderzoeken door middel van gerandomiseerde experimenten.

ACHTERGROND

Wereldwijd is ongeveer 8% van alle volwassenen slechthorend,[1] en op volwassen leeftijd ontstane slechthorendheid draagt van alle aandoeningen het sterkst bij aan het totaal aantal levensjaren met beperkingen.[2] Talloze onderzoeken tonen aan dat slechthorendheid samenhangt met psychosociale problemen zoals eenzaamheid.[3] Verscheidene onderzoeken hebben aangetoond dat een hoortoestel gehoorbeperkingen daadwerkelijk vermindert en zorgt voor een betere gehoorgerelateerde, en in mindere mate ook algemene, kwaliteit van leven.[4] In de praktijk heeft echter hooguit 20-50% van de slechthorende volwassenen een hoortoestel.[5,6] Van die volwassenen gebruikt minstens 10% het toestel niet[7] en is slechts 60% er tevreden mee.[8]

Gehoorscreeningsprogramma's zouden kunnen bijdragen aan de opsporing en behandeling van slechthorendheid. Een recent Brits onderzoek toonde aan dat systematische gehoorscreening van patiënten van 55-74 jaar in de eerste lijn de proportie hoortoestelgebruikers kan doen toenemen van 5-6% naar 15-20% van degenen die slechthorend zijn.[9] De lage acceptatiegraad van hoortoestellen (eenderde van de mensen met een gebleken gehoorverlies weigert ze) en het beperkte gebruik van de wél geaccepteerde hoortoestellen waren tot nu toe voor de Gezondheidsraad belangrijke redenen om af te zien van de implementatie van grootschalige gehoorscreeningsprogramma's.[9-11] De NHG-Standaard Slechthorendheid heeft dit standpunt overgenomen en systematische gehoorscreening komt tot op de dag van vandaag niet in haar adviezen voor.[12]

Bij gebleken slechthorendheid wordt het aanmeten van een hoortoestel vaak als eerste en enige behandeloptie gezien. Meestal is de behandeling dan vooral gericht op de elektroakoestische aspecten, het functieverlies en de anatomische afwijkingen: de *impairment*-benadering.[13] Er komt echter steeds meer steun voor een holistische benadering van gehoorrevalidatie,[14] die naast gehoorfuncties en anatomie ook de algemene dagelijkse levensverrichtingen en de participatie in de samenleving als uitgangspunt neemt. Die benadering houdt ook rekening met invloeden uit de fysieke en sociale omgeving (achtergrondlawaai, partner, werk) en met de persoonlijke achtergrond van de slechthorende (copingstrategieën).

Wat is bekend?

- Slechthorendheid komt zeer veel voor onder volwassenen, maar wordt te weinig gediagnosticeerd en behandeld.
- In de praktijk accepteren veel slechthorenden geen hoortoestel en mensen die er een hebben, gebruiken het lang niet altijd.

Wat is nieuw?

- Verreweg de meeste interventies voor slechthorendheid betreffen gehoorscreening, gevolgd door hoortoestelrevalidatie.
- Gerandomiseerd onderzoek naar deze interventies is er nauwelijks.
- Gedragsinterventies, zoals training in spraakverstaan en communicatiemanagement, zouden beter onderzocht en vaker toegepast moeten worden.

VUmc, afdeling KNO Hoofdhals-chirurgie, sectie Ear & Hearing, en EMGO Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, De Boelelaan 1118, 1081 HZ Amsterdam: dr. M. Pronk, postdoc onderzoeker Gehoor en veroudering/epidemioloog; prof.dr. S.E. Kramer, hoogleraar Auditief functioneren en participatie • Correspondentie: m.pronk@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek is een bewerkte vertaling van: Pronk M, Kramer SE, Davis AC, Stephens D, Smith PA, Thodi C, et al. Interventions following hearing screening in adults: a systematic descriptive review. Int J Audiol 2011;50:594-609. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

In deze holistische aanpak passen niet-technologische interventies, ook wel 'communicatieprogramma's' genoemd.[15] Van een aantal van deze programma's, die individueel of als groepsinterventie worden aangeboden, is de effectiviteit aangetoond.[16] Ze richten zich op de verbetering van spraakverstaan en communicatiemanagement. De training in spraakverstaan omvat zaken als auditieve training en training in het spraakafzien ('liplezen'). Communicatiemanagement heeft betrekking op communicatiestrategieën, zoals strategisch positie kiezen ten opzichte van de communicatiepartner (rustige plek, gunstige akoestiek, goed zicht op het lipbeeld) en effectief communiceren (vraag de communicatiepartner korte zinnen te gebruiken en langzaam en goed gearticuleerd te spreken, niet per se harder want dat verslechtert de articulatie), en op persoonlijke aanpassing (assertiviteit, stressmanagement, acceptatie).

Nu is het de vraag of communicatieprogramma's, maar ook andere alternatieve interventies, zoals hoorhulpmiddelen voor televisie of radio en het verbeteren van de akoestiek in de leefomgeving, ooit deel hebben uitgemaakt van de aangeboden behandeling na een gehoorscreening. Tot nu toe is er nog geen overzicht gemaakt van de betreffende literatuur. Wij hebben een systematische beschrijvende literatuurreview uitgevoerd om na te gaan welke interventies onderzocht zijn bij deelnemers aan een gehoorscreeningsprogramma, bij wie slechthorendheid werd vastgesteld.

METHODE

In juli 2009 doorzochten wij PubMed, EMBASE, Cinahl, Cochrane Library en privé-bibliotheken (zie ons oorspronkelijke artikel voor de gebruikte queries).[17] Verder controleerden we de referentielijsten van de geïncludeerde artikelen en raadpleegden we experts in het veld. Onderzoeken werden geïncludeerd als ze voldeden aan drie voorwaarden: 1) de screening was gericht op nog niet opgespoorde slechthorendheid; 2) de steekproef was *population-based* en de deelnemers waren 18 jaar of ouder; 3) de interventie was voor alle screenpositieven hetzelfde (gestandaardiseerd) en had tot doel de negatieve effecten van slechthorendheid te beperken.

Twee onderzoekers beoordeelden onafhankelijk van elkaar de geschiktheid van de gevonden artikelen en extraheerden relevante onderzoekseigenschappen.

RESULTATEN

Uiteindelijk includeerden wij 37 onderzoeken, waarvan 13 uitgevoerd in een huisartsenpraktijk, 6 in buurt- of ouderencentra en 4 bij de deelnemers thuis. De overige 14 onderzoeken betroffen gehoorscreenings in een andere setting. In 7 onderzoeken werden naast ouderen ook jongere volwassenen of kinderen gescreend.

In 13 onderzoeken was het primaire doel van de gehoorscreening 'onderzoeksdoeleinden' (bijvoorbeeld ter validatie van screeningsinstrumenten), van de overige 24 onderzoeken betrof ongeveer eenderde systematische, eenderde opportunistische en eenderde zelfgeïnitieerde gehoorscreening. De meestvoorkomende screeningsmethode was toonaudiometrie (19 onderzoeken), vaak in combinatie met een vragenlijst (12 onderzoeken). In 13 onderzoeken werd naast slechthorendheid ook gescreend op cerumenproppen of trommelvliesafwijkingen, en in 10 onderzoeken ook op andere aandoeningen (depressie, hypertensie).

Verwijzing

In 23 onderzoeken kregen screenpositieven alleen een verwijzing naar een (hoor)zorgverlener, zonder dat de verdere behandeling was vastgelegd. In 5 onderzoeken kregen screenpositieven naast of in plaats van de verwijzing ook een andere interventie aangeboden. In 3 daarvan was dit het doorgeven van de screeningsuitslag aan de huisarts, in 1 onderzoek betrof het adviezen over hoorhulpmiddelen en in 1 onderzoek een cursus spraakafzien en counseling.

[**Webtabel 1**] vat als voorbeeld drie van de vijf laatstgenoemde onderzoeken samen. In het screeningsprogramma van Moore en collega's[18] werden patiënten van huisartsen en internisten vlak voor hun reguliere afspraak gescreend (opportunistische screening). De arts kon via een *clinical summary* passend vervolgbeleid voorstellen (cerumenverwijdering, herscreening en indien wederom positief verwijzing voor audiometrie). Hoek en collega's[19] gaven ouderen die alleen bij het luisteren naar telefoon, radio of tv gehoorproblemen ervoeren advies over hoorhulpmiddelen (in plaats van te verwijzen). Het programma dat Harless en Rupp[20] onderzochten, was het enige waarin een uitgebreide cursus in spraakafzien en counseling werd aangeboden. De cursus besloeg tien wekelijkse groepsbijeenkomsten waarin spraakafzien werd geoefend, hoortips werden doorgenomen en groepsdiscussies plaatsvonden.

Hoortoestel

Negen onderzoeken boden een gestandaardiseerd hoortoestelrevalidatieprogramma aan. Slechts twee daarvan [**webtabel 2**] boden screenpositieven naast de hoortoestelrevalidatie ook informatie of advies aan over andere revalidatiemogelijkheden, te weten hoortactieken[21,22] en hoorhulpmiddelen.[22]

BESCHOUWING

Ons hoofddoel was een literatuuroverzicht te geven van interventies die ooit zijn aangeboden aan volwassenen met gebleken slechthorendheid. Daarbinnen hebben wij onderzocht welke andere interventies dan hoortoestelrevalidatie werden aangeboden. Verreweg de meeste programma's beperkten zich tot het verwijzen van screenpositieven voor verdere hoorzorg. De daaropvolgende interventies waren geen onderdeel van deze screeningsprogramma's en zijn dus niet gespecificeerd, maar het is aannemelijk dat de verwijzing in de meeste gevallen uitmondde in de momenteel meest gebruikelijke revalidatievorm: hoortoestelrevalidatie. Slechts 3 van de 37 screeningsprogramma's boden een communicatieprogramma aan (advies over hoortactieken; training in spraakafzien of counseling) en slechts 2 gaven informatie over andere hoor-

hulpmiddelen dan een hoortoestel. De aard en frequentie van de gegeven adviezen en informatie werden helaas amper[21] of niet[22] beschreven.

Geen van de interventies leek gericht op het verbeteren van assertiviteit, stressmanagement en persoonlijke aanpassing, of op het betrekken van een belangrijke communicatiepartner. Toch zijn dit aspecten die een belangrijke, zelfs essentiële voorwaarde kunnen zijn om te starten met gehoorrevalidatie. Gedragsveranderingsmodellen ondersteunen de visie dat interventies zoals *informational counseling*, waarbij een professional de diagnostiek, aard, gevolgen en revalidatiemogelijkheden van de aandoening uitlegt, beslissend kunnen zijn als aanzet tot revalidatie. Het Health Belief Model stelt dat de deelname aan een screening, maar ook de *compliance* met de gegeven adviezen en interventies, sterk beïnvloed wordt door de mate waarin iemand zich vatbaar voelt voor een aandoening en door de waargenomen ernst van die aandoening of de gevolgen ervan.[23] Het Transtheoretical Stages-of-Change Model stelt dat er verschillende fasen van gedragsverandering zijn die iemands bereidheid beïnvloeden om deel te nemen aan een screening of interventie.[24] Laatstgenoemd model is met succes toegepast in screeningsprogramma's voor borstkanker en dikkedarmkanker, en door een enkeling ook in gehoorrevalidatie.[25] Gedragsveranderingsmodellen zijn echter nog nauwelijks toegepast bij gehoorscreening.

Interventies gebaseerd op gedragsverandering verdienen onzes inziens nader onderzoek, aangezien uit het schaarse gerandomiseerde onderzoek gebleken is dat hoortoestelrevalidatie na gehoorscreening niet heel effectief is.[26] Geen van de onderzoeken naar alternatieve interventies in onze review had een gerandomiseerde opzet. Dergelijke onderzoeken zijn echter noodzakelijk om de (kosten)effectiviteit van gehoorinterventies, ook ten opzichte van elkaar, te bepalen.

CONCLUSIE

Tot op heden is hoortoestelrevalidatie na een gehoorscreening veelal de eerste keus bij slechthorende patiënten, ook al is de bewezen effectiviteit beperkt. Andersoortige interventies, zoals communicatieprogramma's of hoorhulpmiddelen voor radio en tv, zijn echter nog slechts weinig onderzocht. Meer aandacht voor én bredere toepassing van zulke andersoortige interventies én het inbedden van gehoorscreening in een gedragsveranderingsmodel kunnen de acceptatie en (kosten) effectiviteit van screeningsprogramma's vergroten. Deze alternatieven verdienen nader onderzoek. ■

LITERATUUR

1 Stevens G, Flaxman S, Brunskil E, Mascarenhas M, Mathers CD, Finucane M. Global and regional hearing impairment prevalence: an analysis of 42 studies in 29 countries. Eur J Public Health 2013;23:146-52.
2 Mathers C, Smith A, Concha M. Global burden of hearing loss in the year 2000. Geneva: WHO, 2003.
3 Pronk M, Kramer SE, Deeg DJH. Een slechter gehoor leidt tot meer eenzaamheid, maar niet bij alle ouderen. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2012;43:103-4.
4 Chisolm TH, Johnson CE, Danhauer JL, Portz LJ, Abrams HB, Lesner S, et al. A systematic review of health-related quality of life and hearing aids: final report of the American Academy of Audiology Task Force On the Health-Related Quality of Life Benefits of Amplification in Adults. J Am Acad Audiol 2007;18:151-83.
5 Popelka MM, Cruickshanks KJ, Wiley TL, Tweed TS, Klein BE, Klein R. Low prevalence of hearing aid use among older adults with hearing loss: the Epidemiology of Hearing Loss Study. J Am Geriatr Soc 1998;46:1075-8.
6 Smeeth L, Fletcher AE, Ng ES, Stirling S, Nunes M, Breeze E, et al. Reduced hearing, ownership, and use of hearing aids in elderly people in the UK: the MRC Trial of the assessment and management of older people in the community: a cross-sectional survey. Lancet 2002;359:1466-70.
7 Hanratty B, Lawlor DA. Effective management of the elderly hearing impaired: a review. J Public Health Med 2000;22:512-7.
8 Kochkin S. MarkeTrak VI: 10-year customer satisfaction trends in the US hearing instrument market. The Hearing Review 2002;10:14-25.
9 Davis A, Smith P, Ferguson M, Stephens D, Gianopoulos I. Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models. Health Technol Assess 2007;11:1-294.
10 Hands S. Hearing loss in over-65s: is routine questionnaire screening worthwhile? J Laryngol Otol 2000;114:661-6.
11 Van der Zeijden A, Albers FWJ, Blume SS, Dreschler WA, Grote JJ, De Kleijn-de Vrankrijker MW, et al. Advies gehooronderzoek: gehoor voor het gehoor. Publicatienummer 43. Den Haag, Gezondheidsraad, 2003.
12 NHG-werkgroep Slechthorendheid. NHG-Standaard Slechthorendheid (tweede herziening). Huisarts Wet 2014;57:302-12.
13 International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization, 2001.
14 Kiessling J, Pichora-Fuller MK, Gatehouse S, Stephens D, Arlinger S, Chisolm T, et al. Candidature for and delivery of audiological services: special needs of older people. Int J Audiol 2003;42 Suppl 2:2S92-101.
15 Gagné J-P, Jennings MB. Audiology: Treatment. In: Valente M, Hosford-Dunn H, Roeser RJ, redacteuren. Audiological rehabilitation intervention services for adults with acquired hearing impairment. Tweede druk. New York: Thieme, 2008.
16 Chisolm T, Arnold M. Evidence about the effectiveness of aural rehabilitation programs for adults. In: Wong L, Hickson L, editors. Evidence-based practice in audiology: evaluating interventions for children and adults with hearing impairment. San Diego (CA): Plural Publishing, 2012.
17 Pronk M, Kramer SE, Davis AC, Stephens D, Smith PA, Thodi C, et al. Interventions following hearing screening in adults: a systematic descriptive review. Int J Audiol 2011;50:594-609.
18 Moore AA, Siu A, Partridge JM, Hays RD, Adams J. A randomized trial of office-based screening for common problems in older persons. Am J Med 1997;102:371-8.
19 Hoek D, Paccioretti D, Pichora-Fuller K, McDonald M, Shyng G. Outreach to hard-of-hearing seniors. J Speech Lang Pathol Audiol 1997;21:199-208.
20 Harless EL, Rupp RR. Aural rehabilitation of the elderly. J Speech Hear Disord 1972;37:267-73.
21 Stephens SD, Callaghan DE, Hogan S, Meredith R, Rayment A, Davis AC. Hearing disability in people aged 50-65: effectiveness and acceptability of rehabilitative intervention. BMJ 1990;300:508-11.
22 Gussekloo J, De Bont LE, Von Faber M, Eekhof JA, De Laat JA, Hulshof JH, et al. Auditory rehabilitation of older people from the general population-the Leiden 85-plus study. Br J Gen Pract 2003;53:536-40.
23 Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Health behavior and health education: theory, research and practice. Tweede druk. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
24 Prochaska JO, DiClemente CC. Trans-theoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 1982;19:276-88.
25 Laplante-Levesque A, Hickson L, Worrall L. Stages of change in adults with acquired hearing impairment seeking help for the first time: application of the transtheoretical model in audiologic rehabilitation. Ear Hear 2013;34:447-57.
26 Chou R, Dana T, Bougatsos C, Fleming C, Beil T. Screening adults aged 50 years or older for hearing loss: a review of the evidence for the U.S. preventive services task force. Ann Intern Med 2011;154:347-55.

Geurt Essers

ONDERZOEK

De communicatietoets en de context van het consult

Samenvatting

De communicatietoets en de context van het consult. Huisarts Wet 2015;58(4):186-90.

ACHTERGROND Communicatie is voor artsen een belangrijke competentie en de toetsing van communicatievaardigheden is een integraal onderdeel van de huisartsenopleiding. Die toetsing is echter vatbaar voor verbetering. In de huisartsgeneeskunde hecht men er veel waarde aan dat de arts klachten interpreteert binnen de context. De toetsing van arts-patiëntcommunicatie houdt echter geen rekening met de context waarin zij plaatsvindt. Wij gingen na hoe die context in de toetsing verdisconteerd kan worden.

METHODE Met een *mixed-method design* onderzochten we hoe de scores van huisartsen en aios op de MAAS-Globaal communicatietoets zouden veranderen wanneer men bij de scoring rekening zou houden met een aantal vooraf gedefinieerde contextfactoren. We bepaalden de scores van de deelnemers tweemaal: één keer de score op de standaardtoets en één keer de score op de toets waarin ook contextfactoren waren opgenomen.

RESULTATEN In de consulten vonden we alle vooraf geïdentificeerde contextfactoren terug. Zowel voor de huisartsen als voor de aios steeg de gemiddelde score, al was het verschil bij de aios over het algemeen kleiner. De huisartsen scoorden op de contextgevoelige toets gemiddeld boven het vastgestelde niveau voor 'adequaat communicerend'.

CONCLUSIE Bij het toetsen van de arts-patiëntcommunicatie in de huisartsenopleiding moeten contextfactoren eerder als signaal dan als ruis worden opgevat. Het expliciet betrekken van contextfactoren in de toets maakt deze transparanter. Contextspecifieke toepassing van communicatievaardigheden verdient in de vervolgopleiding meer nadruk, zowel bij het onderwijs als bij de toetsing.

INLEIDING

Communicatie is belangrijk voor alle artsen, maar in het bijzonder voor de huisarts omdat deze bij het leveren van goede zorg in hoge mate afhankelijk is van zijn communicatieve vaardigheden. Daarom maken communicatietraining en toetsing van communicatievaardigheden integraal onderdeel uit van de opleiding tot huisarts.[1] Onderzoeken naar het niveau van de communicatie van huisartsen in de dagelijkse praktijk laten echter tegenstrijdige resultaten zien.[2-8] Sommigen vonden bij aios nauwelijks enige vooruitgang in communicatievaardigheden tijdens de opleiding,[9] anderen vonden die wel.[10,11] In deze onderzoeken wordt echter vooral gekeken naar de toepassing van bepaalde, generieke communicatievaardigheden.[12-16] Algemene toetsinstrumenten, zoals de MAAS-Globaal die huisartsenopleidingen ook gebruiken, benoemen deze communicatievaardigheden alsof zij in elk consult in gelijke mate naar voren komen. Het is echter goed mogelijk dat generieke criteria een verkeerd beeld geven van de communicatieve kundigheid van de arts. De achterliggende veronderstelling dat elke generieke communicatievaardigheid in elk consult toegepast moet worden en dat elk consult behandeld moet worden alsof het dezelfde communicatie vereist, is naar onze mening onjuist.

Veel recente literatuur over communicatie in de gezondheidszorg wijst op de rol van contextfactoren.[17-20] De context van de dagelijkse praktijk kan vragen om de specifieke inzet van communicatieve vaardigheden, die in trainingsprogramma's veelal als generieke vaardigheden worden behandeld. De invloed van contextfactoren kan verklaren waarom in veel onderzoek de communicatieve prestaties van huisartsen tekort lijken te schieten, en waarom communicatietrainingen aan huisartsen in opleiding slechts beperkt effect lijken te hebben. Wij redeneerden dat dit één van de redenen kan zijn dat generieke communicatievaardigheden in de dagelijkse praktijk niet 'gezien' worden of als 'onvoldoende aanwezig' bestempeld worden.

In een eerder onderzoek hebben we in de context van het consult verschillende factoren geïdentificeerd die konden verklaren waarom de huisarts afwijkt van generieke aanbevelingen voor het toepassen van communicatievaardigheden.[21] Deze contextfactoren hebben we benoemd als artsgerelateerde,

Wat is bekend?

- Communicatievaardigheden worden in de huisartsenopleiding getoetst zonder expliciet rekening te houden met de context van het consult.
- Onderzoeken naar de communicatie van huisartsen in de dagelijkse praktijk leveren tegenstrijdige resultaten op.
- Communicatietrainingen voor huisartsen in opleiding hebben slechts beperkt effect.

Wat is nieuw?

- Als men contextfactoren verdisconteert in de communicatietoets, stijgt de gemiddelde score van huisartsen en, zij het in mindere mate, van aios.
- De communicatiescore van praktiserende huisartsen stijgt dan tot boven adequaat niveau.
- Contextspecifieke toepassing van communicatievaardigheden verdient in de vervolgopleiding meer nadruk, zowel bij het onderwijs als bij de toetsing.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde, Hippocratespad 21, 2333 ZD Leiden: dr. G. Essers, onderwijscoördinator • Correspondentie: essers28@zonnet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Deze beschouwing is een bewerking van twee artikelen: Essers G, Kramer A, Andriesse B, Van Weel C, Van der Vleuten C, Van Dulmen S. Context factors in general practitioner–patient encounters and their impact on assessing communication skills – an exploratory study. BMC Fam Pract 2013;14:65; Essers G, Van Dulmen S, Van Es J, Van Weel C, Van der Vleuten C, Kramer A. Context factors in consultations of general practitioner trainees and their impact on communication assessment in the authentic setting. Pat Educ Counseling 2013;93:567-72. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgevers.

Kader 1 Contextfactoren

Artsgerelateerd

- 'Bekendheid van de arts met de patiënt en diens manier van communiceren' beïnvloedt de communicatie.
- Ook 'bekendheid van de arts met de medische voorgeschiedenis' lijkt een belangrijke contextfactor, want huisartsen refereren nogal eens aan een voorafgaande ziekte-episode of verbinden de actuele klachten aan eerder geconstateerde problemen.
- Meer ervaren huisartsen leken beter te weten waar ze naar moesten vragen, gebruikten minder explorerende vragen, structureerden het consult minder strak en leverden desalniettemin adequate zorg. Daarom beschouwden we 'ervaring van de huisarts' ook als een contextfactor.

Patiëntgerelateerde contextfactoren

- 'Specifiek verbaal en non-verbaal gedrag van de patiënt' blijkt regelmatig van invloed op de communicatie van de arts. Daarom wezen we dit aan als een patiëntgerelateerde contextfactor.
- Wanneer een patiënt ook bij een andere hulpverlener in behandeling is, spreken huisarts en patiënt meestal over kwesties rond het behandelbeleid, maar nauwelijks of niet over de diagnostiek. Hieruit concludeerden we dat 'bekendheid van arts en patiënt met het gezondheidsprobleem' en 'onder behandeling zijn bij een andere hulpverlener' relevante patiëntgerelateerde contextfactoren zijn.
- Ook 'bekendheid van de patiënt met het lichamelijk onderzoek' (bijvoorbeeld te zien doordat hij alvast zijn hemdsmouw gaat oprollen) is een contextfactor die van invloed is op de communicatie.

Consultgerelateerde contextfactoren

- De communicatie van de arts is anders in consulten die op 'initiatief van de arts' tot stand zijn gekomen dan in consulten die voornamelijk het 'initiatief van de patiënt' zijn. Eerstgenoemde zijn vaak onderdeel van een protocol inzake preventie of chronische ziekte (hypertensie) en verschillen wezenlijk van eerste of vervolgconsulten waarin de patiënt een klacht presenteert. In deze laatste zien we de huisarts veel meer exploreren en vragen naar de verwachtingen en de hulpvraag van de patiënt.
- Ook specifieke aspecten van de gepresenteerde problemen kwamen naar voren als consultgerelateerde contextfactoren. Bij 'eenvoudig op te lossen klachten' die weinig emotionele impact hebben, is er geen noodzaak om op emoties in te gaan. 'Psychosociale problemen' daarentegen zijn over het algemeen niet eenvoudig op te lossen; zij vragen om een brede exploratie van gevoelens en aanknopingspunten voor een individuele oplossing. 'Spoedeisende problemen' vereisen van de arts direct handelen en veel minder een uitgebreid exploreren van verwachtingen bij de patiënt.
- Ook kenmerken van het lichamelijk onderzoek beïnvloeden de arts-patiëntcommunicatie: 'eenvoudig of complex', 'invasief of oppervlakkig', 'ruimte laten voor gesprek of juist volledige concentratie van de arts vragen'. Een complex en invasief lichamelijk onderzoek vereist meer toelichting en instructie dan een eenvoudig en oppervlakkig onderzoek, bijvoorbeeld van de huid van arm of been.
- Ten slotte was ook het 'aantal in de spreekkamer aanwezige personen' een belangrijke contextfactor voor de communicatie. Als er meer personen aanwezig zijn, zal de huisarts moeten bepalen in welke rol iedere aanwezige daar zit. Zo nodig moet hij zijn tijd en aandacht verdelen.

patiëntgerelateerde en consultgerelateerde factoren [**kader 1**].

De onderhavige onderzoeksvraag was of en hoe de scores van huisartsen en aios op de MAAS-Globaal communicatietoets zouden veranderen wanneer we de genoemde contextfactoren daarin zouden verdisconteren. Immers, als contextfactoren van invloed zijn op de communicatie in de dagelijkse praktijk, dan zou dit ook verschil moeten maken voor de toetsing. Het expliciet verdisconteren van contextfactoren in de toetsing zou dan een elegante manier zijn om recht te doen aan de complexiteit, veelzijdigheid en specifieke kenmerken van de dagelijkse huisartsenpraktijk zonder het belang van de afzonderlijke communicatievaardigheden uit het oog te verliezen.

METHODE

We gebruikten een *mixed-method design*. We rekruteerden de huisartsen uit een willekeurige steekproef van 40 consulten uit een bestand van het NIVEL dat 808 op video opgenomen huisartsconsulten uit 2007-2008 bevatte.[22] De deelnemende huisartsen waren vergelijkbaar met de gemiddelde Nederlandse huisarts qua leeftijd, geslacht, type praktijk en patiëntkenmerken. Deze procedure gaf voldoende variatie tussen artsen en consulten en voldoende *power* voor een minimaal relevant verschil van 0,45 op itemscores.[10] Voor de aios-consulten putten we uit een databestand van 467 in 2008 opgenomen consulten uit een onderzoek van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Amsterdams Medisch Centrum (AMC).[11] Hieruit namen we een willekeurige steekproef van 44 consulten. Het betrof aios in de negende maand van hun eerste jaar.

Procedure

De communicatieve prestatie van de huisartsen en aios in elk van de consulten werd twee keer gescoord met de MAAS-Globaal: één keer op de standaardmanier volgens de *Handleiding MAAS-Globaal*,[23] en een tweede keer met medeneming van de in [**kader 1**] genoemde contextfactoren. Voor de tweede ontwikkelden we een aantal extra scoringsregels op basis van eerdere bevindingen [**kader 2**].[21] Tussen de twee metingen zat een periode van 5-6 maanden. In deze periode stelde een andere onderzoeker de aan- of afwezigheid van contextfactoren in elk van de consulten vast.

We bepaalden de aan- en afwezigheid van de eerder gevonden contextfactoren in alle huisarts- en aios-consulten en vergeleken de resultaten van de eerste ('standaard') en de tweede ('contextspecifieke') scoring van de arts-patiëntcommunicatie van zowel de huisartsen als de aios.

Kader 2 Aanpassingen in de Handleiding MAAS-Globaal

De MAAS-Globaal bestaat uit dertien generieke communicatie-items die elk gescoord worden op een zevenpuntsschaal van 0 (afwezig) tot 6 (uitstekend). Twee items (Vervolgconsult en Lichamelijk Onderzoek) kunnen ook gescoord worden als 'niet van toepassing'. Ieder item heeft drie of vier subitems die de gedragscriteria voor dat item vormen. Op basis van de aan- of afwezigheid van subitems wordt de itemscore bepaald. De *Handleiding MAAS-Globaal* erkent wel dat contextfactoren een rol kunnen spelen, maar vermeldt niet hoe deze dit verdisconteerd moeten worden.

Voor het onderhavige onderzoek voegden wij twee extra uitgangspunten toe die in lijn liggen met de oorspronkelijke aannames van de handleiding: (1) als een subitem verklaarbaar afwezig is vanwege één of meer contextfactoren, dan weegt dit subitem niet mee in de uiteindelijke itemscore van het item; (2) als een heel item verklaarbaar afwezig is als gevolg van de aanwezigheid van één of meer contextfactoren, wordt dat item gescoord als 'niet van toepassing'.

Kader 2 Aanpassingen in de Handleiding MAAS-Globaal

Indien deze contextfactor aanwezig is …	**kan dit (sub)item verklaarbaar afwezig zijn***
Artsgerelateerde factoren	
Arts kent patiënt en diens sociale context	6.1 overleg over beleid 8.3 exploreren in het referentiekader van de patiënt 10.3 begrijpelijk taalgebruik
Arts kent medische voorgeschiedenis van patiënt	5.1 benoemen bevindingen en hypothese/diagnose 5 diagnose 8.3 exploreren in het referentiekader van de patiënt
Arts kent de manier van communiceren van patiënt	6.1 overleg over beleid 8.3 exploreren in het referentiekader van de patiënt 8.4 reageren op non-verbaal gedrag en sleutelwoorden 9.1 (door)vragen naar gevoelens 9.2 gevoelsreflecties geven
Arts is heel ervaren	12.1 logische volgorde van fases 12.2 evenwichtige tijdsbesteding
Patiëntgerelateerde factoren	
Specifiek verbaal patiëntgedrag	3.1 noemen hulpvraag of verwachtingen 3.2 noemen reden van komst 7.2 beantwoording hulpvraag 8.1 exploreren van hulpvraag, wensen en verwachtingen
Specifiek non-verbaal patiëntgedrag†	–
Patiënt is ook onder behandeling bij andere hulpverlener	5.1 benoemen bevindingen en hypothese/diagnose 12.2 evenwichtige tijdsbesteding
Patiënt heeft een ziekte (diagnose) of (terugkerend) probleem dat bekend is bij zowel arts als patiënt	4 lichamelijk onderzoek 5.1 benoemen bevindingen en hypothese/diagnose
Patiënt is bekend met lichamelijk onderzoek	4.1 instrueren van patiënt 4.2 toelichten van onderzoek
Consultgerelateerde factoren	
Enkelvoudig consult	2 vervolgconsult
Eerste consult in een reeks	2 vervolgconsult
Vervolgconsult in een reeks	3.1 noemen hulpvraag of verwachtingen 3.2 noemen reden van komst 4 lichamelijk onderzoek 5.1 benoemen bevindingen en hypothese/diagnose 12.2 evenwichtige tijdsbesteding
Consult in een reeks gebaseerd op een protocol (op initiatief van de arts)	3.1 noemen hulpvraag of verwachtingen 3.3 afronden hulpvraagverheldering 4 lichamelijk onderzoek 5.2 noemen oorzaak of relatie tussen bevindingen en diagnose 7.2 beantwoording hulpvraag 8.1 exploreren van hulpvraag, wensen en verwachtingen
Preventief consult (op initiatief van de arts)	1.2 oriëntatie op/reden van komst 1.3 vragen naar andere redenen van komst 2 vervolgconsult 3.1 noemen hulpvraag of verwachtingen 3.3 afronden hulpvraagverheldering 4 lichamelijk onderzoek 5 diagnose 7.2 beantwoording hulpvraag 8.1 exploreren van hulpvraag, wensen en verwachtingen 9 emoties 12.1 logische volgorde van fases
Gediagnosticeerd probleem is gemakkelijk oplosbaar	9.1 (door)vragen naar gevoelens 9.2 gevoelsreflecties geven
Spoedeisend probleem	1.3 vragen naar andere redenen van komst 3.1 noemen hulpvraag of verwachtingen 6.1 overleg over beleid 8.1 exploreren van hulpvraag, wensen en verwachtingen 12.2 evenwichtige tijdsbesteding
Gediagnosticeerd probleem is voornamelijk psychosociaal	12.1 logische volgorde van fases 12.2 evenwichtige tijdsbesteding
Meerdere personen (naast de patiënt) aanwezig†	–

* Nummers verwijzen naar de MAAS-Globaal

† Deze contextfactoren vragen juist méér communicatievaardigheden van de arts.

