

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Minder antidepressivavoorschriften na richtlijntoepassing

ONDERZOEK

Niet-herkend hartfalen bij ouderen met kortademigheid

NHG-STANDAARD

Incontinentie voor urine bij vrouwen

- ONDERZOEK** Minder antidepressiva voorschriften na richtlijn toepassing
Gerdien Franx, Jochanan Huyser, Jan Koetsenruijter, et al.
- BESCHOUWING** Niet-herkend hartfalen bij ouderen met kortademigheid
Evelien van Riet, Arno Hoes, Alexander Limburg, et al.
- COMMENTAAR** Frequentie bezoekers: hoe vaak, wie en waarom?
Frans Smits
- ADHD-medicatie, meer en langduriger gebruikt
Els van den Ban
- Meer aandacht voor diagnostiek en medicatie bij ADHD
Marjolein Luman, Patrick de Zeeuw

NHG-STANDAARD

- Incontinentie voor urine bij vrouwen (tweede herziening)
NHG-Werkgroep Incontinentie voor urine bij vrouwen

- PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE** Tests: voorafkans, achterafkans en likelihood ratio
Pieter van den Berg
- (VER)STAND VAN ZAKEN** Diagnostiek van longembolie
Annelieke Kingma
- HUISARTSENZORG IN CIJFERS** Zorggebruik bij multimorbiditeit
François Schellevis, Petra Hopman, Marianne Heins, et al.
- NASCHOLING** Gedragsproblemen bij jonge kinderen
Lieke Hassink-Franke, Marian Oud, Martin Beeres
- Oplossingsgerichte therapie voor huisarts en POH-ggz
Remke van Staveren
- CASUÏSTIEK** Guillan-barrésyndroom
Siri Visser
- KLINISCHE LES** Hypothyreoïdie na stoppen met roken
Froukje Boukes, Tjerk Wiersma, Jan Willem Elte
- SPREEKUUR** Pijn op de borst
Robert Willemsen
- Een positieve chlamydia test
Jan van Bergen
- CATS** Schouderinjectie, echogeleid of niet?
Nadia Spit, Marco Blanker
- PEARLS** Geen hormonen tegen cardiovasculaire ziekten
Bouwe Krijthe, Bèr Pleumeekers

N = 84.496

L ongotsteking is een gevreesd ziektebeeld. De aandoening leidt vaak tot ziekenhuisopname en soms tot overlijden. *Streptococcus pneumoniae* is een van de verwekkers. Vaccinatie tegen deze verwekker is bij kinderen effectief gebleken. Voor ouderen is de effectiviteit nog onduidelijk. Nieuw onderzoek hierover werpt mogelijk nieuw licht op de zaak.

Tussen 2008 en 2013 vond het CAPITA-onderzoek plaats, de resultaten werden dit jaar gepubliceerd in de *New England Journal of Medicine* (19 maart 2015). Het betrof een samenwerking tussen het Julius Centrum van het UMC Utrecht en Pfizer, fabrikant van het pneumokokkenvaccin en sponsor van het onderzoek.

Het gaat om een van de grootste RCT's die wereldwijd ooit is uitgevoerd, logistiek een geweldige prestatie. Ruim 84.000 mensen van 65 jaar en ouder deden mee, geworven in de praktijken van zo'n 2200 huisartsen. Ook waren 40 ziekenhuizen betrokken. Het lot bepaalde of de deelnemers het pneumokokkenvaccin kregen of een placebo. Deelnemers en onderzoekers, inclusief de beoordelaars van de uitkomsten, waren er niet van op de hoogte wie het echte vaccin kreeg en wie placebo.

Er zijn veel verschillende serotypes van de pneumokok. Het onderzochte vaccin bevatte 13 verschillende serotypes. De belangrijkste uitkomstmaat van het onderzoek was een eerste optreden van een pneumonie met één van de serotypes die in het vaccin waren opgenomen. De gemiddelde follow-upduur was bijna vier jaar.

Wat leverde het op? In de groep die het echte vaccin kreeg, werd 46% minder pneumonieën gevonden waarbij een van de vaccinserotypes in het spel was dan in de placebogroep. Op het eerste gezicht indrukwekkend, die 46% reductie. Maar we hebben hier te maken met een relatieve risicoreductie, een maat die we vaak aantreffen in geneesmiddelandvertenties vanwege het rooskleurige beeld.

Een realistischer beeld krijgen we als we nagaan om welk deel van de deelnemers het ging. Wat blijkt: in de placebogroep kregen 90 patiënten een pneumonie en in de vaccingroep 49 patiënten. Dat komt neer op 2 per 1000 tegenover 1 per 1000. Dit betekent dat 1000 patiënten eenmalig gevaccineerd moeten worden om in vier jaar één pneumonie te voorkomen.

Ondanks het feit dat het vaccin maar liefst 13 serotypes bevatte, bleek slechts 13% van de pneumonieën veroorzaakt door deze serotypes. Het vaccin zal dus slechts een klein deel van alle pneumokokkenpneumonieën terugdringen.

De onderzoekers vonden geen significant verschil voor alle pneumokokkenpneumonieën ongeacht serotype, voor sterfte als gevolg van pneumonie evenmin. In beide groepen overleden slechts twee patiënten door een pneumonie op basis van een van de serotypes in het vaccin. Het is dan ook zeer de vraag of grootschalige invoering van een dergelijke vaccinatie de sterfte door pneumonie zal reduceren.

In het artikel ontbreekt informatie over ziekenhuisopnames en ander zorggebruik in verband met de pneumonie. Voor een afweging van kosten en effecten is dergelijke informatie onontbeerlijk.

Ten slotte kan ik me niet aan de indruk onttrekken dat de betrokkenheid van de vaccinfabrikant een genuanceerdere publicatie in de weg heeft gestaan. ■

Hans van der Wouden



Hoogrisicopatiënt vaker op de huisartsenpost met griep

Het is al bekend dat patiënten met meer comorbiditeit vaker de huisartsenpost bezoeken. Nu is in een Noors onderzoek tijdens de H1N1-influenza-pandemie in 2009 gebleken dat ook een patiënt met meer risicofactoren de huisartsenpost vaker consulteert bij griepklachten. Opvallend is dat eerder bezoek aan de eigen huisarts door deze patiënt het risico van een bezoek aan de huisartsenpost juist verkleint. In hun onderzoek bestudeerden Simonsen et al. het bezoek aan de huisartsenpost in Noorwegen tijdens de

griep pandemie van 2009. Dit deden zij door een grote centrale database te gebruiken. Omdat het Noorse systeem erg lijkt op dat van Nederland, en de Noren ook de ICD-codering gebruiken, zijn de resultaten waarschijnlijk toepasbaar op de Nederlandse situatie.

Zwangeren, diabeten en longpatiënten bezochten vaker de huisartsenpost met influenza-achtige ziektebeelden. Het toegenomen bezoek aan de huisartsenpost kon niet verklaard worden door meer consultatie van de huisartsenpost buiten de griep pandemie om. Ook na correctie voor geslacht, leeftijd en afstand van de patiënt tot de huisartsenpost bleef deze comorbiditeit een voorspeller voor consultatie. Een consult bij de huisarts al voor de griep epidemie was een beschermende factor, dit effect is al

merkbaar bij één consult en neemt toe per consult.

Tijdens een influenza-epidemie is de vraag naar huisartsenzorg groter bij zwangeren, longpatiënten en diabeten. Het lijkt dus logisch dat deze patiënten laagdrempelig gezien worden in de huisartsenpraktijk om de druk op de huisartsenpost te verminderen. Dit is in overeenstemming met onze NHG-Standaard Influenza, al staan zwangeren daar niet als aparte risicogroep genoemd. ■

Jurgen Damen

Simonsen KA, et al. Primary care utilization among patients with influenza during the 2009 pandemic. Does risk for severe influenza disease or prior contact with the general practitioner have any influence? Fam Pract 2015;32:56-61.

Bent u uw broeders hoeder?

Een disfunctionerende zorgverlener is een risico voor de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid. Kwaliteit van zorg voor een patiënt wordt in toenemende mate gekenmerkt door samenwerking tussen diverse beroepen uit verschillende organisaties. Collega-zorgverleners spelen een essentiële rol bij het signaleren en bespreekbaar maken van vermoedens van disfunctioneren.

Weenink et al. deden een vragenlijst-onderzoek onder apothekers, fysiotherapeuten, huisartsen, psychologen, psychotherapeuten, specialisten, specialisten ouderengeneeskunde, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen naar hun ervaringen met disfunctionerende collegae. Disfunctioneren kan veroorzaakt worden door persoonlijke problemen als psychiatrische en somatische ziekten, door tekortschieten in professioneel handelen of een combinatie van beide. Uit hun onderzoek bleek dat eenderde van de respondenten (respons 28,5%) in het voorgaande jaar met een disfuncti-

onerende collega te maken had gehad. Het ging daarbij in 84% om professioneel handelen. Eenderde van deze ervaringen betrof een collega uit een andere organisatie. In totaal ondernam tweederde van deze zorgprofessionals actie bij een disfunctionerende collega. De specialist ouderenzorg blijkt daarbij koploper met 84,1%, de huisarts bevindt zich in het middensegment met 62,2% en de fysiotherapeut is met 47,4% het terughoudendst. De belangrijkste reden om geen actie te ondernemen is dat het disfunctioneren niet bewezen kan worden. Daarbij speelt bij disfunctionerende collega's uit andere organisaties de onbekendheid met de procedures binnen die andere organisatie een belangrijke rol.

Bij een vermoeden van disfunctioneren van een collega waarbij de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid in het geding zijn, blijkt het niet altijd vanzelfsprekend dat er actie wordt ondernomen. De toenemende multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende organisaties werpt hierbij extra barrières op. De onderzoekers roepen beroepsgroepen, zorgorganisaties en beleidsmakers op om helderheid te creëren over hoe om te



Foto: wavebreakmedia/Shutterstock

gaan met vermoedelijk disfunctioneren van een collega-zorgverlener in een multidisciplinaire context.

U kunt als huisarts, in afwachting van richtlijnen, alvast zelf de hand-schoen oppakken door in gesprek te gaan met de betreffende zorgverlener over het mogelijk disfunctioneren. ■

Marianne Dees

Weenink JW, et al. Am I my brother's keeper? A survey of 10 healthcare professions in the Netherlands about experiences with impaired and incompetent colleagues. BMJ Qual Saf 2015;24:56-64.

Proactieve huisartsenzorg bij kwetsbare ouderen niet kosteneffectief

Interventies gericht op zelfredzaamheid van kwetsbare thuiswonende ouderen kunnen dure opnames in ziekenhuis of verpleeghuis voorkomen en maken de zorg uiteindelijk goedkoper. Toch? Onderzoek hierover is schaars en resultaten inconsistent. Eerder gepubliceerd onderzoek, verricht in Nederland, laat zien dat een proactieve, multidisciplinaire aanpak kwetsbare ouderen niet zelfredzamer maakt en ook geen effect heeft op gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Dit onderzoek is nu gebruikt om de kosteneffectiviteit op langere termijn te berekenen. En wat blijkt? De proactieve benadering is ook nog eens duurder.

In 12 huisartsenpraktijken werden 346 thuiswonende, kwetsbare ouderen van zeventig jaar en ouder opgespoord met de Groningen Frailty Index. De gemiddelde leeftijd was 77,2 jaar. Patiënten werden via clusterrandomisatie ingedeeld in twee groepen. Van hen kregen 153 personen de gebruikelijke zorg en 193 een zogenaamde 'Patient of Care benadering', waarbij de huisarts, praktijkondersteuner en verschillende paramedici in samenwerking met de patiënt stapsgewijs een behandelplan opstelden. Over een periode van 2 jaar werden totale kosten en gebruik van zorg bepaald. Verder werden na 6, 12 en 24 maanden de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en zelfredzaamheid gemeten met behulp van de Groningen Activiteiten Restrictie Schaal.

Ondanks de proactieve benadering, waarbij beduidend meer gebruik werd gemaakt van de eerste lijn, werd

er geen verschil waargenomen in gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven of in zelfredzaamheid. De verwachte afname van duurdere ziekenhuiszorg of verpleeghuiszorg bleef uit in de interventiegroep. De totale kosten over twee jaar voor de interventiegroep lagen bovendien beduidend hoger dan in de controlegroep (€ 26.503 versus € 20.550; $p = 0,08$), onder andere door meer uitgaven aan huisartsenzorg én ziekenhuiszorg.

Hoewel door professional en patiënt gewaardeerd, biedt dit onderzoek nog geen ondersteuning voor de implementatie van deze vorm van proactieve huisartsenzorg. ■

Chris Walinga

Metzelthin SF, et al. Reducing disability in community-dwelling frail older people: cost-effectiveness study alongside a cluster randomised trial. Age and Ageing 2015;44:390-6.

Kwaliteit van de huisartsenzorg niet aantoonbaar van invloed op sterfte

In Engeland loopt het systeem waarin het inkomen van huisartsen voor een deel prestatieafhankelijk is al vanaf 2004. De prestaties worden gemonitord aan de hand van indicatoren. Enkele onderzoekers gingen na of goede rapportcijfers van huisartsenpraktijken de totale sterfte verminderden. Ook de sterfte aan enkele specifieke ziektebeelden waarvoor indicatoren zijn, zoals diabetes, hartfalen en hypertensie, werd onder de loep genomen. In zijn algemeenheid blijkt de gezochte relatie afwezig.

De onderzoekers verzamelden sterftecijfers en doodsoorzaken van 32.482 lower layer super output areas (LSOAs). Dit zijn buurten van gemiddeld 1500 personen en de grootst beschikbare administratieve eenheid die op zinvolle wijze aan huisartsenpraktijken te

koppelen is. In circa 20% van de LSOAs was ten minste 1 van de 8647 Engelse huisartsenpraktijken gevestigd die deelnamen aan het pay-for-performance-programma. Van de inwoners van de andere LSOAs werden de inschrijfpercentages bij de omliggende praktijken op basis van afstandsgegevens berekend. Vervolgens werden met behulp van regressieanalyse de relaties tussen de praktijkcores op indicatoren enerzijds en totale en ziektespecifieke sterfte anderzijds nagegaan, waarbij werd gecontroleerd voor mate van sociaal-economische ontwikkeling van de LSOA, urbanisatie (stad versus platteland), etniciteit en ziekteelast.

In geen van de analyses kon een significante relatie worden aangetoond tussen de geleverde kwaliteit van zorg en de totale of de ziektespecifieke sterfte. Sociaal-economische ontwikkeling blijkt in alle analyses veruit de beste voorspeller van sterfte, met hogere sterfte in achterstandsgebieden. Daarnaast is de sterfte lager in plattelandsgebieden en gebieden met

een groter percentage blanken, maar deze verbanden zijn minder sterk.

Voor het ontbreken van een relatie tussen de kwaliteit van huisartsenzorg en sterfte zijn diverse verklaringen mogelijk. Een daarvan is dat het pay-for-performance-programma vooral bij de start leidde tot een sterke verbetering van de scores op indicatoren en relatief weinig resterende verschillen tussen afzonderlijke praktijken. Het kan zijn dat de mortaliteitswinst al in het verleden geboekt werd en subtiele resterende verschillen niet meer waarneembaar zijn. Anderzijds moet men rekening houden met de mogelijkheid dat het programma van prestatiebeloning helemaal niet zo'n goede investering is. Inmiddels kijken we reikhalzend uit naar Nederlandse cijfers. ■

Tjerk Wiersma

Kontopantelis E, et al. Investigating the relationship between quality of primary care and premature mortality in England: a spatial whole-population study. BMJ 2015;350:h904.

Meer begrip voor relatie tussen arts en patiënt

Een intieme relatie aangaan met een patiënt geldt als *not done* en met zekere regelmaat wordt een arts berispt die tegen deze regel heeft gezondigd. De American Medical Association verbiedt ook relaties met voormalige patiënten, maar daar is minder overeenstemming over. Uit recent onderzoek naar ethische opvattingen onder 21.000 Amerikaanse artsen blijkt dat de tolerantie voor dergelijke relaties groter is dan een paar jaar geleden. In 2010 vond slechts 12% van de artsen seks met een voormalige patiënt toelaatbaar, inmiddels is dit gestegen tot 22%.

Interessant zijn vooral de argumenten die artsen aanvoeren om deze opvatting te staven. Een van hen stelt dat we enorm misleid of – erger nog – narcistisch zijn, als we denken dat geen enkel tijdsverloop de arts-patiëntrelatie kan

resetten. Als zelfs oud-patiënten zich niet van de autoriteit van de arts weten los te maken om vrijelijk over een eventuele relatie te besluiten, zo verklaart een ander, moet om consistent te blijven het hele concept van informed consent op de helling. Dat heeft immers betrekking op actuele behandelingsovereenkomsten. Anderen maken zich zorgen over de beperkte mogelijkheden voor artsen om een relatie aan te gaan in kleine gemeenschappen waarin iedereen patiënt of potentieel patiënt is. De vraag is verder hoe het moet met de zorg voor patiënten met wie men ooit een relatie heeft gehad. Ook is er een arts die schrijft dat de traditionele arts-patiëntrelatie al lang niet meer bestaat. Artsen zijn aanbieders van gezondheidszorg geworden. Hun diensten lijken erg op de diensten die geleverd worden door loodgieters, kappers of automonteurs. Het is loodgieters toch ook niet verboden relaties met hun cliënten aan te gaan? Analooq zou het artsen in de moderne wereld moeten worden



Foto: Laughing Raven/Pixabay

toegestaan relaties met voormalige patiënten te onderhouden.

Al met al is ons eigen KNMG-standpunt over seksueel contact tussen arts en patiënt uit 2000 nog verrassend bij de tijd: bij verliefdheid zal de patiënt de praktijk moeten verlaten. 'Vervolgens dient de arts de ex-patiënt voldoende tijd en gelegenheid te geven om weloverwogen en uit vrije wil een relatie aan te gaan. Deze periode dient zeker een paar weken te duren.' Aldus het KNMG-standpunt. ■

Tjerk Wiersma

Chesnow N. Romance with a patient? More doctors are saying 'why not?' Medscape 2015 March 26.

Mindfulness ook voor slaapstoornissen

Mindfulness-training (MT) verbetert de slaapkwaliteit bij ouderen. Het vermindert vermoeidheidsklachten overdag en zorgt daardoor voor een betere kwaliteit van leven. De resultaten van MT zijn beter dan een soortgelijke training waarbij de deelnemers informatie en opdrachten krijgen over slaaphygiëne (SH).

Deze gerandomiseerde trial vergeleek het effect van een wekelijkse mindfulness-training gedurende zes weken, met een vergelijkbare training waarbij de deelnemers informatie en oefeningen kregen over slaaphygiëne en ontspanning. Beide groepen kregen daarnaast schriftelijke informatie en huiswerk. Het programma voor beide groepen verliep verder vrijwel identiek. Deelnemers waren ouder dan 55 jaar en werden geworven via een advertentie in de plaatselijke krant. Uiteindelijk

werden 24 deelnemers gerandomiseerd voor de MT-groep en 25 voor de SH-groep. Primaire eindpunt was slaapkwaliteit op basis van een gevalideerde vragenlijst. Secundaire eindpunten waren slapeloosheid, depressie, angst, stress en vermoeidheid overdag, eveneens gemeten met behulp van gevalideerde vragenlijsten.

De uitval in beide groepen was hoog: van de MT-groep volgde 71% het hele programma en van de SH-groep 86%. Statische analyses waren gebaseerd op *intention to treat*, wat wil zeggen dat ook de uitvallers meegenomen werden in de uiteindelijke analyses. Tien weken na het begin van de behandeling lieten beide groepen een duidelijke verbetering zien ten opzichte van de baseline-meting. Bij de MT-groep was de slaapkwaliteit niet alleen statistisch significant verbeterd, maar ook klinisch relevant verbeterd. Ook op het gebied van slapeloosheid, depressie en vermoeidheid overdag scoorden de deelnemers in de MT-groep beter. Voor

stress en angst vonden de onderzoekers geen statistisch relevante verschillen.

Mindfulness-training lijkt, op basis van deze goed uitgevoerde RCT, een effectieve aanpak voor ouderen met lichte slaapproblemen. Maar dit geldt niet voor iedereen. Het hoge percentage uitvallers onder geselecteerde vrijwilligers doet vermoeden dat mindfulness geen vorm van behandeling is waar iedereen even enthousiast van wordt. Mogelijk ervaren veel deelnemers de setting waarbinnen mindfulness plaatsvindt nog als te dromerig. ■

Bèr Pleumeekers

Black DS, et.al. Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances. A randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2015;175:494-501.

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).



Minder antidepressivavoorschriften na richtlijntoepassing

Samenvatting

Franx G, Huyser J, Koetsenruijter J, Van der Feltz-Cornelis CM, Verhaak PFM, Grol RPTM, et al. Minder antidepressivavoorschriften na richtlijntoepassing. *Huisarts Wet* 2015;58(7):350-2.

DOEL De NHG-Standaard Depressie en de landelijke Multidisciplinaire richtlijn depressie adviseren een *stepped care*- ofwel stapsgewijze benadering. Dit betekent dat antidepressiva in eerste instantie niet de voorkeur hebben bij patiënten met lichte klachten, maar dat kortdurende, niet-farmacologische interventies voor deze groep de eerste behandelstap vormen. Om de implementatie van de *stepped care*-benadering in de praktijk te bevorderen is een 'Doorbraakproject Depressie' georganiseerd. Hierin werkten huisartsen lokaal multidisciplinair samen met eerste- en tweedelijnhulpverleners, en kregen zij externe ondersteuning. Parallel hieraan hebben we een onderzoek uitgevoerd naar het effect van het Doorbraakproject op het voorschrijfgedrag van huisartsen.

METHODE Ons onderzoek betrof een quasi-experimentele evaluatie met een follow-upperiode van drie jaar. De interventie bestond uit het al dan niet deelnemen aan het Doorbraakproject Depressie, een eenjarig traject met diverse implementatiebevorderende methodieken. We hebben het voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen die deelnamen aan het Doorbraakproject Depressie vergeleken met dat van een selectie van huisartsen uit het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH).

RESULTATEN Tijdens de drie jaar durende onderzoeksperiode was er in de interventiegroep sprake van een afname van 23,3% in het aantal patiënten met voorgeschreven antidepressiva in de eerste maand van de behandeling (van 49,4% in 2006 tot 26,1% in 2008). De huisartsen in de controlegroep veranderden hun voorschrijfgedrag niet (van 50,3% in 2006 naar 52,6% in 2008). Deelname aan het Doorbraakproject Depressie was de belangrijkste factor die bijdroeg aan het veranderde voorschrijfgedrag. De verwijspersentages bleven in beide groepen gelijk.

CONCLUSIE Ten gevolge van het Doorbraakproject Depressie kregen minder patiënten met depressie antidepressiva voorgeschreven.

INLEIDING

Depressie is een veelvoorkomende aandoening in de huisartsenpraktijk, waarvoor verschillende behandelingen bestaan. De NHG-Standaard Depressie en de landelijke Multi-

disciplinaire Richtlijn Depressie raden een *stepped care*-benadering aan bij het organiseren van de depressiezorg.^{1,2} Dit betekent dat patiënten met subklinische of lichte depressieve klachten in principe niet als eerste stap antidepressiva krijgen, maar dat huisartsen in plaats daarvan eerst met korte interventies, waaronder begeleide zelfhulp, fysieke inspanning of de geprotocolleerde Problem Solving Treatment, goede resultaten proberen te behalen. In tweede instantie kunnen de patiënten alsnog 'opstappen' naar medicatie of psychotherapie.^{1,2}

De depressiezorg in de eerste lijn verliep tien jaar geleden in ons land slechts bij 42% van de patiënten volgens richtlijn-aanbevelingen.³ Een van de punten waarop de praktijk zou afwijken van de richtlijnen betrof het overmatig voorschrijven van antidepressiva door de huisarts. Richtlijnen adviseren op dit punt immers een terughoudend beleid. Hoewel recent onderzoek laat zien dat het voorschrijven van antidepressiva in de huisartsenpraktijk vanaf 2002 iets is afgenomen, van 76% in 2002 naar 70% in 2008,⁴ is dit percentage nog altijd hoog. Een mogelijke verklaring hiervoor is het veelvoorkomende chronische gebruik ervan.^{5,6} Maar ook het percentage voorschriften tijdens het eerste contact steeg van 62% in 1993 tot 73% in 1998.⁷ Ook rapporteren onderzoekers over een sterke variatie in het voorschrijfgedrag van huisartsen⁸ en over het ontbreken van een relatie tussen het voorschrijven van antidepressiva en de ernst van de symptomen.⁹ Daarnaast benut men in de eerste lijn nog weinig de effectieve, kortdurende niet-farmacologische interventies,¹⁰ terwijl deze de voorkeur van veel patiënten genieten.¹¹

Bovenstaande situatie was de aanleiding voor een landelijk verandertraject in de eerstelijnsdepressiezorg om *stepped care*-aanbevelingen uit de landelijke richtlijnen te implementeren. Van december 2006 tot maart 2008 is het Doorbraakproject Depressie georganiseerd, als onderdeel van het Depressie Initiatief, een programma dat het Trimbos-instituut heeft gecoördineerd. In Doorbraakprojecten voeren tijdelijke teams van hulpverleners versneld verbeteringen in de praktijk in, terwijl zij proces en uitkomsten monitoren.¹² Parallel aan het

Wat is bekend?

■ Antidepressiva zijn niet de eerst aangewezen behandeling bij lichte depressieve klachten. Het gebruik van antidepressiva in de eerste lijn is echter hoog.

Wat is nieuw?

- Huisartsen kunnen hun voorschrijfgedrag voor depressie verbeteren.
- Multidisciplinaire samenwerking met andere eerste- en tweedelijnhulpverleners, en ondersteuning bij de implementatie van minder intensieve interventies helpen daarbij.

Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht: dr. G. Franx, senior wetenschappelijk medewerker; prof.dr. C.M. van der Feltz-Cornelis, psychiater (destijds verbonden aan het Trimbos-Instituut). Arkin, Amsterdam: dr. J. Huyser, directeur behandelzaken. IQ Healthcare, Radboudumc, Nijmegen: J. Koetsenruijter, PhD; prof.dr. R.P.T.M. Grol, emeritus hoogleraar Kwaliteit van Zorg; prof.dr. M. Wensing, hoogleraar Implementation Science. NIVEL en UMC Groningen: prof.dr. P.F.M. Verhaak, senior onderzoeker en hoogleraar huisartsgeneeskunde. Tilburg University, afdeling Tranzo, Centrum voor Lichaam, Geest, Gezondheid: prof.dr. C.M. van der Feltz-Cornelis, psychiater en hoogleraar sociale psychiatrie • Correspondentie: gfranx@trimbos.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van Franx G, Huyser J, Koetsenruijter J, Van der Feltz-Cornelis CM, Verhaak PFM, Grol RPTM, et al. Implementing guidelines for depression on antidepressant prescribing in general practice: a quasi-experimental evaluation. *BMC Fam Pract* 2014;15:35. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

project hebben we een onderzoek uitgevoerd naar het effect van het Doorbraakproject Depressie op het voorschrijfgedrag van huisartsen.

METHODE

Het onderzoek betrof een quasi-experimentele evaluatie met een standaard controlegroep en een follow-upperiode van drie jaar.

Onderzoekspopulatie

De interventiegroep bestond uit twintig huisartsen die deelnamen aan het Doorbraakproject Depressie. De controlegroep bestond uit een selectie van huisartsen uit het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH), wier huisartsinformatiesysteem (HIS) informatie over depressie bevatte over ten minste 90% van de drie jaar durende onderzoeksperiode. De patiënten in beide groepen waren volwassenen tussen de 18 en 65 jaar, met een registratie in het HIS van een nieuwe depressieve episode (ICPC-code P03 of P76) tussen 2006 en 2008.

Het onderzoeksprotocol was goedgekeurd door de Medisch-ethische toetsingscommissie voor de ggz (METIGG).

Interventie

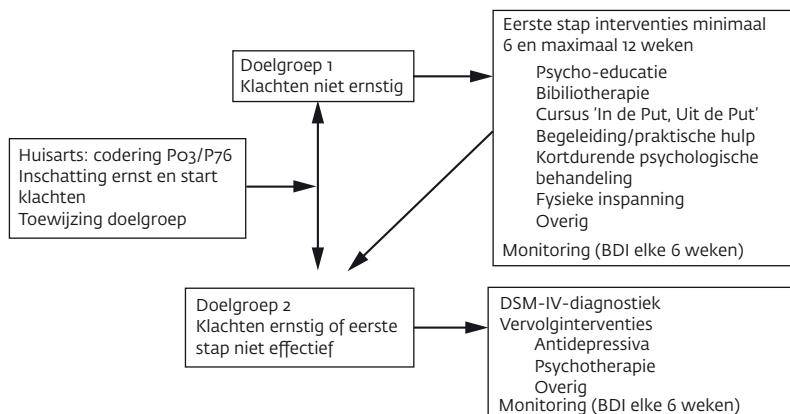
Het Doorbraakproject Depressie was gericht op de implementatie van een stepped care-depressiemodel, ontwikkeld door een landelijk expertteam [figuur]. Dit model bestond uit een zorgpad voor mensen met niet-ernstige depressieve klachten en een zorgpad voor mensen met ernstige klachten. Het inschatten van de ernst gebeurde aan de hand van criteria, die gebaseerd waren op scoringscriteria van bestaande meetinstrumenten, en waarin ook de duur van de klachten was meegenomen [figuur]. In het niet-ernstige zorgpad maakten antidepressiva geen onderdeel van de behandeling uit, maar lag de nadruk op minder intensieve interventies, zoals zelfhulp, fysieke inspanning of Problem Solving Treatment. De website www.eerstelijns-ggz.nl bevat sinds 2012 een beschrijving van deze bouwstenen voor eerstelijnszorgpaden. Ook de NHG-publicatie Protocollaire GGZ ondersteunt huisartsen bij het inrichten van op richtlijnen gebaseerde depressiezorg.¹³

Patiënten werden in het Doorbraakproject gemonitord met de Beck Depression Inventory (BDI) en bij onvoldoende vooruitgang stapten de patiënten over op het intensieve zorgpad [figuur]. Hierin kregen ze een behandeling met medicatie en/of met behulp van psychotherapie. Tijdens het project vormden de huisartsen multidisciplinaire teams met een sociaal-psychiatisch verpleegkundige of praktijkondersteuner, eerstelijnspsycholoog, maatschappelijk werker en een psychiater of psychotherapeut. Deze teams kregen een mix van implementatiebevorderende maatregelen aangeboden, zoals werkbezoeken van experts, conferenties voor uitwisseling van goede voorbeelden, workshops en een onlinetoolkit met beschrijvingen van behandelingen uit de richtlijnen.