Tabel 1 Contextfactoren in consulten door huisarts (n = 40) en aios (n = 44)

	Huisarts		Aios	
	n	%	n	%
Artsgerelateerde factoren				
■ arts kent patiënt en diens sociale context	29	72%	11	25%
■ arts kent medische voorgeschiedenis van patiënt	35	88%	21	48%
■ arts kent manier van communiceren van patiënt	29	72%	12	27%
■ arts is heel ervaren	34	85%	4	9%
Patiëntgerelateerde factoren				
■ specifiek verbaal patiëntgedrag	11	27%	11	25%
■ specifiek non-verbaal patiëntgedrag	1	3%	9	20%
■ patiënt is ook onder behandeling bij andere hulpverlener	12	30%	14	32%
■ patiënt heeft een diagnose of (terugkerend) probleem dat bekend is bij arts en patiënt	24	60%	27	61%
■ patiënt is bekend met (lichamelijk) onderzoek	23	58%	28	64%
Consultgerelateerde factoren				
■ enkelvoudig consult	23	58%	26	61%
■ eerste consult in een reeks*	4	10%	10	23%
■ vervolgconsult in een reeks†	11	28%	9	20%
■ consult in een reeks op initiatief van de arts‡	1	3%	1	2%
■ preventief consult op initiatief van de arts§	1	3%	0	0%
■ gediagnosticeerd probleem is gemakkelijk oplosbaar	3	8%	1	2%
■ spoedeisend probleem	1	3%	1	2%
■ gediagnosticeerd probleem is voornamelijk psychosociaal	2	5%	2	4%
■ meerdere personen (naast de patiënt) aanwezig	12	30%	8	18%

* Consult waarin geen diagnose is gesteld; patiënt is verwezen voor verder onderzoek of arts en patiënt zijn overeengekomen ter controle een vervolgconsult te plannen.
† Tweede of volgend consult dat is overeengekomen tussen arts en patiënt of voor een probleem waarvoor eerder een verwijzing gegeven is, of wanneer de patiënt eigener beweging terugkomt om te rapporteren over een behandeling of operatie door een specialist (hieraan is geen tijdslimiet vebonden).
‡ Consult, geïnitieerd door de arts op basis van een protocol of klinische richtlijn, dat betrekking heeft op een eerder gediagnosticeerde klacht of dito probleem.
§ Consult, geïnitieerd door de arts op basis van een protocol of klinische richtlijn, zonder voorafgaande diagnose en waarin niet noodzakelijkerwijs een diagnose wordt gesteld.

RESULTATEN

We vonden alle contextfactoren terug in de consulten van zowel huisarts als aios [**tabel 1**]. De verschillen zaten – niet onverwacht – in ervaring van de arts en in bekendheid met de patiënten. Ook zagen de aios iets minder vaak meerdere personen in hun consulten en hadden ze vaker een consult dat een vervolg kreeg. De gemiddelde leeftijd van de aios was 29,5 jaar (SD 4,2), die van de huisartsen 49 jaar (SD 6,4). Van de huisartsen was 35% vrouw, van de aios 71,4%.

De gemiddelde totaalscore van de huisartsen op de MAAS-Globaal steeg van 2,98 in de standaardmanier naar 3,66 in de contextspecifieke manier ($p < 0{,}001$) en de effectgrootte was hoog (0,84) [**tabel 2**]. In het contextspecifieke scoringsprotocol kwam de gemiddelde totaalscore van de huisartsen ook uit boven het niveau dat in een eerder onderzoek was aangemerkt voor een 'adequaat communicerende huisarts'.[24]

Voor de aios vonden we een significant positief verschil in vijf van de dertien items. Het totaalgemiddelde steeg van 3,09 naar 3,51 ($p < 0{,}05$), maar de effectgrootte was middelmatig (0,57).

BESCHOUWING

Ondanks het verschil in de patiëntenpopulatie – patiënten met chronische en emotionele problemen gaan in het algemeen minder vaak naar de aios[25,26] – vonden we in de aios-consulten dezelfde contextfactoren als in de huisartsconsulten. Dat betekent dat de frequentie weliswaar verschilt, maar dat contextfactoren in de communicatie relevant zijn voor zowel huisartsen als aios.

De verschillen in de scores van de communicatietoets met of zonder contextfactoren waren bij de aios over het algemeen kleiner dan bij de huisartsen. Het is bekend dat ervaren huisartsen in het diagnostisch proces vaker vertrouwen op informatie die zij al hebben over de patiënt.[27] Ze zijn daardoor misschien ook meer geneigd de hulpvraag al in te vullen voor hun patiënt (die zij kennen), of ze hebben daar in hun opleiding niet zoveel aandacht aan besteed. Hoewel ervaren huisartsen hoger scoren op dit item wanneer de context verdisconteerd wordt, blijft dat natuurlijk wel een valkuil.

Verder valt op dat de scores van huisartsen en aios op verschillende items dichter naar elkaar toe kruipen wanneer rekening gehouden wordt met de contextfactoren. Een ver-

Tabel 2 Gemiddelde scores van huisartsen (ha) en aios op de MAAS-Globaal

Item	Zonder contextfactoren (SD)		Met contextfactoren (SD)		Eis*	P-waarde		Effectgrootte†	
	ha	aios	ha	aios		ha	aios	ha	aios
Opening	3,60 (0,93)	3,39 (0,94)	4,10 (0,90)	4,00 (0,83)	4,0	< 0,01	< 0,0001	0,55	0,67
Vervolgconsult	3,83 (0,58)	3,00 (1,05)	4,42 (0,79)	3,30 (1,06)	–			0,87	0,22
Hulpvraag	1,00 (1,45)	2,68 (1,50)	1,67 (2,23)	2,93 (1,86)	3,1	< 0,0001		0,32	0,15
Lichamelijk onderzoek	4,33 (1,51)	4,12 (0,89)	5,14 (1,31)	5,38 (0,88)	3,6	< 0,0001	< 0,0001	0,57	1,42
Diagnose	3,84 (0,69)	4,09 (0,98)	4,46 (0,80)	4,34 (0,86)	3,7	< 0,01		0,80	0,17
Beleid	2,90 (1,15)	2,81 (1,24)	3,25 (1,15)	3,20 (1,21)	3,4		< 0,05	0,30	0,31
Consultevaluatie	2,62 (0,92)	0,66 (1,21)	2,37 (2,19)	0,66 (1,07)	2,1	< 0,05		0,15	0,00
Exploreren	1,85 (1,49)	2,23 (1,24)	2,57 (1,53)	2,52 (1,37)	3,0	< 0,0001		0,48	0,23
Emoties	0,88 (1,27)	1,17 (1,46)	1,60 (1,94)	1,32 (1,57)	2,3	< 0,0001		0,44	0,10
Informatie geven	3,67 (0,97)	3,77 (0,80)	4,07 (1,05)	4,00 (0,87)	3,2	< 0,01		0,40	0,29
Samenvatten	3,27 (1,28)	3,93 (1,62)	4,00 (1,97)	4,50 (1,55)	2,6	< 0,0001	< 0,0001	0,42	0,36
Structureren	3,85 (1,21)	4,18 (1,32)	4,80 (1,36)	4,77 (1,00)	3,6	< 0,0001	< 0,0001	0,77	0,50
Empathie	4,25 (0,90)	4,32 (1,09)	4,87 (1,28)	4,52 (1,07)	3,5	< 0,0001		0,56	0,18
Totaal	2,98 (0,61)	3,09 (0,70)	3,66 (0,98)	3,51 (0,75)	3,4	< 0,0001	< 0,0001	0,84	0,57

* Afkappunt voor 'adequaat communiceren' in de standaardscore.[24]
† Een effectgrootte van 0,4-0,5 wordt als relevant beschouwd.

klaring kan zijn dat de communicatie van de aios impliciet sterk beïnvloed wordt door de context van de praktijk. Anders gezegd: in de praktijk leren aios rekening te houden met de context en incorporeren zij die in hun professionele communicatie. Zo conformeren zij zich geleidelijk aan de professionele standaard van hun beroep.

Onze bevindingen hebben ook consequenties voor de vervolgopleiding tot huisarts. Wij vinden dat de vervolgopleiding meer aandacht zou moeten besteden aan de contextspecifieke toepassing van communicatievaardigheden. Aios zou geleerd moeten worden hun communicatievaardigheden te hanteren als de schuiven op een mengpaneel: meer wanneer de context erom vraagt, minder als de betreffende vaardigheid niet nodig of niet van toepassing is. Bovendien zouden de beoordelaars van de arts-patiëntcommunicatie geschoold moeten worden in het verdisconteren van contextfactoren in hun oordeel. Dit maakt het beoordelen van de arts-patiëntcommunicatie niet per se gemakkelijker, maar het levert wel praktijkbeoordelingen op die meer valide zijn en waarin aios zich beter herkennen.

CONCLUSIE

Bij het beoordelen van de arts-patiëntcommunicatie moeten contextfactoren eerder als signaal dan als ruis opgevat worden. Het expliciet betrekken van contextfactoren in het oordeel over communicatievaardigheden zal bovendien leiden tot transparantere toetsing van de arts-patiëntcommunicatie. De communicatieve competentie van een huisarts moet men niet zozeer afmeten aan de aan- of afwezigheid van bepaalde generieke vaardigheden als wel aan de effectieve inzet en timing van die vaardigheden binnen verschillende interacties met de patiënt of de familie.[28] ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Onderzoek.

Marjolein Schot, Larissa van Winden, Clare Luymes

Communicatietoets in de opleiding moet beter!

Essers et al. stellen dat niet elk consult dezelfde communicatievaardigheden vereist en dat generieke communicatievaardigheden niet in elk consult op dezelfde manier kunnen worden toegepast.[1] Als aios huisartsgeneeskunde (verder: aios) zijn wij het met deze stelling eens. Op basis van de bevindingen van Essers et al. moet de toetsing van de competentie arts-patiëntcommunicatie (APC) binnen de huisartsopleiding op de schop.

CONTEXTFACTOREN ZIJN CRUCIAAL

De CompententieBeoordelingsLijst (ComBeL), waarin de indicatoren voor de beoordeling van aios staan beschreven, zegt over het competentiegebied communicatie: 'de kern van het handelen bestaat uit het initiëren en onderhouden van *een constructieve dialoog* met de patiënt en het zorgen voor een *medisch verantwoorde gezamenlijke besluitvorming*'. Essers et al. hebben duidelijk gemaakt dat binnen deze constructieve dialoog arts-, patiënt- en consultgerelateerde factoren een belangrijke rol spelen. Beoordelaars moeten dan ook rekening houden met deze contextfactoren bij de toetsing van communicatie.

De communicatieve vaardigheden en de voortgang van de aios worden nu getoetst met de APC-toets, de exacte toetsingsprocedure verschilt per opleidingsinstituut. In het landelijk toetsplan staat een minimale en een maximale variant van de APC-toets. Bij de minimale variant moet de aios zes video-opnames van consulten ter beoordeling inleveren, bij de maximale variant dertig consulten.[3] De opleiders beoordelen de consulten met de MAAS-Globaal, een gevalideerde scoringslijst die bestaat uit generieke communicatievaardigheden die in elk consult naar voren moeten komen. Deze scoringslijst besteedt geen expliciete aandacht aan de context van het consult.

Elk consult bij de huisarts bevat echter contextfactoren die van grote invloed kunnen zijn op de communicatie. De aios, die nu slechts geselecteerde consulten laat beoordelen waarin veel generieke communicatievaardigheden aan bod komen, zou juist moeten kunnen tonen dat hij goed kan omgaan met verschillen in context. Wij denken dat het voor de aios een verademing is als hij consulten kan laten beoordelen die de echte praktijk weerspiegelen: consulten met verschillende patiënten, diverse hulpvragen of een specifieke voorgeschiedenis. Juist deze consulten lenen zich voor een goede beoordeling van de communicatieve vaardigheden van de aios. Essers et al. betogen dat aios tijdens de opleiding geringe progressie op het communicatieve vlak laten zien. Onze verklaring daarvoor is dat aios een selectie van consulten inleveren voor toetsing, maar zij zouden juist moeten kunnen tonen dat zij in jaar 3 beter kunnen omgaan met contextfactoren dan in jaar 1 – en daarvoor biedt de APC-toets nu geen ruimte.

Overigens toonden Essers et al. eerder al aan dat de beoordelaars van de consulten wel degelijk rekening houden met de context.[2] Als dit echter puur op intuïtie van de beoordelaar gebeurt, leidt dit tot verminderde validiteit van de toets met een lage interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Beoordelaars zouden standaard moeten kijken naar de context in het consult en de manier waarop de aios hiermee omgaat moet meewegen in het eindresultaat.

NAAR EEN NIEUWE APC-TOETS

Kortom, het is tijd voor aanpassing van de APC-toets binnen de huisartsopleiding, te beginnen met het verdisconteren van contextfactoren in de MAAS-Globaal. Er moet een APC-toets komen die de daadwerkelijke communicatieve vaardigheden van de aios weergeeft en waarbij de betrouwbaarheid van de beoordelingen zo valide mogelijk is. Het ontwikkelen van een dergelijke APC-toets zal de nodige inspanning kosten, maar die ontwikkeling is wel noodzakelijk. Om dit voor elkaar te krijgen, moeten de beoordelaars van de toets worden geschoold in de manier waarop de contextfactoren verdisconteerd dienen te worden, zodat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zo optimaal mogelijk is. Daarnaast moeten meerdere beoordelaars hetzelfde consult beoordelen en moeten er van elke aios meerdere consulten met verschillende soorten contextfactoren worden beoordeeld om een valide beeld van de communicatievaardigheden van de aios te krijgen. Er is dus nog werk aan de winkel! ■

LITERATUUR

1 Essers G. De communicatietoets en de context van het consult. Huisarts Wet 2015;58(4):186-90.
2 Essers G, Dielissen P, Van Weel C, Van der Vleuten C, Van Dulmen S, Kramer A. How do trained raters take context factors into account when assessing GP trainee communication performance? An exploratory, qualitative study. Advances in Health Sciences Education. Utrecht: NIVEL, 2014.
3 Boer DC. Landelijk toetsplan. Utrecht: Huisartsopleiding Nederland, 2011.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde: M. Schot, aiotho; Universiteit Maastricht, afdeling Huisartsgeneeskunde: L. van Winden, aios; LUMC Leiden, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde: C. Luymes, aiotho • Correspondentie: marjoleinschot@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Erik Stolper, Margje van de Wiel, Paul Van Royen, Paul Brand, Geert Jan Dinant

Hoe pluis is het niet-pluisgevoel?

Samenvatting

Stolper CF, Van de Wiel MWJ, Van Royen P, Brand PLP, Dinant GJ. Hoe pluis is het niet-pluisgevoel? Huisarts Wet 2015;58(4):192-5.

Veel huisartsen beschouwen het 'pluis/niet-pluisgevoel' als een diagnostisch kompas. Het is een in eerste instantie intuïtief gevoel, maar aan de basis ligt kennis: medische kennis, ervaringskennis en contextkennis. Het niet-pluisgevoel kan de aanzet vormen tot beredeneerd diagnostisch management, als derde denkspoor naast de besliskundige en probleemoplossende denksporen in de selectie en verwerking van relevante diagnostische informatie. In leergesprekken in de huisartsopleiding blijkt het bespreken van het niet-pluisgevoel van aios inzicht te geven in de niet-analytische aspecten van het diagnostisch denken. Er is ook een korte, gevalideerde vragenlijst om de aan- of afwezigheid van het pluis/niet-pluisgevoel in het diagnostisch denken van huisartsen vast te stellen. Ook ziekenhuisspecialisten erkennen de bruikbaarheid van het niet-pluisgevoel, maar benadrukken dat in het diagnostisch denken daarna altijd een analytische stap moet worden gezet. Evidence en *skilled intuition* lijken elkaar wel eens uit te sluiten, maar zij passen allebei uitstekend in het concept van evidence-based medicine. Ervaren dokters zijn diagnostici die zeer bedreven zijn geworden in het intuïtief en analytisch integreren van verschillende soorten kennis.

Aan het eind van een vrijdagmiddag, na een lang spreekuur, meldt de doktersassistente dat er nog een jongeman in de wachtkamer zit met keelpijn. Enigszins geïrriteerd door de banaliteit van zo'n klacht op dat tijdstip haalt de huisarts zijn patiënt naar de spreekkamer. Hij hoort het verhaal aan: sinds gisteren klachten, niet echt ziek, allerlei plannen voor het weekend, graag antibiotica. Er is echter iets wat de huisarts een onrustig en ongemakkelijk gevoel geeft. 'Er klopt iets niet,' denkt hij al luisterend en observerend, en hij besluit de jongen beter na te kijken. Hij vindt een vergrote milt. Nog diezelfde avond wordt in het ziekenhuis acute leukemie vastgesteld. Achteraf zegt deze huisarts: 'Nooit eerder keek ik een buik na bij een keelontsteking, maar deze jongen zag er vreemd bleek uit.'

INLEIDING

In een tijd waarin evidence-based richtlijnen en protocollen de hoofdrol spelen in diagnostiek en behandeling lijkt het pluis/niet-pluisgevoel een onwetenschappelijk fenomeen, dat niet past in het instrumentarium van de moderne huisarts. De klinische ervaring van de professional is echter een van de drie pijlers waarop het concept evidence-based medicine officieel berust.[1,2] Tuchtcolleges beschouwen het niet-pluisgevoel als onderdeel van de professionele standaard: een niet-pluisgevoel moet altijd leiden tot diagnostische vervolgstappen.[3] Had de huisarts in onze casus zijn niet-pluisgevoel genegeerd, dan zou de diagnose later gesteld zijn. Een niet-pluisgevoel zet de huisarts rechtop in zijn stoel en stuurt zijn verdere vragen en onderzoeken, op weg naar een verklaring voor zijn ongerustheid. Bij een pluisgevoel voelt de huisarts zich gerust over de verdere aanpak en afloop, ook al is hij niet zeker van de diagnose: het klopt allemaal. Het pluis/niet-pluisgevoel is al ruim een eeuw geleden beschreven,[4] maar pas sinds kort wetenschappelijk in kaart gebracht. Huisartsen in heel Europa zijn er vertrouwd mee.[5,6] In dit artikel beantwoorden we de vraag hoe pluis het niet-pluisgevoel is. We geven eerst een kort overzicht van de onderzoeksresultaten tot nu toe en positioneren het pluis/niet-pluisgevoel in het diagnostisch denkraam van huisartsen. Vervolgens gaan we in op de bruikbaarheid in de huisartsopleiding. Daarna presenteren we enkele voorlopige resultaten van onderzoek naar het pluis/niet-pluisgevoel in het domein van de ziekenhuisspecialist. Evidence en intuïtie zijn bedgenoten met een wat ongemakkelijke relatie,[7] maar ze kunnen niet zonder elkaar. We ronden ons betoog daarom af met de stelling dat geneeskunde en geneeskunst onverbrekelijk verbonden zijn in het diagnostisch denken van dokters.

DIAGNOSTISCH KOMPAS

De meeste huisartsen beschouwen het pluis/niet-pluisgevoel als een betrouwbaar diagnostisch kompas dat drukke spreekuren en complexe situaties hanteerbaar helpt maken.[8] Onzekerheid is inherent aan de huisartsgeneeskunde, omdat de prevalentie van ernstige ziekten relatief laag is en omdat ziekten zich in een vroeg en soms onduidelijk stadium van ontwikkeling kunnen presenteren.[9] Huisartsen doen gemotiveerde voorspellingen over het beloop van klachten en maken een inschatting

De kern

- Het 'pluis/niet-pluisgevoel' berust op medische kennis, ervaringskennis en contextkennis.
- Het pluis/niet-pluisgevoel is in eerste instantie intuïtief, maar kan de aanzet vormen tot beredeneerd diagnostisch management.
- In de huisartsopleiding geeft het bespreken van het pluis/niet-pluisgevoel van aios inzicht in de niet-analytische aspecten van het diagnostisch denken.
- Het pluis/niet-pluisgevoel speelt ook in het denken van ziekenhuisspecialisten een rol.
- Ervaren diagnostici zijn zeer bedreven in het intuïtief en analytisch integreren van verschillende soorten kennis.

Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. C.F. Stolper, huisarts-onderzoeker (tevens gasthoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, vakgroep Eerste Lijn- en interdisciplinaire Zorg); prof.dr. G.J. Dinant, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Maastricht University, Faculty of Psychology and Neuroscience: dr. M.W.J. van de Wiel, arbeids- en organisatiepsycholoog. Universiteit Antwerpen, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, vakgroep Eerstelijns- en interdisciplinaire Zorg: prof.dr. P. Van Royen, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Amalia kindercentrum Isala Zwolle en Universitair Medisch Centrum Groningen: prof.dr. P.L.P. Brand, kinderarts, hoogleraar Klinisch Onderwijs • Correspondentie: cf.stolper@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

van de mogelijke risico's voor de gezondheid van hun patiënt.[10] Diagnoses kunnen hierbij helpen, maar zijn soms (nog) niet voorhanden. Het pluis/niet-pluisgevoel helpt de huisarts keuzes te maken in zijn diagnostisch beleid. Eén van de determinanten van het gevoel is de manier waarop de huisarts omgaat met onzekerheid. Een focusgroepenonderzoek met 28 huisartsen maakte duidelijk dat huisartsen kennis – medische kennis, ervaringskennis en contextkennis – zien als een belangrijke determinant van het pluis/niet-pluisgevoel.[11] Contextkennis is alles wat een huisarts weet van zijn patiënt, los van de symptomen en de onderzoeksbevindingen. Als het patroon van het ziektebeloop of van het gedrag van de patiënt klopt met die kennis, is de huisarts gerustgesteld (pluisgevoel) en is het probleem hanteerbaar geworden. Als het patroon niet klopt, kan een gevoel van wantrouwen optreden en begint de huisarts werkhypothesen te overwegen met een mogelijk ernstige afloop. Zo'n niet-pluisgevoel kan optreden als de huisarts zijn patiënt ophaalt uit de wachtkamer, tijdens een consult en soms ook uren later. Het is een in eerste aanleg onberedeneerd gevoel, dat echter de aanzet kan vormen tot beredeneerd diagnostisch beleid.

METEN VAN HET NIET-PLUISGEVOEL

De belangrijkste resultaten van het focusgroepenonderzoek werden in een delphiprocedure als stellingen voorgelegd aan 27 huisarts-onderzoekers in Nederland en België. Na vier anonieme rondes kwamen daaruit zeven gedetailleerde omschrijvingen van de verschillende aspecten van het pluis/niet-pluisgevoel naar voren.[12] Op basis van deze consensus stelden de onderzoekers een korte vragenlijst op waarmee men kan vaststellen of de huisarts aan het eind van een consult een pluis- of een niet-pluisgevoel heeft. Bij gebrek aan een gouden standaard ontwikkelden de onderzoekers op basis van reële consulten zestien vignetten waarin het pluis/niet-pluisgevoel een rol speelt, die ze in een pilotonderzoek voorlegden aan 26 huisartsen. Vervolgens beoordeelden 49 ervaren huisartsen ieder tien vignetten aan de hand van de vragenlijst. Uit dit onderzoek bleek dat de vragenlijst een valide instrument is, dat wil zeggen geschikt is om de aan- of afwezigheid van het pluis/niet-pluisgevoel vast te stellen.[13] Hierdoor ligt de weg open naar onderzoek over de voorspellende waarde van het pluis/niet-pluisgevoel.

THEORETISCH KADER: TWEE BENADERINGEN

Artsen worden in hun opleiding vertrouwd gemaakt met besliskundige en probleemoplossende benaderingen; de vraag is welke plek het pluis/niet-pluisgevoel daarbinnen inneemt.

Besliskundige modellen beschouwen diagnostisch redeneren als een proces van het voortdurend *updaten* van kansen met behulp van nieuwe informatie van en over de patiënt, en van evidence.[9,14] Het theorema van Bayes, likelihood ratio's, voorafen achterafkansen, actiedrempels en algoritmen helpen de arts om tot de best mogelijke diagnostische en therapeutische beslissing te komen.[15] De veronderstelling dat artsen die alleen analytisch en besliskundig redeneren minder fouten maken, is echter onjuist gebleken.[16-18]

In de probleemoplossende benadering wordt het diagnostisch proces beschouwd als het genereren en toetsen van hypothesen.[9,14,19] Dit proces is herkenbaar bij zowel ervaren artsen als beginners. Het uitgebreide kennisnetwerk van ervaren artsen stelt hen in staat om in routinegevallen snel de juiste diagnostische hypothesen te genereren, vaak slechts op basis van een klein aantal relevante klachten en symptomen, en meestal op een niet-analytische, automatische manier.[20] Dit wordt 'patroonherkenning' genoemd. Alleen in diagnostisch complexe situaties switcht het denken van ervaren artsen naar de analytische modus, waarin klachten en symptomen worden gematcht met mogelijke diagnoses. Het denken van onervaren artsen verloopt veel vaker analytisch.

Duale procestheorieën binnen de psychologie beschouwen het analytische en het niet-analytische denkproces als twee typen van weten en denken.[21] Het niet-analytische is impliciet, automatisch, associatief en intuïtief; het analytische is bewust, relatief traag en vergt inspanning. Beide processen maken gebruik van het opgebouwde kennisnetwerk en ze interacteren met elkaar. Samen, zo wordt verondersteld, bepalen zij de uitkomsten van het denken.

EEN DERDE DENKSPOOR

Het pluis/niet-pluisgevoel kunnen we beschouwen als een niet-analytische denkwijze, maar het bijzondere is dat het bijbehorende affect een gidsende rol heeft.[19] In de literatuur zien we dit terug als 'affectieve heuristiek': een gevoel van *goodness* of *badness*, opgeroepen door positieve of negatieve ervaringen in het verleden met een bepaald object, dat voorafgaat aan het bewuste, analytische denken.[22,23] Deze heuristiek fungeert als een mentale *shortcut*, een gids in complexe, onzekere en soms gevaarlijke situaties die snel en efficiënt helpt bij de selectie van relevante informatie en bij het vinden van een voor de

Abstract

Stolper CF, Van de Wiel MWJ, Van Royen P, Brand PLP, Dinant GJ. Hoe pluis is het niet-pluisgevoel? Een wetenschappelijke beschouwing Huisarts Wet 2015;58(4):192-5.

Many GPs use their gut feelings, in terms of a sense of reassurance or a sense of alarm, as a diagnostic compass. It is an initially non-analytical feeling, which can however set in train a process of rationally argued diagnostic management. The feeling is based on knowledge: medical knowledge, experiential knowledge and contextual knowledge. Gut feelings can act as a third track in diagnostic reasoning in addition to the well-known medical decision-making and medical problem-solving tracks, and thus contribute to selecting and processing relevant information in the diagnostic process. Discussing gut feelings in GP training courses provides better insights into the non-analytical aspects of the diagnostic reasoning by trainees. A short, validated questionnaire to assess the presence or absence of gut feelings in the diagnostic reasoning of GPs is available. Hospital-based specialists also acknowledge the value of gut feelings in their reasoning, but emphasize that this always needs to be followed by an analytical step in the diagnostic process. Although evidence and 'skilled intuition' may sometimes look like irreconcilable opposites, the combination fits in very well with the concept of evidence-based medicine. Doctors are experts on diagnostics who have become very skilled in intuitively and analytically integrating different types of knowledge.

patiënt veilige aanpak. Het pluis/niet-pluisgevoel kan worden beschouwd als een derde diagnostisch denkspoor naast de besliskundige en de probleemoplossende sporen. Huisartsen zijn erg bedreven in het integreren van veel soorten informatie en kennis, en lijken gemakkelijk over te stappen van het ene spoor naar het andere, afhankelijk van de aard van het probleem (routine of complex) en de situatie (bekende of onbekende patiënt en/of aandoening).

HET NIET-PLUISGEVOEL IN LEERGESPREKKEN

In leergesprekken van huisartsen-in-opleiding met hun huisartsopleiders komt het pluis/niet-pluisgevoel regelmatig aan de orde.[24] We analyseerden zeventien willekeurig verzamelde leergesprekken over diagnostisch redeneren; in zeven daarvan kwam het pluis/niet-pluisgevoel ter sprake. Leergesprekken over diagnostisch redeneren vinden vaak na het spreekuur plaats en zijn een analytische reflectie op het diagnostisch denken van de huisarts-in-opleiding: deze verantwoordt zijn denkproces in een logisch klinkende reconstructie, geholpen door kritische vragen van de huisartsopleider. In deze post-hocanalyse speelt een hypothetisch-deductieve strategie de hoofdrol: welke diagnostische werkhypothesen heeft de huisarts-in-opleiding gegenereerd, welke vragen en onderzoeken zijn nodig om deze hypothesen te bevestigen dan wel onwaarschijnlijk te maken?

Als er in de geanalyseerde gesprekken een pluis/niet-pluisgevoel naar voren kwam, ging de discussie vooral over wat dat gevoel op dat moment precies inhield, hoe het ontstond, of het vertrouwd kon worden, waartoe het leidde en of het leerbaar was. Deze vragen bleken bij te dragen aan een analytische reflectie op het actuele diagnostische denken. Van het niet-analytisch diagnostisch redeneren is alleen de uitkomst bewust beschikbaar in de vorm van een werkhypothese of een niet-pluisgevoel, en dat kan leiden tot verder analytisch redeneren over oorsprong en gevolg. De deelnemende huisartsopleiders die een niet-pluisgevoel bespraken, gaven aan dat het een belangrijk signaal is dat om opvolging vraagt. Als zich bij de arts een gevoel opdringt dat er iets niet klopt bij de patiënt, moet dat serieus genomen worden.

Het bespreken van de betekenis van het pluis/niet-pluisgevoel in leergesprekken die gericht zijn op het diagnostisch leren denken, kan dus inzicht geven in de niet-analytische aspecten van een consult.

HET PLUIS/NIET-PLUISGEVOEL IN HET ZIEKENHUIS

Een tijd lang konden huisartsen de illusie koesteren dat zij het patent hadden op het pluis/niet-pluisgevoel. Niet lang geleden echter bleek het pluis/niet-pluisgevoel ook bij ziekenhuisspecialisten te bestaan. Vijf specialisten en twee huisartsen startten in Nederland en België een exploratief focusgroepenonderzoek naar de betekenis van het pluis/niet-pluisgevoel in het diagnostisch denken van ziekenhuisspecialisten. De analyse van de eerste twee interviews, waarin vooral specialismen vertegenwoordigd waren die in de poort van het ziekenhuis werken, leverde als voorlopig resultaat op dat alle veertien aanwezige specialisten het pluis/niet-pluisgevoel herkenden in hun eigen diagnostisch denken. De meeste specialisten accepteerden dat een niet-pluisgevoel voor huisartsen een belangrijke reden kan zijn om te verwijzen, maar zij verschilden van mening in hoeverre je erop kunt vertrouwen. Sommige deelnemers stonden zonder meer positief tegenover het pluis/niet-pluisgevoel, anderen benadrukten dat je als specialist altijd naar een verklaring moet zoeken: specialisten denken academisch en kunnen het zich niet veroorloven te veel waarde te hechten aan een diagnostisch gevoel. Dat ook binnen een specialisme de meningen verdeeld waren, rechtvaardigt de indruk dat de persoonlijkheid van de specialist in de verhouding tot het pluis/niet-pluisgevoel een belangrijker rol speelt dan het soort specialisme. Alle specialisten beschouwden ervaring als een belangrijke voorwaarde voor het ontwikkelen van en vertrouwen op het pluis/niet-pluisgevoel.

EVIDENCE EN INTUÏTIE: RUZIËNDE BEDGENOTEN

Het debat over geneeskunde versus geneeskunst is al oud. Geneeskunde wordt vaak beschouwd als harde wetenschap, gebaseerd op feiten, logische redeneringen en evidence, geneeskunst wordt dan gezien als de zachte kant van het beroep, gebaseerd op intuïtie, ervaring en emotie. Sommige dokters zien zichzelf primair als academici die op wetenschappelijk verantwoorde wijze problemen van patiënten oplossen. Geneeskunde heeft voor hen het primaat, geneeskunst is additioneel. De definitie van evidence-based medicine incorporeert deze tegenstelling. Zij benoemt ervaringskennis als een van de drie pijlers waarop het concept rust,[1,2] maar als het gaat om bewijskracht staan de RCT en de meta-analyse bovenaan in het rijtje en komt de expertise van de arts pas op de laatste plaats. Evidence en intuïtie delen dus wel het echtelijk bed, maar hun verhouding lijkt ongemakkelijk.[7] Aan de vraag hoe evidence en expertise, oftewel kunde en kunst, in de praktijk moeten worden geïntegreerd tot evidence-based medicine is opvallend genoeg vrijwel geen onderzoek gewijd.

INTUÏTIEVE KENNIS ONMISBAAR

Volgens cognitief-psychologen zijn experts mensen die door ervaring een groot en coherent kennisnetwerk hebben opgebouwd.[25] Ervaren artsen beschikken over veel kennis: medische kennis, ervaringskennis en contextkennis. De relevante kennis uit dat grote netwerk wordt veelal automatisch geactiveerd wanneer de arts geconfronteerd wordt met een medisch probleem; de eerste diagnostische werkhypothesen komen meestal op deze intuïtieve wijze tot stand. Hoe meer ervaring de arts heeft, hoe groter de kans is dat de goede diagnose al in dat eerste rijtje staat.[26,27] Ook evidence maakt deel uit van dat kennisnetwerk en kan op dezelfde manier worden geactiveerd tijdens het denkproces. Zo werd op een SEH een protocol ingezet om de selectie van patiënten te optimaliseren die verwezen waren onder verdenking van acuut coronair syndroom.[28] Met het protocol erbij waren de artsen beter in staat hartpatiënten te onderscheiden van andere patiënten. Ook op langere termijn bleek deze aanpak goed te werken, ook al hanteerden de SEH-artsen in dat stadium het protocol niet langer

bewust: evidence was impliciete kennis geworden en werd indien nodig automatisch geactiveerd.

Een groot deel van de activatie van relevante kennis en de selectie van informatie voor het diagnostisch redeneren gebeurt dus intuïtief. Analytisch denken, dat slechts beschikt over een kort werkgeheugen met een beperkte capaciteit, zou zonder die voorselectie niet mogelijk zijn.[16,19]

SKILLED INTUITION

In een bekend artikel schetsen twee wetenschappelijke opponenten, Kahneman en Klein, hun na uitgebreide discussie bereikte consensus over de betekenis van intuïtie en beslisregels.[29] Intuïtie, omschreven als 'automatische herkenning', levert betrouwbare kennis op als zij fungeert in een *high validity environment*, een domein waar de relatie tussen bepaalde *cues* en een bepaalde uitkomst stabiel is. De geneeskunde is zo'n domein waar artsen na jarenlange ervaring kunnen beschikken over *skilled intuition*. In een *low validity environment* daarentegen is statistische analyse beter in staat de relatie tussen de (minder valide) cues en de uitkomst op te sporen.

DIAGNOSES VIA TWEE DENKBEWEGINGEN

Wetenschappelijke kennis wordt verkregen door individuele waarnemingen te systematiseren en door het waarheidsgehalte te toetsen van theorieën die deze waarnemingen zouden kunnen verklaren. Het is evident dat het diagnostisch denken van artsen bij een individuele patiënt zo niet verloopt. Dokters analyseren de problemen van een patiënt en houden diens individuele symptomen als het ware tegen het licht van hun wetenschappelijke en door ervaring gevormde kennis van ziekten en patiënten. Zij selecteren en wegen symptomen in relatie tot andere aanwezige symptomen. Het symptoom 'pijn op de borst' krijgt meer gewicht bij uitstraling naar de kaken of bij diffuus zweten. In dat denkproces lijkt er sprake te zijn van een generaliserende beweging: de arts kijkt door de bril van zijn ziektekennis en generaliseert individuele symptomen tot een diagnose, een conglomeraat van symptomen die bij meer patiënten zijn herkend. Tegelijkertijd is er ook een tegengestelde, contextualiserende denkbeweging: de arts bepaalt het gewicht van een bepaald symptoom tegen de achtergrond van zijn kennis over die ene patiënt.[30] Het symptoom 'pijn op de borst' heeft dus enerzijds een feitelijk karakter, bruikbaar voor een beslisboom, anderzijds heeft het argument 'pijn op de borst' een bepaalde kracht die alleen voor die specifieke patiënt geldt. Dokters maken deze inschatting vaak intuïtief. De betekenis van een objectief symptoom kan daarom in het diagnostisch denken van de arts per patiënt verschillen. In de huisartsgeneeskunde speelt contextkennis een belangrijke rol.

De generaliserende denkbeweging past vooral bij geneeskunde, de contextualiserende denkbeweging past vooral bij geneeskunst, maar kennistheoretisch gezien zijn kunde en kunst onlosmakelijk verbonden. Ervaren dokters zijn diagnostici die zeer bedreven zijn geraakt in het intuïtief en analytisch integreren van medische kennis, ervaringskennis en contextkennis. Het pluis/niet-pluisgevoel is een belangrijk element in dit denkproces.

TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Onze conclusie is gebaseerd op resultaten van uitgebreid kwalitatief onderzoek en kan conceptueel worden begrepen met hulp van duale procestheorieën uit de psychologie. De volgende, meer kwantitatieve stap is onderzoek naar de diagnostische waarde van het pluis/niet-pluisgevoel, waarbij de relatie tussen een pluis/niet-pluisgevoel van de arts (en de patiënt) en de uitkomst van de beslissing tot een specifieke aanpak of verwijzing in kaart wordt gebracht. Daarnaast willen we de rol onderzoeken van ervaringskennis en contextkennis bij het pluis/niet-pluisgevoel. De ontwikkelde en gevalideerde vragenlijst maakt dit onderzoek nu goed mogelijk. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Beschouwing.

Frits Muskiet, Lisbeth Mathus-Vliegen

COMMENTAAR

NHG-Standpunt miskent subklinische vitamine-B_{12}-deficiëntie

Het NHG-Standpunt Diagnostiek van vitamine-B_{12}-deficiëntie[1] reflecteert de huidige opvatting dat evidence-based medicine geen ander uitgangspunt kan hebben dan 'bewijs' uit RCT's met harde eindpunten. In de oorspronkelijke definitie is evidence-based medicine echter *the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients*. Evidence-based medicine hoort zich dus niet te beperken tot RCT's en meta-analyses, is geen kookboekgeneeskunde en is ook niet bedoeld voor bezuinigingen in de gezondheidszorg.[2]

Er is hard bewijs voor de werkzaamheid van vitamine-B_{12}-suppletie bij gecombineerde strengziekte en macrocytaire anemie, er is geen hard bewijs bij aspecifieke klachten en subklinische deficiënties. Dat bewijs is ook nagenoeg niet te leveren, onder meer uit overwegingen van ethiek, tijdsduur en kosten. Maar als er geen bewijs is voor de werkzaamheid van B_{12}-suppletie bij de behandeling van een ziekte, wil dat nog niet zeggen dat vitamine B_{12} geen rol speelt in de etiologie van die aandoening. RCT's die alleen B_{12} onderzoeken, zijn a priori onvolledig omdat zij geen rekening houden met interacties. De waarde van RCT's met een enkele nutriënt wordt dan ook in toenemende mate betwijfeld. Het 1C-metabolisme is een goed voorbeeld, omdat daarin naast vitamine B_{12} ook folaat, B_6, B_2, methionine, choline/betaïne en talrijke polymorfismen een rol spelen.[3] Bij een lage inname van vitamine B_{12} en een hoge inname van foliumzuur kan de anemie gemaskeerd worden terwijl de neurologische schade aanhoudt.[4] Een lage B_{12}-concentratie bij hoog folaat zorgt voor een viermaal zo hoog associatief risico op cognitieve schade.[5] Fout-verlaagd B_{12} wordt gezien bij folaatdeficiëntie.[3]

EPIDEMIOLOGIE VERSUS INDIVIDUELE GEVOLGEN

In zijn koele epidemiologische benadering en in zijn verwerping van het mogelijke verband met neurodegeneratieve aandoeningen miskent het NHG-Standpunt de potentiële ernst van een subklinische vitamine-B_{12}-deficiëntie voor de individuele patiënt, terwijl zo'n tekort eenvoudig te verhelpen is. Niet alles is reversibel, en vermoedelijk geldt dat ook voor langdurige B_{12}-marginaliteit. Een laag-normale B_{12}-concentratie wordt in verband gebracht met cognitieve achteruitgang, alzheimer, vasculaire dementie, parkinson en depressie.[6] Indachtig het desastreuze effect van een uitgesproken B_{12}-deficiëntie op het zenuwstelsel is dat verband plausibel, ook al is er geen hard bewijs. Als men een patiënt met een subklinische B_{12}-deficiëntie op de hoogte brengt van deze associaties, zal hij hoogstwaarschijnlijk kiezen voor nader onderzoek, ook als hij weet dat '... lang niet iedereen met een lage vitamine-B_{12}-spiegel het stadium zal bereiken waarin er ook klinische verschijnselen zijn en dat een lage spiegel ook spontaan kan normaliseren.'[1] Of hij besluit direct te beginnen met orale suppletie, omdat vitamine B_{12} geen bijwerkingen heeft en relatief goedkoop is.

HET GRIJZE GEBIED

Dat het NHG-Standpunt weinig begrip heeft voor het dilemma rond subklinische B_{12}-deficiënties, blijkt uit de volgende passage: 'De discussie over de betrouwbaarheid van de gangbare grenswaarde voor een verlaagd B_{12} lijkt vooral te worden gevoed door onderzoek waarin verhoogde methylmalonzuurspiegels, of verlaging daarvan door B_{12}-suppletie, als referentie worden gebruikt. De voordelen daarvan zijn evenwel onvoldoende aangetoond.'

Er is inderdaad geen gouden standaard voor de B_{12}-diagnostiek.[3] Methylmalonzuur (MMA) wordt in een unieke B_{12}-afhankelijke reactie omgezet tot succinaat. MMA is dus een marker voor deze route. Ook homocysteïne is een marker voor de B_{12}-werkzaamheid in het 1C-metabolisme, al is het geen specifieke marker vanwege bovengenoemde factoren. MMA en homocysteïne zijn dus 'functionele markers' die in principe meer (patho)fysiologische informatie leveren dan de plasmaconcentratie B_{12}. Belangrijk zijn ook de associatie van homocysteïne met hart- en vaatziekten en de neurotoxische eigenschappen die aan MMA en homocysteïne worden toegeschreven. De laagste MMA-concentratie wordt bereikt bij een B_{12}-spiegel van 250-260 pmol/l, wat een stuk hoger is dan de 148 pmol/l die het NHG-standpunt als ondergrens van het referentiegebied aanhoudt.

Een referentiewaarde is echter geen streefwaarde, zeker niet bij vitamines. Dichotomiseren in 'normaal' en 'verlaagd' negeert de geleidelijkheid van elke overgang van adequaat naar inadequaat. Bij een B_{12}-concentratie in het grijze gebied (148-250 pmol/l) is adequate B_{12}-functionaliteit niet gegarandeerd. Er zijn daarom al veel klinische beslisregels die de B_{12}-bepaling combineren met een MMA- en eventueel ook homocysteïnebepaling. Amerikaans bevolkingsonderzoek bij personen met een normale nierfunctie heeft laten zien dat 1,1% een B_{12}-spiegel <148 pmol/l had bij een MMA-spiegel > 270 nmol/l en dat maar liefst 5,4% een B_{12}-spiegel > 148 pmol/l had bij een MMA-spiegel > 270 nmol/l.[7] Van die laatste groep is 40-51% ouder dan 60 jaar. In Nederland heeft 23,8% van de ouderen een MMA-spiegel > 320 nmol/l.[8]

Een MMA-bepaling maakt het vervolgbeleid eenvoudiger en eenduidiger: suppleren bij afwijkende waarden, indien de oorzaak niet is weg te halen. Het is niet nodig om hierbij de klachten nogmaals te betrekken. Immers, laboratoriumon-

UMCG, Laboratorium Geneeskunde, Hanzeplein 1, 9713 GZ Groningen: prof.dr. F.A.J. Muskiet, klinisch chemicus en hoogleraar Pathofysiologie en Klinisch Chemische Analyse. AMC, Amsterdam: prof.dr. E.M.H. Mathus-Vliegen, maag-darm-leverarts en em. hoogleraar Klinische Voeding • Correspondentie: f.a.j.muskiet@umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: beide auteurs zijn lid van de wetenschappelijke raad van het Vitamine Informatie Bureau (VIB). Ze verklaren geen belangen te hebben bij een toename van laboratoriumbepalingen of de verkoop van vitaminesupplementen.

derzoek is gecontra-indiceerd indien de uitslag a priori geen consequenties heeft, dus 'desgewenst afwachtend beleid na een toevallig geconstateerde verlaagde B_{12}-spiegel in een persoon zonder klachten'[1] kan niet de voorkeur hebben. Het NHG-Standpunt acht het onnodig om na B_{12}-suppletie de spiegels te controleren ('stijgen altijd'), maar de relevante vraag is of door de suppletie ook de B_{12}-functionaliteit (dat wil zeggen de MMA-spiegel) is hersteld.

CONCLUSIES EN ALTERNATIEF

Het is niet evidence-based te wachten op 'bewijs' voor de potentieel ernstige consequenties van een subklinisch B_{12}-tekort. Voor wat de diagnostiek aangaat, is er veel voor te zeggen alleen de MMA-bepaling uit te voeren, eventueel met een B_{12}-bepaling. Want een normale MMA-spiegel (< 250-260 nmol/l) sluit B_{12}-disfunctie uit. Verstorende factoren zijn nierfunctie, oudere leeftijd en mogelijk andere, waaronder bacteriële flora. Een verhoogd MMA vraagt om aanvullend onderzoek naar de oorzaak. Als die onduidelijk is of niet kan worden weggenomen, is orale suppletie geïndiceerd. De drempel hiervoor is laag, omdat B_{12}-suppletie veilig en goedkoop is. Voorkomen moet worden dat het opstellen van evidence-based richtlijnen 'een academische exercitie wordt, die vooral ontworpen is voor de evaluatie van de kwaliteit van trials, met weinig oog voor hetgeen daarop volgt.'[9] ■

LITERATUUR

1 Wiersma T, Woutersen-Koch H. NHG-Standpunt Diagnostiek van vitamine-B12-deficiëntie. Huisarts Wet 2014;57:472-5.
2 Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-2.
3 Klee GG. Cobalamin and folate evaluation: measurement of methylmalonic acid and homocysteine vs vitamin B(12) and folate. Clin Chem 2000;46:1277-83.
4 Cuskelly GJ, Mooney KM, Young IS. Folate and vitamin B12: friendly or enemy nutrients for the elderly. Proc Nutr Soc 2007;66:548-58.
5 Moore EM, Ames D, Mander AG, Carne RP, Brodaty H, Woodward MC, et al. Among vitamin B12 deficient older people, high folate levels are associated with worse cognitive function: combined data from three cohorts. J Alzheimers Dis 2014;39:661-8.
6 Lachner C, Steinle NI, Regenold WT. The neuropsychiatry of vitamin B12 deficiency in elderly patients. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2012;24:5-15.
7 Carmel R. Diagnosis and management of clinical and subclinical cobalamin deficiencies: why controversies persist in the age of sensitive metabolic testing. Biochimie 2013;95:1047-55.
8 Van Asselt DZ, De Groot LC, Van Staveren WA, Blom HJ, Wevers RA, Biemond I, et al. Role of cobalamin intake and atrophic gastritis in mild cobalamin deficiency in older Dutch subjects. Am J Clin Nutr 1998;68:328-34.
9 Latov N. Evidence-based guidelines: Not recommended. Journal of American Physicians and Surgeons 2005;10:18-9.

Nico van Duijn

INTERMEZZO

£ 800 beloning om te stoppen met roken

Een groep Australische rokende zwangeren kreeg £ 450 bij de belofte om te stoppen met roken. Als ze inderdaad stopten, kregen ze nog eens £ 350. Dat hielp; 23% stopte met roken. Zonder de beloning stopte maar 9%. Een goede mix van straffen en belonen werkt het beste.

Als we dit nu eens toepassen op de 6 miljoen Nederlanders die roken, veel te dik zijn of te veel drinken. Dat kost 3 miljard aan bonussen als ze beloven hun leven te beteren, van wie 14% dat inderdaad doet. Dit is te betalen door de maandpremie ziektekostenverzekering voor iedereen met € 15 te verhogen. Of door de maandpremie van rokers, dikkerds en drinkers met € 40 te verhogen. Die premie verdienen ze tienvoudig terug als ze beterschap beloven en twintigvoudig als ze inderdaad doen wat ze beloven. Daarmee kunnen we 800.000 ongezond levende mensen veranderen in gezond levende mensen. Die leven daardoor 10 jaar langer. Een paar tientjes per gewonnen levensjaar is een schijntje. De kat kost meer. Het is …

…een uitvoerbaar plan. Het is een effectief en efficiënt plan. Maar willen we het ook? Ik wil het niet. Ongezond leven moet je niet bestraffen met premieverhoging – mijn standpunt. Gezonder gaan leven moet je niet belonen met een flinke bonus, al helemaal niet met premieverhoging voor iedereen. Waarom? Omdat ik het niet netjes vind om gezond en ongezond gedrag individueel te beprijzen met een bonus of strafkorting. Dit past niet bij de geneeskunde. De dokter is immers geen koopman. ■

NHG-Standaard COPD (derde herziening)

NHG-Werkgroep Astma bij volwassenen en COPD

Belangrijkste wijzigingen

- Luchtwegobstructie is aanwezig bij een FEV_1/FVC-ratio (na bronchusverwijding) kleiner dan het 5e percentiel (van de referentiewaarden); het gefixeerde afkappunt voor obstructie (FEV_1/FVC-ratio < 0,7) is vervallen.
- De ernst van COPD wordt bepaald door de ziektelast, dat wil zeggen: de combinatie van klachten en beperkingen, frequentie van exacerbaties, FEV_1 en voedingstoestand (en dus niet alleen door de mate van luchtwegobstructie).
- In de monitoring fase wordt gestandaardiseerde bronchusverwijding bij spirometrie niet aanbevolen en wordt spirometrie verricht met behoud van de eigen luchtwegmedicatie van de patiënt.
- Er is meer aandacht voor de wensen en behoeften van de patiënt en voor zelfmanagement bij de behandeling en het omgaan met COPD.
- De Landelijke Transmurale Afspraak COPD uit 2009 is herzien en opgenomen in deze standaard.

Kernboodschappen

- COPD komt vrijwel uitsluitend voor bij (ex-)rokers van 40 jaar en ouder.
- Bij patiënten uit deze risicogroep die de huisarts bezoeken met langdurige of recidiverende (twee keer per jaar of vaker) luchtwegklachten wordt spirometrie aanbevolen.
- Veranderingen van leefstijl, zoals stoppen met roken en meer bewegen, zijn de basis van het beleid.
- Klachten worden behandeld met kort- en langwerkende luchtwegverwijders. Deze middelen hebben geen effect op het beloop van de longfunctie (FEV_1).
- Overweeg behandeling met een inhalatiecorticosteroïd (ICS) alleen bij patiënten met frequente exacerbaties (twee of meer per jaar), ondanks behandeling met een langwerkende luchtwegverwijder.
- Evalueer het effect van behandeling met een ICS na een jaar en staak dit indien het aantal exacerbaties niet afneemt.

INLEIDING

De NHG-Standaard COPD geeft richtlijnen voor de diagnostiek, behandeling en monitoring van COPD *(chronic obstructive pulmonary disease)*.[1] Bij deze herziening waren vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) en het Longfonds (patiëntenvereniging) als werkgroeplid betrokken.

De huisarts kan de meeste patiënten met een lichte of matige ziektelast zelf volgen en behandelen. Centraal in de aanpak is het opstellen van persoonlijke behandeldoelen in samenspraak met de patiënt. Een deel van de zorg, zoals voorlichting, hulp bij stoppen met roken, spirometrie, inhalatie-instructie en monitoring, kan worden gedelegeerd aan een praktijkondersteuner (zie de NHG-uitgave Protocollaire Astma- en COPD-zorg). De inhalatie-instructie kan ook worden uitgevoerd door de apotheker. De zorg voor patiënten met COPD wordt in een deel van de praktijken geleverd binnen een zorggroep als ketenzorgprogramma met andere zorgverleners, zoals de longarts, fysiotherapeut en diëtist. De standaard bevat aanbevelingen voor transmurale afspraken, die samen met de NVALT zijn opgesteld. Deze vervangen de Landelijke Transmurale Afspraak COPD (NHG-LTA COPD 2009).

De diagnostiek en behandeling van *andere oorzaken* van dyspneu, zoals pneumonie, hartfalen, longembolie of een angststoornis, vallen buiten het bestek van deze standaard (zie ook de NHG-Standaarden Acuut hoesten, Hartfalen, Veneuze trombo-embolie en Angst).

Patiënten met astma én COPD (ook wel 'astma en COPD overlapsyndroom, ACOS' genoemd) worden medicamenteus behandeld volgens de NHG-Standaard Astma bij volwassenen en niet-medicamenteus (bijvoorbeeld middels leefstijladviezen) volgens de NHG-Standaard COPD.

ACHTERGRONDEN

Begrippen

- *COPD*: een aandoening gekarakteriseerd door een niet volledig reversibele luchtwegobstructie die in het algemeen progressief is en wordt veroorzaakt door een abnormale ontstekingsreactie van de longen op inhalatie van schadelijke deeltjes of gassen. Exacerbaties en comorbiditeit dragen bij aan de ernst van de aandoening bij individuele patiënten.[2]
- *Ziektelast:* hiermee wordt de ernst van de aandoening COPD aangegeven, enerzijds gebaseerd op de mate van

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 het 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.

Snoeck-Stroband JB, Schermer TRJ, Van Schayck CP, Muris JW, Van der Molen T, In 't Veen JCCM, Chavannes NH, Broekhuizen BDL, Barnhoorn MJM, Smeele I, Geijer RMM, Tuut MK. NHG-Werkgroep Astma bij volwassenen en COPD. NHG-Standaard COPD (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58(4):198-211.

De standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie van de NHG-Standaard COPD (tweede herziening). Huisarts Wet 2007;50(8):362-79.

luchtwegobstructie,[3] anderzijds ook op de door de patiënt ervaren gezondheidsproblemen (klachten, beperkingen, exacerbaties en voedingstoestand).[4] De ernst van de aandoening wordt ingedeeld in de categorieën lichte, matige of ernstige ziektelast.[5,6] Het onderscheid tussen lichte en matige ziektelast wordt bepaald door de criteria vermeld in [**tabel 1**]. De overgang van matige naar ernstige ziektelast is een glijdende schaal; bij ernstige ziektelast is in het algemeen intensieve begeleiding noodzakelijk in de tweede of derde lijn (bijvoorbeeld door middel van multidisciplinaire revalidatie) om de behandeldoelen te bereiken.

- Een *exacerbatie* van COPD is een verslechtering van de conditie van de patiënt binnen één of enkele dagen, die wordt gekenmerkt door een toename van dyspneu en hoesten – al of niet met slijm opgeven – die groter is dan de normale dag-tot-dagvariabiliteit.[7] De ernst van een exacerbatie wordt geclassificeerd volgens de mate van behandeling die nodig is: niet-ernstig (verhogen dosering luchtwegverwijders), of ernstig (orale corticosteroïdkuur met of zonder antibioticumkuur of ziekenhuisopname).

Epidemiologie

In Nederland wordt de prevalentie van COPD in de huisartsenpraktijk op basis van het (vervallen) gefixeerde afkappunt voor obstructie (FEV_1/FVC-ratio < 0,7) geschat op 2,4% bij mannen en op 1,7% bij vrouwen. Daarmee zijn er in Nederland meer dan 350.000 mensen met de diagnose COPD. COPD gaat gepaard met een hoge mortaliteit. Ook de economische impact van COPD is groot, vanwege stijgende zorgkosten, maar ook vanwege indirecte kosten (werkverzuim en arbeidsongeschiktheid). COPD kwam in het verleden vaker voor bij mannen, maar komt steeds meer bij vrouwen voor, doordat vrouwen meer zijn gaan roken. Vrouwen hebben vaak ernstiger COPD (meer exacerbaties en ernstiger dyspneu), die ook vaker op relatief jongere leeftijd ontstaat. COPD komt beduidend vaker voor bij mensen met een lagere opleiding, ook na correctie voor een hogere prevalentie van roken. Bij naar schatting 10 tot 15% van de rokers wordt de diagnose COPD gesteld.[8]

Pathofysiologie en etiologie

COPD wordt gekenmerkt door een niet-volledig reversibele en doorgaans progressieve luchtwegobstructie die het gevolg is van een in het algemeen door roken veroorzaakt chronisch inflammatoir proces gelokaliseerd in de centrale en perifere luchtwegen, het longparenchym en de pulmonale bloedvaten.[9] Al in een vroeg stadium van de aandoening veroorzaakt de persisterende ontsteking schade aan de kleine luchtwegen. Dit leidt vervolgens tot progressieve bronchusobstructie, hypersecretie van mucus en hyperinflatie ('tonvormige thorax'), en uiteindelijk tot gaswisselingsstoornissen, emfyseem, pulmonale hypertensie en cor pulmonale. In sommige gevallen kan de chronische ontsteking en hyperreactiviteit persisteren ondanks het stoppen met roken. COPD is een heterogene aandoening waarbij op basis van de pathofysiologische en klinische presentatie drie domeinen kunnen worden onderscheiden: obstructie van de kleine luchtwegen, emfyseem en chronische bronchitis.

Hyperinflatie (toename van de functionele reservecapaciteit bij een gelijktijdige toename van de totale longcapaciteit) speelt waarschijnlijk een rol bij het gevoel van dyspneu bij patiënten met COPD.[10] Vermindering van de bronchusobstructie na luchtwegverwijding leidt bij een deel van de patiënten met COPD tot een vermindering van de dyspneu door een afname van de hyperinflatie en een toename van de vitale capaciteit.

Bij ongeveer 10% van de patiënten met COPD ontstaan metabole en systemische veranderingen – een gestoorde eiwitbalans en afname van de spiermassa – die leiden tot een verminderde voedingstoestand.[11]

Roken is verreweg de belangrijkste risicofactor voor het ontstaan van COPD.[12] De meeste patiënten met COPD hebben veel gerookt. Het verschil in gevoeligheid voor de gevolgen van roken is voor een deel genetisch bepaald. COPD ontwikkelt zich pas na jarenlang roken. Er is een duidelijke relatie tussen de totale tabaksconsumptie en de ernst van de longfunctievermindering. De relatie tussen passief roken en een verminderde longfunctie is minder duidelijk. Passief roken leidt wel tot meer luchtwegklachten.

Andere risicofactoren voor COPD zijn chronische blootstelling van de longen aan kleine deeltjes zoals fijnstof, gassen, dampen of aerosolen (stof, mist, nevel of rook) in arbeidsomstandigheden of in huishouden zoals in delen van Afrika of Azië, een laag geboortegewicht en vroeggeboorte, blootstelling aan tabaksrook in utero of op de kinderleeftijd, een aangeboren enzymtekort (alfa-1-antitrypsinedeficiëntie) of gebruik van (hard)drugs die geïnhaleerd worden.[13]

Exacerbaties van COPD kunnen worden uitgelokt door virale en bacteriële luchtweginfecties (50% tot 70%) en omgevingsfactoren zoals blootstelling aan fijnstof (10%). Bij circa 30% van de exacerbaties blijft de oorzaak echter onbekend.[14] Allergische prikkels spelen bij

Tabel 1 **Criteria voor onderscheid tussen lichte (afwezigheid van alle criteria) en matige (aanwezigheid van ≥ 1 criterium) ziektelast**

Parameter	Afkappunt
Klachten/hinder/beperkingen	MRC ≥ 3 of CCQ ≥ 2*
Exacerbaties	≥ 2 exacerbaties per jaar behandeld met orale corticosteroïden of ≥ 1 ziekenhuisopname wegens COPD
Longfunctie†	FEV_1 na bronchusverwijding < 50% van voorspeld of < 1,5 l absoluut of progressief longfunctieverlies (bijvoorbeeld ↓FEV_1 > 150 ml/jaar) over 3 jaar of meer (≥ 3 metingen)
Voedingstoestand	Ongewenst gewichtsverlies > 5%/maand of > 10%/6 maanden, of verminderde voedingstoestand (BMI < 21), zonder andere verklaring

* MRC Medical Research Council dyspneuschaal (range 1-5); CCQ Clinical COPD Questionnaire (range 0-6) (zie https://cahag.nhg.org/screeningsinstrumenten).
† Bij monitoring: gebruik voor het bepalen van de ziektelast de laatste spirometrie-uitslag.

exacerbaties van COPD meestal geen rol van betekenis.

Bij patiënten ouder dan 40 jaar is het onderscheid tussen astma en COPD niet altijd goed mogelijk [**tabel 2**] en kan er bovendien sprake zijn van een combinatie van astma en COPD.[15] Bij patiënten met astma kunnen op middelbare leeftijd, door roken of door langer bestaande ontsteking die onvoldoende behandeld is, structurele veranderingen ontstaan, waardoor de luchtwegvernauwing naast een reversibele ook een irreversibele component krijgt (astma met COPD-component/astma met persisterende obstructie). Overigens is bij ernstig astma, ook met een maximale behandeling, een irreversibele verandering van de luchtwegen soms niet te voorkomen. Daarnaast kan bij oudere patiënten met een voorgeschiedenis van astma sprake zijn van irreversibele verandering van de luchtwegen, omdat inhalatiecorticosteroïden (ICS) voor 1970 nog niet beschikbaar waren. Ook kunnen patiënten die roken en vanaf hun 40e jaar klachten ontwikkelen astmakenmerken blijken te hebben, zoals aanwijzingen voor allergie of reversibiliteit (COPD met astmacomponent). Bij deze patiënten is de diagnose astma bepalend voor het verdere medicamenteuze beleid en de COPD-component voor het niet-medicamenteuze beleid. De aandoening die in de behandeling het meest op de voorgrond staat, wordt gehanteerd als hoofddiagnose.

Beloop en uitingsvormen

Het beloop en de prognose van COPD worden in eerste instantie vooral bepaald door het rookgedrag, de ernst van de luchtwegobstructie op het moment dat de aandoening wordt vastgesteld en de gevolgen daarvan voor de gezondheidstoestand. De fysiologische achteruitgang van de FEV_1 vanaf de leeftijd van 30 jaar is 35 ml per jaar of lager, bij rokers met COPD is dit ruim 60 ml per jaar. Bij ex-rokers neemt de FEV_1-daling in het algemeen weer af tot fysiologische waarden. Er zijn echter aanwijzingen dat bij sommige ex-rokers met COPD de ontsteking voortduurt en de versnelde FEV_1-daling progressief is. Exacerbaties zijn verantwoordelijk voor een extra achteruitgang van de FEV_1 van 10 tot 30 ml per jaar, afhankelijk van de ernst van de COPD.[16] Mogelijk spelen ook frequente ondersteluchtweginfecties een negatieve rol. Naarmate de aandoening verder is voortgeschreden doen zich meer systemische effecten voor, zoals gewichtsverlies. Samen met inspanningsintolerantie en comorbiditeit, zoals hartfalen bepalen deze systemische effecten in dat stadium de verdere prognose wat betreft de kwaliteit van leven en de levensverwachting.[17,18] Bij COPD met een lichte of matig ernstige luchtwegobstructie (FEV_1 > 50% van voorspeld) is de mate van progressie moeilijk te voorspellen.

COPD is een aandoening met verschillende uitingsvormen, zoals die met frequente exacerbaties. Andere uitingsvormen worden gekenmerkt door klachten van dyspneu en inspanningsbeperking of chronisch hoesten en slijm opgeven.

Spirometrie

Voor de diagnostiek van COPD en monitoring van de behandeling wordt spirometrie aanbevolen. De spirometrische parameters, zoals FEV_1, FVC en FEV_1/FVC-ratio, worden geïnterpreteerd met behulp van referentiewaarden (voorspelde waarden). In 2014 is in overleg met andere betrokken Nederlandse beroepsorganisaties besloten de voorspelde waarden van de *European Community for Steel and Coal* (ECSC 1983) te vervangen door actuelere voorspelde waarden van het *Global Lung Function Initiative*, zoals ook de *European Respiratory Society* adviseert (GLI 2012). Daarnaast is besloten voor het onderscheid tussen wel of geen luchtwegobstructie bij personen met een mogelijke longaandoening een statistisch correct en klinisch gevalideerd afkappunt te kiezen, namelijk een waarde kleiner dan het 5e percentiel van de referentiepopulatie ('p5'; ook wel *lower limit of normal* 5%, LLN5%). Toepassen van de aanbevelingen van de GLI 2012 heeft onder andere tot gevolg, dat het belangrijkste nadeel van de gefixeerde FEV_1/FVC-ratio (< 0,7) als maat voor obstructie, namelijk overdiagnostiek van obstructie bij personen ouder dan 50 jaar en onderdiagnostiek onder die leeftijd, vermeden wordt.[19]

Afhankelijk van de plaatselijke mogelijkheden en de deskundigheid in de huisartsenpraktijk om spirometrie te verrichten en de uitslagen daarvan te interpreteren, wordt gekozen voor spirometrie in de eigen praktijk of op aanvraag in een diagnostisch centrum of longfunctielaboratorium. Zo nodig kan de huisarts ook kiezen voor (tele)consultatie van de kaderhuisarts of longarts, of een diagnostische verwijzing naar de longarts, met het verzoek om terugverwijzing na de diagnostische fase. Enkelvoudige FEV_1-meters – waarmee geen flowvolumecurve kan worden geproduceerd – worden niet aanbevolen voor diagnostische spirometrie.

Tabel 2 Verschillen tussen astma en COPD

	Astma	COPD
Belangrijkste risicofactor	Atopie	Roken
Luchtwegobstructie	Wisselend, in de regel reversibel	Per definitie deels irreversibel
Pathofysiologie	Chronische ontsteking in alle luchtwegen, meestal gevoelig voor corticosteroïden	Chronische ontsteking met name in de kleine luchtwegen, relatief ongevoelig voor corticosteroïden
Leeftijd	Alle leeftijden	Meestal > 40 jaar
Beloop	Overwegend gunstig met variabele symptomen	Overwegend chronisch met geleidelijk progressieve symptomen
Allergologisch onderzoek	Geïndiceerd	Niet geïndiceerd
Longfunctie	Overwegend normaal (of met reversibele obstructie)	Blijvend verminderd (irreversibele obstructie)
Levensverwachting	(Vrijwel) normaal bij optimale behandeling	Verminderd, ook bij optimale behandeling
Inhalatiecorticosteroïden (ICS)	Meestal geïndiceerd, behalve bij weinig frequente klachten	Niet geïndiceerd, behalve bij frequente exacerbaties

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Voor systematische vroegdiagnostiek wordt verwezen naar de betreffende paragraaf.

De huisarts denkt aan COPD bij rokers of patiënten met een relevante rookhistorie ouder dan 40 jaar, met klachten van hoesten – al of niet in combinatie met slijm opgeven – of geleidelijk progressieve dyspneu. Denk in uitzonderingsgevallen aan COPD bij personen jonger dan 40 jaar zoals bij alfa-1-antitrypsinedeficiëntie in de familie, bij (hard)drugsverslaving of bij al dan niet beroepsmatige blootstelling aan rook, gassen, dampen of aerosolen.

Anamnese

Vraag naar klachten die kunnen passen bij COPD:

- hoesten: productieve (ochtend)hoest, chronisch hoesten;
- piepende ademhaling;
- dyspneu;
- problemen met ophoesten van slijm;
- ongewenst gewichtsverlies of spierkrachtverlies;
- frequentie van de klachten (incidenteel, regelmatig, dagelijks), symptoomvrije intervallen, periodes van ergere klachten.[20]

Vraag naar fysieke en sociale beperkingen:

- invloed van de klachten op het functioneren overdag (sociale contacten, hobby's) en 's nachts (het slapen);
- invloed van de klachten op het vermogen tot lichamelijke inspanning;
- werkverzuim en arbeidsongeschiktheid; relatie van de klachten met het werk, gevolg van de klachten voor het werk.

Vraag naar risicofactoren voor COPD:

- roken: huidig of voormalig rookgedrag, aantal jaren dat men gerookt heeft en het gemiddelde aantal sigaretten per dag (eventueel uitgedrukt in aantal 'pakjaren': een pakjaar is gelijk aan 20 sigaretten per dag gedurende een jaar), op welke leeftijd men met roken is begonnen;
- arbeidsomstandigheden en vrijetijdsbesteding waarin men wordt blootgesteld aan gassen, dampen, aerosolen, stof of rook (schilder, chauffeur, kapper, bakker, werknemer in een omgeving met veel fijnstof van bijvoorbeeld steen, metaal, graan);
- voorkomen van COPD in de familie;
- drugsgebruik.

Besteed aandacht aan psychosociale factoren:

- angst voor dyspneu;
- klachten die passen bij depressie of een angststoornis;
- sociale situatie.

Overige aandachtspunten:

- Ga na of er sprake is van comorbiditeit die invloed heeft op de (medicamenteuze) behandeling, zoals diabetes mellitus (ook als bijwerking van prednisolongebruik), aandoeningen van het bewegingsapparaat en hart- en vaatziekten (in verband met eventuele inspanningstraining).
- Vraag bij het vermoeden van COPD en astma of bij twijfel tussen beide aandoeningen naar aanwijzingen voor een allergische oorzaak (relatie van de klachten met een allergische prikkel, atopische aandoening bij de patiënt zelf of bij naaste familieleden; zie de NHG-Standaard Astma bij volwassenen).
- Besteed bij differentiaaldiagnostische twijfel tussen COPD en hartfalen aandacht aan cardiovasculaire risicofactoren of aandoeningen in de voorgeschiedenis, zoals hypertensie, een doorgemaakt myocardinfarct of angina pectoris, en vraag naar actuele klachten, zoals hartkloppingen of pijn op de borst die past bij angina pectoris.[21]

Lichamelijk onderzoek

De huisarts:[22]

- inspecteert de patiënt en let op de mate van dyspneu, de ademhalingsfrequentie, het gebruik van hulpademhalingsspieren en de aanwezigheid van een eventuele inspiratiestand van de thorax;
- ausculteert hart en longen en let daarbij op de aanwezigheid van een verlengd expirium, expiratoir piepen en crepiteren, en bepaalt bij ernstige dyspneu de bloeddruk en de ademhalings- en hartfrequentie;
- meet gewicht en lengte, berekent daarmee de BMI en gaat na – als vroegere gegevens beschikbaar zijn – of er sprake is van ongewenst gewichtsverlies (> 5% in 1 maand of > 10% in 6 maanden);
- verricht aanvullend lichamelijk onderzoek bij differentiaaldiagnostische problemen, zoals bij mogelijk hartfalen.