Gegevensverzameling en -analyse

De centrale uitkomstmaat van het onderzoek was het percen-

Figuur Model voor stepped care-depressiezorg



Van ernstige depressie is in het Doorbraakproject sprake als depressieve klachten langer duren dan zes maanden, er na drie maanden onvoldoende respons is op de interventies van de eerste stap of er sprake is van suïcidaleit, psychotische kenmerken, ernstig sociaal disfunctioneren (onvermogen tot zelfzorg en vervullen van normale rollen in gezin, werk en relaties).

BDI = Beck Depression Inventory.

tage patiënten met een voorschrift voor antidepressiva in de eerste maand nadat de huisarts de diagnose had gesteld. Een tweede uitkomstmaat was het percentage patiënten dat in de eerste maand een verwijzing kreeg naar een eerstelijnspsycholoog of een ggz-professional, vrijgevestigd of in een instelling. We hebben deze gegevens over een periode van drie jaar verzameld. Daarnaast hebben we demografische kenmerken en gegevens over angstklachten (P01, P74, P75) als comorbiditeit verzameld. Met een t-test hebben we de verschillen in het voorschrijfgedrag van de huisartsen tussen de periode voor en de periode na het project geanalyseerd. Om het effect van deelname aan het Doorbraakproject te meten en te corrigeren voor clustereffecten, hebben we een multiële logistische regressieanalyse uitgevoerd in MLwiN 2.15.

RESULTATEN

De onderzoekspopulatie

We hebben 20 huisartsen uit 17 praktijken in de interventiegroep en 115 huisartsen uit 41 controlepraktijken geïncludeerd. In de interventiegroep waren 400 patiënten beschikbaar voor de analyses, in de controlegroep was dit aantal 3956. De gemiddelde leeftijd van patiënten in de interventiegroep was 39,8 jaar versus 41,9 jaar in de controlegroep.

Voorschrijven en verwijzen

De [tabel] geeft een overzicht van de veranderingen in het voorschrijf- en verwijsgedrag van de huisartsen binnen beide onderzoeksgroepen. Tijdens de drie jaar follow-up nam in de interventiegroep het percentage patiënten met voorgeschreven antidepressiva in de eerste maand van de behandeling af met 23% (van 49,4% in 2006 tot 26,1% in 2008). De huisartsen in de controlegroep veranderden hun voorschrijfgedrag niet (van 50,3% in 2006 tot 52,6% in 2008).

De verwijzpercentages naar de eerstelijnspsycholoog of

Tabel Percentage patiënten met een ICPC-code P03 of P76 dat in de eerste maand van de behandeling door de huisarts antidepressiva krijgt voorgeschreven of wordt verwezen naar een ggz-professional (in percentage van het totaal aantal patiënten met een ICPC P03 of ICPC P76)

	Interventiegroep (Doorbraak)			Controlegroep (LINH)		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Antidepressiva	49,4	32,2*	26,1*	50,3	47,0	52,6
Verwijzing naar ggz	11,5	16,4	11,2	10,1	13,0*	9,0
n	87	152	161	1261	996	1699

* significant < 0,05 vergeleken met baseline (2006).

ggz in de eerste maand van de behandeling bleven in beide groepen hetzelfde. In de interventiegroep was er gedurende de hele periode wel sprake van enigszins hogere verwijspersentages dan in de controlegroep.

De huisartsen uit het Doorbraakproject schreven vaker antidepressiva voor aan oudere patiënten en aan mensen met bijkomende angstproblematiek. De multi-pele regressieanalyse liet zien dat deelname aan het Doorbraakproject zorgde voor een verandering in het voorschrijfgedrag en dat we de verandering dus niet volledig kunnen verklaren met andere gemeten factoren (niet in de [tabel]).

BESCHOUWING

Deelname aan het Doorbraakproject Depressie zorgde voor een substantiële verlaging van het aantal patiënten dat van de huisarts bij een eerste of nieuwe depressieve episode antidepressiva kreeg voorgeschreven. Dit zou erop kunnen duiden dat huisartsen een meer stapsgewijze aanpak hanteren, conform de NHG-Standaard en de Multidisciplinaire richtlijn depressie. Met de beschikbare gegevens konden we dit echter niet aantonen. Een beperking van het onderzoek was immers dat huisartsen in hun HIS weinig depressiespecifieke informatie registreerden, zoals de aard van de interventie en de ernst van depressiesymptomen.

Een andere methodologische beperking was het ontbreken van een randomisatieprocedure. Hierdoor was er een risico op selectiebias, omdat huisartsen die al kritisch stonden tegenover hun depressieaanpak mogelijk sterker vertegenwoordigd waren in het Doorbraakproject dan in de LINH-controlegroep. Toch lijkt het onwaarschijnlijk dat een andere factor dan de interventie een verandering in voorschrijfgedrag van 23% heeft veroorzaakt.

Het onderzoek sluit aan bij een eerder gepubliceerd kwalitatief onderzoek naar het Doorbraakproject Depressie, dat liet zien dat huisartsen een andere aanpak kozen in de behandeling van lichte depressieve klachten.¹⁴ Ook het Schotse onderzoek 'Doing Well'¹⁵ en het grote Engelse Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)-programma¹⁶ zijn voorbeelden

van grootschalige implementatieonderzoeken, waaruit blijkt dat de zorg meer in lijn komt met evidence-based aanbevelingen uit richtlijnen wanneer de implementatie een goede ondersteuning krijgt.

CONCLUSIE

Ons onderzoek laat zien dat huisartsen hun voorschrijfgedrag bij depressie kunnen veranderen door een implementatieprogramma waarin zij lokaal multidisciplinair samenwerken met andere eerste- en tweedelijns hulpverleners, en waarin ze projectmatige ondersteuning krijgen. Deze boodschap sluit goed aan bij de huidige ontwikkelingen in de huisartsenzorg en generalistische basis-ggz, waarbinnen een dergelijke context voor steeds meer huisartsen ontstaat, vooral voor degenen die participeren in zorggroepen of binnen andere samenwerkingverbanden. ■

LITERATUUR

- 1 Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, et al. NHG-Standaard Depressie. Huisarts Wet 2012;55:25-9.
- 2 Richtlijnwerkgroep Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Multidisciplinaire richtlijn depressie. Herziene versie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- 3 Smolders M, Laurant M, Verhaak P, Prins M, Van Marwijk H, Penninx B, et al. Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnosis. Gen Hosp Psychiatry 2009;31:460-9.
- 4 Nuijen J, Van Dijk CE, Verhaak PFM, Verheij RA. Volwassenen in de huisartsenpraktijk: over psychische problematiek en zorgverlening tussen 2002-2008. In: Nuijen J, redactie. Trendrapportage GGZ 2010, deel 2. Toegang en zorggebruik. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- 5 Moore M, Yuen HM, Dunn N, Mullee MA, Maskell J, Kendrick T. Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. BMJ 2009;339:b3999.
- 6 Piek E, Van der Meer K, Hoogendijk WJ, Penninx BW, Nolen WA. Most antidepressant use in primary care is justified; results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. PLoS One 2011;6:e14784.
- 7 Van Marwijk HW, Bijl D, Ader HJ, De Haan M. Antidepressant prescription for depression in general practice in The Netherlands. Pharm World Sci 2001;23:46-9.
- 8 Morrison J, Anderson MJ, Sutton M, Munoz-Arroyo R, McDonald S, Maxwell M, et al. Factors influencing variation in prescribing of antidepressants by general practices in Scotland. Br J Gen Pract 2009;59:e25-e31.
- 9 Spies T, Mokking H, De Vries RP, Grol R. Huisarts kiest vaak voor antidepressiva ongeacht de ernst van de depressie. Huisarts Wet 2004;47:364-7.
- 10 Zwaanswijk M, Verhaak PFM. Effective brief interventions for psychological problems; a synthesis of the evidence on applicability in general practice. Utrecht: Nivel, 2009.
- 11 Van Rijswijk E, Van Hout H, Van de Lisdonk E, Zitman F, Weel C. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. BMC Fam Pract 2009;10:52.
- 12 Schouten LM, Hulscher ME, Van Everdingen JJ, Huijsman R, Grol RP. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. BMJ 2008;336:1491-4.
- 13 Van Venrooij MH. Protocolaire GGZ. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2014.
- 14 Franx G, Oud M, De Lange J, Wensing M, Grol R. Implementing a stepped-care approach in primary care: results of a qualitative study. Implement Sci 2012;7:8.
- 15 Smith MJ. 'Doing Well': an initiative to improve depression care. Glasgow: University of Glasgow, 2010.
- 16 Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. Int Rev Psychiatry 2011;23:318-27.



Tests: voorafkans, achterafkans en likelihood ratio

PRAKTIJKPROBLEEM

Tijdens een nascholing horen we dat vervoerspijn appendicitis niet aantoont, maar wel uitsluit. We zien daarbij de volgende cijfers: $LR+ = 1,59$ en $LR- = 0,1$.¹ Een huisarts in de zaal vraagt wat hij met likelihood ratio's moet. Wat zijn dat precies en wat voegen zij toe?

ACHTERGROND

Als huisartsen zijn wij gebaat bij een eenvoudige interpretatie van een diagnostische test. Hoe beïnvloedt een positief of negatief testresultaat de kans op ziekte? Specifieker: hoeveel maal waarschijnlijker is het dat de patiënt ziek is bij een positieve of negatieve testuitslag?

Om de waarde van een diagnostische test te beschrijven, wordt vaak een vierveldentabel gebruikt.³ In de [tabel] kijken we naar de verhouding tussen de cellen a en b bij een positief testresultaat, en naar de cellen c en d bij een negatief testresultaat. We bepalen de proportie deelnemers in deze cellen, en delen ze door elkaar. We krijgen dan: $(a/(a+c))/(b/(b+d))$. Dit is de likelihood ratio van een positieve test ($LR+$). De likelihood ratio van een negatieve test ($LR-$) is $(c/(a+c))/(d/(b+d))$. Omdat $a/a+c$ de sensitiviteit van de test is en $d/b+d$ de specificiteit, kunnen we de formules ook zo schrijven: $LR+ = \text{sens}/1-\text{spec}$ en $LR- = \text{spec}/1-\text{sens}$. De likelihood ratio is aantrekkelijk, omdat we er de kans op ziekte na de test (achterafkans) eenvoudig mee kunnen berekenen.

Tabel Vierveldentabel

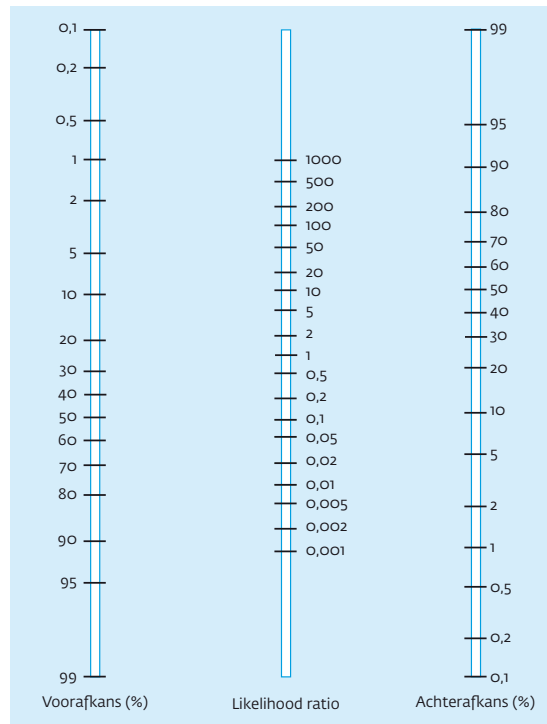
		Appendicitis		Totaal
		Ja	Nee	
Vervoerspijn	Ja	33	21	54
		A B		A+B
Nee		C D		C+D
	Nee	1	9	10
Totaal		A+C B+D		A+B+C+D
		34	30	64

Figuur 1 Uitwerking

Voorafkans	$A+C/A+B+C+D = 34/64 = 0,53$ $LR+ = 33/34 / 21/30 = 1,39$ $LR- = 1/34 / 9/30 = 0,1$
Achterafkans	Positieve test: 0,61 (61%) Negatieve test: 0,10 (10%)

In ons voorbeeld is de kans op appendicitis van iemand die naar de SEH verwezen wordt 53% (voorafkans) [figuur 1]. Door te vragen naar vervoerspijn (de test) veranderen we die kans, en de mate van deze verandering drukken we uit in LR. De $LR+$ is 1,39. Wij kijken nu naar [figuur 2].⁴ Deze figuur bestaat uit 3 verticale assen, met van links naar rechts de kans voor de

Figuur 2 Voorafkans, achterafkans en likelihood ratio



test (voorafkans), de LR en de kans na de test (achterafkans). We trekken nu een rechte lijn van de ons bekende voorafkans (53%) naar de LR (1,39), deze snijdt de rechter verticale as bij 61%. Dit is onze achterafkans. Probeert u nu zelf op deze manier de kans op ziekte na een negatieve test te bepalen. Deze is 10%.

BETEKENIS

De likelihood ratio geeft aan hoe sterk een positieve uitkomst van een test de kans op een ziekte vergroot en een negatief testresultaat de kans op een ziekte verkleint. Bij een likelihood ratio van een positieve test groter dan 10 is de ziekte waarschijnlijk aanwezig, een likelihood ratio van een positieve test kleiner dan 0,1 maakt de kans op ziekte klein. De likelihood ratio vat in een getal de waarde van een test samen.

LITERATUUR

- 1 Ashdown HF, D'Souza N, Karim D, Stevens RJ, Huang A, Harnden A. Pain over speed bumps in diagnosis of acute appendicitis: diagnostic accuracy study. *BMJ* 2012;345:e8012.
- 2 Altman DG, Deeks JJ. Diagnostic tests 4: likelihood ratios. *BMJ* 2004;329:168-9.
- 3 Eekhof JAH. Tests: sensitiviteit en specificiteit. *Huisarts Wet* 2012;55:151.
- 4 Strauss SE, Glasziou P, Richardson WS, Haynes RB. *Evidence Based Medicine 4th edition*. London: Churchill Livingstone, 2010.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam; dr. P.J. van den Berg, coördinator wetenschappelijke vorming • Correspondentie: p.j.vandenbergh@erasmusmc.nl



Niet-herkend hartfalen bij ouderen met kortademigheid

Samenvatting

Van Riet EES, Hoes AW, Limburg A, Landman MAJ, Van der Hoeven H, Rutten FH. Niet-herkend hartfalen bij ouderen met kortademigheid. *Huisarts Wet* 2015;58(7):354-7.