Aanvullend onderzoek

Bij alle patiënten met anamnestische aanwijzingen voor COPD wordt diagnostische spirometrie verricht. Beeldvormend onderzoek wordt alleen op indicatie aangevraagd. Zuurstofsaturatiemeting heeft geen plaats bij aantonen of uitsluiten van COPD, maar wel bij het bepalen van de ernst van een exacerbatie.

Diagnostische spirometrie

- Verricht diagnostische spirometrie. Bepaal de FEV_1, de FVC en een flowvolumecurve [**tabel 3**].
- Spreek bij afwijkende spirometrie herhaling af na zes weken, zodat de patiënt hersteld is van een mogelijk eerste gepresenteerde exacerbatie van COPD.
- Meetresultaten dicht bij de afkapwaarde zijn lastig te duiden vanwege de natuurlijke variabiliteit waardoor een meting de ene keer boven en de volgende keer onder de ondergrens kan vallen.
- Herhaal de spirometrie na zes tot twaalf weken:
  - bij licht verlaagde waarden van de FEV_1/FVC-ratio na bronchusverwijding;[23]
  - om het effect van de behandeling te evalueren bij twijfel tussen astma en COPD. Dit onderzoek vindt bij voorkeur plaats ten tijde van klachten.

De spirometers en de uitvoering van het spirometrisch onderzoek vereisen een aantal kwaliteitsvoorzorgen (zie de NHG-uitgave Protocollaire Astma- en COPD-Zorg).

Tabel 3 **Spirometrie: procedures en interpretatie (zie ook [tabel 5])**

	Diagnostische fase	Monitoring fase*
Gebruik van eigen luchtweg-medicatie	Vóór de test gedurende 4 uur geen kortwerkende en gedurende 12-48 uur (afhankelijk van de werkingsduur) geen langwerkende luchtwegverwijder gebruiken	Eigen luchtwegmedicatie kan gecontinueerd worden
Gestandaardiseerde bronchusverwijding	Altijd geïndiceerd	Niet geïndiceerd, behalve bij: ■ discrepantie van klachten en spirometrie-uitslagen ■ afwijkende FEV_1/FVC-ratio, bijvoorbeeld omdat er twijfel is aan de diagnose ■ gerede twijfel over gebruik van de eigen luchtwegmedicatie
Procedure	■ Test (blazen flowvolumecurve) volgens internationaal geaccepteerde aanbevelingen[24] ■ Dien gestandaardiseerde bronchusverwijding toe (salbutamol 100 microg via dosisaerosol en voorzetkamer in 4 afzonderlijke inhalaties met interval van 30 seconden)[25] ■ Test opnieuw na 15 minuten	Test (blazen flowvolumecurve) volgens internationaal geaccepteerde aanbevelingen
Interpretatie	■ Geen obstructie: normale FEV_1/FVC-ratio (≥ 5e percentiel van referentiepopulatie) na bronchusverwijding; dit sluit COPD uit, maar sluit astma niet uit ■ Persisterende obstructie: afwijkende FEV_1/FVC-ratio na bronchusverwijding; dit is een aanwijzing voor COPD, maar sluit astma niet uit ■ Reversibiliteit: FEV_1-toename ten opzichte van de waarde vóór bronchusverwijding met ≥ 12% én ≥ 200 ml); dit wijst op astma (ook bij een normale FEV_1/FVC-ratio), maar sluit COPD niet uit[26]	■ *Fysiologische daling*: daling van FEV_1 over ten minste 3 jaar (≥ 3 metingen) met gemiddeld 35 ml/jaar of minder ■ Bij *niet-fysiologische daling*: ga oorzaak na en pas beleid aan

* Voor frequentie van monitoren: zie [**tabel 5**].

Beeldvormend onderzoek

- Bij een discrepantie tussen de klachten of ziektelast en de spirometrische afwijkingen (chronisch hoesten of dyspneu en betrekkelijk geringe spirometrische afwijkingen):
  - X-thorax (bijvoorbeeld bij vermoeden van longcarcinoom, tbc, pneumothorax);
  - hogeresolutie-CT-scan (via de longarts) bij vermoeden van bronchiectasieën.
- Denk ook aan andere aandoeningen, zoals hartfalen. Bij het vermoeden van hartfalen zie de NHG-Standaard Hartfalen.

Evaluatie

- Bij patiënten ouder dan 40 jaar stelt de huisarts de diagnose COPD bij klachten van dyspneu en/of hoesten, al of niet met slijm opgeven, in combinatie met een relevante rookhistorie (> 20 jaar roken of > 15 pakjaren), én een afwijkende FEV_1/FVC-ratio na gestandaardiseerde bronchusverwijding.
- COPD louter op basis van andere risicofactoren, zoals chronische blootstelling aan fijnstof of aan andere stoffen in arbeidsomstandigheden, komt zelden voor; hiervoor is verwijzing naar de longarts, en als het arbeidsomstandigheden betreft, naar de bedrijfsarts aangewezen.
- Bij patiënten jonger dan 40 jaar komt COPD, bijvoorbeeld door alfa-1-antitrypsinedeficiëntie of misbruik van (hard)drugs per inhalatie, zelden voor; hiervoor is verwijzing naar de longarts aangewezen.
- COPD is uitgesloten bij een normale FEV_1/FVC-ratio (≥ 5e percentiel) na gestandaardiseerde bronchusverwijding.

Daarnaast maakt de huisarts, indien de diagnose COPD gesteld is, onderscheid tussen lichte en matige *ziektelast* aan de hand van de criteria in [**tabel 1**].

Differentiaaldiagnostisch zijn vooral de volgende aandoeningen van belang:

- het bestaan van *astma naast COPD* is aannemelijk bij patiënten ouder dan 40 jaar met:
  - een anamnestisch vermoeden van astma (aard van het klachtenpatroon, astma in de voorgeschiedenis, atopische aandoening bij de patiënt zelf of bij eerstegraadsfamilieleden) én
  - een anamnestisch vermoeden van COPD (relevante rookgeschiedenis of een andere risicofactor voor COPD) én herhaaldelijk vastgestelde reversibiliteit in combinatie met een afwijkende FEV_1/FVC-ratio na gestandaardiseerde bronchusverwijding; afwezigheid van reversibiliteit sluit de diagnose astma naast COPD niet uit; dit kan voorkomen bij astma dat voor het eerst op volwassen leeftijd optreedt, vaak gepaard gaand met chronische niet-allergische rhinosinusitis;
- *hartfalen*; zie de NHG-Standaard Hartfalen;
- *longcarcinoom*; het vermoeden daarvan kan gebaseerd zijn op symptomen (hemoptoë, veranderd hoestpatroon, borstkaspijn, gewichtsvermindering) of op een toevalsbevinding op een X-thorax;
- aandoeningen die gepaard gaan met een afname van het longvolume (*restrictieve longaandoeningen*) zoals (idiopathische) longfibrose, 'stoflongen' of ernstige kyfoscoliose. Een afwijkende

FVC in combinatie met een normale FEV_1/FVC-ratio kan een aanwijzing zijn voor een restrictieve stoornis, maar is in de eerste lijn meestal het gevolg van een technisch onvoldoende uitgevoerde test. Voor vaststelling van een restrictieve aandoening is verwijzing naar de longarts aangewezen;

- *obesitasgerelateerde aandoeningen,* zoals het obesitashypoventilatiesyndroom of het obstructief slaapapneusyndroom (OSAS), al dan niet in combinatie met COPD;
- *interstitiële longaandoeningen* zoals extrinsieke allergische alveolitis (bijvoorbeeld door allergenen van duiven en parkieten);
- *bronchiëctasieën* bij chronisch hoesten en opgeven van veel sputum en betrekkelijk geringe spirometrische afwijkingen;
- *andere oorzaken* van dyspneu, zoals een longembolie (zie de NHG-Standaard Veneuze trombo-embolie), pneumothorax en dysfunctioneel ademhalen.

RICHTLIJNEN BELEID

Het doel van de behandeling van patiënten met COPD is het beperken van klachten, verbeteren van het inspanningsvermogen en de ziektegerelateerde kwaliteit van leven en het verlagen van toekomstige ziektelast (normaliseren van de achteruitgang van de longfunctie, voorkomen van exacerbaties en uitstellen of voorkomen van invaliditeit, arbeidsongeschiktheid en mortaliteit). In overleg met de patiënt worden de *persoonlijke behandeldoelen* aan de hand van de algemene behandeldoelen besproken en vastgesteld en bij voorkeur vastgelegd in een individueel zorgplan, samen met afspraken over de frequentie van monitoring, leefstijlverandering, medicatie, beleid bij exacerbaties en eventuele afspraken met andere zorgverleners.

Voorlichting

De huisarts geeft voorlichting over de onderstaande aspecten.

- *Aard van de aandoening*. COPD is een chronische ontsteking van de luchtwegen, waarbij de longfunctie in het algemeen versneld achteruitgaat. De belangrijkste oorzaak is roken. Roken veroorzaakt, bij daarvoor gevoelige personen, op den duur onherstelbare schade aan de longen, waardoor vanaf de leeftijd van 40 jaar functionele beperkingen kunnen ontstaan door kortademigheid. Stoppen met roken vertraagt deze versnelde achteruitgang van de longfunctie.
- *Exacerbaties*. Infecties met virussen en bacteriën of verhoogde concentraties van fijnstof kunnen tijdelijk een verergering van de klachten veroorzaken, vooral bij patiënten met ernstig COPD. Bij een verergering van de klachten kunnen patiënten die goed zijn voorgelicht over het gebruik van kortwerkende luchtwegverwijders de dosering zelf verhogen tot het geadviseerde maximum (zie ook *Zelfmanagement*). Bij onvoldoende verbetering, bij een aanhoudende verhoogde behoefte aan luchtwegverwijders of bij een toename van de dyspneu in samenhang met koorts of algemeen ziek zijn, neemt de patiënt contact op met de huisarts. Het effect van de medicamenteuze behandeling is het grootst wanneer binnen drie dagen na toename van de klachten wordt gestart.[27]
- *Influenzavaccinatie*. Influenza kan bij patiënten met COPD tot complicaties leiden in de vorm van exacerbaties. Jaarlijkse influenzavaccinatie wordt daarom aangeraden. Voor het nut van pneumokokkenvaccinatie bij COPD is geen bewijs gevonden.[28]
- *Manier waarop de patiënt met zijn aandoening omgaat*. Bespreek belemmeringen in het functioneren door angst voor kortademigheid of weerstand voor het gebruik van inhalatiemedicatie in gezelschap.
- *Leefstijladviezen.* De belangrijkste maatregelen zijn stoppen met roken, voldoende bewegen en daarnaast adequate voeding.
- *Doel en werking van de geneesmiddelen*. Inhalatiemedicatie heeft een beperkt effect op de klachten, inspanningsvermogen, kwaliteit van leven en exacerbaties. Bij patiënten met lichte ziektelast kan ook besloten worden tot 'zo nodig' medicatie, te starten bij verergering van de klachten.
- *Instructie van de inhalatietechniek*. Vraag de patiënt bij de monitoring altijd de medicatie en inhalatoren mee te nemen en inhalatie van de medicatie te demonstreren om eventuele fouten in de inhalatietechniek te corrigeren. De inhalatie-instructie is ook een taak van de apotheker. Het verdient aanbeveling de instructies op elkaar af te stemmen.
- *Zorgproces.* De huisarts informeert de patiënt over de gewenste frequentie van monitoring en de rol van de praktijkondersteuner daarbij. Dit staat expliciet beschreven in de Zorgstandaard COPD.

Ter ondersteuning van de mondelinge uitleg kan de huisarts schriftelijke informatie meegeven of verwijzen naar www.thuisarts.nl en specifiek voor inhalatie-instructie naar de instructiefilmpjes op www.apotheek.nl. Daarnaast kan worden verwezen naar de patiëntenvereniging van het Longfonds voor de patiëntenversie van de Zorgstandaard COPD, voor praktische informatie en de werkwijzer COPD en voor de Longpunten (ontmoetingsplekken voor longpatiënten) (zie www.longfonds.nl).

Zelfmanagement

Bij de behandeling speelt de patiënt zelf een belangrijke rol. De huisarts bevordert dat de patiënt zelfstandig keuzes maakt bij dagelijkse bezigheden die mogelijk beïnvloed worden door COPD en bevordert dat de patiënt actief participeert in de behandeling van de aandoening. Dit kan de patiënt helpen om de aandoening onder controle te krijgen. Belangrijke elementen bij het ondersteunen van zelfmanagement zijn patiëntgerichtheid, gezamenlijke besluitvorming over de aanpak, een coachende rol van de huisarts en een individueel zorgplan.[29] De huisarts en de patiënt bepalen samen welke mate van zelfmanagement geschikt is en of een schriftelijk (of elektronisch) individueel zorgplan gewenst is. Vooral bij relatief jonge patiënten en bij patiënten met een matig ernstige ziektelast of comorbiditeit lijkt zelfmanagement zinvol.

Belangrijke aandachtspunten bij zelfmanagement zijn:
- een gezonde leefstijl (niet roken, voldoende bewegen, adequate voeding, zo veel mogelijk vermijden van blootstelling aan fijnstof);
- omgaan met symptomen en lichamelijke, sociale en psychologische gevolgen van de aandoening;
- therapietrouw, adequaat gebruik van (inhalatie)medicatie, aanpassen van de dosering luchtwegverwijder(s) bij een exacerbatie;
- het mobiliseren en behouden van sociale contacten en ondersteuning.

Samen met de patiënt bepaalt de zorgverlener hoe de zelfmanagementondersteuning eruit komt te zien. Hierbij staan de wensen en verwachtingen van de patiënt centraal. Gerichte ondersteuning met aandacht voor individuele behoeften is extra belangrijk bij patiënten die minder goed zijn toegerust voor een actievere rol in de zorg.

Bij adequaat zelfmanagement is het mogelijk om patiënten zelf verantwoordelijk te maken voor aanpassing van de dosering luchtwegverwijder en in sommige gevallen (zie *Beleid bij exacerbaties*) voor het eventueel tijdig zelf starten met een orale corticosteroïdkuur met of zonder antibioticum bij een exacerbatie (bijvoorbeeld buiten kantoortijden). Voorwaarde hiervoor is een mondelinge en schriftelijke instructie, bij voorkeur middels een actieplan waarin ook beschreven wordt wanneer contact op te nemen met de praktijk, bijvoorbeeld bij klachten die onvoldoende reageren op de behandeling.

Niet-medicamenteuze adviezen

Stoppen met roken. Stoppen met roken is de belangrijkste stap in de behandeling van COPD. Stoppen met roken remt de versnelde achteruitgang van de longfunctie. Tabaksgebruik is een verslavingsziekte. Het verdient daarom aanbeveling hiervoor een gestructureerde aanpak te volgen, zoals een krachtig 'stoppen met roken'-advies door de huisarts, gevolgd door intensieve begeleiding door bijvoorbeeld een deskundige praktijkondersteuner. Een gedragsmatige aanpak, ondersteund door medicamenteuze behandeling, verdubbelt de kans op langdurige abstinentie. Voor adviezen wordt verwezen naar de NHG-Standaard Stoppen met roken.[30] Bij diegenen die niet gemotiveerd zijn of bij wie het stoppen met roken niet lukt, is het zinvol op een later tijdstip opnieuw de motivatie om te stoppen en eventuele barrières te bespreken. Raad roken door huisgenoten (in aanwezigheid van de patiënt) en in gemeenschappelijke ruimtes af.

Bewegen. De huisarts adviseert de patiënt voldoende te bewegen (bijvoorbeeld dagelijks een half uur matig intensief wandelen, fietsen, zwemmen of fitness). Als de patiënt daar niet in slaagt door bijvoorbeeld aanhoudende (angst voor) dyspneu, overweegt de huisarts een patiënt met een op dat moment matige ziektelast te verwijzen naar een in longreactivatie gespecialiseerde (psychosomatisch) oefen- of fysiotherapeut, bij voorkeur met een aantekening COPD/astma, voor inspanningstraining.[31] Bij patiënten met matig ernstige obstructie en met relevante cardiovasculaire comorbiditeit zoals een cardiovasculaire aandoening of interventie in de voorgeschiedenis, laat de huisarts voorafgaand aan inspanningstraining eerst ergometrie verrichten om het risico van cardiovasculaire complicaties in te schatten.[32] Bij patiënten met een matige of ernstige ziektelast die ondanks optimale medische en fysiotherapeutische zorg beperkingen en participatieproblemen blijven ondervinden, verdient het aanbeveling een revalidatieprogramma te bespreken via verwijzing naar de longarts (zie *Verwijzing* of *(tele)consultatie*). Patiënten met een ernstige ziektelast zullen in het algemeen al bij de longarts bekend zijn en komen vrijwel allemaal in aanmerking voor een multidisciplinair longrevalidatieprogramma in een daartoe gespecialiseerd centrum.

Voedingstoestand. Voor het beleid bij een verminderde voedingstoestand of ongewenst gewichtsverlies, zie de paragraaf *Comorbiditeit*.

Ademhalingsoefeningen. Bij blijvende kortademigheid kunnen ademhalingsoefeningen, zo nodig met instructie door een in longreactivatie gespecialiseerde oefen- of fysiotherapeut, bij voorkeur met aantekening COPD/astma, nuttig zijn.[33] Overweeg bij aanhoudende problemen met de mucusklaring verwijzing naar een oefen- of fysiotherapeut.[34]

Werk. De huisarts adviseert de patiënt bij werkgerelateerde problemen of belemmeringen contact op te nemen met de bedrijfsarts, waarna indien nodig overleg over afstemming van het beleid wordt gevoerd. Hierin kan ook de longarts een rol spelen. Vroegtijdige interventie is noodzakelijk voordat structurele arbeidsparticipatieproblemen zich voordoen.[35]

Medicamenteuze behandeling

Medicamenteuze interventies alleen hebben een beperkt effect op klachten, inspanningsvermogen, kwaliteit van leven en exacerbaties en dienen altijd gecombineerd te worden met niet-medicamenteuze maatregelen.[36]

Bij de behandeling van COPD wordt gebruikgemaakt van inhalatiemiddelen. Hierbij kan de huisarts kiezen tussen dosisaerosolen (met voorzetkamer) en poederinhalatoren:[37]
- dosisaerosolen: een niet-ademgestuurde dosisaerosol dient altijd in combinatie met een voorzetkamer gebruikt te worden, tenzij de patiënt adequaat een dosisaerosol kan gebruiken; een dosisaerosol zonder voorzetkamer heeft als nadeel dat het tegelijk indrukken en inademen lastig is waardoor de longdepositie niet optimaal is;
- poederinhalatoren: bij poederinhalatoren bestaat het coördinatieprobleem van indrukken en inademen niet; de noodzakelijke ademkracht bij de verschillende poederinhalatoren varieert aanzienlijk.

De voorkeur gaat, indien mogelijk, uit naar een inhalatiemiddel met een dosisteller of -indicator om het risico te verminderen dat de patiënt een lege inhalator gebruikt. Het verdient aanbeveling dat de huisarts ervaring opdoet met een beperkt aantal inhalatoren. Bij patiënten die verschillende inhalatiemiddelen gebruiken wordt gestreefd naar

uniformiteit in de toedieningsvorm. Bij de keuze van de toedieningsvorm houdt de huisarts rekening met de voorkeur, vaardigheden en levensstijl van de patiënt en het gebruiksgemak. Wanneer er voor dezelfde werkzame stof een keuzemogelijkheid is tussen een poederinhalator singledose en een poederinhalator multidose, dan is het advies om in het algemeen vanwege het gebruiksgemak een poederinhalator multidose voor te schrijven.

Inhalatiemedicatie kan lokale bijwerkingen geven, zoals heesheid en orale candidiasis, zoals bij ICS. Ook is toename van cariës een enkele maal gerapporteerd.[38] Lokale bijwerkingen kunnen verminderd worden door na het nemen van de medicatie de tanden te poetsen en/of de mond te spoelen. Bij gebruik van een SABA (*short acting beta-2-agonist*) of LABA (*long acting beta-2-agonist*) kunnen bijwerkingen voorkomen zoals tremor van handen en vingers, hoofdpijn, vaatverwijding, stijging van de hartfrequentie en soms hypokaliëmie of hyperkaliëmie. Bij gebruik van SAMA (*short acting muscarinic antagonist*) en LAMA (*long acting muscarinic antagonist*) kunnen bijwerkingen als een droge mond en zelden glaucoom of urineretentie optreden.

Luchtwegverwijders

Met kort- en langwerkende luchtwegverwijders worden klachten en exacerbaties symptomatisch behandeld. Deze middelen hebben geen effect op het beloop van de geleidelijke afname van de longfunctie (FEV_1). Bij lichte ziektelast kan ook 'zo nodig' medicatie geadviseerd worden bij verergering van klachten.

Ga bij 'nieuwe' patiënten met COPD empirisch na welke kortwerkende luchtwegverwijder of combinatie van luchtwegverwijders het meest werkzaam is.[39] Bij patiënten met COPD en weinig klachten (bijvoorbeeld MRC < 2 of CCQ < 1) kan inhalatiemedicatie achterwege blijven.

- Begin met een van beide soorten *kortwerkende* luchtwegverwijders [**tabel 4**]:
  - een *SABA (short acting beta-2-agonist)* (salbutamol, terbutaline) of;
  - een *SAMA (short acting muscarinic antagonist)* (ipratropium).
- Kies de andere soort luchtwegverwijder bij onvoldoende verbetering (aanhoudende klachten van dyspneu) na twee weken, of voeg een middel van de andere soort toe.
- Bij het niet behalen van de behandeldoelen (aanhoudend klachten van dyspneu, exacerbaties, nachtelijke klachten) bij patiënten met (matig) ernstige luchtwegobstructie (FEV_1 < 80% van voorspeld; zie noot 3) wordt overgestapt op een onderhoudsbehandeling met een *langwerkende* luchtwegverwijder [**tabel 4**]:
  - een *LABA (long acting beta-2-agonist)* zoals formoterol of salmeterol of;
  - een *LAMA (long acting muscarinic antagonist)* zoals tiotropium.

  Er zijn volgens de werkgroep geen klinische redenen voor een voorkeur voor LABA of LAMA; de keuze wordt bepaald op basis van doelmatigheid.
- Zo nodig kan een LABA met een LAMA worden gecombineerd, hoewel het bewijs voor de werkzaamheid daarvan en de toegevoegde waarde van de combinatie zeer beperkt zijn.[40]
- Bij patiënten met (zeer) ernstige luchtwegobstructie (FEV_1 < 50% van voorspeld) of met cardiale comorbiditeit is de voorkeur voor tiotropium boven een LABA van de vorige versie van de standaard vervallen.[41] De keuze tussen een LABA en LAMA kan gemaakt worden op basis van aanwezige comorbiditeit en symptomen (bij glaucoom en/of risico op urineretentie voorkeur voor LABA; bij palpitaties/tachycardie voorkeur voor LAMA).

Tabel 4 **Inhalatiemedicatie bij COPD**

Middel	Inhalatiepoeder	Dosisaerosol	Maximum/dag
Kortwerkende luchtwegverwijders			
SABA (short acting beta-2-agonist)			
Salbutamol	4 dd 100-400 microg	4 dd 100-200 microg	800-1600 microg, afhankelijk van de toedieningsvorm
Terbutaline	4 dd 500 microg	-	4000 microg (1000 microg/keer)
SAMA (short acting muscarinic antagonist)			
Ipratropium	3-4 dd 40 microg	3-4 dd 20-40 microg	320 microg
Langwerkende luchtwegverwijders			
LABA (long acting beta-2-agonist)			
Formoterol	1-2 dd 12-24 microg	1-2 dd 12-24 microg	48 microg
Salmeterol	2 dd 50 microg	2 dd 2 maal 25 microg	100 microg
LAMA (long acting muscarinic antagonist)			
Tiotropium	1 dd 18 microg	1 dd 2 maal 2,5 microg (soft mist inhaler)	18 microg (inhalatiepoeder) 5 microg (soft mist inhaler)
Inhalatiecorticosteroïden (ICS)*			
Beclometason†	2 dd 400 microg	2 dd 400 microg	1600 microg
Budesonide†	2 dd 400 microg	2 dd 400 microg	1600 microg
Fluticasonpropionaat	2 dd 500 microg	2 dd 500 microg	1000 microg

* Indicatie: alleen bij ≥ 2 exacerbaties in het voorafgaande jaar, ondanks behandeling met LABA of LAMA.
† Beclometason en budesonide als monopreparaat zijn niet geregistreerd voor de behandeling van COPD (off label); bij beclometason extrafijn gelden lagere doseringen; dit middel is anno 2015 relatief duur.

Inhalatiecorticosteroïden

- Overweeg het toevoegen van inhalatiecorticosteroïden (ICS) gedurende één jaar alleen bij patiënten met frequente ernstige exacerbaties (twee of meer kuren prednisolon of een antibioticum of ziekenhuisopname in verband met COPD per jaar), ondanks onderhoudsbehandeling met een langwerkende luchtwegverwijder [**tabel 4**]. Bij een afname van het aantal exacerbaties, gemeten aan het aantal kuren prednisolon of een antibioticum of ziekenhuisopnamen in verband met COPD, wordt de behandeling voortgezet.
- Behandeling met ICS geeft een verhoogd risico op een pneumonie.[42] Als het aantal exacerbaties niet duidelijk afneemt na één jaar of als er gedurende een langere periode (twee jaar) geen exacerbaties meer zijn, wordt de behandeling met ICS daarom gestaakt. Evalueer drie maanden na het staken van de ICS.[43]
- De huisarts begint in het algemeen niet met een onderhoudsbehandeling met een combinatiepreparaat van een ICS en een LABA, vanwege de beperkte indicatie van ICS bij COPD. Om deze reden zijn combinatiepreparaten niet opgenomen in [**tabel 4**].

Overige middelen

Een onderhoudsbehandeling met orale corticosteroïden is vanwege de langetermijneffecten voorbehouden aan de longarts.[44] Onderhoudsbehandeling met antibiotica wordt in de eerste lijn niet aanbevolen omdat de voordelen niet tegen de nadelen opwegen.[45]

De laatste jaren is een aantal nieuwe middelen op de markt verschenen (bijvoorbeeld roflumilast-tabletten,[46] en inhalatiemiddelen zoals indacaterol,[47] olodaterol,[48] glycopyrronium,[49] aclidinium[50] en een combinatiemiddel indacaterol/glycopyrronium).[51] Van deze nieuwe middelen is geen klinisch relevante meerwaarde ten opzichte van de bestaande langwerkende middelen aangetoond, ten aanzien van longfunctie, kwaliteit van leven, exacerbaties en mortaliteit. Vanwege de onbekendheid van de effectiviteit en bijwerkingen op de lange termijn worden deze middelen niet aanbevolen.

Acetylcysteïne wordt niet aanbevolen bij COPD.[52]

Contra-indicaties: *bèta-1-selectieve bètablokkers* zijn in de gebruikelijke dosering niet gecontra-indiceerd bij patiënten met COPD, ook niet in geval van een (zeer) ernstige obstructie. Een mogelijk gunstige werkzaamheid moet nog nader onderzocht worden.[53]

Monitoring

Het doel van monitoring is het bespreken van eventuele problemen met niet-medicamenteuze adviezen (stoppen met roken, bewegen, adequate voeding) en evalueren van het effect van de medicamenteuze behandeling. Hierbij wordt rekening gehouden met de persoonlijke behandeldoelen van de patiënt. Bij een 'nieuwe' patiënt met COPD controleert de huisarts na het starten of na een verandering van de medicamenteuze behandeling of de patiënt voldoende verbetering ervaart. Als een stabiele en acceptabele situatie is bereikt, is de frequentie van de monitoring afhankelijk van de gemeten ziektelast [**tabel 1**] en [**tabel 5**]. Monitoring vindt plaats volgens de Zorgstandaard COPD van de Longalliantie Nederland. De belangrijkste aandachtspunten staan hieronder opgesomd. De frequentie wordt afgestemd op de behoeften en wensen van de patiënt.

De monitoring bestaat uit:

- het bepalen van de ziektelast: evaluatie van de klachten, de ervaren beperkingen, het inspanningsvermogen, de doorgemaakte exacerbaties (aantal, ernst, duur), FEV_1 en voedingstoestand en het effect van de ingestelde behandeling op deze parameters, met behulp van de CCQ of MRC (zie https://cahag.nhg.org/screeningsinstrumenten);[54] een uitgebreidere ziektelastmeter is anno 2015 nog in ontwikkeling;
- aandacht voor zelfmanagement;
- bespreken van problemen bij stoppen met roken en zo nodig aanbieden van extra begeleiding;
- aandacht voor voldoende beweging, adequate voeding en optimalisatie van het lichaamsgewicht;
- controle van therapietrouw en inhalatietechniek;
- inspectie van de patiënt, bepaling van het gewicht en eventueel auscultatie van de longen;
- zo nodig spirometrie [**tabel 5**].

Bij het vermoeden van andere (comorbide) longaandoeningen zoals een pneumothorax of longcarcinoom of bij een afwijkend beloop bij een exacerbatie laat de huisarts een X-thorax verrichten of consulteert de longarts.

Comorbiditeit

- *Hart- en vaatziekten en diabetes mellitus.* Bij patiënten met COPD komen vaker hart- en vaatziekten en diabetes mellitus voor dan bij patiënten zonder COPD; het verdient aanbeveling patiënten zonder deze aandoeningen hierop jaarlijks te controleren (zie ook de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement).
- *Voedingstoestand.* Bij een verminderde voedingstoestand of ongewenst gewichtsverlies bij patiënten bij wie een andere oorzaak dan COPD (behalve door een andere longaandoening) onwaarschijnlijk is, overweegt de huisarts verwijzing naar de longarts voor verdere analyse en een behandelingsadvies (bijvoorbeeld verwijzing naar een diëtist).[55,56]
- *Psychosociale en psychiatrische problematiek.* Bij controles besteedt de huisarts aandacht aan psychosociale factoren, zoals angst voor dyspneu, gevoelens van schaamte, seksuele problemen en sociaal isolement, en aan klachten passend bij angst en depressie; het mentale statusdomein van de CCQ kan hierbij signalerend zijn. Bij psychosociale problemen geeft de huisarts (emotionele) ondersteuning en adviezen. Bij ernstiger problematiek, zoals een angststoornis of depressie, stelt de huisarts zelf een behandeling in of verwijst de patiënt hiervoor naar de GGZ (zie de NHG-standaarden Depressie en Angst).[57] Bij drugsverslaving verwijst de huisarts in het algemeen naar de specialistische GGZ. Bespreek daarnaast de mogelijkheid van steun door en contact met patiëntenverenigingen.[58]

- *Fractuurpreventie (osteoporose).* Bij patiënten die naar verwachting gedurende 3 maanden of langer behandeld worden met prednisolon met een dosis van ≥ 15 mg/dag, zoals soms bij ernstig COPD, bestaat ongeacht de leeftijd een indicatie voor een onderhoudsbehandeling met een bisfosfonaat en vitamine-D-suppletie, aangevuld met calciumsuppletie, afhankelijk van de calciuminname (zie de NHG-Standaard Fractuurpreventie). Deze patiënten zijn veelal onder behandeling van de longarts. Bij mannen vanaf 70 jaar en postmenopauzale vrouwen die prednisolon gebruiken met een dosis van ≥ 7,5 mg/dag gedurende 3 maanden of meer, bestaat eveneens een indicatie voor behandeling met een bisfosfonaat en vitamine-D-suppletie al dan niet aangevuld met calcium. Ook bij patiënten die vanwege frequente exacerbaties vergelijkbare hoeveelheden prednisolon gebruiken, behoort er aandacht te zijn voor medicamenteuze behandeling van fractuurpreventie. Bij gebruik van alleen ICS is er geen indicatie voor fractuurpreventie.[59]
- *Maagbescherming.* Bij langdurig of frequent gebruik van orale corticosteroïden gaat de huisarts na of er een indicatie is voor maagbescherming, indien dit niet door de longarts is gebeurd (zie de NHG-Standaard Maagklachten).
- *Obesitasgerelateerde aandoeningen* zoals obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) of het obesitashypoventilatiesyndroom en stressgerelateerde ademhalingsproblemen kunnen de behandeling van COPD compliceren.
- Patiënten met COPD hebben een verhoogd risico op een pneumonie en longcarcinoom.

Beleid bij exacerbaties

De behandeling en de frequentie van monitoring bij een exacerbatie worden bepaald door de ernst van het actuele klinische beeld en het effect van de ingestelde behandeling bij eerdere exacerbaties. Bij frequente exacerbaties (ten minste twee kuren prednisolon of antibioticum of ziekenhuisopnamen in verband met COPD per jaar) én zeer adequate coping kan de patiënt in principe zelf starten met medicatie bij een verergering van de symptomen. Voorwaarde hiervoor is dat de patiënt in staat is de symptomen te herkennen en weet wanneer hij of zij contact moet opnemen als de zelf ingestelde behandeling niet aanslaat.[60] De huisarts schat de mogelijkheden hiervoor in, aan de hand van de mate van zelfmanagement, de ziektelast en de mate van mantelzorg.

De huisarts:
- inspecteert de patiënt en ausculteert de longen;
- gaat de oorzaak van de exacerbatie na;
- beoordeelt of er een andere (cardiale) oorzaak van de verergering van de dyspneu is;
- meet bij twijfel aan de ernst van de exacerbatie en het te volgen beleid (verwijzen of niet) de zuurstofsaturatie met een pulsoximeter;[61]
- verricht bij patiënten met een lichte of matige luchtwegobstructie (FEV_1 ≥ 50%) en twijfel over de ernst van de exacerbatie een CRP-bepaling middels een point-of-care-test, zie [**stroomdiagram**].[62]

Alarmsymptomen zijn uitputting, cyanose of bewustzijnsdaling al dan niet in combinatie met een daling van de zuurstofsaturatie ≤ 92% (deze afkapwaarde geldt niet bij pre-existent lagere saturatiewaarden).

Aanwezigheid van één of meer *alarmsymptomen* is een reden voor een spoedverwijzing. Bel een ambulance met U1-indicatie en handel intussen volgens onderstaande aanbevelingen. Zie voor verdere details de Farmacotherapeutische richtlijn Geneesmiddelen in spoedeisende situaties (www.nhg.org). Een eventueel gemeten zuurstofsaturatie > 92% maakt longfalen (arteriële hypoxie en/of hypercapnie) onwaarschijnlijk (zie noot 61).
- Indien zuurstof beschikbaar is:
  - start met 10 tot 15 liter O_2/min en bouw zo snel mogelijk aan de hand van de perifere zuurstofsaturatie af in verband met het risico op hypercapnie, zoals bij patiënten met zeer ernstige obstructie of morbide adipositas; streef naar een zuurstofsaturatie tussen 90 en 92%;
  - combineer dit, indien vernevelapparatuur beschikbaar is, met vernevelen van salbutamol (2,5 tot 5,0 mg) en ipratropiumbromide (0,5 mg).
- Indien vernevelapparatuur niet beschikbaar is:

Tabel 5 **Monitoring na de diagnostische fase**

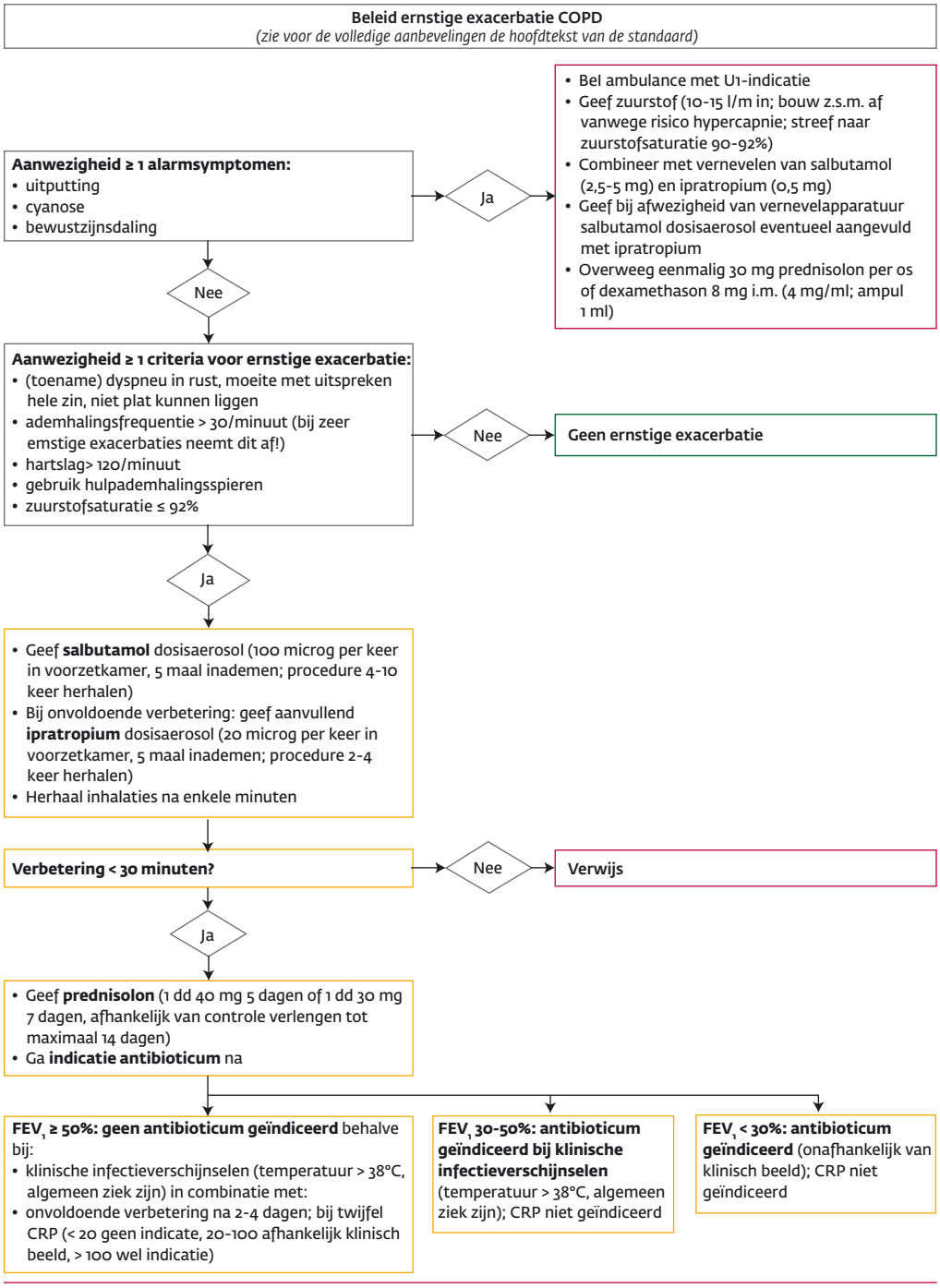
Patiënten	Frequentie controleconsult	Frequentie spirometrie
Instelfase COPD	Na verandering medicatie	1-2 keer
Lichte ziektelast°: bij patiënten zonder klachten† én die niet (meer) roken	Jaarlijks	Niet
Lichte ziektelast: bij patiënten met klachten‡ of die roken	Ten minste jaarlijks	Eenmaal per 3 jaar
Matige ziektelast	Ten minste 2 maal per jaar	Jaarlijks; bij adequate omgang met de aandoening bij patiënt die gestopt is met roken kan dit eenmaal per 3 jaar
Ernstige ziektelast	In de 2e lijn	In de 2e lijn
Beperkte levensverwachting	Zorg op maat	Niet aanbevolen
Exacerbatie	Extra na behandeling van de exacerbatie	Niet extra

° Ziektelast: zie [**tabel 1**]. Bij afwezigheid van jaarlijkse spirometrie kan uitgegaan worden van de laatst gemeten waarden.
† Zonder klachten (bij lichte ziektelast): MRC < 2 en/of CCQ < 1 én zonder exacerbatie de voorafgaande 12 maanden.
‡ Met klachten (bij lichte ziektelast): MRC = 2 of CCQ ≥ 1 en < 2 of maximaal 1 exacerbatie de voorafgaande 12 maanden.

– geef salbutamol en ipratropium per dosisaerosol: zie [**stroomdiagram**].
- Overweeg in beide situaties eenmalig 30 mg prednisolon per os of bij patiënten die te benauwd zijn om te slikken dexamethason 8 mg i.m. (4 mg/ml; ampul 1 ml).

Voor de medicamenteuze behandeling van een *ernstige exacerbatie zonder alarmsymptomen* zie [**stroomdiagram**]. Wacht het effect van de luchtwegverwijders bij een ernstige exacerbatie ter plaatse af; in minder ernstige gevallen kan een controle binnen enkele uren worden afgesproken.

Stroomdiagram **Beleid bij ernstige exacerbatie**



Bij verbetering;
- geef een orale kuur prednisolon;[63] bij patiënten bekend met diabetes mellitus of die klachten hebben die passen bij diabetes mellitus wordt de glucosewaarde eenmalig bepaald tijdens de prednisolonkuur;
- instructies voor het gebruik van luchtwegverwijders gedurende de komende 24 uur (bijvoorbeeld een dubbele dosis of inhalatie via een voorzetkamer);
- ga na of er een indicatie voor antimicrobiële middelen.[45]

Bij een ernstige exacerbatie wordt de volgende dag een controle afgesproken die bestaat uit:
- evaluatie van de klachten en ervaren beperkingen;
- onderzoek van de longen;
- nagaan van de oorzaak van de exacerbatie; let vooral op de therapietrouw, de inhalatietechniek en luxerende factoren;
- eventueel bijstelling van het beleid.

Verwijs een patiënt met een ernstige exacerbatie als er:
- binnen een half uur geen verbetering optreedt;
- thuis onvoldoende zorgmogelijkheden zijn;
- ernstige interfererende comorbiditeit is;
- bij eerdere exacerbaties altijd een ziekenhuisopname noodzakelijk was.

Bij de inschatting of thuisbehandeling mogelijk is, houdt de huisarts rekening met risicofactoren voor een ernstig beloop (leeftijd > 65 jaar, ademhalingsfrequentie ≥ 30/min, systolische bloeddruk < 90 mmHg, desoriëntatie, nierfunctiestoornis).

Niet-ernstige exacerbatie. Hiervan is sprake bij afwezigheid van de criteria voor een ernstige exacerbatie. In dat geval adviseert de huisarts:
- het gebruik van kort- en/of langwerkende luchtwegverwijders in de maximumdosering [**tabel 4**];[64]
- bij onvoldoende effect daarvan, aangevuld met een kuur prednisolon 1 dd 40 mg gedurende 5 dagen of 1 dd 30 mg

gedurende 7 dagen (afhankelijk van controle na 2 tot 5 dagen te verlengen tot maximaal 14 dagen); bij patiënten bekend met diabetes mellitus of bij klachten die passen bij diabetes mellitus wordt de glucosewaarde eenmalig bepaald tijdens de prednisolonkuur;
- controle zo nodig.

PRAKTIJKVOERINGSASPECTEN

Herevaluatie diagnose COPD

Het verdient aanbeveling bij ouderen met de diagnose 'licht COPD' op basis van het (vervallen) criterium van een FEV_1/FVC-ratio < 0,7 de diagnose COPD te heroverwegen door evaluatie van klachten, hinder, beperkingen en exacerbaties en door herhaling van spirometrie, waarbij de GLI2012-referentiewaarden en het criterium voor bronchusobstructie (FEV_1/FVC-ratio < p5) gehanteerd worden.[65] Bij een niet-afwijkende spirometrie volgens de GLI2012-referentiewaarden vervalt de diagnose COPD. Bij afwezigheid van klachten, beperkingen en exacerbaties bij patiënten kan de monitoring gestaakt worden. Bij aanwezigheid van klachten, beperkingen of exacerbaties kan een andere diagnose zoals chronische bronchitis overwogen worden.

Vroegdiagnostiek

De COPD-risicotest kan gebruikt worden als praktijken case-finding overwegen (zie de NHG-Praktijkwijzer Preventieconsult COPD).[66] Dit is een relatief eenvoudige methode om patiënten tussen de 40 en 70 jaar met nog niet-gediagnosticeerd COPD op te sporen in de huisartsenpraktijk. Bij personen die met de test een hoog risico scoren wordt nadere diagnostiek verricht, waaronder spirometrie (zie *Richtlijnen diagnostiek*). De risicotest is vooral onderscheidend bij patiënten die roken en hoesten.[67] De risicotest is ook goed bruikbaar in populaties met een lage sociaaleconomische status.

Zorggroep

In een deel van de huisartsenpraktijken wordt de zorg voor patiënten met COPD geleverd binnen de kaders van een zorggroep. In een zorggroep worden praktijkoverstijgende taken georganiseerd.

Zorg voor COPD-patiënten door de huisarts dient aan de volgende voorwaarden te voldoen:
- protocollaire opzet;
- individueel zorgplan;
- sluitend afspraak- en oproepsysteem;
- adequate registratie in het Huisarts Informatie Systeem respectievelijk Ketenzorg Informatie Systeem van de gegevens die worden verzameld bij periodieke controles. Op basis van deze kernset van gegevens kunnen ook berekeningen worden gemaakt die tot indicatoren leiden;
- structurele samenwerking en afstemming van de zorg met praktijkondersteuner/longverpleegkundige, fysiotherapeut, apotheker, diëtist, longarts, kaderhuisarts en indien relevant met de bedrijfsarts;
- verzamelen van gegevens op basis van de minimale dataset COPD;
- periodieke evaluatie van bovengenoemde aspecten.

Aandachtspunten voor bespreking in de regio

Regionaal zijn er verschillen in aanpak mogelijk, afhankelijk van beschikbare expertise en de lokale situatie. Aandachtspunten voor het maken van afspraken zijn:
- monitoring volgens de zorgstandaard COPD van de Longalliantie Nederland;
- exacerbatiemanagement en regeling van spoedzorg ingeval van acute ernstige kortademigheid;
- consultatie van een kaderhuisarts longziekten of van de longarts, verwijzing en terugverwijzing;
- het delen van gegevens (bijvoorbeeld via Keten Informatie Systeem) en wijze van informatie-uitwisseling: bij monitoring en bij tussentijdse wijzigingen, exacerbaties, organisatie van bereikbaarheid voor overleg en afstemming van de zorg onderling;
- inhoud van de gestructureerde verwijsbrief en terugrapportage;
- hoofdbehandelaarschap, invulling van gedeelde zorg, inhoud van integrale zorg;
- op elkaar afgestemd voorlichtingsmateriaal in eerste en tweede lijn en schriftelijk actieplan;
- scholing en nascholing;
- transparantie van indicatoren;
- afspraken tussen eerste en tweede lijn (individueel dan wel als zorggroep en ziekenhuis) met:
  - apotheker(s) in de regio over het uniformeren en regelmatig herhalen van de inhalatie-instructie en monitoring van het medicatiegebruik;
  - medebehandelaars zoals diëtisten en fysiotherapeuten;
  - zorgverzekeraars, over gedeelde zorg en keten dbc.

LANDELIJKE TRANSMURALE AFSPRAAK COPD

Aandachtspunten

- Behandel in de eerste lijn als het kan, in de tweede lijn als het nodig is.
- Maak afspraken over hoofdbehandelaarschap (huisarts, longarts) of gedeelde zorg en over wie aanspreekpunt is voor de patiënt.
- Bij patiënten die onder behandeling van de longarts zijn in de diagnostische fase, is de longarts primair aanspreekpunt. Bij patiënten met een lichte ziektelast of tijdens de instelfase van recent door de huisarts vastgestelde COPD is de huisarts over het algemeen de hoofdbehandelaar. Bij patiënten met een aanhoudend matige of ernstige ziektelast is de longarts meestal de hoofdbehandelaar.
- Bij consultatie of verwijzing formuleert de huisarts een adequate vraagstelling en geeft hij gestructureerd aan of het een diagnostisch of een behandelingsprobleem betreft en of het om kortdurende of langdurige begeleiding gaat.
- De longarts rapporteert na het vaststellen van de diagnose of een (definitief) behandelplan, bij terugverwijzing of anders minimaal jaarlijks, en tussentijds bij nieuwe gezichtspunten die van belang zijn voor de huisarts.
- De huisarts en longarts informeren elkaar bij een belangrijke verandering van de medicatie (zoals structurele wijziging van de onderhoudsmedicatie), bij voorkeur digitaal en indien dit niet mogelijk is schriftelijk.
- De kaderhuisarts longziekten kan een

tussenrol vervullen tussen de huisarts en de longarts afhankelijk van lokale afspraken. De kaderhuisarts kan initiatieven nemen om de behandeling van astma- en COPD-patiënten in de regio te verbeteren, bijvoorbeeld door afspraken te initiëren of consultatie op afstand mogelijk te maken.
- De huisarts en longarts leggen aan de patiënt het doel en de reden van verwijzing en terugverwijzing uit.

Ondersteuning diagnostiek

De huisarts kan spirometrie zelf verrichten en interpreteren, of kan hiervoor samenwerken met een eerstelijns diagnostisch centrum al dan niet verbonden aan een ziekenhuis. Het diagnostisch centrum kan zorgen voor de uitvoering van de longfunctiemetingen en deze samen met klinische gegevens laten interpreteren door een longarts/kaderhuisarts, indien:
- de huisartsenpraktijk niet zelf longfunctiemetingen kan uitvoeren;
- de huisarts zich onvoldoende deskundig acht om de uitslagen van de spirometrie te interpreteren;
- de huisarts incidenteel behoefte heeft aan beoordeling van spirometrie bij complexere astma/COPD-diagnostiek;
- de huisarts of de zorggroep er om praktische en/of kwalitatieve redenen voor kiest de spirometrie uit te besteden.

Verwijzing of (tele)consultatie

Verwijzing naar of (tele)consultatie (direct of via een eerstelijns diagnostisch centrum) van de longarts is aangewezen bij diagnostische problemen of bij het niet of onvoldoende behalen van de behandeldoelen.

Consultatie of verwijzing naar de longarts wordt geadviseerd in de volgende specifieke situaties:
- bij twijfel aan de diagnose, bijvoorbeeld bij discrepantie tussen de ernst van de klachten en objectieve bevindingen, bij COPD op relatief jonge leeftijd (arbitrair < 50 jaar) of bij blijvende twijfel tussen COPD en hartfalen;
- bij een ernstige exacerbatie (als er alarmsymptomen zijn, er binnen een half uur geen verbetering optreedt, er thuis onvoldoende zorgmogelijkheden zijn, er ernstige interfererende comorbiditeit is of als bij eerdere exacerbaties altijd een ziekenhuisopname noodzakelijk was);
- bij patiënten met een blijvende matige of ernstige ziektelast;
- bij een verminderde voedingstoestand indien dit het gevolg lijkt van COPD;[68]
- bij werkgerelateerde problemen of belemmeringen; hierbij kan naast de bedrijfsarts ook de longarts een rol spelen.

Daarnaast is verwijzing gewenst in de volgende situaties:
- twee of meer exacerbaties per jaar waarvoor de patiënt werd behandeld met orale corticosteroïden met of zonder antimicrobiële middelen, ondanks behandeling met een langwerkende luchtwegverwijder en ICS;
- blijvende relevante klachten en beperkingen ondanks behandeling (arbitrair MRC ≥ 3, CCQ ≥ 2);
- bij complicerende of ernstige comorbiditeit;
- indien intensieve begeleiding gewenst is vanwege complicerende psychosociale factoren die adequate behandeling structureel blijven bemoeilijken;
- matige tot ernstige problemen met het omgaan met de ziekte;
- een FEV_1 < 50% van de voorspelde waarde of < 1,5 liter, ondanks optimale behandeling;
- snel progressief beloop (toename dyspneu, afname inspanningsvermogen, daling van FEV_1 over ten minste 3 jaar (≥ 3 metingen) met gemiddeld meer dan 150 ml/jaar) ondanks maximale behandeling, ook bij een FEV_1 > 50% van de voorspelde waarde;
- een mogelijke indicatie voor zuurstofbehandeling zoals vermoeden van hypoxemie (bijvoorbeeld perifere zuurstofsaturatie ≤ 92%, desaturatie bij inspanning > 3% of < 90% absoluut).

Terugverwijzen

- De longarts verwijst de patiënt terug indien de vraag van de huisarts of patiënt beantwoord is, de diagnostiek in de tweede lijn afgerond is of de zorg van de longarts niet verder bijdraagt aan het verminderen van de ziektelast. Bij terugverwijzen stelt de longarts een duidelijk medicamenteus en niet-medicamenteus beleid op en verstrekt aan de huisarts relevante gegevens met betrekking tot te verwachten ziektebeloop, medicatie, mate van ziektelast en toegepaste behandeling.
- Bij ontslag na ziekenhuisopname of behandeling op de SEH wordt de huisarts ingelicht en wordt aangegeven wie verantwoordelijk is voor de vervolgbehandeling en monitoring.

Samenwerking bij exacerbaties

- De patiënt en diens omgeving moeten weten wat te doen bij een exacerbatie, bij voorkeur middels een geschreven actieplan (eventueel als onderdeel van een individueel zorgplan) met onder andere informatie over bereikbaarheid van de hoofdbehandelaar binnen en buiten kantooruren.
- Er dient continue zorg gegarandeerd te zijn door de hoofdbehandelaar.
- Patiënten die onder behandeling van de longarts zijn, maar zich melden bij de huisarts met COPD-gerelateerde klachten, beoordeelt de huisarts volgens de standaard. Indien nodig overlegt de huisarts met de behandelend (of zo nodig dienstdoend) longarts.
- Patiënten die onder behandeling van de huisarts zijn, maar zich desondanks (via de SEH) melden bij de longarts, beoordeelt de longarts en verwijst hij bij stabiele situatie terug naar de huisarts.

Eindstadium COPD

De behandeling van patiënten met eindstadium COPD vergt vaak een intensieve begeleiding en een goede samenwerking tussen de verschillende medebehandelaars.[69] De start van de palliatieve fase is bij patiënten met COPD niet strikt aan te geven. Aanbevolen wordt dat de hoofdbehandelaar in goed onderling overleg tijdig en op een rustig en voor de patiënt geschikt moment ter sprake brengt wat medisch nog wel en niet meer zinvol is. Bij voorkeur zijn hierbij ook naasten aanwezig. Tijdens het gesprek wordt nage-

gaan welke onderwerpen de patiënt en de naasten bezighouden (bijvoorbeeld angst om te stikken) en wat de wensen en verwachtingen betreffende de zorg en behandeling zijn. Aandacht moet besteed worden aan de draagkracht van de mantelzorger(s). De uitkomst van dit gesprek dient medegedeeld te worden aan de medebehandelaars. Een ziekenhuisopname kan bijvoorbeeld een goed moment zijn om dit te bespreken. In dit gesprek behoort ook aandacht besteed te worden aan de wensen van de patiënt ten aanzien van beademing, reanimatie en het levenseinde. Besluitvorming hieromtrent dient in het dossier vastgelegd te worden en in acute situaties beschikbaar te zijn.

Via het Longfonds kan de gratis patiëntenversie van de richtlijn palliatieve zorg bij ernstig COPD besteld worden om mee te geven aan de patiënt en zijn naasten (www.longfonds.nl).

Afweging door de huisarts en de longarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts en de longarts is bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van de in deze paragraaf opgenomen aanbevelingen rechtvaardigen.

© 2015 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Keuzemogelijkheid patiënt

De COPD-zorg is zo georganiseerd dat de patiënt zelf keuzemogelijkheden heeft en houdt. Dit geldt ongeacht welke afspraken er in een regio gemaakt worden, bijvoorbeeld binnen de context van een zorggroep en ziekenhuis. De patiënt blijft in de gelegenheid een zorgverlener, bijvoorbeeld een arts of een zorginstelling, te kiezen.

Totstandkoming

In januari 2013 startte een multidisciplinair samengestelde werkgroep met de gecombineerde herziening van de NHG-Standaarden Astma bij volwassenen en COPD. Deze werkgroep heeft een conceptversie gemaakt. De werkgroep bestond uit de volgende leden: ir. M.J.M. Barnhoorn, projectleider Kwaliteit van Zorg bij het Longfonds (voorheen Astmafonds); dr. B.D.L. Broekhuizen, huisarts te Borculo en werkzaam bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht; prof.dr. N.H. Chavannes, huisarts te Zeist en hoogleraar Huisartsgeneeskunde te Leiden; dr. J.C.C.M. in 't Veen, longarts, verbonden aan het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam; prof.dr. T. van der Molen, hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan het UMCG in Groningen; prof.dr. J.W. Muris, hoogleraar Asthma and COPD in Primary Care Maastricht University; prof.dr. O. van Schayck, hoogleraar Preventieve geneeskunde Maastricht University; dr. I. Smeele, huisarts te Eindhoven en hoofd van de afdeling Implementatie van het NHG; dr. J.B. Snoeck-Stroband, huisarts te Den Haag en onderzoeker bij het LUMC in Leiden; dr. T.R.J. Schermer, biomedicus aan het Radboudumc in Nijmegen.

De werkgroep werd methodologisch en procesmatig ondersteund door M.K. Tuut, epidemioloog, PROVA Varsseveld, aangesteld als wetenschappelijk medewerker en dr. R.M.M. Geijer, huisarts te Utrecht en senior wetenschappelijk medewerker van de afdeling R&W van het NHG. M.M. Verduijn, was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie. J. den Boer was betrokken als medewerker afdeling Implementatie. Een overzicht van werkgroepleden die belangen hebben gemeld is ter inzage bij het NHG. Door de overige leden werd geen belangenverstrengeling gemeld. Meer details hierover zijn te vinden in de webversie van de standaard op www.nhg.org.

In mei 2014 werd de conceptstandaard in een focusgroepbijeenkomst met leden van de CAHAG besproken. Daarnaast werd de paragraaf Landelijke Transmurale Afspraak van de conceptstandaard bediscussieerd met B.E.A. Hol, dr. P.Th.W. van Hal en dr. J.C.C.M. in 't Veen, longartsen en afgevaardigd namens de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT).

Daarnaast werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar Vrouwenstudies medische wetenschappen, Radboudumc, Nijmegen; M. Favié, namens Bogin; dr. J. Oltfoort, namens Nefarma; dr. G.B.G.J. van Rooy, bedrijfsarts, namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB); dr. H.J.M.G. Nelissen, apotheker, namens het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM); dr. D. Bijl, artsepidemioloog en hoofdredacteur van het *Geneesmiddelenbulletin*; D. Dost, K. de Leest, T. Schalekamp, J.M. Krijger-Dijkema, apotheker/richtlijnontwikkelaar, allen namens KNMP Geneesmiddelen Informatie Centrum; M. Danz, apotheker, namens Zorginstituut Nederland (ZINL); L.J. Boomsma, huisarts en senior beleidsmedewerker Beleid & Ontwikkeling namens de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV); dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts en Wetenschap*; prof.dr. P. van Royen, huisarts namens de Domus medica België; M. Verschuur-Veltman, M. Vrolijk, G. van Vulpen en C. Hallensleben, allen praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners en J. de Jong, L. Oosterom en E.L. Fetter, longverpleegkundigen, allen namens Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN); G. Geraerts, R. Leysner, S. van Os, C. Bolleurs en O. Schreven, allen namens de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD); W. Stolk, beleidsadviseur, M. van Moorst en V. van Vliet, beiden longfunctie-analist en kaderhuisarts astma en COPD, dr. V. van der Meer, huisarts-epidemioloog en kaderarts astma-COPD en M.J.F. van den Boogaard, stafverpleegkundige astma-COPD, allen namens de Vereniging van organisatie voor Eerstelijnszorg Ineen; dr. R. Hopstaken, huisarts, Saltro diagnostisch centrum; S. Olthof, M. Sillen en L. Tissink, allen fysiotherapeut namens de Vereniging voor Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie (VHVLKNGF); em.prof.dr. P.H. Quanjer, fysioloog, Erasmus MC, Rotterdam; dr. F.M.E. Franssen, longarts, namens de werkgroep COPD van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT); ir. M. Barnhoorn namens het Longfonds.

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

G.M.H. Kramer en J.J.A.M. van Dongen hebben namens de NHG-Adviesraad (NAS) tijdens de commentaarronde beoordeeld of de conceptstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel.

In april/mei 2014 werd de standaard becommentarieerd en in oktober 2014 geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze standaard (zie www.nhg.org). Verder zijn de procedures voor de ontwikkeling van de NHG-Standaarden in te zien in het procedureboek (zie www.nhg.org).

Berend Terluin

NASCHOLING

Interventies bij overspanning en burn-out

Samenvatting

Terluin B. Interventies bij overspanning en burn-out. Huisarts Wet 2015;58(4):212-6.

Overspanning (*surmenage*) is een combinatie van spanningsklachten (*distress*), controleverlies en sociaal disfunctioneren. Burn-out is een vorm van overspanning waarbij moeheid en uitputting sterk op de voorgrond staan, en de klachten langer dan zes maanden geleden zijn begonnen. Diagnostische valkuilen zijn het missen van een depressieve of angststoornis, of van problematisch alcoholgebruik. Daarom is het aan te bevelen routinematig gebruik te maken van de Vierdimensionale Klachtenlijst en de Five Shot Test. Het herstelproces van overspanning kent drie fasen. In fase 1, de crisisfase, is vooral sprake van ontreddering en veel spanningsklachten bij de patiënt. In fase 2, de probleemoplossingsfase, analyseert de patiënt de problemen en pakt hij deze stap voor stap aan. In fase 3, de toepassingsfase, pakt de patiënt geleidelijk aan zijn sociale rollen weer op. In fase 1 kan de huisarts uitleggen dat overspanning een normale, begrijpelijke reactie op te veel stress is en dat de patiënt met een actieve gestructureerde aanpak goed en vlot kan herstellen. De begeleiding door huisarts of POH-ggz moet de eigen kracht van de patiënt ondersteunen. De eerste adviezen richten zich op acceptatie van de overspanning en bewuste afwisseling van enerzijds rust, ontspanning en afleiding, en anderzijds het in kaart brengen en aanpakken van de problemen. Schrijfopdrachten kunnen vanaf het eerste consult worden gebruikt om gebeurtenissen op een rijtje te zetten, het inzicht in gevoelens te vergroten en gebeurtenissen te verwerken. Wanneer de patiënt een overzicht van de problemen heeft gemaakt, kan hij deze onder begeleiding stap voor stap oplossen. De huisarts of POH-ggz moet de patiënt soms stimuleren moeilijke keuzes te maken. Werkhervatting is een speciaal aandachtspunt, omdat verzuim dat langer dan drie maanden duurt de kans op terugkeer naar het werk aanzienlijk reduceert. Voor een tijdige werkhervatting is het vaak nodig om werkproblemen op te lossen en het werk tijdelijk aan te passen. Samenwerking met de bedrijfsarts is daarvoor onontbeerlijk. Gedurende het ziekteverzuimtraject heeft de bedrijfsarts een adviserende en ondersteunende rol. Bij een goede aanpak van overspanning moet er binnen drie tot vier weken verbetering te zien zijn. Wanneer dan nog geen enkele verbetering is opgetreden, is verwijzing naar een psycholoog nodig. Bij burn-out moet de patiënt altijd een verwijzing naar een psycholoog krijgen.

INLEIDING

Overspanning wordt gekenmerkt door aspecifieke klachten, zoals futloosheid, gespannenheid, piekeren, prikkelbaarheid en slaapproblemen, en sociaal disfunctioneren.[1,2] De klachten zijn het gevolg van te veel stress, vaak een combinatie van overbelasting door te veel verplichtingen, problemen op diverse gebieden en levensgebeurtenissen.[3,4] Wanneer de patiënt moeite heeft met het hanteren van de stress, ontstaat er spanning (*distress*), die de patiënt stimuleert om de stress aan te pakken.[5] Wanneer dit niet lukt en de patiënt zijn greep op de situatie verliest, kan hij gedemoraliseerd raken.[6] De patiënt weet niet meer wat hij moet doen en kan niet anders dan problematische sociale rollen (waaronder vaak de arbeidsrol) laten vallen. Mensen die overspannen zijn, gaan praktisch allemaal in de eerste maanden naar hun huisarts.[7] Lichamelijke spanningsklachten en zich letterlijk ziek voelen van de stress zijn belangrijke redenen om de huisarts te consulteren.

In deze nascholing bespreek ik wat de huisarts en de POH-ggz voor hun overspannen patiënten kunnen doen. De nadruk zal daarbij liggen op activerende interventies. Er is een beperkte directe wetenschappelijke onderbouwing voor deze aanpak,[8,9] die in belangrijke mate steunt op praktijkervaring en gezond verstand.[10-14] Zowel de huisarts als de POH-ggz kan de beschreven interventies uitvoeren, waarbij ze een taakverdeling kunnen afspreken. De ziekmelding bij overspanning heeft een element van probleemvermijding in zich, waardoor

De kern

- Overspanning (*surmenage*) is het gevolg van te veel stress en een tekortschietende stresshantering (controleverlies). Kenmerken van overspanning zijn spanningsklachten (*distress*) en sociaal disfunctioneren.
- Burn-out is een vorm van overspanning waarbij moeheid en uitputting sterk op de voorgrond staan en de klachten meer dan een half jaar geleden zijn begonnen.
- Het herstel van overspanning/burn-out verloopt in drie fasen. In de crisisfase moet de patiënt weer greep krijgen op zijn stress. In de probleemoplossingsfase gaat de patiënt aan de slag om de problemen stapsgewijs aan te pakken. In de toepassingsfase past de patiënt de gekozen oplossingen toe en pakt hij zijn sociale rollen weer op.
- De begeleiding van overspanning/burn-out door de huisarts of POH-ggz gaat uit van de eigen kracht van de patiënt. Daarbij past het afspreken van huiswerk, bijvoorbeeld in de vorm van schrijfopdrachten.
- Langdurig ziekteverzuim moet worden voorkomen vanwege het risico van verlies van het werk. Samenwerking met de bedrijfsarts/arboarts kan helpen om een tijdige (gedeeltelijke) werkhervatting te realiseren.

VUmc, EMGO Institute for Health and Care Research, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: dr. B. Terluin, huisarts/senior onderzoeker • Correspondentie: b.terluin@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Definitie van overspanning
Er is sprake van overspanning als voldaan is aan allevier onderstaande criteria:
- Ten minste drie van de volgende klachten zijn aanwezig: moeheid, gestoorde of onrustige slaap, prikkelbaarheid, niet tegen drukte/herrie kunnen, emotionele labiliteit, piekeren, zich gejaagd voelen, concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid.
- Gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren. De stresshantering schiet tekort; de persoon kan het niet meer aan en heeft het gevoel de greep te verliezen.
- Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.
- De spanningsklachten (distress), het controleverlies en het sociaal disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.

de patiënt de problemen (tijdelijk) minder zwaar voelt. Dat kan er evenwel toe leiden dat de patiënt ook de behandeling door de huisarts of POH-ggz gaat vermijden, wat tot langdurig ziekteverzuim en uiteindelijk baanverlies kan leiden. Een op de vijf overspannen patiënten blijft een heel jaar of langer ziek thuis.[15,16]

DIAGNOSTIEK

De Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Overspanning en Burn-out en de gelijknamige LESA definiëren overspanning als een combinatie van spanningsklachten (*distress*), controleverlies en sociaal disfunctioneren [**kader**].[9,17] Huisartsen duiden overspanning vaak aan met het Franse leenwoord *surmenage* (ICPC-code P78). De MDR en LESA zien burn-out als een vorm van overspanning waarbij aan twee aanvullende criteria is voldaan: a) de klachten zijn langer dan zes maanden geleden begonnen en b) moeheids- en uitputtingsklachten staan sterk op de voorgrond. Deze kenmerken wijzen mogelijk op een minder effectieve stijl van stresshantering, respectievelijk op een neiging tot somatiseren. Het verschil tussen burn-out en 'gewone' overspanning is dus gradueel. Volgens de MDR en LESA is burn-out niet noodzakelijkerwijs werkgerelateerd. De oorzaken zijn in beide gevallen divers en betreffen zelden alleen het werk. Dit verschilt niet tussen burn-out en overspanning. De behandeling van burn-out is in principe dezelfde als die van overspanning, maar vergt meer tijd en deskundigheid. Daarom adviseren de MDR en LESA verwijzing naar een psycholoog.

Hoewel overspannen patiënten zich vaak met lichamelijke klachten melden, is meestal snel duidelijk wat er aan de hand is. De typische overspannen patiënt heeft grote behoefte aan hulp van zijn huisarts omdat hij niet meer weet wat te doen. De belangrijkste diagnostische valkuilen zijn het missen van een depressieve of angststoornis, of van problematisch alcoholgebruik. Het routinematig gebruiken van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) en de Five Shot Test kan de huisarts hiervoor behoeden.[18,19]

De diagnose overspanning (of burn-out) kan men volgens de MDR en LESA stellen naast die van een psychiatrische stoornis, zoals depressie. Kwetsbare patiënten kunnen door de stress van een overspanning direct of op termijn een psychiatrische stoornis ontwikkelen. In dergelijke gevallen is het zaak om beide problemen, de overspanning en de stoornis, te behandelen.

DE BEHANDELING: DRIE FASEN

In een typisch geval van overspanning verloopt het herstelproces in drie fasen, waarin de patiënt verschillende taken moet volbrengen.[13] De MDR spreekt dan ook van het 'fasentakenmodel'.[9] Fase 1, de *crisisfase*, kenmerkt zich door ontreddering en veel spaningsklachten. De patiënt is niet zelden overvallen door de overspanning. In deze fase moet de patiënt tot rust zien te komen, de overspanning leren accepteren en gaan begrijpen, en alle stressfactoren op een rijtje zetten. In fase 2, de *probleemoplossingsfase*, dient de patiënt de problemen een voor een te onderzoeken en oplossingen te bedenken. In de derde fase, de *toepassingsfase*, gaat de patiënt de gekozen oplossingen toepassen en de sociale rollen die hij had laten vallen, geleidelijk weer oppakken. Diverse interventies kunnen het herstel van overspanning in de verschillende fasen ondersteunen [**tabel**].