DOEL We hebben de prevalentie vastgesteld van niet-herkend hartfalen bij ouderen die kortademig zijn bij inspanning.

METHODEN We hebben een cross-sectioneel selectief screeningsonderzoek uitgevoerd. Patiënten van 65 jaar en ouder die in de laatste 12 maanden hun huisarts hadden bezocht wegens kortademigheid bij inspanning hebben we uitgenodigd als ze geen echocardiografisch bevestigd hartfalen hadden. Alle deelnemers ondergingen een anamnese, lichamelijk onderzoek, elektrocardiografie en een venapunctie om de hoogte van het N-terminal pro B-type natriuretisch peptide (NTproBNP) te bepalen. Dege-
nen met een abnormaal elektrocardiogram en/of een NTproBNP-waarde boven het 'uitsluitafkappunt' voor niet- acuut ontstaan hartfalen (> 15 pmol/L (≈ 125 pg/ml)) ondergingen echocardiografie. Een expertpanel beoordeelde de aan- of afwezigheid van hartfalen aan de hand van alle verzamelde diagnostische gegevens.

RESULTATEN De gemiddelde leeftijd van de 585 deelnemers was 74,1 jaar (sd 6,3) en 54,5% was vrouw. In totaal was er bij 92 deelnemers sprake van niet-herkend hartfalen (15,7%; 95%-BI 12,9 tot 19,0); bij 17 (2,9%; 95%-BI 1,8 tot 4,7) van hartfalen met een verminderde linkerventriek-ejectiefractie (LVEF $\leq 45\%$), bij 70 (12,0%; 95%-BI 9,5 tot 14,9) van hartfalen met behouden ejectiefractie en bij 5 (0,9%; 95%-BI 0,3 tot 2,1) van geïsoleerd rechtszijdig hartfalen.

CONCLUSIE Ouderen die hun huisarts bezoeken met kortademigheid bij inspanning hebben in 1 op de 6 gevallen niet-herkend hartfalen, vooral met behouden ejectiefractie. Om vroege opsporing te verbeteren zouden huisartsen bij deze populatie meer alert moeten zijn op hartfalen, ook wanneer sprake is van of wordt gedacht aan een longziekte of een andere mogelijke verklaring voor de kortademigheid.

INLEIDING

Chronisch hartfalen is een progressief syndroom dat gepaard gaat met een vermindering in het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven, en een verhoogde morbiditeit en mortaliteit.¹ Hartfalen komt voornamelijk voor bij ouderen; zowel de incidentie als de prevalentie stijgt sterk boven de leeftijd van 65 jaar.² Cross-sectionele screeningson-

derzoeken in de open populatie en huisartsenpraktijk hebben aangetoond dat huisartsen hartfalen vaak niet als zodanig herkennen op het moment dat patiënten met klachten op het spreekuur komen.³⁻⁶ Mogelijke oorzaken van onderdiagnostiek zijn: het ontbreken van klachten die typisch zijn voor hartfalen, de aanwezigheid van comorbiditeit en de beperkte toegang van huisartsen tot echocardiografie.

Een van de kernsymptomen van hartfalen is kortademigheid bij inspanning. Deze klacht komt vaak voor, heeft subjectieve aspecten en kan worden veroorzaakt door veel aandoeningen, waaronder longziekten.^{7,8}

Onze verwachting was dat bij ouderen niet-herkend hartfalen vaak ten grondslag ligt aan kortademigheid bij inspanning. Doel van dit onderzoek was te bepalen hoe vaak niet-herkend hartfalen voorkomt bij ouderen die zich in het voorafgaande jaar met de klacht kortademigheid bij inspanning bij de huisarts hebben gemeld.

METHODEN

Deelnemers

Dertig huisartsenpraktijken in de regio van het Diaconessenhuis in Zeist namen deel aan ons onderzoek, dat we hebben uitgevoerd van december 2010 tot december 2012. Alle personen van 65 jaar en ouder die zich in de voorafgaande 12 maanden met kortademigheid gedurende inspanning bij een van de deelnemende huisartsen hadden gemeld hebben we voor deelname uitgenodigd, ook als al bekend was dat ze een longziekte hadden of als er een andere mogelijke verklaring voor deze klacht was. Kortademigheid hoefde niet de belangrijkste reden voor het contact te zijn, noch hoefden deelnemers

Wat is bekend?

- Hartfalen komt vooral bij ouderen voor (7-10% van alle 65-plussers) en leidt tot verlies van functionaliteit, kwaliteit van leven, een grote kans op sterfte en hoge kosten voor de gezondheidszorg.
- Naar verwachting zal hartfalen in de nabije toekomst nog vaker voorkomen door vergrijzing en verbeterde overleving na acute cardiale gebeurtenissen.
- Onderdiagnostiek van hartfalen komt in de huisartsenpraktijk vaak voor.

Wat is nieuw?

- Bij ouderen die hun huisarts bezoeken met kortademigheid bij inspanning is vaak sprake van niet-herkend hartfalen (prevalentie 15,7%), voornamelijk met een behouden ejectiefractie.
- Om vroege opsporing te verbeteren zouden huisartsen (en longartsen) bij deze populatie meer alert moeten zijn op het mogelijk bestaan van hartfalen, ook wanneer al bekend is dat een patiënt een longziekte heeft.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Postbus 85500, 3508 AB Utrecht: E.E.S. van Riet, arts-onderzoeker; prof. dr. A.W. Hoes, hoogleraar Klinische Epidemiologie en Huisartsgeneeskunde; dr. F.H. Rutten, huisarts-onderzoeker; M.A.J. Landman, cardioloog; H. van der Hoeven, echocardiografist. Diaconessenhuis, Zeist: A. Limburg, cardioloog • Correspondentie: e.e.s.vanriet@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek is mogelijk gemaakt door een subsidie van de Nederlandse Hartstichting [2009Bo48].

Dit is een bewerkte vertaling van Van Riet EES, Hoes AW, Limburg A, Landman MAJ, Van der Hoeven H, Rutten FH. Prevalence of unrecognized heart failure in older persons with shortness of breath on exertion. *Eur J Heart Fail* 2014;16:772-7.

verdacht te zijn voor hartfalen. Van personen van 65 jaar en ouder die het voorafgaande jaar de volgende ICPC-code kregen: Ro2 (dyspneu), Ro3 (piepen), R78 (acute bronchitis), R81 (pneumonie), R91 (chronische bronchitis/bronchiëctasieën), R95 (emfyseem/COPD) of R96 (astma), zijn we via de S-regel in het elektronisch medisch dossier nagegaan of de episodes gepaard gingen met kortademigheid. Patiënten van wie al bekend was dat ze hartfalen hadden, wat bevestigd was met een echocardiogram, hebben we geëxcludeerd. Andere exclusiecriteria waren een levensverwachting van minder dan een half jaar en niet in staat zijn om een *informed consent* te geven.

Diagnostische procedures

De deelnemers volgden een gestandaardiseerd diagnostisch traject. Tijdens een 1 uur durende sessie is de anamnese afgenomen, een lichamelijk onderzoek uitgevoerd, een elektrocardiogram (ECG) gemaakt en een venapunctie verricht ter bepaling van het gehalte van het N-terminal pro B-type natriuretisch peptide (NTproBNP). We achtten een waarde verhoogd als deze boven het 'uitsluitafkappunt' lag voor niet-acuut ontstaan hartfalen ($> 15 \text{ pmol/L}$ ($\approx 125 \text{ pg/ml}$)), hetgeen in lijn is met de richtlijn voor hartfalen van Europese cardiologen.⁹

In dit pragmatisch opgezette onderzoek ondergingen alleen degenen met een abnormaal elektrocardiogram en/of een NTproBNP-waarde boven het uitsluitafkappunt aanvullend echocardiografie in het ziekenhuis. De echocardiografist was niet op de hoogte van eerdere diagnostische resultaten van de deelnemers en gebruikte verschillende echocardiografische technieken om de structurele en functionele eigenschappen van het hart te onderzoeken, waaronder 'tissue Doppler imaging'. Dit is een techniek waarbij de verticale beweging van het septum en de laterale wand van de linkerkamer wordt geregistreerd en de vroege diastolische fase wordt gemeten (e'). Samen met de E, de bloedstroom in meters/seconde over de mitralisklep in de vroege diastolische fase, wordt de ratio E/e' bepaald. Is deze > 15 , dan is er sprake van een verhoogde vullingsdruk in de linkerkamer, een belangrijk kenmerk van diastolische disfunctie bij hartfalen met behouden ejectiefraction.

Criteria voor de diagnose hartfalen

Een expertpanel, bestaande uit twee cardiologen en één huisarts met speciale expertise op het gebied van hartfalen, bepaalde de aan- of afwezigheid van hartfalen op basis van alle beschikbare resultaten van het diagnostisch onderzoek

(inclusief echocardiografie) en hanteerde daarbij de criteria van de richtlijn voor hartfalen van Europese cardiologen.⁹ We achtten hartfalen aanwezig als patiënten zowel klachten als verschijnselen hadden die passen bij hartfalen en daarbij echocardiografisch cardiale disfunctie.

Hartfalen hebben we vervolgens verder geclassificeerd als hartfalen met verminderde ejectiefraction (HF-REF) indien de linkerventrikel-ejectiefraction $\leq 45\%$ was; hartfalen met behouden ejectiefraction (HF-PEF) bij diastolische disfunctie en een linkerventrikel-ejectiefraction $\geq 45\%$; en geïsoleerd rechtszijdig hartfalen bij een verhoogde druk in de arteria pulmonaris zonder evidente diastolische disfunctie en een linkerventrikel-ejectiefraction $\geq 45\%$.

Gegevensanalyse

Prevalenties van nieuw vastgesteld HF-REF, HF-PEF en geïsoleerd rechtszijdig hartfalen hebben we berekend als proporties met een 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI). Dit hebben we ook apart gedaan voor mannen en vrouwen, en voor leeftijdsgroepen boven en onder de 75 jaar.

Door het percentage patiënten met nieuw vastgesteld hartfalen op te tellen bij het percentage patiënten van wie de deelnemende huisartsen al wisten dat ze een echocardiografisch vastgestelde diagnose van hartfalen hadden, konden we de totale prevalentie van hartfalen in de huisartsenpraktijk bepalen.

De gegevens hebben we geanalyseerd met SPSS, versie 20.0 voor Windows.

RESULTATEN

We hebben 1527 patiënten uitgenodigd voor deelname, van wie 77% het antwoordformulier terugstuurde en 38% wilde deelnemen, een gebruikelijk percentage voor screeningsonderzoek bij ouderen.⁶ Uiteindelijk hebben we 585 deelnemers geïnccludeerd in ons onderzoek.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 74,1 (sd $\pm 6,3$) jaar en 54,5% was vrouw. Relevante eerder vastgestelde aandoeningen waren longziekte (55%), hypertensie (53%), hypercholesterolemie (32%) en ischemische hartziekte (20%).

In totaal hadden 377 (64,4%) deelnemers een verhoogd NT-proBNP en/of een abnormaal ecg; van hen ondergingen 366 vervolgens echocardiografie.

Bij 92 (15,7%; 95%-BI 12,9 tot 19,0) deelnemers werd nieuw ontdekt hartfalen vastgesteld; 17 (2,9%; 95%-BI 1,8 tot 4,7) hadden hartfalen met een verminderde ejectiefraction, 70 (12,0%; 95%-

Tabel Prevalentie van niet-herkend hartfalen met verminderde (HF-REF) en behouden ejectiefraction (HF-PEF), gestratificeerd naar leeftijd en geslacht

Leeftijd (jaren)	Mannen			Vrouwen			Totaal			
	n	HF-REF (%)	HF-PEF (%)	n	HF-REF (%)	HF-PEF (%)	n	HF-REF (%)	HF-PEF (%)	Alle HF* (%)
65-74	155	3,2	5,8	179	1,1	5,6	334	2,1	5,7	8,4
≥ 75	111	5,4	18,9	140	2,9	21,4	251	4,0	20,3	25,5
Alle	266	4,1	11,3	319	1,9	12,5	585	2,9	12,0	15,7
(95%-BI)		(2,2 tot 7,5)	(7,9 tot 15,9)		(0,8 tot 4,3)	(9,2 tot 16,8)		(1,8 tot 4,7)	(9,5 tot 14,9)	(12,9 tot 19,0)

* In de categorie 'alle HF' (alle mensen met hartfalen) hebben we ook de vijf personen met geïsoleerd rechtszijdig hartfalen geïnccludeerd.

95%-BI: 95%-betrouwbaarheidsinterval.



Foto: Dmitry Boyarin/Flickr

BI 9,5 tot 14,9) hadden hartfalen met behouden ejectiefractie en 5 (0,9%; 95%-BI 0,3 tot 2,1) vertoonden geïsoleerd rechtszijdig hartfalen.

De prevalentie van eerder niet-herkend hartfalen was nauwelijks gelijk voor mannen en vrouwen (16,5% tegenover 15,0%, $p = 0,62$). Leeftijd- en geslachtspecifieke prevalentiecijfers staan in de [tabel]. De prevalentie nam bij mannen en vrouwen toe met de leeftijd.

Bij de ouderen met kortademigheid bij inspanning die niet deelnamen aan het onderzoek was de prevalentie van echocardiografisch bevestigd hartfalen 17,1%. De totale prevalentie van hartfalen (bekend plus nieuw vastgesteld) bij 65-plussers met kortademigheid bij inspanning kwam daarmee op 32,8% (95%-BI 30,8 tot 34,9).

BESCHOUWING

Niet-herkend hartfalen komt vaak voor bij ouderen van 65 jaar en ouder, die hun huisarts bezoeken met kortademigheid bij inspanning. De prevalentie van niet-herkend hartfalen was 15,7%, wat in de buurt komt van de prevalentie van 20,5% niet-herkend hartfalen bij patiënten van 65 jaar en ouder met een huisartsendiagnose van COPD.⁶ Onze bevindingen suggereren dat huisartsen niet snel genoeg denken aan hartfalen bij ouderen met kortademigheid en niet altijd beseffen dat bij bekend COPD in de loop der tijd hartfalen kan ontstaan. Hierbij speelt ook een rol dat men abnormale longgeluiden makkelijk onjuist kan interpreteren als 'luchtwegproblemen', terwijl

crepiteren veel op ronchi kan lijken en *wheezing* ook bij hartfalen voorkomt.⁶ Ten slotte leidt longvaatovervulling, zoals die bij hartfalen kan voorkomen, door druk op de bronchioli van buitenaf tot een sterkere vermindering van FEV₁ dan van de FVC. Daardoor kan men de ernst van de obstructie overschatten.¹⁰ Mensen met hartfalen krijgen dan ten onrechte de diagnose COPD als ze spirometrie ondergaan op het moment dat ze overvuld zijn.¹⁰

In ons onderzoek had 76% van de personen met hartfalen HF-PEF. Dit is meer dan in eerdere screeningsonderzoeken, waarbij de percentages HF-PEF varieerden tussen de 40 en 71%. De verschuiving van het grootste aandeel binnen hartfalen van HF-REF naar HF-PEF past bij de waargenomen trend van de laatste jaren.¹¹ Dit kunnen we verklaren aan de hand van een stijging in prevalentie van hypertensie en diabetes, die beide meer ten grondslag liggen aan HF-PEF dan aan HF-REF, en een daling van het aantal en de grootte van myocardinfarcten die vooral ten grondslag ligt aan HF-REF.