Abstract

Terluin B. Interventions for nervous breakdown and burnout. Huisarts Wet 2015;58(4):212-6.

Nervous breakdown is characterized by distress, loss of control, and social dysfunctioning. Burnout is a type of nervous breakdown with symptoms of fatigue and exhaustion lasting more than 6 months. Potential diagnostic pitfalls are failure to recognize depression, anxiety disorder, or problem drinking. For this reason, routine use of the Four Dimensional Symptom Questionnaire and the Five Shot Test is recommended. The recovery process encompasses three stages. In stage 1, the crisis stage, the patient is demoralized and very distressed. In stage 2, the problem-solving stage, the patient starts to analyse and deal with their problems, step-by-step. In stage 3, the application stage, the patient gradually resumes social roles and activities. In stage 1, the general practitioner should explain that nervous breakdown is a normal, understandable reaction to too much stress and that the patient can make a good and rapid recovery by following an active and structured approach. The advice and guidance given by the GP or the mental health practice nurse should bolster the patient's fortitude. In the first instance, the patient should be encouraged to accept that he/she has had a nervous breakdown and to alternate periods of rest, relaxation, and other activities on the one hand, with assessing and tackling the problems on the other. From the first consultation onwards, writing assignments can be used to map past events, to increase understanding of emotions and to assist the processing of events. Once the patient has made an overview of these problems, he/she should be helped to resolve them, one by one. The patient may need to be stimulated to make difficult choices. Return-to-work deserves special attention as sick leave longer than 3 months strongly reduces the likelihood of work resumption. For a timely return to work, it is often necessary to solve work-related problems and to temporarily adjust the type of work and workload. For this, collaboration with the occupational physician is indispensible. This health professional has an advisory and supportive role during the whole sick leave trajectory. If the right approach is used, some improvement should be seen within 3-4 weeks. If no improvement is seen by this time, referral to a psychologist is indicated. Burnout is always a reason for referral to a psychologist.

Tabel Schema van fasen, taken en aandachtspunten bij het herstelproces van overspanning/burn-out

Fasen	Taken van de patiënt	Aandachtspunten voor de huisarts/POH-ggz
1. Crisisfase	Overspanning begrijpen en accepteren Tot rust komen In kaart brengen van problemen	Uitleggen: normale reactie Positieve verwachtingen over beloop geven NHG-brieven 4DKL, Five Shot Test Schrijfopdrachten
2. Probleemoplossingsfase	Problemen prioritiseren Problemen analyseren en oplossingen bedenken	Schrijfopdrachten Oplossingen laten genereren Na 3-4 weken 4DKL herhalen Samenwerking met bedrijfsarts/arboarts
3. Toepassingsfase	Oplossingen toepassen Sociale rollen weer oppakken	Werkhervatting Samenwerking met bedrijfsarts/arboarts

Uitleg en informatie (fase 1)

Informatie moet de patiënt gedurende de crisisfase perspectief bieden op herstel. Snappen wat er aan de hand is en weten waar je aan toe bent vormen een krachtig medicijn tegen ontreddering en demoralisatie.[20] Belangrijke elementen in de uitleg zijn:

- Overspanning is een normale, begrijpelijke reactie op te veel stress en komt veel voor. Iedereen kan overspannen raken. Er is voor iedereen een grens aan wat hij aan stress kan verdragen. De huisarts kan het draaglast-draagkrachtmodel schetsen aan de hand van een weegschaalmetafoor en eventueel positieve eigenschappen van de patiënt benadrukken die onbedoeld tot de overspanning hebben bijgedragen (bijvoorbeeld verantwoordelijkheidsgevoel, doorzettingsvermogen, grote inzet).
- Bij een actieve gestructureerde aanpak (zie beneden) kan de patiënt goed en ook vrij vlot herstellen. De helft van alle overspannen patiënten functioneert binnen zes weken weer normaal, 75% binnen drie maanden. Praktisch iedereen kan binnen een half jaar weer normaal functioneren.[2]

De NHG-patiëntenvoorlichting op www.thuisarts.nl 'Ik ben overspannen' en 'Ik herstel van overspanning' kunnen de uitleg ondersteunen. Deze informatie kan ook worden geprint. Het is belangrijk om patiënten aan te raden deze informatie een paar keer door te lezen, omdat ze zich vaak slecht kunnen concentreren en moeite hebben om informatie te verwerken.

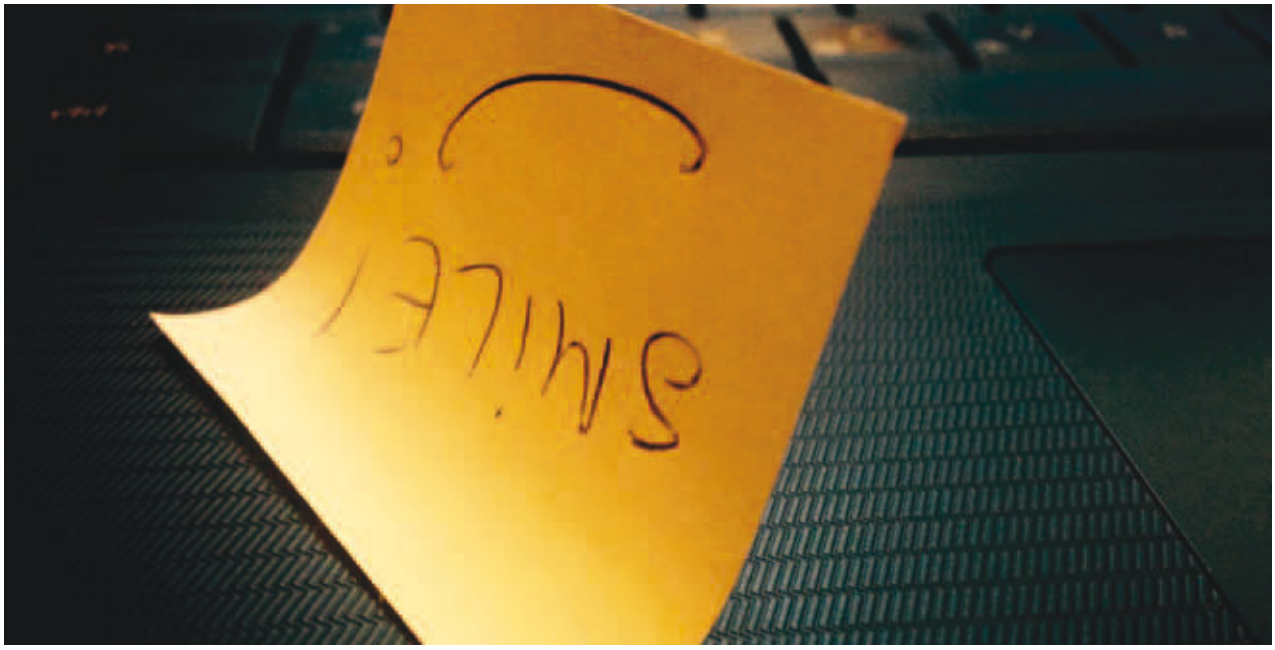
Eerste adviezen (fase 1)

De begeleiding van overspannen patiënten moet de eigen kracht ondersteunen en de zelfredzaamheid bevorderen. De patiënt wordt benaderd als probleemeigenaar. Dat wil niet zeggen dat de patiënt er alleen voor staat. Een groot aantal hulpverleners en instanties kan worden ingeschakeld om hulp te verlenen: bedrijfsarts, (bedrijfs)maatschappelijk werk, vakbond, advocaat, psycholoog, coach, schuldhulpverlening, en uiteraard de huisarts en POH-ggz. De belangrijkste adviezen zijn:

- Accepteer de overspanning. Acceptatie is een absoluut vereiste om de problematiek te kunnen oplossen. De huisarts kan de patiënt stimuleren zijn omgeving te vertellen dat hij overspannen is. Dat helpt bij de acceptatie.
- In het begin zijn rust en ontspanning belangrijk. De patiënt weet vaak het beste wat bij hem werkt om te ontspannen. Afleiding en actieve vormen van ontspanning (bijvoorbeeld wandelen of een klusje doen) zijn vaak beter uitvoerbaar dan passievere vormen, zoals ontspanningsoefeningen of gewoon rusten.
- Rust en ontspanning zijn niet voldoende voor herstel. De patiënt zal ook zijn stress moeten aanpakken. Dat kan alleen door ermee bezig te zijn. Dit dient over de dag bewust te worden afgewisseld met rust, ontspanning of afleiding.
- De patiënt moet de overspanning stapsgewijs aanpakken. De eerste stap bestaat uit het in kaart brengen van wat er aan stress speelt, waar het mis is gegaan. In een later stadium kan de patiënt naar oplossingen zoeken. In het begin moet de patiënt niet proberen meteen oplossingen te bedenken.
- Het is belangrijk om een vaste dagstructuur aan te houden, met ruimte voor noodzakelijke activiteiten, zoals verzorging van de kinderen, boodschappen doen, het huis opruimen en sociale contacten onderhouden.

Schrijfopdrachten (alle fasen)

Het opschrijven van gedachten en gevoelens is een probaat middel om stresserende gebeurtenissen op een rijtje te krijgen, om het bewustzijn van en inzicht in deze gebeurtenissen en gevoelens te vergroten, en om de gebeurtenissen te verwerken.[21] Daarmee kan de patiënt al vanaf het eerste consult beginnen. De huisarts kan als 'huiswerk' afspreken dat de patiënt een of meer keren per dag gaat schrijven. Het schrijven gebeurt bij voorkeur op vaste tijden, maar niet te lang achter elkaar omdat spanning en emoties flink kunnen oplopen. Vijftien tot dertig minuten schrijven per keer is doorgaans haalbaar en voldoende. Na afloop van een schrijfsessie moet de patiënt iets ondernemen om de spanning weer te laten zakken, bijvoorbeeld fietsen, een spelletje met de kinderen doen, een boodschap doen, een vriend(in) bellen voor een praatje. Het is niet nodig om structuur aan het schrijven zelf op te leggen. De patiënt kan het beste opschrijven wat bij hem boven komt of waar hij de hele dag (en nacht) over piekert. Het is niet erg als de patiënt van de hak op de tak springt of in herhaling vervalt. De patiënt schrijft voor zichzelf. Door te schrijven groeit en rijpt het verhaal vanzelf in zijn hoofd. In principe



hoeft de huisarts het geschrevene niet te lezen, maar steekproefsgewijs lezen van enkele passages kan wel een goede indruk geven van de problematiek waar de patiënt mee worstelt en de manier waarop de patiënt daarover schrijft. Soms wil de patiënt dat de huisarts een passage leest omdat dat makkelijker is dan erover te vertellen. De huisarts moet bij het vervolgconsult altijd op het 'huiswerk' terugkomen om te voorkomen dat de patiënt het afgesproken huiswerk als vrijblijvend gaat zien.

Problemen aanpakken (fasen 2 en 3)

Wanneer de patiënt enigszins tot rust is gekomen en door het nadenken, praten en schrijven voldoende overzicht over zijn situatie heeft gekregen, zou hij een lijstje moeten kunnen opstellen van problemen waar hij wat mee moet. Dit kunnen gebeurtenissen zijn die de patiënt nog moet verwerken, maar ook een teveel aan verplichtingen. De eerste stap betreft het kiezen van een probleem om als eerste aan te werken. Dat hoeft niet het belangrijkste probleem te zijn. Het kan juist helpen om te beginnen met een probleem waarvan de oplossing relatief makkelijk te realiseren is. Een klein succesje kan enorm motiverend werken. De volgende vraag is: wat wil de patiënt bereiken? Het doel moet wel realistisch zijn. Iets nastreven wat niet binnen de invloedsfeer van de patiënt ligt, leidt slechts tot frustraties.

De belangrijkste vraag die de patiënt moet beantwoorden bij het bespreken van mogelijke oplossingen is: 'Wat zijn mijn opties?' Het in kaart brengen van alle mogelijke opties is wellicht de belangrijkste probleemoplossende activiteit. De patiënt denkt na over de voor- en nadelen van de verschillende mogelijkheden. In dit stadium helpt het om met andere mensen te praten, met familie, vrienden of professionals. De patient moet worden aangemoedigd om zo nodig meer informatie te vergaren over zijn opties. De huisarts mag best meedenken, maar de patiënt is probleemeigenaar en daarmee verantwoordelijk voor het oplossen of op zijn minst hanteerbaar maken van de problemen. Uiteindelijk blijven er meestal twee of drie opties over waaruit de patiënt zal moeten kiezen. Het is belangrijk om de patiënt duidelijk te maken dat de ideale oplossing er vaak niet bij zit. Dat wordt dus een lastige keuze tussen twee of drie 'kwaden'. Bij een moeilijke keuze kan een schrijfopdracht behulpzaam zijn. De patiënt krijgt als huiswerk om per optie ten minste twintig voordelen en twintig nadelen op te schrijven. Dat geeft inzicht in alle mogelijke positieve en negatieve gevolgen van een bepaalde keuze. Na enige tijd voelt de patiënt doorgaans vanzelf aan wat voor hem de beste optie is. Hoewel rationele argumenten uitgebreid aan bod kunnen komen, moet een goede keuze vooral goed aanvoelen. Is de keuze eenmaal gemaakt, dan kan de patiënt nadenken over de noodzakelijke stappen om die optie te realiseren. Hierna kan worden afgesproken dat de patiënt de eerste stap zet. Het resultaat wordt bij een volgend consult besproken. Vervolgens komt de volgende stap in beeld of, als een probleem is opgelost, een volgend probleem.

Werkhervatting (fase 3)

Normaal doorwerken is meestal onmogelijk vanwege problemen op het werk en/of een gebrek aan energie (te traag tempo), prikkelbaarheid (risico op botsingen) en concentratieproblemen (risico op fouten). De Wet Verbetering Poortwachter stelt werkgever en werknemer samen verantwoordelijk voor het zo snel mogelijk beperken van het ziekteverzuim in omvang en duur. Daartoe moet de werkgever bereid zijn om de aard en omstandigheden van het werk en de werktijden (tijdelijk) aan te passen aan de restcapaciteiten van de patiënt. De patiënt moet bereid zijn zulk aangepast werk te accepteren, mits het binnen zijn vermogens ligt. Als het mogelijk is een gedeelte van het werk te blijven doen, kan de patiënt zich het beste niet

volledig ziek melden. In elk geval moet langdurig verzuim (langer dan drie maanden) worden voorkomen, omdat de kans op succesvolle werkhervatting snel kleiner wordt naarmate het verzuim langer duurt. Niet alleen ervaart de patiënt een steeds hogere drempel voor werkhervatting, ook bij de werkgever ontstaat een steeds hogere drempel voor re-integratie van de patiënt. De huisarts kan de patiënt vragen na te denken over de mogelijkheden om een deel van het werk te hervatten. Wat zou de patiënt weer kunnen gaan doen als hij de omstandigheden en het aantal uren werkhervatting zelf zou mogen bepalen? In principe zou iedere patiënt binnen zes weken weer een deel van zijn werk moeten kunnen hervatten.

Samenwerking met de bedrijfsarts/arboarts (alle fasen)

Een arboarts is een (basis)arts die bij een arbodienst werkt. Een bedrijfsarts is een medisch specialist op het gebied van arbeid en gezondheid. Volgens de Arbowet moeten werkgevers zich laten bijstaan door een bedrijfsarts of een gecertificeerde arbodienst voor onder meer de begeleiding van zieke werknemers. De bedrijfsarts/arboarts heeft daarbij een adviserende en ondersteunende rol. Het is goed om te weten dat de onafhankelijke positie van de bedrijfsarts in de praktijk onder druk staat doordat hij door de werkgever betaald wordt en met andere bedrijfsartsen/arbodiensten moet concurreren op de markt voor bedrijfsgezondheidszorg. Daarbij komt dat de diensten die bedrijven bij bedrijfsartsen/arbodiensten inkopen, vaak minimaal zijn. Daardoor kunnen zieke werknemers vaak niet (tijdig) de begeleiding van de bedrijfsarts/arboarts krijgen die volgens hun eigen professionele richtlijn van toepassing is.[22] Dit geeft nodeloos tijdverlies en vergroot de kans op langdurig ziekteverzuim. Wanneer de patiënt niet binnen drie weken een afspraak met een bedrijfsarts/arboarts kan krijgen, kan de huisarts overwegen te interveniëren, bijvoorbeeld door de werkgever dringend te adviseren op korte termijn een bedrijfsarts in te schakelen. Een werkgever kan zo'n advies om juridisch-maatschappelijke redenen moeilijk negeren. Wanneer het contact tussen de patiënt en diens werkgever niet optimaal is, heeft de bedrijfsarts/arboarts nogal eens de neiging om zich afzijdig te houden. Dat pakt doorgaans nadelig uit voor de patiënt. Het kan dan zeer de moeite lonen om de bedrijfsarts/arboarts te stimuleren een bemiddelende rol te gaan spelen. Direct telefonisch contact tussen huisarts en bedrijfsarts/arboarts (collega's!) werkt meestal beter dan communicatie via de bekende communicatieformulieren.

Vervolgcontacten

Wanneer de geschetste aanpak van overspanning aanslaat, moet er binnen drie tot vier weken een duidelijke verbetering te zien zijn, die kan worden geobjectiveerd aan de hand van de 4DKL. Blijft verbetering op die termijn uit, dan is verbetering in de daaropvolgende vier weken praktisch uitgesloten als het beleid niet wordt aangepast. Om geen kostbare tijd te verliezen, adviseren de MDR en LESA in zo'n geval overleg met de bedrijfsarts en verwijzing naar een psycholoog die ervaring heeft met overspanning en burn-out.

CONCLUSIE

Overspanning en burn-out ontstaan wanneer de patiënt te veel stress ondervindt en die niet meer aan kan, met als gevolg sociaal disfunctioneren (in het bijzonder ziekteverzuim). Het grote gevaar bij patiënten met een betaalde baan is langdurig verzuim en verlies van werk. De huisarts en de POH-ggz verkeren in een uitstekende positie om het herstelproces, dat in drie herkenbare fasen verloopt, te ondersteunen. Ze kunnen daarbij diverse activerende interventies inzetten. Om tijdige werkhervatting te realiseren is samenwerking met de bedrijfsarts een belangrijk aandachtspunt. ■

LITERATUUR

1 Terluin B, Gill K, Winnubst JAM. Hoe zien huisartsen surmenage? Huisarts Wet 1992;35:311-5.
2 Terluin B. Surmenage in een huisartspraktijk. Een explorerend onderzoek. Huisarts Wet 1986;29:261-4.
3 Terluin B. Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk [Proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1994.
4 Terluin B, Winnubst JAM, Gill K. Kenmerken van patiënten met de diagnose 'psychische surmenage' in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneeskd 1995;139:1785-9.
5 Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984.
6 De Figueiredo JM, Frank JD. Subjective incompetence, the clinical hallmark of demoralization. Compr Psychiatry 1982;23:353-63.
7 Houtman ILD, Schoemaker CG, Blatter BM. Psychische klachten, interventies en werkhervatting: de prognosestudie INVENT. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2002.
8 Terluin B, Van Dijk DM, Van der Klink JJL, Hulshof CTJ, Romeijnders ACM. De behandeling van overspanning. Een systematisch literatuuroverzicht. Huisarts Wet 2005;48:7-12.
9 Verschuren CM, Nauta AP, Bastiaanssen MHH, Terluin B, Vendrig AA, Verbraak MJPM, et al. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals. Utrecht: NVAB, 2011.
10 Fontana D. Managing stress. London: British Psychological Association, 1989.
11 Horowitz MJ. Stress response syndromes. Northvale: Jason Aronson, 1986.
12 Kates N, Craven M. Managing mental health problems. A practical guide for primary care. Seattle: Hogrefe & Huber, 1998.
13 Van der Klink JJL, Terluin B, Hoogduin CAL. Interventies gericht op het individu. In: Van der Klink JJL, Terluin B, redactie. Psychische problemen en werk. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
14 Terluin B, Van der Klink JJL, Schaufeli WB. Stressgerelateerde klachten: spanningsklachten, overspanning en burnout. In: Van der Klink JJL, Terluin B, redactie. Psychische problemen en werk. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.
15 Brouwers EPM, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PFM. De effectiviteit van een interventie door het maatschappelijk werk bij huisartspatiënten die overspannen zijn. Een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek. Huisarts Wet 2007;50:238-44.
16 Bakker IM, Terluin B, Van Marwijk HWJ, Van der Windt DAWM, Rijmen F, Van Mechelen W, et al. A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. PLoS Clin Trials 2007;2:e26.
17 Bastiaanssen MHH, Loo MAJM, Terluin B, Vendrig AA, Verschuren CM, Vriezen JA. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en burn-out. Herziening 2011. Huisarts Wet 2011;54:11-6.
18 Terluin B, Terluin M, Prince K, Van Marwijk HWJ. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. Huisarts Wet 2008;51:251-5.
19 Meerkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, Weisscher PJ, Njoo K, Boomsma LJ. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (tweede herziening). Huisarts Wet 2005;48:284-5.
20 Eriksen HR, Murison R, Pensgaard AM, Ursin H. Cognitive activation theory of stress (CATS): from fish brains to the Olympics. Psychoneuroendocrinology 2005;30:933-8.
21 Pennebaker JW, Seagal JD. Forming a story: the health benefits of narrative. J Clin Psychol 1999;55:1243-54.
22 Van der Klink JJL, Ausems CCM, Beijderwellen BD, Blonk RWB, Bruinvels DJ, Dogger J, et al. Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen. Richtlijn. Utrecht: NVAB, 2007.

Marjolein Schot

CRP-meting bij kinderen?

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

PRAKTIJKVRAAG

Huisartsen zien veel hoestende kinderen op het spreekuur. Het merendeel van deze kinderen herstelt niet sneller door antibiotica. Toch schrijven huisartsen vaak antibiotica voor. Hoe kunnen we minder onnodige antibiotica voorschrijven aan kinderen met hoestklachten?

HUIDIG BELEID

De NHG-Standaard Acuut hoesten stelt dat bij een kind met hoestklachten alleen antibiotica nodig is bij een pneumonie of verhoogd risico op een gecompliceerd beloop. De huisarts stelt de (waarschijnlijkheids)diagnose pneumonie bij acuut hoesten én tekenen van ernstig ziek zijn, zoals tachypnoe of tachycardie, of bij matig ziek zijn én eenzijdige auscultatoire afwijkingen, of een infiltraat op de X-thorax of een beloop langer dan 7 dagen met koorts en hoesten. Daarnaast hebben kinderen onder de 3 maanden of met (aangeboren) hart- of longafwijkingen een verhoogd risico op een gecompliceerd beloop.

De huisarts schat de ernst van de luchtweginfectie dus in op basis van de anamnese en het lichamelijk onderzoek. In de standaard staat dat de CRP-sneltest bij kinderen nog onvoldoende is onderzocht om te kunnen toepassen.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Gemiddeld ziet een huisarts ongeveer 80 kinderen per jaar met een lageluchtweginfectie. Tot de lageluchtweginfecties behoren acute bronchitis en pneumonie. Het merendeel van deze kinderen heeft geen pneumonie, en antibiotica zal dan ook niet zorgen voor sneller herstel. In de praktijk is het echter lastig om onderscheid te maken tussen pneumonie en acute bronchitis en hierdoor schrijft de huisarts, voor de zekerheid, vaak antibiotica voor. Bij 56% van de kinderen met bronchitis schrijft de huisarts in het eerste consult antibiotica voor.[1] Overprescriptie van antibiotica is onwenselijk vanwege bijwerkingen, antibioticaresistentie en onnodige kosten. Het is dus voor de huisarts belangrijk om een pneumonie te kunnen uitsluiten, zodat behandeling met antibiotica achterwege kan blijven.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

CRP is een acutefase-eiwit dat stijgt binnen enkele uren na het ontstaan van een ontsteking. Bij volwassenen is bewezen dat een CRP-sneltest, als aanvulling op anamnese en lichamelijk onderzoek, het aantal onnodige antibioticavoorschriften veilig verlaagt.[2] Een laag CRP bij een matig zieke volwassene sluit een pneumonie vrijwel uit.

De meeste onderzoeken naar CRP-meting bij kinderen zijn verricht in de tweede lijn. Hieruit blijkt dat bij kinderen stijging van CRP is gerelateerd aan de aanwezigheid van infecties. Uit Nederlands onderzoek op de spoedeisende hulp blijkt dat de hoogte van CRP is gerelateerd aan de kans op een pneumonie, aangetoond door middel van een infiltraat op een X-thorax.[3] CRP is echter een aspecifiek ontstekingseiwit dat bij alle infecties verhoogd raakt. CRP helpt onvoldoende om bacteriële van virale infecties te onderscheiden, en bij een ernstige virale infectie kan het CRP ook fors verhoogd zijn. Een laag CRP verkleint de kans op aanwezigheid van een ernstige infectie. Er is, ook voor de tweede lijn, geen harde afkapwaarde voor CRP te geven waarbij een pneumonie met zekerheid is uitgesloten. Er is nog geen onderzoek gedaan naar de vraag of CRP-meting bij kinderen met hoestklachten helpt om minder onnodige antibiotica voor te schrijven.

CONCLUSIE

CRP helpt om de ernst van de lage luchtweginfectie in te schatten en de hoogte van CRP is gerelateerd aan de kans op het hebben van een pneumonie bij kinderen. CRP is een aanvullend onderzoek, naast anamnese en lichamelijk onderzoek. Op basis van onderzoek bij volwassenen is CRP-meting als aanvulling op de klinische blik ook veelbelovend om bij kinderen met acuut hoesten overprescriptie van antibiotica te verminderen.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Helpt de CRP-sneltest de huisarts bij een niet-ernstig ziek kind met een lageluchtweginfectie in zijn besluitvorming over het voorschrijven van antibiotica? ■

LITERATUUR

1 Van der Linden MW, Van Suijlekom-Smit LWA, Schellevis FG, Van der Wouden JC. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: het kind in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2005.
2 Cals JW, Butler CC, Hopstaken RM, Hood K, Dinant GJ. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. BMJ 2009;338:b1374.
3 Koster MJ, Broekhuizen BDL, Minnaard MC, Balemans WA, Hopstaken RM, De Jong PA, et al. Diagnostic properties of C-reactive protein for detecting pneumonia in children. Respir Med 2013;107:1087-93.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Kamernummer Str. 5.122, Huispostnummer Str. 6.131, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: M. Schot, aiotho • Correspondentie : m.j.c.schot-2@umcutrecht.nl

Interview met Frans Dekker

‘Patiënten hebben heel duidelijke voorkeuren bij de aanvalsbehandeling van migraine’

Afgelopen najaar promoveerde Frans Dekker op zijn proefschrift *Patients’ preference in migraine*. In een interview vertelt hij over zijn onderzoeksresultaten die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Migraine op de plank

Dekker had al een hele carrière achter de rug toen hij begon aan zijn promotieonderzoek. Hoe is dat zo gekomen? ‘Vroeger heb ik bij het NHG gewerkt en daar koos ik destijds al voor vanuit mijn belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek. Niet voor niets ben ik ook al jarenlang lid van de NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek. Ook was ik betrokken bij de inrichting van de website van het Farmacotherapeutisch Kompas. Al met al wilde ik wel eens iets anders en het doen van een onderzoek leek me boeiend. Voor de NHG-Standaard *Hoofdpijn* had ik ooit de commentaarronde georganiseerd en ik maakte deel uit van een groepje artsen dat cursussen door het hele land gaf over migraine. Vanuit die achtergrond kreeg ik te horen dat er in Leiden nog een onderzoek over migraine op de plank lag en dat heb ik vervolgens opgepakt.’

Dekker heeft het onderzoek verricht naast zijn praktiseren als huisarts. ‘Dat was best pittig, maar ik was er allang aan gewend om nevenbanen bij mijn huisartsenwerk te hebben.’

Preventie beter dan behandelen

Als eerste deed Dekker een review om op een rijtje te zetten wat er bekend was over de preventie van migraine. ‘Bij migrainepatiënten die de huisarts bezoeken heeft profylaxe meer invloed op de hoofdpijn dan aanvalsbehandeling. Immers, profylaxe geeft bij 50% van de patiënten een reductie van 50% van de klachten en aanvalsbehandeling is maar bij 30% effectief. Maar huisartsen hebben veel meer aandacht voor aanvalsbehandeling, terwijl die dus minder zoden aan de dijk zet.’

Toch bleek uit het onderzoek dat meer patiënten dan verwacht (ooit) preventieve medicatie gebruikten. Dekker: ‘Bij 13% van de migrainepatiënten is op enig moment sprake van preventie; 44% is ooit met preventieve behandeling begonnen en van alle starters heeft 56% na 9 maanden die behandeling nog steeds. Dat is een prima prestatie van huisartsen: áls ze het doen, doen ze het kennelijk goed. En het is uitstekend dat in de onderzoeksperiode 44% van de migrainepatiënten met preventieve therapie is gestart. Zeker omdat huisartsen het effect van profylaxe erg laag inschatten, zijn dit allemaal hogere cijfers dan je zou verwachten.’

Argwanend en kritisch

Dekker deed vervolgens een kwalitatief onderzoek naar de redenen waarom huisartsen en patiënten zo terughoudend zijn als het gaat om het gebruik van preventieve medicatie. Daartoe zette hij een focusgroepstudie in. ‘Huisartsen zijn heel argwanend en kritisch, en ook de patiënten hebben veel bedenkingen. Dat is niet helemaal onterecht, aangezien profylaxe in 50% van de gevallen niet lijkt te werken. Maar als je 3 aanvallen per maand hebt, is 50% reductie wel degelijk een heel behoorlijke winst. Dat vergt een andere manier van rekenen.’

De frequentie van de migraineaanvallen is voor patiënten de meest doorslaggevende factor om in te stemmen met preventieve behandeling, zelfs iets meer nog dan de impact van de hoofdpijn. Dekker: ‘De nieuwste actualisering van de NHG-Standaard bevestigt deze bevinding: die adviseert om profylaxe te bespreken vanaf twee aanvallen per maand.’

Voorkeuren van patiënten

Een belangrijk deel van het onderzoek van Dekker bestond uit een tweetal RCT’s naar de effectiviteit van aanvalsbehandeling van migraine. Bijzonder was dat hij hierbij de patiëntenvoorkeur als eindmaat nam. In de RCT’s vergeleek hij eerst triptanen met ibuprofen en vervolgens triptanen met paracetamol. Daarbij kwam hij tot enkele opmerkelijke bevindingen. Dekker: ‘De farmaceutische industrie claimt altijd dat triptanen het meest effectief zijn, maar dat bleek niet uit mijn onderzoek. Want de helft van de patiënten koos voor triptanen, maar de andere helft voor óf ibuprofen óf paracetamol. Opvallend was vooral dat die voorkeuren van de patiënten steeds heel duidelijk waren; er waren maar zeer weinig mensen die twijfelden. En hoe dan ook hadden patiënten in groten getale baat bij in elk geval één behandeling. Dit was op deze manier nooit eerder onderzocht.’

Iedereen wat anders

Als patiënten zoals gezegd veelal baat blijken te hebben bij een van de behandelingsopties, geeft dat dan handvatten voor de huisarts? Dekker: ‘Inderdaad, je moet alleen bij elke patiënt even uittesten wat de beste behandeling is, omdat die bij iedereen anders kan zijn. Overi-

gens is ook dat nu opgenomen in de standaard.'

En betekent dit ook dat de huisarts met het oog op de kosten het best kan starten met paracetamol? Dekker: 'Dat is in elk geval wel wat de standaard nu adviseert, maar daar ben ik niet zo tevreden over. De meeste mensen hebben immers allang paracetamol geprobeerd, zij het misschien niet altijd op een helemaal adequate manier. Tegenwoordig zijn er zelfs ook veel mensen die al ibuprofen hebben geprobeerd. Je zult dus per patiënt moeten kijken wat de vervolgstap is en daarbij hecht ik niet al te sterk aan het "zo goedkoop mogelijk beginnen". Zeker nu triptanen veel minder duur zijn geworden, kun je de behandeling ook daarmee beginnen als de andere opties al zijn geprobeerd. Als het maar werkt!'

De eigen spreekkamer

En wat doet Dekker zelf als hij een migrainepatiënt ontvangt in de spreekkamer? 'Ten eerste vind ik dat dan wel leuk. Sommige huisartsen vinden al die hoofdpijnklachten maar niets; die zeggen: "Het komt allemaal door stress!" Maar migraine heeft helemaal niets en spanningshoofdpijn maar heel weinig te maken met stress. "Spanningshoofdpijn" is dan ook een onzinnige term; "aspecifieke hoofdpijn" zou de lading beter dekken. Maar we hebben ervoor gekozen ons aan te sluiten bij de internationaal gebruikte terminologie: *tension-type headache.* En tja, je krijgt "spanningsachtige hoofdpijn" je mond bijna niet uit... Hoe dan ook, op mijn spreekuur inventariseer ik wat de klachten zijn en bepaal ik aan de hand daarvan om wat voor soort hoofdpijn het gaat. Dat laatste is namelijk lang niet altijd meteen duidelijk. Vaak geef ik al wel meteen een aanvalsbehandeling op basis van mijn inschatting, maar dan vraag ik de patiënt toch om twee à drie maanden een hoofdpijndagboek bij te houden. Vervolgens laat ik de patiënt terugkomen om het effect van de medicatie te bespreken en om nader te preciseren om welke soort hoofdpijn het gaat. Bij heel lastige gevallen zie je vaak dat er sprake is van medicatieovergebruikshoofdpijn of een combinatie van spanningshoofdpijn en migraine. In elk geval biedt een goed bijgehouden dagboek je vaak inzicht in het type hoofdpijn en dan kun je je beleid daarop afstemmen. Maar als je het ondanks zo'n dagboek nog steeds niet precies weet – want dat is soms heel lastig – dan moet je verwijzen.'

Pittige stellingen

Dekker houdt er kennelijk van zijn meningen duidelijk te verkondigen, want zijn proefschrift gaat vergezeld van enkele pittige stellingen. Een daarvan luidt: *Triptanen veroorzaken in Nederland meer hoofdpijn dan ze verhelpen, althans dat kan na enig rekenwerk worden geconcludeerd.* Is dat niet een wat erg boude bewering? Dekker: 'Volgens mij klopt die stelling wel, hoor. Bijna de helft van de triptanen wordt gebruikt door mensen met medicatieovergebruikshoofdpijn. Die middelen veroorzaken al met al zoveel hoofdpijndagen dat de mensen die er baat bij hebben daar niet tegen opwegen. Dat kunt je zo uitrekenen! Het sluipt er bij mensen langzaam in om veel te veel triptanen te gaan gebruiken: ze slikken ze dan voorafgaand aan een aanval of bij het minste beetje hoofdpijn. Zo speelt bij maar liefst 4% van de hoofdpijnpatiënten in de huisartsenpopulatie overgebruik van medicatie een rol.'