Gerandomiseerde onderzoeken naar het effect van geneesmiddelen die bij HF-REF effectief zijn, zoals bètablokkers en renine-angiotensine-aldosteron-systeemremmers, laten weinig effect zien bij HF-PEF in mortaliteit of aan hartfalen gerelateerde ziekenhuisopnamen. Bij HF-PEF kunnen we klachten van water- en zoutretentie verlichten met diuretica. Daarnaast luidt het advies om de bloeddruk te optimaliseren en in geval van atriumfibrilleren een adequate hartfrequentie na te streven.⁹

Momenteel is het stellen van de diagnose HF-PEF vooral belangrijk voor het bepalen van de prognose en het voorkomen van een onjuiste classificatie als COPD. Dit laatste is van belang omdat pulmonale inhalatiemedicatie mogelijk negatieve cardiale bijwerkingen heeft.¹² Momenteel vindt er onderzoek plaats naar nieuwe medicamenten bij HF-PEF die meer rekening houden met een andere ontstaanswijze dan die van HF-REF.¹³ Wanneer een effectieve, mortaliteit verminderende therapie beschikbaar komt, ondersteunen onze bevindingen selectieve screening van ouderen met kortademigheid bij inspanning.

Een participatiegraad van 38% lijkt laag, maar dit is gebruikelijk voor screeningsonderzoek bij ouderen.⁶ Wij denken dat onze populatie representatief is voor de totale populatie, met een lichte oververtegenwoordiging van de net iets vitale mensen. Dit is juist de categorie ouderen bij wie het zinvol is om verandering in beleid te overwegen naar aanleiding van de bevindingen bij screeningsonderzoek, hetgeen bij zeer fragiele ouderen minder voor de hand ligt.

CONCLUSIE

Bij ouderen die hun huisarts bezoeken met kortademigheid bij inspanning is vaak sprake van niet-herkend hartfalen, vooral met behouden ejectiefraction. Om vroege opsporing te verbeteren zouden huisartsen, maar ook longartsen, bij deze mensen vaker aan hartfalen moeten denken, ook wanneer bekend is dat ze een longziekte hebben. Bepaling van natriuretisch peptide (NTproBNP of BNP) is hierbij een goede eerste stap. Bij normale waarden (NTproBNP < 125 pg/ml of BNP < 35 pg/ml) is hartfalen nagenoeg uitgesloten. Bij verhoogde waarden moet men echocardiografie overwegen.

DANKBETUIGING

Wij bedanken de huisartsen die hebben deelgenomen aan het STRETCH-onderzoek, het personeel van de polikliniek van het Julius Centrum en het personeel van verpleeghuis Bovenwegen in Zeist. ■

LITERATUUR

- 1 Schocken DD, Benjamin EJ, Fonarow GC, Krumholz HM, Levy D, Mensah GA, et al. Prevention of heart failure: a scientific statement from the American Heart Association Councils on Epidemiology and Prevention, Clinical Cardiology, Cardiovascular Nursing, and High Blood Pressure Research; Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2008;117:2544-65.
- 2 Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007;93:1137-46.
- 3 Anguita SM, Crespo Leiro MG, De Teresa GE, Jimenez NM, Alonso-Pulpon L, Muniz GJ. Prevalence of heart failure in the Spanish general population aged over 45 years. The PRICE study. *Rev Esp Cardiol* 2008;61:1041-9.
- 4 Boonman-de Winter LJ, Rutten FH, Cramer MJ, Landman MJ, Liem AH, Rutten GE, et al. High prevalence of previously unknown heart failure and left ventricular dysfunction in patients with type 2 diabetes. *Diabetologia* 2012;55:2154-62.
- 5 Ceia F, Fonseca C, Mota T, Morais H, Matias F, De Sousa A, et al. Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *Eur J Heart Fail* 2002;4:531-9.
- 6 Rutten FH, Cramer MJ, Grobbee DE, Sachs AP, Kirkels JH, Lammers JW, et al. Unrecognized heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Heart J* 2005;26:1887-94.
- 7 Bowden JA, To TH, Abernethy AP, Currow DC. Predictors of chronic breathlessness: a large population study. *BMC Public Health* 2011;11:33.
- 8 Landahl S, Steen B, Svanborg A. Dyspnea in 70-year-old people. *Acta Med Scand* 1980;207:225-30.
- 9 McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Bohm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail* 2012;14:803-69.
- 10 Brenner S, Güder G, Berliner D, Deubner N, Fröhlich K, Eryi G, et al. Airway obstruction in systolic heart failure – COPD or congestion? *Int J Cardiol* 2013;168:1910-6.
- 11 Lam CS, Donal E, Kraigher-Krainer E, Vasan RS. Epidemiology and clinical course of heart failure with preserved ejection fraction. *Eur J Heart Fail* 2011;13:18-28.
- 12 Rutten FH, Cramer MJ, Lammers JW, Grobbee DE, Hoes AW. Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: an ignored combination? *Eur J Heart Fail* 2006;8:706-11.
- 13 Paulus WJ, Van Ballegoij JJ. Treatment of heart failure with normal ejection fraction: an inconvenient truth! *J Am Coll Cardiol* 2010;55:526-37.

'Wilt u bijdragen aan H&W?'

Iedere maand besteden wij aandacht aan verschillende onderwerpen. Naast wetenschappelijke artikelen publiceren we ook kleinere rubrieken. Daarvoor zoeken wij regelmatig auteurs, bijvoorbeeld voor:

- **Journaal** Luchtige rubriek met kernachtige samenvattingen van recente, elders gepubliceerde artikelen en soms ook van rapporten of verslagen van gebeurtenissen, zoals congressen, voorzien van bondig commentaar.

- **Import** In deze rubriek komt buitenlandse onderzoek aan de orde dat zeer relevant is voor de uitoefening van ons vak. De rubriek biedt een gestructureerde samenvatting van het artikel en een plaatsbepaling van de uitkomsten van het onderzoek voor de Nederlandse huisartsenpraktijk.
- **Spreekuur** Korte en kernachtige bespreking van een klinisch probleem: een diagnose, een belangrijk symptoom of een symptomencomplex. De rubriek heeft een vaste structuur, met houvast voor diagnostiek en beleid in de praktijk.
- **Casuïstiek** Deze rubriek belicht,

aan de hand van een casus, de diagnostiek en behandeling van een relatief zeldzame aandoening.

- **Uw diagnose** Bij een foto die u in de praktijk hebt gemaakt, beschrijft u in één zin de patiënt en zijn klacht. Daarbij geeft u de juiste diagnose en drie alternatieve (niet juiste) diagnoses.

Interesse? Kijk op onze website (<http://www.henw.org/voorauteurs>) of neem contact op met onze redactie (redactie@nhg.org). ■

Just Eekhof

Frequente bezoekers: hoe vaak, wie en waarom?

Samenvatting

Smits FTM. *Frequente bezoekers: hoe vaak, wie en waarom?* Huisarts Wet 2015;58(7):358-61.

Patiënten die hun huisarts vaak bezoeken, hebben gemiddeld vaker een (chronische) ziekte, kosten meer spreekuurtijd, bezoeken vaker de specialist en genereren meer kosten in de zorg dan mensen die zo nu en dan eens op consult komen. Ongeveer 30% van deze 'frequente bezoekers' blijft ook het jaar daarna vaak komen. Zulk langdurig frequent bezoek kan een signaal zijn van onderliggende, vaak psychosociale problemen. Dit artikel geeft een definitie van 'frequente bezoeker' en een overzicht van de achtergronden en aandoeningen die deze groep kenmerken. Na een inventarisatie van de kosten die deze groep patiënten maakt in de hele zorg, onderzoeken we waarom de huisarts de meest geschikte persoon is om hun problematiek op te sporen, te diagnosticeren en te behandelen.

INLEIDING

Sommige patiënten hebben regelmatig contact met de huisarts. Meestal is dat vanwege een medisch probleem, maar wanneer dergelijk frequent contact langer aanhoudt, spelen vaak niet alleen lichamelijke, maar ook psychosociale problemen een rol.^{1,3} Langdurig frequent huisartsbezoek is geen klein probleem: de 10% patiënten die de huisarts het meest bezoeken hebben relatief vaak een chronische aandoening en een slechtere kwaliteit van leven, kosten relatief meer consulttijd, worden vaker naar de tweede lijn verwezen en genereren over het geheel genomen hogere kosten dan de minder frequente bezoekers.

Frequent bezoek aan de huisarts is vooral bestudeerd in zorgsystemen vergelijkbaar met het onze, maar in Nederland is het slechts éénmaal onderwerp van onderzoek geweest.⁴ Het meeste onderzoek was dwarsdoorsnedeonderzoek en had een looptijd van één jaar, maar het blijkt dat 20-30% van de frequente bezoekers in het daaropvolgende jaar frequent blijft terugkomen.¹ Frequente bezoekers maken ook meer gebruik van andere eerste- en tweedelijnszorg. Bij de meeste patiënten wordt dit meergebruik verklaard door al gediagnosticeerde aandoeningen, maar bij een deel van de patiënten is er geen ziekte bekend die het meergebruik verklaart en blijven de oorzaken onbekend. In die zin is langdurig frequent bezoek aan de huisarts een signaal van onderliggende, nog onopgemerkte en vaak psychosociale problematiek.

In dit artikel, dat gebaseerd is op mijn promotieonderzoek, beschrijf ik de achtergrond van frequent bezoek, onderzoek ik

wie de (langdurige) frequente bezoekers zijn, welke medische problematiek ze hebben, wat de oorzaken zijn en welke effectieve interventies bekend zijn. Vervolgens kom ik met een voorstel hoe de huisarts deze patiënten het best tegemoet kan treden.⁵

HOE IS FREQUENT BEZOEK TE VERKLAREN?

De bezoekfrequentie van huisartspatiënten wordt beïnvloed door de patiënt, de huisarts en de interactie tussen huisarts en patiënt. Bij de patiënt zijn de ervaren klachten, advies van familie, ervaringen uit het verleden en percepties over de huisarts van invloed op de beslissing om naar het spreekuur te komen, maar bij frequent bezoek kunnen ook angst, passiviteit en gebrek aan controle een rol spelen.^{6,7} Frequente bezoekers beseffen vaak zelf niet dat ze vaak komen; zij beschouwen de huisarts 'gewoon' als de aangewezen persoon om problemen op te lossen. Maar niettegenstaande hun vertrouwen in de huisarts blijven ze vaak toch ontevreden over de behandeling.⁸

Huygen toonde in de jaren tachtig aan dat consultgedrag wordt 'doorgegeven' door de moeder en consistent is door de jaren en generaties heen, en wees erop dat deze patronen in het huisartsbezoek lijken samen te hangen met vroegkindelijke ervaringen.⁹⁻¹¹ In de psychologie kent men de hechtingstheorie die stelt dat cognities, gebaseerd op vroege ervaringen met verzorgers (meestal de ouders), bepalend zijn voor het latere handelen binnen relaties. Dit gaat ook op voor de huisarts-patiëntrelatie: hier blijkt 'onveilige gehechtheid' geassocieerd met frequent bezoek, ook als men corrigeert voor demografische kenmerken, chronische ziekten en fysiek functioneren.^{12,13} Door het consultgedrag mede te zien als een gevolg van problematische ervaringen met verzorgers, kunnen huisartsen frequente bezoekers wellicht beter begrijpen en behandelen.

De bezoekfrequentie wordt echter ook beïnvloed door de huisarts zelf: na correctie voor de praktijksamenstelling zien we soms aanzienlijke verschillen in consultfrequentie, diag-

De kern

- Een kleine groep patiënten bezoekt de huisarts en de specialist disproportioneel vaak en genereert veel kosten in de héle zorg. Deze kosten zijn slechts voor een deel te verklaren door al bekende aandoeningen.
- Aanhoudend frequent bezoek zonder duidelijke verklaring kan samenhangen met psychosociale klachten (stress, angst, copingstijl, ziekteangst).
- Tijdige aandacht voor angststoornissen en copingstijl bij frequente bezoekers van de praktijk kan verhinderen dat de situatie langdurig wordt.
- Daardoor kan de huisarts niet alleen de kwaliteit van leven van deze patiënten verbeteren, maar ook de zorgkosten aanzienlijk terugdringen.

noses en behandelingen.¹⁴⁻¹⁶ Over de invloed van deze factor is echter weinig bekend.¹⁷

Hetzelfde geldt voor het effect van de interactie tussen huisarts en patiënt. Er zijn wel theorieën, onder andere met betrekking tot somatische fixatie, maar er is weinig empirisch onderzoek gedaan op dit gebied.¹⁸

DEFINITIE VAN FREQUENTE BEZOEKERS

Bij de algemene patiëntenpopulatie loopt de consultfrequentie op met de leeftijd en is zij hoger bij vrouwen. Bovendien verschilt de consultfrequentie per huisarts en per zorgsysteem. Zou men als criterium een vast aantal consulten per jaar hanteren, dan zou dat dus vooral ouderen, vrouwen en patiënten van bepaalde huisartsen selecteren.^{14-16,19} Daarom hebben wij een proportioneel criterium gekozen. We hebben frequente bezoekers gedefinieerd als de 10% van de patiënten die, rekening houdend met leeftijd en geslacht, in een gegeven jaar het vaakst de huisarts bezoekt. Dit criterium maakt ook internationale vergelijkingen tussen huisartsenpraktijken mogelijk. Omdat we vooral geïnteresseerd zijn in de keuze van de patiënt, laten we in deze definitie consulten in het kader van een zorgprogramma (POH-consulten) buiten beschouwing.

[Tabel 1] geeft het gemiddeld aantal bezoeken per patiënt per jaar weer voor huisartsenpraktijken in Amsterdam-Zuidoost, verdeeld over drie groepen: de 90% minst frequente bezoekers (niet-frequente bezoekers, NFB), de 10% frequentste bezoekers (frequente bezoekers, FB) en degenen die drie jaar achtereen tot de 10% frequentste bezoekers behoren (langdurig frequente bezoekers, LFB).¹⁵

WIE ZIJN HET EN WAT MANKEREN ZE?

Vergeleken met de NFB zijn FB en vooral LFB lager opgeleid, hebben ze vaker geen werk, zijn ze vaker alleenstaand en is hun kwaliteit van leven lager.^{1,20,21} FB hebben meer somatische, psychische en somatisch onverklaarde aandoeningen en meer sociale problemen dan NFB. Bij LFB stijgt de prevalentie van alle aandoeningen, maar de prevalentie van sociale problemen en psychische aandoeningen stijgt bovenproportioneel.¹ Bij FB is de prevalentie van somatische en somatisch onverklaarde aandoeningen tweemaal zo hoog en de prevalentie van psychische problemen driemaal zo hoog als bij NFB. Bij LFB is vooral de prevalentie van sociale problemen en angstproblemen fors hoger [tabel 2].

Frequente bezoekers blijken overigens niet alleen te komen

Tabel 1 Gemiddeld aantal consulten per patiënt per jaar in huisartsenpraktijken in Amsterdam-Zuidoost

	NFB	FB	LFB
15-44 jaar	1,0	6,5	8,5
45-64 jaar	1,6	8,6	11,0
≥ 65 jaar	2,9	12,4	14,3

NFB = de 90% minst frequente bezoekers in een jaar; FB = de 10% frequentste bezoekers in een jaar.

LFB = patiënten die drie jaar achtereen tot de 10% frequentste bezoekers behoren.

Tabel 2 Prevalentie van aandoeningen bij niet-frequente, frequente en langdurig frequente bezoekers van de huisarts

	NFB	FB		LFB	
	%*	%*	relatief verschil†	%*	relatief verschil†
Aantal patiënten	19.120	2609		470	
Totaal aantal medische problemen	1,16	2,00	(172)	3,52	(303)
Aandoeningen op de probleemlijst‡					
■ diabetes mellitus	5,5	13,7	(250)	23,2	(421)
■ hart- en vaatziekten	13,7	23,4	(170)	37,7	(275)
■ longaandoeningen	9,8	17,8	(181)	27,2	(277)
■ (gevoelens van) angst	1,8	4,7	(261)	9,4	(522)
■ (gevoelens van) depressie	3,2	6,4	(200)	8,7	(271)
■ verslavingen	1,2	2,9	(241)	4,9	(408)
■ somatisch onverklaarde klachten	6,8	13,1	(192)	25,3	(370)
■ sociale problemen	1,3	2,0	(153)	7,9	(607)
■ psychologische/psychiatrische problemen	9,2	20,6	(223)	37,0	(402)

NFB = de 90% minst frequente bezoekers in een jaar; FB = de 10% frequentste bezoekers in een jaar.

LFB = patiënten die drie jaar achtereen tot de 10% frequentste bezoekers behoren.

* Behalve waar anders aangegeven.

† NFB = 100.

‡ Patiënten kunnen binnen een bepaalde groep aandoeningen meer dan één diagnose hebben.

voor (chronische) aandoeningen die op de probleemlijst staan. Van alle door FB gepresenteerde episodes bleek 37% gekoppeld aan de probleemlijst (bij NFB 29% en bij LFB 41%).²² Concluderend hebben FB, en vooral LFB, veel meer chronische problemen dan NFB en presenteren ze bovendien veel en kleinere episodes.

ZORGGEBRUIK EN ZORGCOSTEN

FB kosten de huisarts viermaal en LFB vijfmaal zoveel consulttijd als NFB. Daar komen de telefoontjes, de administratie en het werk van de assistente nog bij. FB gebruiken ook meer medicatie, gaan vaker naar de huisartsenpost en maken meer kosten voor andere eerstelijnsvoorzieningen, zoals fysiotherapie, laboratoriumonderzoek of psychologische hulp. Hoe langer de periode van frequent bezoek duurt, des te hoger zijn deze kosten.²³⁻²⁵

Ondanks deze inzet van de eerste lijn worden FB en LFB vaker verwezen naar de specialist dan NFB.²⁶ Ook daar zorgen zij

Abstract

Smits FTM. *Frequent attenders: who, how often, and why.* Huisarts Wet 2015;58(7):358-61. Patients who visit their general practitioner frequently have a higher than average prevalence of chronic diseases, take up relatively more consultation time, visit a specialist more often, and generate more healthcare costs than non-frequent attenders. About 30% of these frequent attenders continue to visit their GP the following year. Persistent frequent attendance may signal underlying, often psychosocial, problems. The authors define 'frequent attender' and review the background and disorders characteristic of this group of patients and provide an analysis of the healthcare costs associated with frequent attendance. They also investigate the role of the GP as most appropriate professional to identify, diagnose, and treat these individuals.

voor aanzienlijk hogere kosten dan NFB.²³ In de periode 2007-2009 kostte een NFB in de eerste lijn gemiddeld 548 euro, een FB 870 euro en een LFB 1558 euro per jaar. In de tweede lijn kostte in diezelfde periode een NFB 1133 euro, een FB 1955 euro en een LFB 3717 euro per jaar.²³ Voor een groot deel zijn deze meerkosten het gevolg van een hogere ziektelast, maar ongeveer eenderde ervan blijft, ook na correctie voor ziektelast en kenmerken van de huisarts, onverklaard.²³ Kortom, frequente bezoekers zijn niet alleen voor de huisarts bewerkelijk en duur.

IS FREQUENT BEZOEK TE VOORSPELLEN?

Als we zouden kunnen voorspellen welke patiënten zich zullen ontwikkelen tot langdurig frequente bezoekers, zouden tijdige preventieve interventies wellicht mogelijk zijn. De literatuur geeft echter geen consistent beeld en de interpretatie wordt bemoeilijkt door verschillen in methodologie (etiologisch versus predictief) en definitie (proportioneel versus vast afkappunt). In prospectief cohortonderzoek met een proportionele definitie bleken lage fysieke kwaliteit van leven, laag opleidingsniveau en psychische stress voorspellers van LFB.^{3,21} Ons eigen onderzoek bevestigde de relatie tussen psychosociale factoren en LFB, en toonde aan dat paniek, gegeneraliseerde angst, ziekteangst, negatieve *life events* en een negatieve copingstijl samenhangen met LFB, maar dat bijvoorbeeld depressie er niet mee samenhangt.² Ook het samenvallen van somatische, psychische en sociale problemen bij een patiënt doet de kans op LFB niet extra toenemen.²

Kortom, de bezoekfrequentie hangt samen met lichamelijke en psychische aandoeningen, maar vooral bepaalde psychische klachten (stress, angst, negatieve copingstijl) maken dat een patiënt uitzonderlijk vaak blijft komen. Mogelijk kunnen deze factoren ook voor een deel de nog onbegrepen extra zorgkosten verklaren die FB en LFB veroorzaken.

Het zou van pas komen als huisartsen aan de hand van informatie uit het elektronisch patiëntendossier zouden kunnen voorspellen welke FB risico lopen LFB te worden. In retrospectieve cohortonderzoeken lukte het echter maar matig om dat met behulp van de probleemlijst en medicatiegegevens te voorspellen.^{1,27,28} Een mogelijke verklaring is dat huisartsen angst en stress niet altijd noteren op de probleemlijst. Het voorspellen van LFB zal mogelijk beter lukken als ook dit soort klachten adequaat gediagnosticeerd wordt.

WAT KUN JE ALS HUISARTS DOEN?

Om te weten welke interventies effectief zijn, hebben we een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar interventies bij frequente bezoekers van eerstelijnsvoorzieningen, met als uitkomstmaten morbiditeit, kwaliteit van leven en het gebruik van de gezondheidszorg.^{29,30} We vonden achttien gerandomiseerde onderzoeken, maar grote onderlinge verschillen maakten het onmogelijk om de resultaten samen te voegen. In één goed uitgevoerd onderzoek beoordeelde een groep huisartsen voor elke FB de reden van het frequente bezoek en handelde dienovereenkomstig. Het aantal contacten daalde met gemiddeld vijf per jaar. In twee onderzoeken werd een depressiema-

nagementprogramma toegepast bij depressieve patiënten die twee jaar op rij tot de FB behoorden. De interventie bleek de depressie te verbeteren, maar had geen effecten op het aantal contacten. Eén onderzoek bij FB met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten vond dat de gekozen behandeling de kwaliteit van leven verbeterde en de morbiditeit verlaagde.

Per saldo is er geen consistent bewijs voor vruchtbare interventies bij frequent bezoek, maar een op maat gesneden aanpak door de huisarts, gebaseerd op een grondige analyse, lijkt de consultfrequentie wel te kunnen verlagen. Gezien de resultaten van ons onderzoek naar de etiologie van LFB lijken interventies gericht op angstklachten en een gebrekkige copingstijl het meest geschikt. Wellicht kunnen deze interventies niet alleen de bezoekfrequentie, maar ook de medische kosten verlagen en de kwaliteit van leven verbeteren. Gezien de teleurstellende resultaten van eerdere interventietrials startten wij niet meteen een interventietrial, maar onderzochten wij eerst of systematische opsporing en behandeling van angst en depressie kosteneffectief kunnen zijn in vergelijking met gebruikelijke zorg. We hebben de loop van een cohort van 10.000 FB gedurende vijf jaar gesimuleerd op basis van de gegevens van ons prospectieve cohort en een markovmodel. De uitkomst was dat systematische diagnostiek en behandeling van depressie en angst bij FB waarschijnlijk niet kosteneffectiever zijn dan gebruikelijke zorg, tenzij er grote *spill-over*-effecten aanwezig zijn (behandeling van angst die ook helpt voor depressie en omgekeerd).⁵

Zolang een systematisch zorgprogramma voor frequente bezoekers niet aangetoond (kosten)effectief is, zou een huisarts kunnen overgaan tot opportunistische screening en proberen een brede benadering te integreren in de gebruikelijke zorg aan frequente bezoekers. Een anamnese, eventueel aangevuld met een psychiatrische vragenlijst, kan helpen bij het ontrafelen van de somatische en psychosociale achtergrond van de patiënt, en bij het formuleren van een therapeutische strategie.

WAT DOET DE HUISARTS ERTOE?

Ook na correctie voor praktijksamenstelling blijven er verschillen tussen huisartsen in consultfrequentie, diagnostiek en handelen.^{14,31} Ook bij een proportionele definitie van frequent bezoek die voor dit verschil corrigeert, ligt het voor de hand dat kenmerken van de huisarts voor variatie zullen zorgen in diagnoses, aantal verwijzingen en kosten. We hebben geprobeerd dit te onderzoeken door huisartsen een vragenlijst af te nemen en door enkele 'harde' gegevens (gemiddelde gecorrigeerde consultfrequentie; percentage psychosociale problemen) mee te nemen in onze analyses. Na correctie bleken de meeste verschillen tussen huisartsen echter niet significant.

Omdat de huisartsen in ons onderzoek meestal werkzaam waren in gezondheidscentra en het overgrote deel (82%) participeerde in academisch onderwijs of onderzoek, was de onderlinge variatie bescheiden. Dit kan hebben geleid tot onderschatting van de invloed van huisartskenmerken op (voortduren van) frequent bezoek. Nieuw onderzoek met meer variatie in de huisartsen kan hier duidelijkheid brengen. Voor-

alsnog lijken patiëntdeterminanten meer dan huisartskenmerken samen te hangen met de kosten van frequent bezoek.^{2,23}

EEN TYPISCHE HUISARTSPATIËNT

Het meeste onderzoek in de huisartsenpraktijk wordt momenteel gedaan naar goed definieerbare problemen of ziekten. Ook in de dagelijkse praktijk concentreren huisartsen zich liever op duidelijke ziekten, ondanks de soms geringe prevalentie of het gebrek aan therapeutische opties (denk aan COPD). De diagnostische, therapeutische en ondersteunende rol van de huisarts wordt meer en meer vervangen door multidisciplinaire preventie- en interventieprogramma's. Er wordt veel geld en inspanning besteed aan interventies die, soms zonder veel wetenschappelijk bewijs, een relatief klein aantal patiënten bereiken.

Wij denken dat deze trend voorbijgaat aan de dagelijkse realiteit in de huisartsenpraktijk. De 10% frequentste bezoekers verbruiken maar liefst 40% van de consulttijd.¹ Deze FB zijn een substantiële en dure groep in de eerste én tweede lijn.²³ Vaak hebben ze een complexe mix van problemen, die niet goed kunnen worden gevat in somatische of psychiatrische diagnoses. Alleen een generalistische aanpak kan deze problematiek ontrafelen en dat plaatst de huisarts, ook al gezien diens sterke focus op continuïteit, kennis van de (familie)achtergrond en biopsychosociale zorg, bij uitstek in een positie als spil van een integrale benadering van deze patiënten.

Het lijkt zinnig om nog eens goed te kijken waarop we ons als huisartsen willen richten, naast de basiszorg. Te vaak bepalen de zorgverzekeraar en de GES-gelden uit de Geïntegreerde Eerstelijns Samenwerking welke extra zorg we leveren. Ons onderzoek maakt duidelijk dat frequente bezoekers in de huisartsenpraktijk een potentieel belangrijke doelgroep voor extra zorg zijn.

CONCLUSIE

Patiënten die tot de 10% frequentste bezoekers van de huisarts behoren, en dat soms jaren achtereen, zijn voor de huisartsenpraktijk een grote, bewerkelijke en kostbare risicogroep met veel (multi)morbiditeit. Huisartsen zouden deze groep patiënten beter moeten signaleren. Frequent bezoek kan geïnterpreteerd worden als een 'rode vlag' voor onderliggende psychosociale problematiek. Tijdige aandacht voor angststoornissen en copingstijl kan verhinderen dat de situatie langdurig wordt en kan daarmee waarschijnlijk niet alleen de kwaliteit van leven verbeteren, maar ook de zorgkosten terugdringen. De frequente bezoeker moet een uitdaging worden voor de huisarts: hij heeft niet méér zorg nodig, maar betere zorg! ■

LITERATUUR

- 1 Smits FT, Brouwer HJ, Ter Riet G, Van Weert HC. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health* 2009;9:36.
- 2 Smits FT, Brouwer HJ, Zwinderman AH, Mohrs J, Schene AH, Van Weert HC, et al. Why do they keep coming back? Psychosocial etiology of persistence of frequent attendance in primary care: A prospective cohort study. *J Psychosom Res* 2014;77:492-503.