Triptanen: niet te vroeg slikken!

Is het dan niet goed om triptanen voorafgaand aan een aanval in te nemen? Dekker: 'Nee, als je triptanen te vroeg inneemt, is de kans groot dat ze helemaal niet werken en dat kan dan weer leiden tot medicatieovergebruikshoofdpijn. Overigens neemt het effect ervan ook af als je ze te laat inneemt. Je moet triptanen dus alleen innemen in het eerste kwartier tot halfuur van de aanval en je kunt ze in elk geval niet preventief inzetten. Pijnstillers kun je wel vroeg innemen, want die verliezen daardoor hun werkzaamheid niet. Maar ook die geven kans op medicatieovergebruikshoofdpijn.'

Tabletten tellen

Hoe kan een huisarts achterhalen of er bij een patiënt sprake is van medicatieovergebruikshoofdpijn? Dekker: 'Je zou eigenlijk de medicatiedagen moeten tellen, maar je kunt dat wel omzetten naar het aantal tabletten dat een patiënt slikt. Bij meer dan twaalf tabletten per maand is de patiënt *at risk* en bij achttien à twintig tabletten per maand is er vrijwel zeker sprake van medicatieovergebruikshoofdpijn. Huisartsen hebben overigens best veel succes bij het afbouwen van het medicatiegebruik; na één gesprek stopt of mindert al 64% van de patiënten, zo wijst Noors onderzoek uit. Maar soms moet je verwijzen om het medicatiegebruik te stoppen of te minderen. Dat blijkt ook wel: 60 tot 70% van de verwijzingen voor hoofdpijn betreft medicatieovergebruik. Bij een kwart daarvan gaat het om triptanen, dus dat komt bij ons huisartsen uit de voorschrijfpen! Daar valt voor ons echt nog wel iets te verbeteren.'

Na de promotie

De promotie is nog niet erg lang geleden, dus wellicht is er nog niet voldoende tijd overheen gegaan om te kunnen genieten van de daarna neergedaalde rust? Dekker: 'Nee, al was het maar omdat ik inmiddels voorzitter ben geworden van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek. Dat is de oudste commissie van het NHG en ik was er al langer lid van. Het is een fantastische club mensen die me altijd hebben gestimuleerd tot het doen van onderzoek, dus ik vind het leuk om daar nu voorzitter van te zijn. En verder zie ik wel weer wat er nog op mijn pad komt!' ■

Ans Stalenhoef

COLUMN

Wedden dat u stopt met roken?

Rokende zwangere vrouwen wie een flinke beloning in het vooruitzicht wordt gesteld als zij stoppen met roken, stoppen vaker dan lotgenoten die alleen de gewone zorg krijgen. Onlangs verscheen in de BMJ een aardige studie van Schotse onderzoekers onder leiding van David Tappin.[1] Zij zetten een heuse trial op: 612 rokende vrouwen kregen alle gebruikelijke hulp en steun aan het begin van de zwangerschap, maar de helft kon bovendien 400 pond, zeg 541 euro, aan tegoedbonnen verdienen als het hun lukte tijdens de zwangerschap niet te roken. Het scheelde behoorlijk ($p < 0{,}0001$): in de eerste groep stopten 26 vrouwen (9%), in de interventiegroep 69 (23%). Dat levert, volgens de onderzoekers, 'substantieel bewijs' voor de doelmatigheid van het schema.

Het levert, uiteraard, ook een substantieel wespennest op. In een wat zuur commentaar merkt het blad op dat het toch wel teleurstellend is dat het 77% van de zwangeren niet lukt te stoppen ondanks die beloning van 400 pond. En nog erger, is dit wel een nuttige besteding van onze belastingcenten? Het NNT is 7, dus het kost 3800 euro om 1 vrouw extra te laten stoppen met roken. Los van de vraag of dat inderdaad niet wat veel is, zullen veel mensen ook steigeren bij het idee dat rokers zo 'beloond' worden voor hun slechte gewoonte — wie nooit heeft gerookt, komt niet in aanmerking voor de prijs. En is hier geen sprake van omkoperij? En hoe goed hebben de onderzoekers zich gewapend tegen vals spelen? Het onderzoek werd uitgevoerd in de arme wijken van Glasgow; hoe hoog moet het bedrag zijn om ook rijke vrouwen te verleiden? Genoeg stof, kortom, voor de borreltafel vanavond.

Dat is ook meteen een mooie gelegenheid om een veel ouder idee te bespreken: de tontine. Daar komt geen gemeenschapsgeld aan te pas, de beloningen kunnen veel hoger oplopen, de controle is strenger, en niemand voelt zich opgelicht of omgekocht.

De tontine werd halverwege de zeventiende eeuw bedacht door de Italiaanse bankier Lorenzo Tonti om de financiën van Lodewijk XIV weer een beetje op orde te krijgen. Wat jij moet doen, zei hij tegen de koning, is een soort lening uitschrijven: jaarlijks betaal je gewoon rente, en als iemand overlijdt, blijft zijn inleg staan en verdelen de anderen zijn rente. De overlevenden krijgen dus steeds meer rente, hun oude dag is gegarandeerd, en als iedereen dood is, is de pot voor de koning. Een goudmijn, vond Tonti zelf. Nog voordat de zonnekoning aan het idee had kunnen wennen, werden in de Republiek der Verenigde Nederlanden de eerste tontines georganiseerd — de VOC werd deels met tontines gefinancierd. Lodewijk schreef zijn eerste tontine uit in 1689 om geld in te zamelen voor de Negenjarige Oorlog.

In de negentiende eeuw, met de opkomst van levensverzekeringen, raakten de tontines in onbruik. Bovendien bleken de belangen soms zo hoog op te lopen dat men elkaar naar het leven ging staan — de tontine vormt de plot van heel wat detectiveromans; het beroemdste voorbeeld is *The wrong box* van Robert Louis Stevenson (tevens bekend van *Treasure Island* en *The Strange Case of Dr Jekyll and Mr Hyde*).[2]

Bij al deze tontines gaat het uiteindelijk om gokken en geld verdienen, maar waarom het idee niet gebruikt voor nobeler doelen — bijvoorbeeld stoppen met roken? Zet 306 (minder kan ook) rokende zwangeren bij elkaar die allemaal willen stoppen, en laat iedereen 400 pond (minder kan ook) inzetten. Elke maand komt de groep bij elkaar. Wie aantoonbaar is gaan roken is af, zij verspeelt haar inzet en haar recht op de pot. Aan het eind van de zwangerschap wordt gekeken wie er allemaal niet zijn gaan roken, en zij mogen de inleg verdelen. Als bijvoorbeeld een kwart het heeft volgehouden, is hun inzet in negen maanden verviervoudigd, de afvallers staan met lege handen. Als iedereen behalve u is gezwicht, is de hele pot voor u.

Het kan ook klassiek, met rente. Als de groep groter wordt, de termijn langer en de bedragen hoger, kan het spannender zijn om het ingelegde geld te beleggen en de rente jaarlijks uit te keren aan de standvastigen. Wie rookt krijgt geen rente meer, wie volhoudt krijgt elk jaar een hoger bedrag. Na tien jaar wordt het spaargeld opgenomen en weer verdeeld over alle deelnemers — of, nog motiverender, verdeeld onder de niet-rokers.

Jongeren die te veel drinken, vormen voor ze naar het café gaan een pot, eventueel verdubbeld door hun belang- en liefhebbende ouders. Wie aan het eind van de nacht een promillage boven de 0,5 heeft valt af, de anderen mogen de buit verdelen.

Mensen die te dik zijn, kunnen afspreken een bedrag te storten als ze zijn aangekomen, en geld uit de pot te krijgen als ze zijn afgevallen. Huisartsen die een stok achter de deur willen om hun literatuur bij te houden... ■

Hans van Maanen

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.

LITERATUUR

1 Tappin D, Bauld L, Purves D, Boyd K, Sinclair L, MacAskill S, et al. Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: randomised controlled trial. BMJ 2015;350:h134.
2 Stevenson RL, Osbourne SL. The wrong box. Londen: Cassell, 1889. http://www.gutenberg.org/ebooks/1585.

KENNISTOETS: VRAGEN

Op het spreekuur van de huisarts komt de heer Visser, een 32-jarige slager. Hij heeft sinds enkele dagen uitslag op zijn hand, die zich langzaam uitbreidt. Sinds vanmorgen voelt hij zich beroerd en heeft hij koorts. Bij onderzoek vindt de huisarts een paarsrode, scherp omschreven plek op de handrug. De huisarts twijfelt tussen erysipelas en erysipeloïd. Voor de diagnose erysipeloïd pleit/pleiten:

1. - de aanwezigheid van koorts;

2. - het contact met vlees.

David van 3 jaar komt met zijn moeder op het spreekuur. Sinds hun bezoek aan Zuid-Afrika, een week geleden, heeft hij diarree. Bij de anamnese en het lichamelijk onderzoek vindt de huisarts geen bijzonderheden. De huisarts legt moeder uit dat aanvullend onderzoek op dit moment niet geïndiceerd is.

3. Deze uitleg is correct.

Een week later belt moeder op. De klachten van David zijn nog steeds hetzelfde. De huisarts geeft het advies de feces in het laboratorium te laten onderzoeken. Uit het onderzoek komt naar voren dat er sprake is van een giardiasisinfectie. Naar aanleiding van dit laboratoriumonderzoek heeft de huisarts een telefonisch gesprek met de moeder van David. Hij legt haar uit dat in dit geval geen behandeling noodzakelijk is.

4. Deze uitleg is correct.

De heer Hendriks, 67 jaar, komt op het spreekuur, omdat hij de laatste maanden kortademig is bij traplopen. Ook klaagt hij over (1) kortademigheid bij liggen (orthopneu). Hij heeft een hoge bloeddruk; daarvoor gebruikt hij amlodipine 10 mg eenmaal daags. Hij rookt niet. Het lichamelijk onderzoek levert de volgende bevindingen op: RR: 170/90 mmHG; pols: 60/min regulair aequaal; longauscultatie: beiderzijds crepitaties; (2) een vergrote lever en (3) pitting oedeem aan beide enkels. De huisarts twijfelt of er sprake is van hartfalen. Van de symptomen van de heer Hendriks past/passen de volgende bij hartfalen:

5. - het symptoom na (1);

6. - de bevinding na (2);

7. - de bevinding genoemd na (3).

Mevrouw Van Overveen komt samen met haar man, 55 jaar, op het spreekuur. Ze kan niet goed slapen door het nachtelijke gesnurk van haar man en vraagt zich af wat er gedaan kan worden om het snurken te verminderen. De heer Overveen is slank, drinkt geen alcohol en rookt niet. De huisarts legt uit (1) dat corticosteroïd neusspray bewezen effectief is tegen snurken. Ook zegt hij (2) dat neuspleisters bewezen effectief zijn tegen snurken.

8. De uitspraak na 1 is correct.

9. De uitspraak na 2 is correct.

Mevrouw Schot, 28 jaar, belt de huisartsenpraktijk met de vraag of ze deze week een spiraaltje kan laten plaatsen. Mevrouw Schot is vier weken geleden bevallen van een gezonde zoon. Ze wil voorlopig niet zwanger worden. Ze heeft de plaatsing van het spiraaltje al tijdens de zwangerschap met de huisarts besproken. De assistente overlegt met de huisarts. De huisarts zegt dat het plaatsen van een spiraal op dit moment een verhoogd risico op baarmoederperforatie geeft.

10. Deze uitspraak is correct.

De antwoorden staan op pagina 228.

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

Marleen Alink, Jochen Cals

SPREEKUUR

Kind op het hoofd gevallen

WAT IS HET PROBLEEM?

Baby's en peuters vallen vaak, soms ook op het hoofd. Jonge kinderen (< 2 jaar) vallen dikwijls van de commode, bank of een andere verhoging, oudere kinderen vallen vaker tijdens het spelen. Ouders komen meestal vlak na de val met het huilende kind bij de huisarts en zijn bezorgd over mogelijk hoofdletsel.

WAT MOET IK WETEN?

Het aantal kinderen dat de huisarts ziet na een val op het hoofd is niet bekend. Waarschijnlijk zien huisartsen deze kinderen het meest tijdens diensturen. Een val op het hoofd is bij kinderen vaak onschuldig en zorgt meestal niet voor blijvende schade. Wanneer er wel letsel ontstaat gaat het regelmatig om een (lichte) hersenschudding, ook wel licht traumatisch hoofd-/hersenletsel (LTH) genoemd. Kinderen hebben een hoger risico op LTH doordat ze vaker vallen en andere anatomische verhoudingen hebben, met een relatief groter hoofd. Slechts bij 1 op de 800 kinderen ontstaat na een val van hoogte ernstige (late) problemen, zoals een schedelfractuur, subduraal hematoom of intracerebraal hematoom. Hierdoor kan intracraniële drukverhoging en uiteindelijk zelfs inklemming optreden. De kans dat een kind jonger dan 5 jaar overlijdt door een val van minder dan 1,5 meter is overigens kleiner dan 0,5 per miljoen kinderen per jaar. Door de lage incidentie zijn deze complicaties lastig (vroegtijdig) te onderscheiden en voorspellen. Algemene kenmerken voor een verhoogde intracraniële druk zijn: veelvuldig braken, amnesie en bewustzijnsdaling. Het is belangrijk klachten en symptomen na een val in de gaten te houden. Met name bij zuigelingen, bij wie de fontanellen nog niet gesloten zijn, kan een bloeding het hersenvolume ongemerkt doen toenemen zonder dat er directe neurologische verschijnselen zijn. Deze zogenaamde kindercontusie treedt vooral op in de eerst 24 uur na het trauma.

WAT MOET IK DOEN?

Vraag naar het tijdstip, valmechanisme, valhoogte en ondergrond. Van de bank op een kleed rollen is minder ernstig dan van de commode op de betonnen vloer vallen. Was er sprake van bewustzijnsverlies en hoe lang duurde dit? Vraag of er insulten zijn opgetreden. Wat deed het kind direct na de val? Vraag naar geprikkeld of veranderd gedrag, slaapzucht en ontroostbaarheid. Oudere kinderen kunnen klagen over hoofdpijn en misselijkheid. Vraag of ouders denken dat het kind nog ergens anders pijn heeft. Ga na of het kind bekend is met bloedings- of stollingsafwijkingen of antistollingsmiddelen gebruikt.

Let verder op tekenen van verhoogde intracraniële druk zoals sufheid, verminderd bewustzijn of braken. Bekijk tekenen van schedelletsel door te letten op hematomen rondom de ogen (brilhematoom), achter de oren, en vochtlekkage (liquor) uit neus of oor. Palpeer de cervicale wervelkolom en schedel op lokale schedelimpressie. Beoordeel de fontanel bij jonge kinderen. Controleer of er bloed te zien is in de gehoorgang of achter het trommelvlies. Beoordeel de pupillen op symmetrie en reactie. Let op tekenen van focale neurologische afwijkingen (lateralisatie en hersenzenuwen). Laat het kind altijd helemaal ontkleden tot het ondergoed en kijk het kind altijd systematisch van top tot teen na. Indien het kind geen van bovenstaande afwijkingen heeft, geen afwijkend gedrag heeft vertoond en geen bewustzijnsverlies heeft gehad, dan kan het naar huis met adviezen.

Verwijs kinderen jonger dan 2 jaar en een val van > 1 meter laagdrempelig naar de kinderarts in verband met verhoogde kans op hersenoedeem. Verwijs met spoed (U1) bij verminderd bewustzijn, insult, neurologische uitval, vermoeden schedelletsel of hoogenergetisch trauma (val van > 2-3 maal lichaamslengte). Verwijs bij veranderd gedrag, amnesie, of vermoeden mishandeling. Verwijs ook bij drie of meer van de volgende risicofactoren: ernstig mechanisme, eenmaal braken, ernstige hoofdpijn, doorgemaakt bewustzijnsverlies > 5 seconden, schedelhematoom, en alcohol-/drugsintoxicatie. Geef bij een of twee factoren een wekadvies mee naar huis. Raadpleeg de beslisboom verwijscriteria Hoofdtrauma patiënten < 16 jaar van de NHG-Standaard Hoofdtrauma voor nadere handvatten omtrent risico op intracranieel letsel.

WAT LEG IK UIT?

Leg aan de ouder(s) uit dat ernstige complicaties zeer zeldzaam zijn. Het kind kan na de val hoofdpijn houden, duizelig zijn en zich soms minder goed concentreren. Deze klachten gaan geleidelijk over wanneer het kind voldoende rust neemt. De meeste kinderen herstellen snel, 80-90% van de kinderen met LTH zijn binnen een week klachtenvrij. Vertel dat bedrust niet nodig is, maar rustig aan doen het herstel wel kan bevorderen.

Adviseer tijdcontingente paracetamol bij pijnklachten en raadt NSAID's af. Geef een schriftelijk wekadvies mee (www.thuisarts.nl). Vraag ouders om het kind 24 uur om de twee uur te wekken en te kijken of het wakker wordt en adequaat reageert. Creëer een vangnet voor ouders en instrueer hen om direct contact op te nemen bij onevenredig toenemende hoofdpijn, herhaald braken, verwardheid, sufheid of wanneer ze hun kind niet herkennen en het gevoel hebben dat er iets niet klopt. ■

Maastricht University, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: M. Alink, basisarts; dr. J.W. Cals, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: j.cals@maastrichtuniversity.nl

LITERATUUR

1 NHG-werkgroep Hoofdtrauma. NHG-Standaard Hoofdtrauma. www.nhg.org.
2 National Institute for Health and Clinical Excellence. Head Injury: triage, assessment, investigation and early management of head injury in infants, children and adults [clinical guideline 56]. London: NICE, September 2007.

Jacqueline Smits, Jochen Cals

Nagelriemontsteking

WAT IS HET PROBLEEM?

Huisartsen zien regelmatig patiënten met een rode pijnlijke vinger, die ook vaak warm en gezwollen is. Patiënten kunnen de aangedane vinger dikwijls niet goed gebruiken. Het gaat meestal om een paronychia, ook wel nagelriemontsteking of 'omloop' genoemd. Deze kan beperkt blijven tot een lokaal infiltraat, maar kan zich ook ontwikkelen tot een abces.

WAT MOET IK WETEN?

Met een incidentie van 4,1/1000 patiënten per jaar is paronychia de meest voorkomende handinfectie. De typische kloppende pijn wordt veroorzaakt door ophoping van ontstekingsproducten en geringe zwelmogelijkheid in vinger of teen. Paronychia komt op elke leeftijd voor, iets vaker bij mannen dan bij vrouwen. De acute vorm (< 6 weken bestaand) wordt vrijwel altijd uitgelokt door een trauma, waarbij door het wegvallen van de natuurlijke barrière een infectie met micro-organismen kan ontstaan. Daarbij betreft het meestal de *Staphylococcus aureus*. Bij chronische paronychia (> 6 weken bestaand) staat niet de pijn, maar roodheid en zwelling op de voorgrond. Het betreft dan meestal een schimmelinfectie met *Candida albicans*. Ook deze chronische vorm wordt geïnitieerd door een huidtrauma, vaak in de vorm van langdurige (beroepsmatige) blootstelling aan irritantia, zoals vocht (zoals bij duim- of vingerzuigen) en/of chemicaliën. Complicaties bij een paronychia treden zelden op, maar bij een subungunaal abces zijn blijvende nagelbeschadigingen en -deformaties mogelijk. Ernstiger complicaties bij een verwaarloosde paronychia zijn uitbreidingen tot ontsteking van de gehele vingertop (panaritium subcutaneum), de peesschede (panaritium tendinum) of het bot (panaritium ossale).

WAT MOET IK DOEN?

Vraag naast ernst en karakter van de pijn, naar de duur van de klachten, voorgeschiedenis (vooral huidproblemen en diabetes mellitus), medicatiegebruik (met name retinoïden, antiretrovirale middelen, immunosuppressiva), het al dan niet bestaan van koorts of algehele malaise en eventueel initiërend trauma, zoals duim- of vingerzuigen, nagelbijten of onzorgvuldig omgaan met nagelknipper of -schaar. Vraag bij chronische klachten of er beroepsmatig of in de vrije tijd sprake is van langdurig contact met irritantia, zoals vocht en/of chemicaliën. Let op het bestaan van wondjes of abcesvorming en eventuele aanwijzingen voor andere vinger- of teeninfecties. Sluit overige diagnoses, zoals ingroeiende nagel (unguis incarnatus) en de complicatie panaritium, uit.

Kies bij acute paronychia, afhankelijk van de uitgebreidheid van de ontsteking, voor de gepaste therapievorm. Hanteer bij een lokaal infiltraat zonder abcesvorming een expectatief beleid. De aangedane vinger of teen moet rust houden en beschermd worden tegen stoten. Verder zijn er geen extra maatregelen noodzakelijk, ook geen lokale middelen. Als u toch een lokaal middel wilt voorschrijven, geef dan een combinatie van een lokale antibioticumcrème met een corticosteroïdcrème. Hoog leggen, nat verband of (soda)baden kunnen pijnverlichting geven. Incideer bij abcesvorming het abces wanneer deze in de nagelriem en/of -wal gelokaliseerd is. Hierdoor treedt onmiddellijke pijnverlichting op. Er zijn geen contraindicaties voor de incisie, maar hanteer bij zuigelingen een afwachtend beleid. Zuigelingen kunnen post partum vaak aan verschillende vingers kleine abcesjes hebben, dit zijn steriele ontstekingen. Voer bij een subunguaal abces een partiële nagelresectie onder Oberst anesthesie uit. Behandel afhankelijk van de uitgebreidheid van de ontsteking aanvullend met amoxicilline/clavulaanzuur 3 dd 500/125 mg voor 7 dagen. Behandeling van chronische paronychia bestaat met name uit het vermijden van irritantia. Behandel medicamenteus met een lokaal corticosteroïdcrème en/of een lokaal antimycoticum (miconazolcrème 1-2 dd 20 mg/g) totdat de huidafwijking verdwenen is.

Verwijs naar de chirurg wanneer u het bestaan van een panaritium vermoedt, wanneer er initieel of in toenemende mate sprake is van koorts of algeheel ziekzijn en wanneer uw patiënt niet goed reageert op de ingestelde therapie.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat de patiënt gewoonten die beschadigingen aanbrengen aan het omliggende nagelweefsel moet afleren en dat hij frequent contact met irritantia zoals vocht en/of chemicaliën zoveel mogelijk moet vermijden. Vertel dat herstel van een chronisch paronychia enkele maanden kan duren. Leg bij een partiële nagelextractie uit dat de patiënt een dag na de ingreep het verband mag vervangen door een pleister. U kunt een globale indicatie van uitgroei van een nieuwe nagel geven: voor vinger- en teennagel respectievelijk twee en drie maanden. Adviseer de patiënt op controle te komen bij pusvorming of uitbreiding. ■

LITERATUUR

1 Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WLM. Paronychia. Handboek Verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Houten/Utrecht: Prelum Uitgevers, 2009.
2 Shafritz AB, Coppage JM. Acute and chronic paronychia of the hand. J Am Acad Orthop Surg 2014;22:165-74. PubMed PMID: 24603826.
3 Rigopoulos D, Larios G, Gregoriou S, et al., Acute and chronic paronychia. Am Fam Physician 2008;77:339-46. PubMed PMID: 11277548.

Maastricht University, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: J.J.M. Smits, basisarts; dr. J.W. Cals, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: j.cals@maastrichtuniversity.nl

Linda Schoots-Verkleij, Wim Verstappen

CATS

Subcutaan triptaan bij clusterhoofdpijn

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 Clusterhoofdpijn is een ernstige vorm van hoofdpijn, waarbij snelle en effectieve pijnstilling uitermate belangrijk is. Tot op heden hebben zuurstoftherapie en subcutaan toegediende triptanen de voorkeur bij de behandeling. Het gebruikersgemak is daarbij een belangrijke factor. De vraag is of een intranasaal toegediend triptaan even effectief is als een subcutaan toegediend triptaan.

Zoekstructuur Onderzoek van de Cochrane Library via MeSH [Cluster headache] AND MeSH [Tryptamines] gaf één systematische review als resultaat.[1] Vervolgens hebben we gezocht in PubMed onder ((“Cluster Headache”[MeSH]) AND (“Tryptamines”[MeSH]) AND intranasal) met de filters ‘Humans’, ‘published in the last 10 years’, ‘English’, hetgeen vijf resultaten opleverde. De vier relevante artikelen waren de reeds gevonden Cochrane-review, een oudere review en twee RCT’s die al waren opgenomen in de review. Wij vonden geen nieuw verschenen literatuur na de zoekdatum van de Cochrane-review en beperken ons daarom tot het bespreken van deze review.

Resultaten De Cochrane-review analyseert zes RCT’s. Alle RCT’s vergelijken de werking van placebo met een subcutaan (sumatriptan 6 of 12 mg) dan wel oraal of intranasaal (zolmitriptan 5 of 10 mg) toegediend triptaan bij een acute aanval van clusterhoofdpijn. De meta-analyse toont een duidelijk statistisch significante en klinisch relevante effectiviteit van triptanen. Vijftien minuten na toediening van 6 mg sumatriptan subcutaan is 48% van de deelnemers pijnvrij en had 75% milde of geen pijn (respectievelijk 17% en 32% bij placebo, beide $p < 0{,}00001$). De numbers needed to treat (NNT’s) hierbij zijn respectievelijk 3,3 (95%-BI 2,4 tot 5,0) en 2,3 (95%-BI 1,9 tot 3,2). Tien mg zolmitriptan intranasaal maakte 12% van de deelnemers na 15 minuten pijnvrij en 28% had geen of milde pijn (3%; $p = 0{,}018$ en 7%; $p = 0{,}00021$ respectievelijk bij placebo). De NNT’s hierbij zijn respectievelijk 11 (95%-BI 6,4 tot 49) en 4,9 (95%-BI 3,3 tot 9,2). Het effect van sumatriptan subcutaan in het ene onderzoek is groter dan zolmitriptan intranasaal in het andere onderzoek. Onderzoeken waarin beide toedieningsvormen zijn vergeleken zijn niet beschikbaar. In een indirecte vergelijking is sumatriptan subcutaan (6 mg) effectiever dan zolmitriptan intranasaal (10 mg), zowel op de uitkomstmaat ‘pijnvrij na 15 minuten’ ($p < 0{,}0008$) als op de uitkomstmaat ‘pijnverlichting na 15 minuten’ ($p = 0{,}003$).

Bespreking De Cochrane-review includeerde zes geblindeerde RCT’s. De artikelen zijn methodologisch ruim voldoende van kwaliteit, waardoor de kans op bias klein is. De wijze van dataverzameling en -analyse wordt nauwkeurig beschreven. Om de kans op bias te verkleinen, zijn in de meta-analyse alleen berekeningen uitgevoerd met data van relatief grote patiëntgroepen. De resultaten zijn redelijk consistent. De effectiviteitsverschillen in de placebogroepen van sumatriptan subcutaan en zolmitriptan intranasaal zijn opvallend. De 95%-BI’s van de NNT’s van beide groepen overlappen elkaar niet.

De belangrijkste beperking van de review is dat de zes onderzoeken kleine patiëntaantallen hebben, zodat we de resultaten met enige voorzichtigheid moeten interpreteren. De voor deze meta-analyse aangehouden kritische grens van 200 patiënten per interventie wordt in de review gehaald. Met betrekking tot onze vraagstelling is de grootste beperkende factor echter het feit dat er slechts een indirecte vergelijking kon worden gemaakt tussen subcutane en intranasale toediening. Voor meer zekerheid omtrent validiteit is een onderzoek gewenst dat beide toedieningswegen direct met elkaar vergelijkt.

Conclusie Bij patiënten met een acute aanval van clusterhoofdpijn heeft intranasale toediening van een triptaan minder effect op de verlichting van de pijn dan subcutane toediening. Het bewijs hiervoor komt uit een indirecte vergelijking, waardoor het bewijs minder sterk is. Een directe vergelijking van de twee toedieningswegen ontbreekt. Een onderzoek dat beide toedieningswegen direct met elkaar vergelijkt, is gewenst.

Betekenis Op basis van het beschikbare bewijs heeft bij een acute aanval van clusterhoofdpijn de subcutane toedieningsvorm van een triptaan de voorkeur ten opzichte van de intranasale toedieningsvorm. ■

LITERATUUR

1 Law S, Derry S, Moore RA. Triptans for acute custer headache (review). Cochrane Database Syst Rev 2013;7: CD008042.

Radboudumc, afdeling Eerstelijns Geneeskunde Unit Vervolgopleiding tot Huisarts (VOHA), Postbus 9101, Huispostnummer 166, 6500 HB Nijmegen: L. Schoots-Verkleij, aios Huisartsgeneeskunde; dr. W. Verstappen, huisarts, onderwijscoördinator VOHA • Correspondentie: lmschoots.verkleij@gmail.com

Sjoerd Zwart

Minder keelpijn na (adeno)tonsillectomie

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 Chirurgisch verwijderen van de keelamandelen, met of zonder adenoïdectomie, is een veelvoorkomende kno-ingreep bij patiënten met chronisch recidiverende tonsillitiden. De effectiviteit staat al jarenlang ter discussie.

Klinische vraag Vermindert (adeno)tonsillectomie het aantal episodes tonsillitis en het aantal dagen keelpijn?

Conclusie auteurs Vergeleken met niet-chirurgische behandeling leidt (adeno)tonsillectomie bij kinderen met chronisch recidiverende tonsillitis tot minder episodes en minder ziektedagen met keelpijn in het eerste jaar na de ingreep (5 onderzoeken, n = 987). Voor volwassenen is hetzelfde effect gemeten, en dan in de 5 tot 6 maanden na de tonsillectomie. De bewijskracht is bij volwassenen beperkter vanwege de kleine aantallen (2 onderzoeken, n = 156). De inclusiecriteria varieerden tussen de 4 tot 8 tonsillitiden in het afgelopen jaar en 6 tot 10 tonsillitiden in twee jaar. Vergeleken met de niet-geopereerde groep hadden de kinderen in het jaar na de ingreep gemiddeld 5,1 dagen (95%-BI 2,2 tot 8,1) minder keelpijn en de volwassenen 10,6 dagen (95%-BI 5,8 tot 15,8) in de 5 tot 6 maanden nadien. De geopereerde kinderen hadden 0,6 episode (95%-BI 0,1 tot 1,0) minder keelpijn en 2,3 dagen (95%-BI 1,2 tot 3,4) minder schoolverzuim. Bij de berekening van de kinderen is niet gecorrigeerd voor keelpijn in de week na de operatie. Anders zou het effect van de operatie nog duidelijker zijn.

Beperkingen De bewijskracht is matig (kinderen) tot laag (volwassenen) vanwege de kleine aantallen patiënten en de uiteenlopende inclusiecriteria. Gezien de opzet waren de deelnemers, en deels ook de onderzoekers, niet geblindeerd voor de interventie en voor effectmetingen. Het aantal *missing data* liep in het tweede jaar op tot 50%. Van de controlegroep kinderen werd 6 tot 15% in het eerste jaar alsnog geopereerd.

COMMENTAAR

Veruit de meeste ouders zijn tevreden over de ingreep, maar voor die ervaring ontbreekt helaas stevig wetenschappelijk onderbouwd bewijs. De bewijskracht van deze Cochrane-review is echter hoger dan die van de vorige, uit 2009. Twee recente onderzoeken zijn toegevoegd, één bij kinderen en één bij volwassenen. Een eerste blik op de resultaten laat een spectaculair effect zien bij beide groepen. Tien dagen minder ziek met keelpijn, en ook minder ziekteverzuim, daar tekent iedereen voor. Het lastige is echter dat in alle 7 onderzoeken de chirurgiegroep en de *watchful waiting*-groep niet geheel vergelijkbaar zijn gedurende de follow-upperiode. In het Nederlandse onderzoek werd bijvoorbeeld binnen 2 jaar 34% alsnog geopereerd. In het recente Finse onderzoek bij volwassenen werd de controlegroep verteld dat direct na de meetperiode van 5 maanden tonsillectomie alsnog een optie was: 67% koos toen toch voor de operatie.

Omgekeerd zouden ook patiënten niet geopereerd zijn als ze hadden moeten wachten, want het natuurlijk beloop van recidiverende bovenste luchtweginfecties is mild, en niet in elk kwartaal even heftig. Uit de *kwaliteit van leven*-vragenlijsten kwamen geen duidelijke verschillen naar voren. Het natuurlijk beloop werd ook zichtbaar in het Verenigd Koninkrijk, toen de wachttijden in de jaren '80 en '90 opliepen tot meer dan 6 maanden. Veel ouders lieten hun kind van de wachtlijst halen, omdat het beter ging. In ons land zijn we de afgelopen 40 jaar terughoudender geworden: het aantal (adeno)tonsillectomieën is meer dan gehalveerd. Toch is het nog steeds hoger dan in de ons omringende landen, wellicht door het hogere antibioticagebruik aldaar? Een extra antibioticumkuurtje heeft echter weer andere nadelen. Het buitenland kijkt juist jaloers naar onze lage resistentiecijfers.

Afwachten, weer een kuurtje of toch maar opereren? Het blijft lastig kiezen. De kans op complicaties van een tonsillectomie is klein: 1 tot 2% kans op een nabloeding, met geslaagde heringreep tot gevolg. Een eenduidige pathofysiologische verklaring voor de rol die tonsillen spelen bij recidiverende episodes van keelpijn en koorts ontbreekt nog steeds.

Onze huidige richtlijnen geven aan een verwijzing voor (adeno)tonsillectomie te overwegen bij ten minste vijf ernstige keelontstekingen in het afgelopen jaar, of ten minste drie in elk van de afgelopen twee jaren. De auteurs van deze Cochrane-review geven een soortgelijk advies. Het gaat erom samen met de patiënt en/of de ouders de voor- en nadelen van de operatie af te wegen.

Samenvattend: (adeno)tonsillectomie is een serieuze optie voor kinderen en volwassenen die minstens een jaar recidiverende tonsillitiden hebben. Het aantal episodes en dagen keelpijn neemt in het eerste jaar na de operatie af. Daartegenover staat het postoperatieve ziekteverzuim en de kans op nabloeding. ■

LITERATUUR

1 Burton MJ, Glasziou PP, Chong LY, Venekamp RP. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. Cochrane Database Syst Rev 2014;11:CD001802.

Huisartsenpraktijk Berent Avercamp, Vloeddijk 40, 8261GC Kampen: dr. S. Zwart huisarts • Correspondentie: s.zwart@home.nl

Alwine Kist, Jose van Steveninck, Marjorie Braam

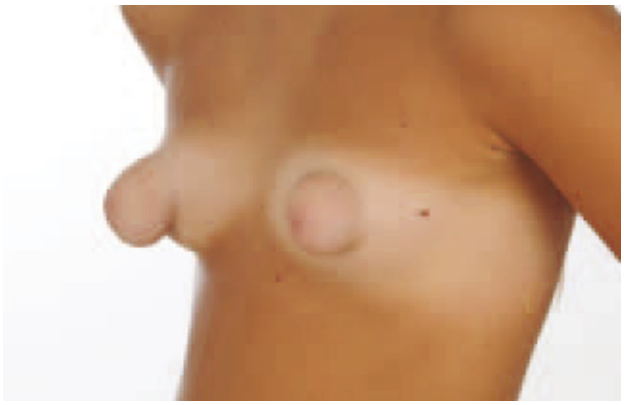
Tubereuze borsten

Casus

Het betreft een 19-jarige vrouw, die sinds de start van haar puberteit voortdurend onzeker over haar borsten is. Haar voorgeschiedenis vermeldt een hypothyreodie, waarvoor zij levothyroxine gebruikt. Vanaf de start van de groei van de mammae, waren haar borsten anders dan die van haar klasgenoten. De huisarts verwees haar op 16-jarige leeftijd naar de kinderarts, die de hypothyreodie vaststelde. Er werd geen oorzaak gevonden voor de ontwikkeling van de asymmetrische mammae. Na vele doktersbezoeken kwam de patiënte twee jaar na haar eerste verwijzing op onze polikliniek.

Bij het lichamelijk onderzoek zagen wij een gezonde slanke vrouw, met tubereuze borsten en met herniatie van klierweefsel in de areola [**figuur 1**]. Daarop vroegen we een chirurgische reconstructie aan bij de zorgverzekering, die op basis van de tubereuze mammae werd goedgekeurd. De patiënte onderging een chirurgische reconstructie van beide mammae. Het postoperatieve beloop was ongecompliceerd [**figuur 2**]. De patiënte is erg blij met het resultaat en haar onzekerheid over de mammae is verdwenen.

Figuur 1 Preoperatief zijaanzicht van de asymmetrische mammae



Figuur 2 Postoperatief zijaanzicht van de symmetrische mammae

BESCHOUWING

De incidentie van tubereuze borsten is onbekend, waarschijnlijk omdat patiënten een milde vorm niet herkennen of daarvoor geen hulp zoeken. En als zij dat wel doen, wordt de relatief onbekende aandoening niet altijd herkend.[1] Ook de naamgeving is niet eenduidig: tubereuze borst, tubulaire of buisvormige borst. Verder is de oorzaak onbekend en kan de aandoening enkel- of dubbelzijdig voorkomen.

Een tubereuze borst ontstaat aan het begin van de ontwikkeling van de mamma. Afhankelijk van de gradatie is de aandoening dan ook vroeg te herkennen. Pacifico et al. beschreven de klinische kenmerken, die sterk kunnen variëren, als volgt: 1) de borstvorm is ingesnoerd aan de basis van de areola door bindweefselstrengen; 2) herniatie van het borstweefsel in de areola door de bindweefselstreng, waardoor een areolaire prolaps van mammaparenchym bestaat; 3) hypoplasie van het mammaparenchym en 4) hogere positie van de inframammaire plooi ten opzichte van de andere mamma.[1]

Er is een aantal chirurgische behandelopties:

1. het klieven van beperkende strengen met name onder de areola, waardoor het overige parenchym kan worden herverdeeld;[2,3]
2. transpositie van mammaweefsel naar met name het onderontwikkelde onderkwadrant;[2,3]
3. gebruik van siliconen borstprotheses om een vullingsdefect op te vullen, de basis van de borst kan worden verbreed en de inframammair plooi kan worden verlaagd naar het niveau van de andere borst;[2,4]
4. gebruik van *tissue expanders* om de huid voorafgaand aan een reconstructie op te rekken, waarna in tweede instantie een borstprothese wordt geplaatst;[2,5]
5. transplantatie van vetweefsel door middel van lipofilling.[6]

Als de patiënte klachten ondervindt van asymmetrische mammae, verwijs dan laagdrempelig naar een plastisch chirurg. Er kan sprake zijn van een of twee tubereuze borst(en) bij een evidente asymmetrie of bij een abnormale borstvorm. Wacht met verwijzen tot het einde van de puberteit; dan zijn de mammae voldoende ontwikkeld om een diagnose te stellen. Bovendien komen de patiënten pas als volwassenen in aanmerking voor chirurgische correctie. ■

Hagaziekenhuis, afdeling Plastische chirurgie, Sportlaan 600, 2566 MJ Den Haag: A.L. Kist, anios plastische chirurgie; J. van Steveninck-Barends, verpleegkundig specialist plastische chirurgie; M.J.I. Braam, plastisch chirurg • Correspondentie: Alwine_kist@hotmail.com

LITERATUUR

1 Pacifico MD, Kang NV. The tuberous breast revisited. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2007;60:455-64.
2 Von Heimburg D, Exner K, Kruft S, Lemperle G. The tuberous breast deformity: classification and treatment. Br J Plast Surg 1996;49:339-45.
3 Nahabedian MY. Breast deformities and mastopexy. Plast Reconstr Surg 2011;127:91e-102e.
4 Williams G, Hoffman S. Mammoplasty for tubular breasts. Aesthetic Plast Surg 1981;5:51-6.
5 Versaci AD, Rozzelle AA. Treatment of tuberous breasts utilizing tissue expansion. Aesthetic Plast Surg 1991;15:307.
6 Delay E, Sinna R, Ho Quoc C. Tuberous breast correction by fat grafting. Aesthet Surg J 2013;33:522-8.

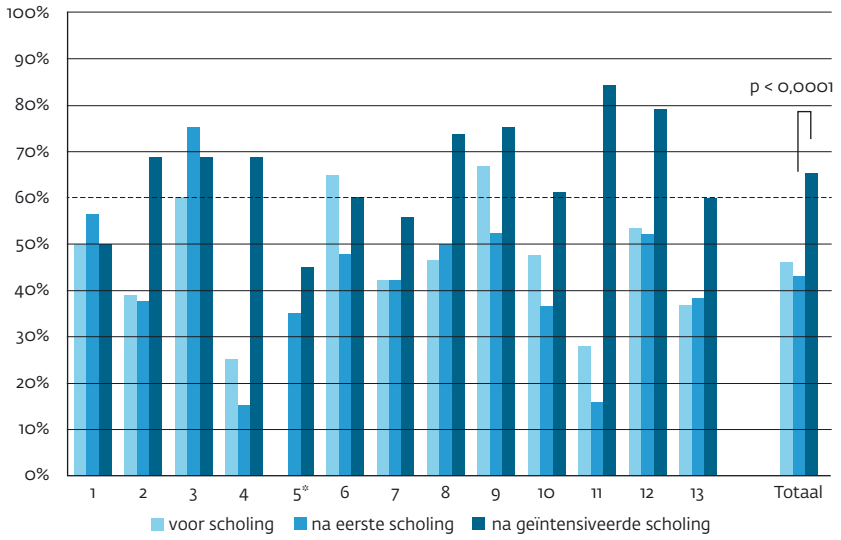
Intensivering nascholing leidt tot betere spirometrie

Medio 2013 rapporteerden wij in H&W de resultaten van een onderzoek naar het effect van twee varianten van spirometrienascholing op de kwaliteit van spirometrietests in huisartsenpraktijken.[1] In praktijken die de CASPIR-cursus hadden gevolgd, zagen we na de cursus gemiddeld 12% meer goed uitgevoerde spirometrietests, en het aantal praktijken dat de prestatienorm haalde (dat wil zeggen een gelijkwaardig niveau als een huisartsenlaboratorium) verdrievoudigde.[2] Na de, aanzienlijk minder intensieve, spirometriescholing van de zorggroep Cohesie in Venlo en omstreken bleef het percentage goed uitgevoerde tests daar hetzelfde, en veranderde het aantal praktijken dat de prestatienorm haalde niet.

Deze bevindingen kwamen overeen met de verwachtingen van de zorggroep Cohesie, waarop de spirometrienascholing in deze regio werd geïntensiveerd. De oorspronkelijke scholingssessie werd onderdeel van een 'Opleidingsplan spirometrie' voor praktijkondersteuners en -assistenten. Daarbij werden aan de aanvankelijk eenmalige scholingssessie in kleine groepjes (3 tot 5 deelnemers) ook een kennistoets, een praktijkvisitatie, het aanleggen van een portfolio en aanvullende verdiepingsbijeenkomsten toegevoegd. In de scholing 'nieuwe stijl' werd voor de praktijkondersteuners de interpretatie van spirometrietests opgenomen. Verder is binnen het zorgprogramma COPD afgesproken dat praktijkondersteuners en -assistenten eenmaal per jaar een scholingssessie volgen en dat alléén degenen die deze sessie hebben gevolgd de spirometrie verrichten.

Om te kijken of de aanvullende scholingsinspanningen het gewenste effect zouden sorteren, trokken wij op exact dezelfde wijze als in het oorspronkelijke onderzoek steekproeven van gelijke omvang uit dezelfde 14 Cohesie-praktijken (minus één praktijk die geen medewerking meer verleende) en lieten deze op identieke wijze beoordelen door dezelfde longfunctieanalisten.[1] De resultaten daarvan laten zien dat na de geïntensiveerde scholing in vrijwel alle praktijken de kwaliteit van de spirometrie aanzienlijk verbeterde [**figuur**]. Waar de aanvankelijke scholing géén effect had op de testkwaliteit, was dat na de geïntensiveerde scholing wel het geval: het gemiddelde percentage adequate tests steeg van 43% naar 65% ($p < 0{,}0001$ in een multilevel, logistisch regressiemodel), het aantal praktijken dat de prestatienorm haalde steeg van 1 (8%) naar 10 (77%).

Figuur Percentage spirometrietests dat voldeed aan de ATS/ERS-kwaliteitscriteria voor de door zorggroep Cohesie aan praktijkondersteuners en praktijkassistenten aangeboden scholing, na de aanvankelijke scholing en na de geïntensiveerde scholing



De horizontale stippellijn markeert de gekozen prestatienorm van 60% correct uitgevoerde spirometrietests, waaraan een huisartsenlaboratorium moet voldoen.[2]

* In praktijk 5 kon geen steekproef voor de voormeting worden getrokken, omdat de spirometriedatabase geen gegevens bevatte over de betreffende periode.

Uit dit vervolgonderzoek concluderen wij dat, na uitblijven van effect door de initiële (minimale) spirometrienascholing bij de zorggroep Cohesie, de intensivering van de nascholing zeer waarschijnlijk een positieve invloed heeft gehad op de kwaliteit van de spirometrietests zoals die in de aangesloten huisartsenpraktijken worden uitgevoerd. ■

Petra Verhoeckx, coördinator Zorgprogramma COPD; Cleo Pluk, huisarts en kaderarts astma/COPD in opleiding; Joke Grootens-Stekelenburg, onderzoeksmedewerker; Tjard Schermer, senior onderzoeker

LITERATUUR

1 Schermer TR, Grootens-Stekelenburg J, Rauws J, Denis J, Heijdra Y, De Jongh F, et al. Wordt spirometrie beter door nascholing? Huisarts Wet 2013;56:376-83.
2 Landman M, Gilissen Th, Grootens-Stekelenburg J, Akkermans R, Schermer T. Kwaliteit van spirometrie in de eerste lijn. Huisarts Wet 2011;54:536-42.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Onjuist / 2. Juist

Erysipeloïd ontstaat doorgaans vanuit een wond en wordt veroorzaakt door Erysipelothrix rhusiopathiae (grampositieve bacterie). De infectie kan ontstaan bij personen die frequent met vis, vogels of vlees in aanraking komen, zoals slagers, poeliers en vissers. Erysipeloïd wordt gekenmerkt door een paarsrode, scherp begrensde pijnlijke plek op de hand of vinger en gaat zelden gepaard met systemische verschijnselen.

Wielink G, Koning S, Oosterhout RM, Wetzels R, Nijman FC, Draijer LW. NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties (eerste herziening). www.nhg.org.

3. Juist / 4. Onjuist

Parasieten komen minder vaak voor als verwekkers van acute diarree. Protozoa zijn als oorzaak te overwegen naarmate de diarree langer duurt (> 10 dagen). Giardia lamblia (giardiasis) komt in Nederland het vaakst voor, vooral bij kinderen en hun ouders/verzorgers. Bij een niet-zieke, niet-immuungecompromitteerde patiënt kan de huisarts fecesonderzoek aanvragen bij persisterende klachten (langer dan tien dagen). Dit onderzoek dient in eerste instantie gericht te zijn op Giardia lamblia. Symptoomloos dragerschap komt veel voor en behoeft geen behandeling. Behandeling met metronidazol is vooral aangewezen bij langdurige klachten. Soms is herhalen van de kuur noodzakelijk.

Belo JN, Bos ML, Brühl PhC, Lemmen WH, Pijpers MAM, Van den Donk M, et al. NHG-Standaard Acute diarree (derde herziening). www.nhg.org.

5. Juist / 6. Juist / 7. Juist

De diagnose hartfalen berust op drie pijlers:

- klinische symptomen die passen bij hartfalen (bijvoorbeeld verminderde inspanningstolerantie, die zich vaak uit in klachten van kortademigheid en vermoeidheid of perifeer oedeem);
- én onderzoeksbevindingen die passen bij hartfalen (bijvoorbeeld crepiteren over de longen, verhoogde centraalveneuze druk (CVD), perifeer oedeem, vergrote lever, heffende/verbrede ictus, hartgeruis, tachycardie, tachypneu, derde harttoon);
- én objectief bewijs voor een structurele of functionele afwijking van het hart in rust (ECG, pro-BNP, echocardiogram).

Hoes AW, Voors AA, Rutten FH, Van Lieshout J, Janssen PGH, Walma EP. NHG-Standaard Hartfalen (tweede herziening). www.nhg.org.

8. Onjuist / 9. Onjuist

Bij snurken moet de huisarts onderscheid maken tussen primair (benigne) snurken en slaapapneusyndroom. Als snurken niet gepaard gaat met ademstilstand of overmatige slaperigheid overdag spreekt men van 'primair of benigne snurken'. Er is weinig gecontroleerd onderzoek gedaan naar het effect van intranasale corticosteroïden, één RTC liet geen gunstig effect zien. Ook het nut van neuspleisters is niet wetenschappelijk onderbouwd.

Bindels PJE, Lammers JWJ, redactie. Longziekten, tweede herziene editie, Reeks Praktische huisartsgeneeskunde. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2009.

Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W, redactie. Kleine kwalen in de huisartspraktijk. Zesde druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2013.

10. Juist

De incidentie van *uterusperforaties* ligt bij zowel het hormoonspiraal als het koperspiraal tussen de 0,0 en 2,6 per 1000 inserties. Het risico lijkt groter bij plaatsing in de postpartumperiode en tijdens lactatie. Ook het risico op *expulsie* is het grootst in het eerste gebruiksjaar, bij plaatsing direct na een tweedetrimesterabortus of bij plaatsing direct postpartum.

Brand A, Bruinsma A, Van Groeningen K, Kalmijn S, Kardolus I, Peerden M, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. www.nhg.org.

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie
Just Eekhof, hoofdredacteur, Lidewij Broekhuizen, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Bèr Pleumeekers, Marissa Scherptong-Engbers, 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.

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

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie
Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.
Postbus 246, 3990 GA Houten
Paul Bakker (030) 638 39 28, p.bakker@bsl.nl
Chris Janssen (030) 638 52 09, c.janssen@springermedia.nl
Gertjan Verhoog (030) 638 37 65, g.verhoog@bsl.nl
Peter de Jong (030) 638 38 88, p.dejong@bsl.nl
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

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

Nieuwe abonnementen
Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen
Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten)
Abonnementsprijs (print + online toegang): € 220,-.
Abonnementsprijs (enkel online toegang): € 132,-.
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

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

ISSN 0018-7070

Iedereen een eigen stijl

'Waarom maken jullie nog steeds samenvattingskaarten van de NHG-Standaarden?', vroeg mij laatst een aios. Zij vond de kaartjes een totaal achterhaald concept; een kort filmpje met de hoogtepunten uit de standaard zou veel zinvoller zijn. Toch waren er bij dezelfde bijeenkomst meerdere aiossen die de kaarten nog volop gebruikten. En al weten we dat meer dan de helft van de huisartsen de standaarden raadpleegt via de NHG-website, toch gebruikt nog een groot aantal van hen (ook) de samenvattingskaarten.

Huisartsen ondersteunen bij een wetenschappelijk verantwoorde beroepsuitoefening, dat is de missie van het NHG. Daarbij realiseren we ons dat de beroepsgroep grote onderlinge verschillen kent als het gaat om de persoonlijke leer- en werkstijl. Zo zullen jongere huisartsen meer digitaal zijn ingesteld, terwijl de oudere garde meer zaken op papier opzoekt. En de een maakt het liefst een digitale PIN, waar de ander liever naar een boekje grijpt. Dit houdt in dat het NHG producten moet maken die voor de verschillende leden geschikt zijn: niet of/of maar en/en. Dan is het essentieel dat we weten waar de belangrijkste behoeften liggen, zodat we zinvolle producten maken waarmee onze leden uit de voeten kunnen in de spreekkamer.

De komende maanden zal het NHG u een paar keer vragen wat u het belangrijkst vindt en waaraan u het meest behoefte heeft. Ik hoop dat u daaraan uw medewerking wilt geven, zodat we onze producten kunnen blijven afstemmen op uw wensen. Want al delen wij huisartsen dezelfde passie voor de patiëntenzorg, we verschillen onderling sterk in de manier waarop we kennis tot ons nemen en toepassen. Daar wil het NHG graag rekening mee houden!

Rob Dijkstra

G-I-N-Conferentie 2015: Nederland als gastheer

Van 7 tot en met 10 oktober zal in de Beurs van Berlage de internationale jaarlijkse G-I-N-Conferentie plaatsvinden, met als thema *Engaging all stakeholders. Guidelines from a societal perspective*. Dit congres is zeer relevant voor de ontwikkeling en implementatie van de NHG-Standaarden. Uiteraard bent ook u als Nederlandse huisarts van harte welkom!

Call for abstracts

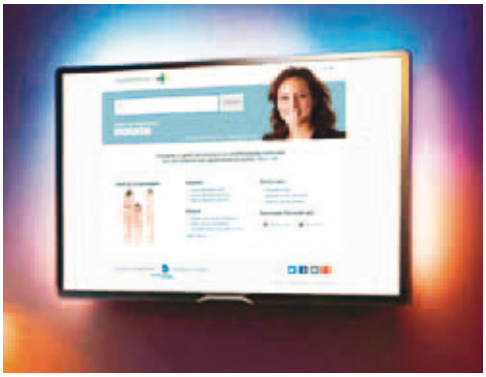
Het programma van het vierdaagse congres begint zijn definitieve vorm te naderen, althans als het gaat om de plenaire gedeelten. Daarbij komen uiteenlopende thema's aan de orde die bij richtlijnontwikkeling een rol kunnen spelen, zoals patiëntenparticipatie, gezamenlijke besluitvorming, kwaliteitsindicatoren, implementatie van richtlijnen en de rol van de farmaceutische industrie.

Het congres staat open voor alle *stakeholders* bij richtlijnontwikkeling: patiënten, consumenten, gezondheidszorgprofessionals, beleidsmakers, zorgverzekeraars, richtlijnontwikkelaars, onderzoekers en natuurlijk voor huisartsen. Wilt u zelf ook een bezoek brengen aan het congres? Kijk dan op www.gin2015.net voor meer informatie

over het programma. U kunt zich daar ook inschrijven. Of wilt u zelf een bijdrage leveren aan het congres? Op dezelfde website vindt u instructies voor het insturen van uw abstract. Doe dit laatste wel snel, want de inzendingsdatum sluit op 20 april!

Thuisarts.nl straks ook op uw wachtkamerscherm!

Binnenkort komt Thuisarts.nl met een module voor het Wachtkamerschermen®-systeem. Daarmee kunt u eenvoudig informatie delen met uw patiënt, bijvoorbeeld wachttijden en mededelingen over uw gezondheidscentrum of praktijk. Maar ook toont de module een actuele selectie van onderwerpen en video's op Thuisarts.nl; het Thuisarts.nl-team heeft deze selectie gemaakt maar u kunt deze geheel naar eigen wens aanpassen of uitbreiden. Zo zijn uw wachtkamerschermen niet alleen gevuld met nuttige informatie, ze zien er ook nog eens fraai uit! Houd de gebruikelijke informatiekanalen van het NHG in de gaten voor de datum waarop de module beschikbaar komt.



Visitatie nu facultatief voor geaccrediteerde praktijk

Vanwege de kritiek dat het nieuwe visitatieprogramma een stapeling van eisen zou betekenen, hebben NHG en LHV besloten dat de visitatie nu facultatief zal zijn voor huisartsen die in een geaccrediteerde praktijk werken. Dit geldt voor alle betrokken huisartsen: praktijkhouders, vaste waarnemers en hidha's.

Verschillen en overeenkomsten

Hoewel het accent bij de accreditering ligt op verbetering van de kwaliteit van de praktijk en bij het visitatieprogramma op het individueel functioneren van de huisarts, streven beide instrumenten naar het verbeteren van het functioneren in en van de praktijk. Daarom volstaat praktijkaccreditering nu om aan visitatie als herregistratie-eis te voldoen. Dit betreft meer dan de helft van alle geregistreerde Nederlandse huisartsen: zij werken in een geaccrediteerde praktijk. Ook voor vaste waarnemers en hidha's die in een geaccrediteerde praktijk werken is visitatie facultatief, mits zij voldoen aan de voorwaarden van de accrediteringsorganisatie.
Is de praktijk niet geaccrediteerd, dan kan de huisarts ervoor kiezen om het visitatieprogramma te doorlopen of te starten met praktijkaccreditering. Bij dit laatste moet wel worden gekozen voor een door de Raad voor Accreditatie goedgekeurde praktijkaccreditering (met patiëntenraadpleging als verplicht onderdeel) of voor NPA.

De nieuwste ontwikkelingen

De veranderingen worden nu verder uitgewerkt en gepreciseerd. Ook werken LHV en NHG aan een verdere verbetering van de gebruiksvriendelijkheid en het op maat maken van het visitatieprogramma. De verwachting is dat rond verschijning van dit nummer van H&W hierover nadere informatie zal zijn te vinden op www.mijnvisitatie.nl.

Persoonlijke gezondheidscheck: overweldigende belangstelling

De lancering van de Persoonlijke gezondheidscheck (PGC) ging met veel media-aandacht gepaard. De website kon de eerste dag de overweldigende belangstelling dan ook niet aan en verdween even uit de lucht... Binnen enkele dagen vulden 60.000 mensen de vragenlijst in. Vele huisartsen en bedrijfsartsen zetten de PGC op hun website als 'eigen' programma, GGD'en willen er gebruik van maken in hun lokale preventieactiviteiten en enkele bedrijven willen de PGC inzetten als Preventief Medisch Onderzoek voor hun werknemers.

Kamervragen

De PGC is ontwikkeld als wetenschappelijk onderbouwd antwoord op het versnipperde aanbod van losse, vaak onbetrouwbare gezondheidstests. De inhoud ervan komt voort uit het PreventieConsult, de COPD-risicotest en het PreventieKompas. Afgezien van enkele kritische tweets en negatieve reacties van een aantal wetenschappers zijn de reacties overwegend positief. Ook de politiek had aandacht voor de PGC: SP-Kamerleden Van Gerven en Leijten stelden vragen aan de minister van VWS, bijvoorbeeld over het risico op schijnzekerheid, wat deze preventieve screening gaat opleveren, in hoeverre de PGC bijdraagt aan het verminderen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen en de wijze van vergoeding van de *Gezondbon* door gemeenten, werkgevers en zorgverzekeraars.

Zelf aan de slag?

Wilt u zien wat uw patiënten kunnen verwachten van de PGC of zelf een risicoprofiel opstellen? Maak dan een account aan op www.persoonlijkegezondheidscheck.nl. Meer informatie vindt u onder de *Veelgestelde vragen* op www.nhg.org. Het NHG is erg benieuwd naar uw ervaringen met de PGC; u kunt deze richten aan preventie@nhg.org.

NHG-AGENDA 2015 data

- **Triagecongres *Excelleren in triage*** 9 april
- **NHG-Wetenschapsdag** 19 juni
- **Algemene Ledenvergadering** 25 juni
- **G-I-N-Conference** 7-10 oktober
- **NHG-Congres 2015 *Onder belicht*** 13 november

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

Algemene Ledenvergadering NHG: 25 juni 2015 te Utrecht
Tijdens de ALV zullen de leden met elkaar van gedachten wisselen over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg en de rol van de huisarts en poh-ggz hierin. Daarbij is er aandacht voor het concept NHG-Standpunt *GGZ in de huisartsenzorg*. Het NHG is betrokken bij diverse projecten die huisartsen in de veranderende ggz willen ondersteunen; een aantal daarvan zal met de leden worden besproken.
Ook de gebruikelijke punten staan op de agenda: vaststelling van de jaarstukken, bekrachtiging van geautoriseerde NHG-producten en benoeming van diverse commissieleden.
De definitieve agenda staat minimaal één week voorafgaand aan de ALV op www.nhg.org. Vanaf 1 mei kunt u zich daar ook opgeven. U krijgt dan alle stukken per post toegestuurd.

Nieuwe richtlijnen rond astma en COPD:

De veranderende zorg voor uw benauwde patiënt

In het vorige nummer van H&W las u de herziene NHG-Standaard *Astma bij volwassenen*; dit nummer bevat de herziene standaard *COPD*. Over enkele weken verschijnt bovendien de nieuwe uitgave van het boek over protocollaire zorgverlening waarin nu naast COPD ook astma is opgenomen. Uiteraard veranderen alle implementatieproducten, voorlichtingsteksten en scholingsmaterialen met de richtlijnen mee. Hieronder is dit alles voor u op een rijtje gezet. En lees vooral ook het interview met Regien Kievits op de volgende pagina!

E-learning, óók voor uw poh

Nu bij de spirometrie andere afkapwaarden worden gehanteerd bij de diagnostiek van obstructieve longziekten, kan dat gevolgen hebben voor een aantal van uw patiënten. Bovendien wordt bij het monitoren van de klachten niet langer jaarlijks de spirometrie herhaald; hiervoor in de plaats komt het gesprek met de patiënt over de ervaren ziektelast.
Met behulp van de zojuist verschenen e-learning in het Programma voor Individuele Nascholing over astma en COPD kunt u zich de nieuwe aanpak eigen maken. En ook voor praktijkondersteuners is een e-learning ontwikkeld waarin zij wegwijs worden gemaakt in de nieuwe richtlijnen.
Volgt u liever een cursus in uw regio over astma of COPD? Neem dan contact op met de afdeling NHG-Scholing, die in overleg met u zo'n cursus kan organiseren.

Nieuw boek *Protocollaire astma/COPD-zorg*

Nog deze maand verschijnt de geheel herziene uitgave van het boek over protocollaire zorgverlening, waarin naast COPD nu ook astma aan de orde komt. U vindt in het boek alles wat u moet weten over de organisatie en praktijkvoering rond de zorg bij deze chronische ziekten. En omdat praktijkondersteuners een groot deel van de zorg voor patiënten met chronische longziekten voor hun rekening nemen, is het boek zo geschreven dat ook zij daarin alles van hun gading kunnen vinden.

Voorlichting op Thuisarts.nl

Alle voorlichting op Thuisarts.nl is waar nodig aangepast of uitgebreid. Over astma bij volwassenen zijn er de teksten:
- Ik word onderzocht voor astma
- Ik heb astma
- Ik wil nu stoppen met roken
- Ik gebruik medicijnen voor astma
- Ik wil goed leren omgaan met mijn astma
- Ik ben allergisch voor huisstofmijt en heb astma

Over COPD zijn er de teksten:
- Heb ik kans op COPD?
- Ik krijg een longfunctietest om COPD vast te stellen
- Ik heb COPD
- Ik heb COPD en ik wil stoppen met roken
- Ik heb COPD en wil meer lichaamsbeweging
- Ik word behandeld voor COPD
- Ik wil leren omgaan met COPD
- Ik heb ernstige COPD (*nieuw*)

Nieuwe fto-materialen van het IVM

U kunt van de IVM-website de herziene fto-module over astma downloaden, waarin de medicamenteuze en niet-medicamenteuze adviezen uit de NHG-Standaard zijn verwerkt. Welke luchtwegverwijders en inhalatiecorticosteroïden schrijven de fto-deelnemers voor? Behalve de voorkeur, vaardigheden en leefstijl van de patiënt, speelt ook het gebruiksgemak mee; bij gelijke geschiktheid gaat de voorkeur uit naar het goedkoopste preparaat. De losse casuïstiek besteedt aandacht aan het beleid bij een astmaexacerbatie, tijdens de monitoringfase en tijdens zwangerschap. Rond verschijning van dit nummer van H&W wordt ook de herziene fto-module over COPD verwacht. Zie www.medicijngebruik.nl.

En er is nog veel meer...

Bij de betreffende NHG-Standaarden op www.nhg.org vindt u ook producten als de Landelijke Eerstelijns Afspraak *COPD*, de Landelijke Transmurale Afspraak *Astma bij kinderen* en een link naar het Dossier Astma/COPD op HAweb.nl. Kijkt u ook eens bij de informatie over de expertgroep CAHAG. En als u dit onderwerp een warm hart toedraagt is de NHG-Kaderopleiding Astma/COPD misschien iets voor u. De bovenbeschreven producten kunt u vinden in de NHG-webwinkel. (SS/AS)

Interview met Regien Kievits:

‘Sommige ouderen zullen geen COPD blijken te hebben’

Regien Kievits is huisarts in Vught, kaderhuisarts astma/COPD en voorzitter van de COPD & Astma Huisartsen Advies Groep (CAHAG). In een interview vertelt ze over de veranderingen in de standaarden *Astma bij volwassenen* en *COPD* en over de herziene uitgave van het boek *Protocollaire COPD-zorg*, waarin nu ook de begeleiding van astma is opgenomen.

Vanwaar je belangstelling voor de astma/COPD-zorg?
‘In ’94 begon ik als huisarts in Vught met een vrij jonge praktijkpopulatie. Ik zag toen veel astma bij kinderen en dat trok mijn belangstelling. Later vroeg de zorggroep hier of ik de kaderopleiding astma/COPD wilde doen en de DBC COPD wilde opzetten. Waarom ik geïnteresseerd ben in de longpatiënt? Benauwdheid is een heel ernstige klacht, misschien nog wel erger dan pijn. Als je daar als huisarts iets aan kunt doen, is dat van groot belang voor je patiënt. En huisartsen hebben echt wel iets te bieden in de aanpak van de klachten, maar ook in de diagnostische fase.’

Was de CAHAG betrokken bij de veranderingen in de richtlijnen?
‘Ja, in beide standaardenwerkgroepen zaten leden van de CAHAG en ook namen we deel aan de focusgroepbijeenkomsten waarin de concept-standaarden werden besproken. Bovendien waren we betrokken bij de samenstelling van het nieuwe boek over protocollaire astma/COPD-zorg, waarin ik zelf het hoofdstuk over astma bij kinderen heb geschreven.’

Wat zijn de belangrijkste veranderingen in de standaarden?
‘Astma en COPD zijn allebei obstructieve longziekten en bij de vaststelling ervan met spirometrie worden bepaalde afkappunten gehanteerd. De oude afkappunten hielden echter geen rekening met de leeftijd, zodat vermoedelijk te veel oudere mensen de diagnose hebben gekregen. Van enige achteruitgang van de longfunctie denken we nu dat die bij de leeftijd past. De nieuwe afkappunten zijn realistischer: die brengen in beeld bij wie er nu echt sprake is van obstructie en bij wie niet.’

Betekent dit dat bij sommige patiënten de begeleiding kan worden gestaakt?
‘Bij enkele oudere patiënten kan nu blijken dat ze geen COPD hebben, maar bij hen zal in het verleden geen sprake zijn geweest van zware klachten en dus ook niet van intensieve medicatie. Wel blijft roken natuurlijk een probleem en we moeten blijven helpen bij het stoppen ervan. Maar bij sommige ouderen zal inderdaad de begeleiding kunnen worden gestaakt.’

Zijn er nog meer relevante veranderingen?
‘Spirometrie blijft vooral belangrijk in de diagnostiek, maar daarna neemt de rol ervan af. We zijn eraan gewend om jaarlijks spirometrie te verrichten om het beloop van de klachten te controleren, maar de nadruk komt nu meer te liggen op de ziektelast. Het gaat dan dus vooral om het gesprek met de patiënt: hoe ervaart die zijn klachten, is zijn astma of COPD onder controle en moet er aandacht zijn voor zelfmanagement. De patiënt kan in dit gesprek ook aangeven waaraan hij wil gaan werken en hoe hij dat wil gaan oppakken. Als de patiënt bijvoorbeeld weer zelfstandig boodschappen wil kunnen doen, kan samen bekeken worden wat daarvoor nodig is. Stoppen met roken? Begeleiding door de fysiotherapeut om aan de spierkracht te werken? De standaarden bieden overigens ook handvatten voor dit gesprek met de patiënt.’

Wat zijn nog de taken van de huisarts bij deze zorg?
‘Dat begint bij de herkenning: heb je als huisarts een hoestende patiënt tegenover je, vraag je dan eens af of er sprake kan zijn van astma of COPD. Maar ook vind ik dat de huisarts het stellen van de diagnose niet kan overlaten aan de praktijkondersteuner. Vervolgens is het aan de huisarts om in een zogenoemd *scharnierconsult* de diagnose, de implicaties daarvan en de behandelingsmogelijkheden te bespreken met de patiënt. Pas dan volgt overdracht van de begeleiding aan de praktijkondersteuner, maar toch luidt het advies om ook dan nog je patiënt eens per jaar zelf te zien. En natuurlijk berust de behandeling van exacerbaties bij de huisarts.’

Wat wordt zoal gedaan om de nieuwe richtlijnen te implementeren?
‘Huisartsen en praktijkondersteuners moeten zich een andere aanpak eigen maken bij de diagnostiek en begeleiding van astma en COPD. De inhoud van de CASPIR-cursussen is hiertoe geactualiseerd en, zoals gezegd, de nieuwe uitgave van het boek over de protocollaire zorgverlening is uitgebreid met astma. Dat boek is bovendien met het oog op praktijkondersteuners geschreven: het is ook voor hen heel interessant. Op www.cahag.nl is alle informatie over de veranderingen te vinden en alle mensen die de CASPIR-cursus hebben gevolgd ontvangen een nieuwsbrief. We doen dus heel veel op het gebied van de implementatie!’ (AS)

Zie ook het overzicht van de geactualiseerde NHG-producten op de voorgaande pagina.

Colofon

Redactie NHG-nieuws
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