- 3 Vedsted P, Fink P, Olesen F, Munk-Jorgensen P. Psychological distress as a predictor of frequent attendance in family practice: a cohort study. *Psychosomatics* 2001;42:416-22.
- 4 Van der Ploeg HM. Persoonlijkheid en medische consumptie. Een onderzoek naar de relatie van persoonlijkheidsfactoren en de frequentie van huisartsbezoek Lisse: Swets & Zeitlinger, 1980.
- 5 Smits FT. Why do they keep coming back? Persistent frequent attenders in primary care [dissertation]. Amsterdam: University of Amsterdam: Department of General Practice, 2014.
- 6 Dwamena FC, Lyles JS, Frankel RM, Smith RC. In their own words: qualitative study of high-utilising primary care patients with medically unexplained symptoms. *BMC Fam Pract* 2009;10:67.
- 7 Neal RD, Heywood PL, Morley S. 'I always seem to be there': a qualitative study of frequent attenders. *Br J Gen Pract* 2000;50:716-23.
- 8 Hodgson P, Smith P, Brown T, Dowrick C. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. *Ann Fam Med* 2005;3:318-23.
- 9 Huygen FJ. Family medicine: the medical life history of families. Assen: Van Gorcum, 1978.
- 10 Campbell TL. Family's impact on health: a critical review. *Fam Syst Med* 1986;4:135-336.
- 11 IJzermans CJ, Oskam SK. Clustering, continuïteit en comorbiditeit in de huisartsenpraktijk [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1990.
- 12 Taylor RE, Marshall T, Mann A, Goldberg DP. Insecure attachment and frequent attendance in primary care: a longitudinal cohort study of medically unexplained symptom presentations in ten UK general practices. *Psychol Med* 2012;42:855-64.
- 13 Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosom Med* 2002;64:660-7.
- 14 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartsenpraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- 15 Smits FT, Mohrs J, Beem E, Bindels PJ, Van Weert HC. Defining frequent attendance in general practice. *BMC Fam Pract* 2008;9:21.
- 16 Wennberg JE. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. *Health Aff (Millwood)* 1984;3:6-32.
- 17 Bellon JA, Fernandez-Asensio ME. Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Educ Couns* 2002;48:33-41.
- 18 Tielens VC. Consulten van huisartsen: Een onderzoek naar verschillen [proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1987.
- 19 Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health* 2005;119:118-37.
- 20 Scaife B, Gill P, Heywood P, Neal R. Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. *Fam Pract* 2000;17:298-304.
- 21 Rifel J, Svab I, Selic P, Rotar Pavlic D, Nazareth I, Car J. Association of common mental disorders and quality of life with the frequency of attendance in slovenian family medicine practices: longitudinal study. *PLoS ONE* 2013;8:e54241.
- 22 Smits FT, Brouwer HJ, Schene AH, Van Weert HC, Ter Riet G. Chronic and certain or minor and uncertain? The content of care episodes of (persistent) frequent attenders. Unpublished 2014.
- 23 Smits FT, Brouwer HJ, Zwinderman AH, Mohrs J, Smeets HM, Bosmans JE, et al. Morbidity and doctor characteristics only partly explain the substantial healthcare expenditures of frequent attenders: a record linkage study between patient data and reimbursements data. *BMC Fam Pract* 2013;14:138.
- 24 Neal RD, Heywood PL, Morley S, Clayden AD, Dowell AC. Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br J Gen Pract* 1998;48:895-8.
- 25 Smits FT, Brouwer HJ, Zwinderman AH, Mohrs J, Bosmans J, Schene A, et al. Frequent bezoekers van de huisarts maken hoge kosten in de eerste en tweede lijn. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A7117.
- 26 Heywood PL, Blackie GC, Cameron IH, Dowell AC. An assessment of the attributes of frequent attenders to general practice. *Fam Pract* 1998;15:198-204.
- 27 Smits FTM, Brouwer HJ, Ter Riet G, Van Weert HC. Predictability of persistent frequent attendance. A historic 3-year cohort study. *Br J Gen Pract* 2009;59:e44-50.
- 28 Smits FT, Brouwer HJ, Zwinderman AH, Van den Akker M, Van Steenkiste B, Mohrs J, et al. Predictability of persistent frequent attendance in primary care: a temporal and geographical validation study. *PLoS One* 2013;8:e73125.
- 29 Smits FT, Wittkamp KA, Schene AH, Bindels PJ, Van Weert HC. Interventions on frequent attenders in primary care: A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care* 2008;26:111-6.
- 30 Haroun D, Smits FT, Schene A, Van Weert HC, Ter Riet G. Interventions on frequent attenders in primary care: a systematic review. Unpublished 2014.
- 31 Wennberg JE. Practice variations: why all the fuss? *Internist* 1985;26:6-8.



ADHD-medicatie, meer en langduriger gebruikt

Samenvatting

Van den Ban EF. ADHD-medicatie: meer en langduriger gebruikt. *Huisarts Wet* 2015;58(7):362-4.

Tussen 2001 en 2006 is het jaarlijks aantal Nederlanders in de leeftijd 0-45 jaar dat een middel tegen ADHD gaat gebruiken met een factor 6,5 gegroeid. De toename was het grootst bij jongens van 6-11 jaar. Meer dan de helft van de gebruikers staakte het gebruik binnen een jaar. De nieuwe preparaten met gereguleerde afgifte zorgen ervoor dat een hoger percentage ADHD-patiënten de medicatie langere tijd blijft gebruiken. De prevalentie van ADHD is in alle etnische groepen in Nederland even hoog, maar patiënten van Marokkaanse en vooral Turkse herkomst beginnen minder vaak met medicatie en zijn ook eerder geneigd ermee op te houden. Mensen met ADHD hebben een tweemaal zo hoog risico op verwondingen waarvoor een ziekenhuisopname nodig is, en voor adolescenten met ADHD is het risico zelfs driemaal zo hoog. ADHD-medicatie kan dit risico mogelijk verminderen.

INLEIDING

De aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) is een neurobiologische ontwikkelingsstoornis die beïnvloed wordt door psychosociale, genetische, biologische en omgevingsfactoren.¹ De stoornis kan aan het licht treden op de peuter- of kleuterleeftijd, maar wordt soms ook pas zichtbaar tijdens de adolescentie of op volwassen leeftijd. ADHD is veelal een chronische aandoening die vaak vergezeld gaat van comorbide psychiatrische stoornissen.²⁻⁵

De behandeling is in het algemeen afhankelijk van de problematiek en wordt afgestemd met de patiënt, de ouders en zo nodig met derden. Behalve medicatie is het ook mogelijk psycho-educatie, ouderbegeleiding, individuele of groepstherapie en zo nodig advisering aan de school aan te bieden. Medicatie is doorgaans effectief.⁶

Er bestaan verschillende richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van ADHD, veelal voor specifieke doelgroepen. Het Trimbos Instituut heeft in 2005 een *Multi-disciplinaire richtlijn ADHD* gepubliceerd, die momenteel wordt geactualiseerd.⁷ Actuele informatie is te vinden op de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (zie www.kenniscentrum-kjp.nl). Eind 2014 is de NHG-Standaard ADHD bij kinderen uitgekomen,⁸ en begin 2015 de *JGZ-richtlijn ADHD*.⁹

GEBRUIKSPATRONEN ADHD-MEDICATIE

Onderzoek heeft uitgewezen dat in de afgelopen decennia ieder jaar meer mensen een doktersvoorschrift krijgen voor ADHD-medicatie. Die trend is zichtbaar in Nederland en daarbuiten, bij alle leeftijdsgroepen en bij beide geslachten, maar vooral bij jongens tussen 6 en 12 jaar.¹⁰

In 2003 kwam er in Nederland een nieuw preparaat op de markt met gereguleerde afgifte, methylfenidaat OROS (Concerta®), in 2005 gevolgd door atomoxetine (Strattera®). Tot dan toe was er weinig bekend over het effect van deze langwerkende preparaten op het voorschrijfgedrag. In Nederland nam de incidentie van eerste ADHD-medicatievoorschriften voor mannen en vrouwen tussen 2001 en 2006 toe van 47,5 tot 309,6 per 100.000, dat is een factor 6,5 [figuur 1]. Het grootste deel van alle recepten was voor jongens van 6-11 jaar. In de genoemde periode daalde het percentage patiënten dat startte met kortwerkend methylfenidaat van 98 naar 76% en steeg het percentage dat startte met gereguleerde afgifte van 0 naar 23% (methylfenidaat OROS 19%, atomoxetine 4%). De langwerkende preparaten worden lang niet altijd geheel of gedeeltelijk vergoed door de zorgverzekering, maar blijkbaar bestaat er behoefte aan. Vooral adolescenten startten met langwerkend methylfenidaat.

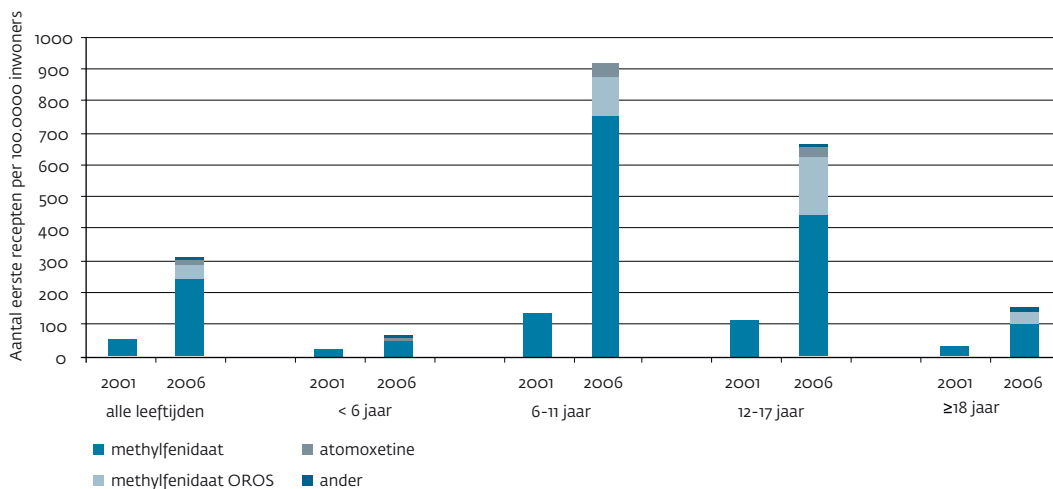
In een vervolgonderzoek keken we naar de duur van het eerste gebruik. In 2001 was ongeveer 33% van de gebruikers na drie maanden gestopt, iets minder dan 50% na zes maanden en iets minder dan 60% na twaalf maanden. In 2006, na de introductie van langwerkende preparaten, waren deze percentages respectievelijk ongeveer 25%, 35% en 45%. Degenen die stopten, waren in meerderheid vrouw of 18 jaar en ouder. Van degenen die de ADHD-medicatie langer dan een jaar gebruikten, was 16,5% overgestapt op een ander middel (meestal van kort- naar langwerkend methylfenidaat) en had 9% meerdere preparaten tegelijk gebruikt (meestal een kort- naast een langwerkend middel). Destijds waren zulke combinaties veel minder gebruikelijk dan tegenwoordig. De conclusie is dat het aantal mensen dat startte met ADHD-medicatie weliswaar sterk steeg tussen 2001 en 2006, maar dat een aanzienlijk percentage er binnen een jaar ook weer mee stopte. De publieke

De kern

- In veel landen stijgt het aantal kinderen dat een middel tegen ADHD krijgt voorgeschreven. Meestal beginnen ze met kortwerkend methylfenidaat.
- De therapietrouw neemt toe wanneer kort- en langwerkende preparaten na of naast elkaar worden gebruikt.
- Nederlandse jongeren van Turkse en Marokkaanse afkomst gebruiken minder vaak en minder lang ADHD-medicatie dan jongeren van Nederlandse afkomst.
- ADHD-patiënten hebben een verhoogd risico op verwondingen. ADHD-medicatie zou dit risico kunnen verlagen.

Altrecht Jeugd, zorgdomein ADHD en gedragsstoornissen, Nieuwe Houtenseweg 2, 3524 SH Utrecht; dr. E.F. van den Ban, kinder- en jeugdpsychiater • Correspondentie: e.van.den.ban@altrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur heeft op uitnodiging van Eurocept Pharmaceuticals, Eli Lilly en Janssen Pharmaceutica deelgenomen aan internationale congresreizen over het onderwerp kinder- en jeugdpsychiatrie/ADHD.

Dit is een beschouwing op basis van een proefschrift: Van den Ban EF. ADHD medication: use and long-term consequences. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2014.

Figuur 1 Aantal eerste recepten voor ADHD-medicatie in Nederland in 2001 en in 2006¹⁰

Methylfenidaat OROS en atomoxetine zijn middelen met geregleerde afgifte, die respectievelijk in 2003 en 2005 op de markt kwamen.

zorgen over het gestegen gebruik van ADHD-medicatie lijken daaraan voorbij te gaan.

Voordat men ADHD-medicatie kan voorschrijven moet er een diagnose zijn, en het voorschrijfgedrag kan beïnvloed worden door factoren die ook een rol spelen bij de diagnosestelling, maar ook voor verwijzing en keuze van behandeling. Men kan daarbij denken aan de snellere signalering van probleemgedrag door ouders en leerkrachten, het invoeren van richtlijnen voor zorgprofessionals, het labelen van gedrag als probleemgedrag om thuis of op school extra ondersteuning te krijgen, een lagere drempel voor ouders om psychische hulp te zoeken, de marktwerking in de ggz, de inhaalslag van diagnostiek bij meisjes, de druk die leerkrachten op ouders uitoefenen om diagnostiek te laten doen, het goede en snelle effect van ADHD-medicatie en de toegenomen kennis en tolerantie van ouders inzake het gebruik van de medicatie door hun kind.

ETNICITEIT

In de prevalentie van psychiatrische aandoeningen zijn geen verschillen gevonden tussen Nederlandse jongeren met verschillende etnische achtergronden.^{11,12} Toch veronderstelden we dat er verschillen zouden bestaan in het gebruik van ADHD-medicatie, want jongeren met een Marokkaanse, Turkse, Surinaamse of Antilliaanse achtergrond vinden minder vaak de weg naar de ggz en beginnen minder vaak aan een psychologische of medicamenteuze behandeling.^{11,13} We onderzochten 817 patiënten van 18 jaar en jonger die tussen 1999 en 2010 bij Altrecht Jeugd (een ggz-instelling) gediagnosticeerd waren met ADHD. Een significant groter deel van de patiënten met een Marokkaanse (32%) of Turkse (42%) achtergrond dan van de autochtone patiënten (21%) gebruikte nooit ADHD-medicatie. Van de autochtone en de Turkse patiënten was een vijfde al met de ADHD-medicatie begonnen voordat bij Altrecht Jeugd de diagnose gesteld was [figuur 2]. Dit kan wijzen op een verschil

in toegang tot de ggz of op een verschil in verwijzingspatroon, bijvoorbeeld omdat de kinderarts of huisarts de behandeling al gestart had. Bij 22% van degenen die al ADHD-medicatie gebruikten, was het eerste recept uitgeschreven door de huisarts, bij 74% door een medisch specialist (kinder- en jeugdpsychiater en kinderarts).

Verreweg de meeste patiënten (99%) startten met methylfenidaat, vooral kortwerkend methylfenidaat (80%). Na drie jaar gebruikte ongeveer 73% van de autochtone, 67% van de Marokkaanse en 55% van de Turkse patiënten nog steeds ADHD-medicatie. Matching naar postcodegebied wees uit dat de sociaal-economische status geen significante invloed had op de geconstateerde verschillen; mogelijk spelen culturele factoren dus een rol.

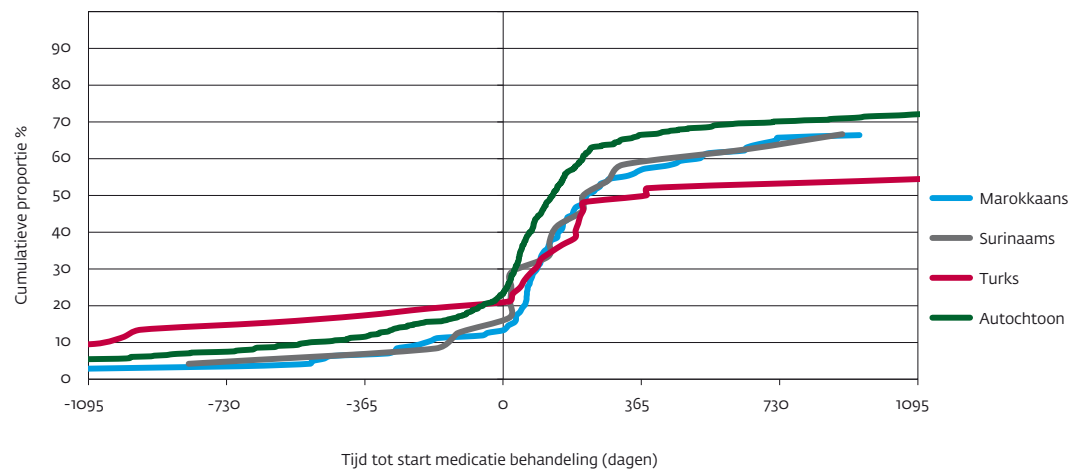
We hebben in dit onderzoek echter niet gekeken naar de onderliggende motieven om te starten, te stoppen of te switchen, dus ook andere factoren, zoals schaamte, angst voor stigmatisering, vooroordelen of negatieve ervaringen met de ggz, taalproblemen, te weinig effect of te veel bijwerkingen van de medicatie, kunnen van invloed zijn geweest.¹¹⁻¹³

Uit onze verschillende onderzoeken komt naar voren dat

Abstract

Van den Ban EF. ADHD medication: increased and longer use. *Huisarts Wet* 2015;58(7):362-4. In the period 2001-2006, the use of medication for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) increased 6.5-fold in the Netherlands, with the greatest increase being seen in boys aged 6-11 years. More than 50% of users stop taking medication within a year. Part of this increase is due to the availability of extended release preparations, which ensure that patients with ADHD continue to take their medications long term. While the prevalence of ADHD is similar in all ethnic groups in the Netherlands, individuals with a Moroccan and especially Turkish background take medication less often and tend to stop taking medication sooner. Individuals with ADHD have a 2-fold increased risk of injuries that result in hospitalization, and in adolescents with ADHD this risk is 3-fold higher. ADHD medication may help diminish this risk.

Figuur 2 Aantal dagen tussen de diagnose ADHD en de start van medicamenteuze behandeling bij 518 patiënten van 18 jaar of jonger die tussen 1999 en 2010 door Altrecht Jeugd gediagnosticeerd werden met ADHD, per etnische groep



bij voorkeur werd gestart met kortwerkend methylfenidaat, hoewel er vanuit het oogpunt van effectiviteit geen reden is om niet meteen te starten met een langwerkend preparaat. In 2007 zijn nog twee langwerkende methylfenidaatpreparaten beschikbaar gekomen in Nederland (Medikinet® en Equasym®); deze zijn niet meegenomen in de hier genoemde onderzoeken.

Langwerkende preparaten hebben voordelen, waaronder minder kans op rebound, betere therapietrouw omdat ze maar eenmaal per dag hoeven te worden ingenomen, minder stigmatisatie op school omdat de medicatie thuis bij het ontbijt wordt genomen, minder kans op misbruik en een langer effect over de dag.⁶ Redenen om toch te kiezen voor kortwerkend methylfenidaat kunnen zijn de volledige vergoeding daarvan en de kortere duur van eventuele bijwerkingen, die soms onplezierig kunnen zijn.

Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar de benodigde duur van farmacotherapie voor ADHD, en de uitkomsten zijn inconsistent. De beslissing om een behandeling te starten, te stoppen of te onderbreken moet altijd op individuele basis en in overleg met patiënt en ouders genomen worden. Het is dan ook zinvol ooit een ‘medicatievakantie’ in te lassen, een medicatievrije periode van bijvoorbeeld enkele weken, zodat het kind zowel thuis als op school geobserveerd kan worden met en zonder medicatie.¹⁴

VERWONDINGEN

Onderzoek heeft uitgewezen dat jongeren met ADHD of die ADHD-medicatie gebruiken (wat in deze onderzoeken gebruikt wordt als indicator voor ADHD) een verhoogd risico lopen op (verkeers)ongelukken, sportblessures, fractures en

gebitstrauma's en daarvoor ook vaker bij de huisarts, op de EHBO-post of in het ziekenhuis belanden.^{15,16} Er was echter nog weinig bekend over het effect van ADHD-medicatie op dit verhoogde risico. Daarom hebben wij een cohort jongeren ≤ 18 jaar die ADHD-medicatie gebruikten, vergeleken met een controlegroep dat geen medicatie gebruikte. De incidentie van ziekenhuisopnames voor verwondingen was in het medicatiecohort tweemaal zo hoog (11,5 versus 5,3 per 1000 persoonsjaren), en het allerhoogst onder adolescenten (16,3 per 1000 persoonsjaren). Gelijktijdig gebruik van ADHD-medicatie met een ander psychofarmakon (antipsychoticum, antidepressivum, benzodiazepine, promethazine, anti-epilepticum) verhoogde het risico op verwondingen zelfs vijf maal. Mogelijk hadden deze patiënten naast ADHD een comorbide stoornis, was hun ADHD ernstiger of zorgde het andere psychofarmakon voor het verhoogde risico. In het medicatiecohort was de incidentie van verwondingen in de periode met medicatie lager dan in de periode zonder medicatie die daaraan voorafging (7,8 versus 11,0 per 1000 persoonsjaren), maar dit verschil was niet significant. Wellicht kan ADHD-medicatie bij jongeren met ADHD het risico op letsel verkleinen. Van volwassenen is bekend dat ADHD de rijvaardigheid vermindert en het risico op verkeersongelukken verhoogt. Een recent NVvP-advies doet de aanbeveling ADHD medicamenteus te behandelen omdat is aangetoond dat farmacotherapie de rijvaardigheid verbetert en het risico op ongelukken verkleint.¹⁷ ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Beschouwing.

In Memoriam Ruut de Melker



Op woensdag 13 mei 2015 is op 82-jarige leeftijd prof.dr. R.A. de Melker overleden. Hij was van 1984 tot 1997 hoofd van de afdeling Huisartsgeneeskunde in Utrecht.

Ruut de Melker was een van de grondleggers van de moderne academische huisartsgeneeskunde in Nederland. Voortbordurend op het werk van Frans Huygen, zijn leermeester in Nijmegen, heeft hij, als opvolger van Jan van Es, in Utrecht het fundament gelegd voor de academische huisartsgeneeskunde zoals die nu bestaat. Gedurende zijn hele carrière had hij bovenal oog voor de klinische kant van de huisartsgeneeskunde: in de dagelijkse praktijk, in zijn onderzoek en in het onderwijs.

Ruut werd in 1932 geboren in Rotterdam. Na zijn afstuderen in Leiden in 1961 en zijn dienstplicht op de röntgenafdeling van het Militair Hospitaal ging hij waarnemen in de huisartsenpraktijk. Hij raakte in de plattelandspraktijk zo begeesterd door het huisartsenvak dat hij in 1964 besloot zich als zelfstandig huisarts in Winschoten te vestigen. Achteraf heeft hij deze tijd wel eens de beste periode van zijn leven genoemd, gewoon dorpsdokter.

Hij liet zich in 1970 door Frans Huygen

overhalen om aan het Nijmeegse huisartseninstituut te komen werken, en samen in Lent praktijk te voeren. Dat waren de spannende jaren van de ontwikkeling van de academische huisartsgeneeskunde, en in vele, vaak nachtelijke, gesprekken met Huygen vormde Ruut zijn visie op het vak. Hij promoveerde in 1973 met het proefschrift *Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin*.

In 1975 werd Ruut in Utrecht aangesteld als lector en kon hij zijn plannen verder vormgeven. In zijn inaugurele rede, met als titel 'Huisarts: koploper of hekkesluis', gaf hij in 1975 – 7 jaar na de instelling van de eerste leerstoel Huisartsgeneeskunde in Nederland – een haarscherpe analyse van de gezondheidszorg, en wees hij op het belang van substitutie van zorg, van transmurale samenwerking, van patiëntenparticipatie en van uitbreiding van eerstelijnsdiagnostiek. Allemaal thema's die ook nu nog als essentieel worden gezien voor de doelmatigheid van ons zorgstelsel. Toen al omschreef hij prognostiek als de hoeksteen van de besliskunde van de huisarts, belangrijker dan diagnostiek.

In 1984 werd Ruut afdelingshoofd. Hij zag als een van de eersten het belang van evidence-based medicine en van het klinisch epidemiologisch denken voor de huisartsgeneeskunde. Dat hing samen met zijn overtuiging dat de huisarts voor alles een goede dokter moest zijn, een specialist in generalistische geneeskunde, en dat onderzoek in de huisartsgeneeskunde gericht moest zijn op onderbouwing daarvan. Daarmee bereidde hij de weg voor samenwerking met de epidemiologen, en legde hij mede de basis voor wat later het Julius Centrum zou worden: een zeer succesvol multidisciplinair onderzoeksinstituut.

Daarnaast was Ruut zich ervan bewust dat ook generalisten, om succesvol te zijn, een duidelijke focus moeten houden. Hij ontwikkelde zich tot een internationaal erkend expert op het gebied van de bovensteluchtweginfecties. Onder zijn leiding zijn meerdere clinical trials uitgevoerd die de behandeling van

middenoor-, keel- en voorhoofdsholteontstekingen in Nederland en ver daarbuiten aanzienlijk hebben veranderd. De resultaten vormden mede de onderbouwing van de NHG-Standaarden op kno-gebied.

Ondanks die focus in zijn eigen onderzoek gaf hij veel ruimte aan initiatieven van anderen, ook uit het veld, en zette hij de deur wijd open voor externe promovendi. Daarin was hij toch weer echt een generalist. Hij begeleidde 20 promovendi, van wie er uiteindelijk 6 hoogleraar werden, en hij was bijzonder trots op zijn onderzoekssamenwerking met Polen.

Ruut had als allround academicus ook een groot hart voor het onderwijs. In zijn inaugurele rede uit 1975 schetste hij uitvoerig het belang van onderwijs in de huisartsgeneeskunde voor de artsenuitvoering, iets wat toen binnen de medische faculteit nog lang niet zo geaccepteerd was, en van het belang van onderwijsontwikkeling.

Bij zijn academisch afscheid in 1997 hield hij een prachtige rede: 'Unitas, libertas, caritas', over de wetenschap en de huisartsenpraktijk. Hij ging terug naar zijn oratie, overzag wat er was bereikt, relativeerde waar nodig en benoemde zijn leerpunten: eenheid in het nodige, vrijheid in het onzekere en in alles de liefde en motivatie voor het vak van huisarts.

Met een bijzonder internationaal symposium over luchtweginfecties tijdens de WONCA in 2007 in Parijs sloot hij zijn academische carrière af, en richtte hij zich vooral op zijn kinderen en kleinkinderen.

Ruut de Melker was niet alleen een echte huisarts, maar ook een bevlogen academicus die zijn tijd vooruit was. Hij was enorm betrokken bij zijn afdeling en zijn medewerkers. We denken met veel dankbaarheid aan hem terug. ■

Niek de Wit, Roger Damoiseaux

Meer aandacht voor diagnostiek en medicatie bij ADHD

INLEIDING

Er is zorg over overdiagnostiek en overbehandeling van de aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD). De Gezondheidsraad meldt in een onlangs verschenen rapport dat het aantal kinderen in Nederland met een geregistreerde diagnose ADHD tussen 2002 en 2011 verdubbeld is.¹ In diezelfde periode verviervoudigde het aantal kinderen dat ADHD-medicatie kreeg voorgeschreven tot circa 4,5% van alle Nederlanders onder de 18 jaar.² Wij vragen ons af of de eind 2014 uitgekomen NHG-Standaard ADHD bij kinderen genoeg houvast biedt om deze stijging van het aantal diagnoses en het medicatiegebruik af te remmen.³

De NHG-Standaard maakt onderscheid tussen (1) probleemgedrag met lichte beperkingen in het functioneren, (2) ADHD zonder psychiatrische comorbiditeit, (3) ADHD met psychiatrische comorbiditeit en (4) ADHD met ernstige beperkingen in het functioneren. Het advies luidt alleen te starten met medicamenteuze behandeling wanneer het kind ernstige beperkingen ondervindt en gedragstherapie onvoldoende effect heeft. Het percentage kinderen dat wordt behandeld met methylfenidaat ligt op dit moment echter ongeveer even hoog als de prevalentie (5%).¹ Dit impliceert dat ook kinderen met lichte beperkingen of met milde ADHD methylfenidaat krijgen en dat behandelaars voorbijgaan aan het advies eerst gedragstherapie te proberen. Wij zijn van mening dat de NHG-Standaard de richtlijnen inzake diagnostiek en behandeling van ADHD scherper zou moeten formuleren.

DIAGNOSTIEK

Bij ADHD spelen niet alleen genetische factoren een rol, maar ook omgevingsfactoren. In die gevallen waarin de omgeving een grote rol speelt in het ontstaan van het probleemgedrag, bijvoorbeeld bij een problematische gezinssituatie, dient een daartoe bevoegde en bekwaame professional de afweging te maken of de diagnose ADHD passend is. De NHG-Standaard maakt onderscheid tussen gedrag dat past bij ADHD en gedrag dat past bij psychische, pedagogische of sociale omstandigheden, bijvoorbeeld verminderde pedagogische draagkracht van de ouders of de school. De Gezondheidsraad toont zich in het genoemde rapport bezorgd dat dit onderscheid niet in alle gevallen wordt gemaakt en wij delen die zorg. De diagnose ADHD is vooral een classificatie van symptomen; juist de onderliggende verklarende factoren zouden de basis moeten vormen van het behandeltraject. De professional die de diagnose stelt, moet dus bekwaam zijn in het signaleren van relevante verklarende factoren.

Een tweede belangrijk punt is het diagnostisch criterium dat stelt dat er sprake moet zijn van een ernstige beperking in het functioneren. Met de Gezondheidsraad vragen wij ons af of de NHG-Standaard genoeg aandacht aan dit criterium besteedt en of professionals het voldoende laten meewegen. Het functioneren van een kind wordt mede bepaald door de eisen die de omgeving aan het kind stelt, en vaak is juist disfunctioneren (niet de symptomen zelf) een reden voor de ouders om naar de huisarts te stappen.⁴

Een derde punt van zorg doet zich voor waar de NHG-Standaard aangeeft dat diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de huisartsenvoorziening kan plaatsvinden. De standaard laat in het midden welke eisen dit stelt aan het kennis- en bekwaamheidsniveau van de huisarts en de POH-ggz. Juist het feit dat bredere systeemfactoren dienen te worden meegewogen in het diagnostisch oordeel vereist brede vak-kennis, niet alleen van psychiatrische beelden, maar ook van pedagogische vaardigheden en verklarende factoren buiten het gezin (zoals de school). Het ligt voor de hand dat de POH-ggz hierin een belangrijk aandeel kan hebben, maar er is nog grote variatie in de kwaliteit van de POH-ggz en in de opleiding.¹ De NHG-Standaard spreekt over de noodzaak dat een huisartsenvoorziening beschikt over een diagnostisch professional die 'ADHD als aandachtsgebied heeft'. Onze zorg is dat bij een te smalle expertisebasis de differentiaaldiagnostiek ondergesneeuwd raakt, zodat het risico ontstaat van *availability bias*, wat overdiagnostiek van ADHD in de hand kan werken. Wij pleiten er daarom voor dat de betreffende professional een breder aandachtsgebied moet hebben dan ADHD alleen.

Het geven van gedragstherapeutische interventies binnen de huisartsenvoorziening stelt eisen aan de expertise van de behandelaar. Er is een breed scala aan gedragstherapeutische interventies, van zeer geprotocolleerde oudertrainingen tot intensieve individuele trajecten in de vorm van mediatietherapie. Het ligt voor de hand dat intensievere trajecten zullen plaatsvinden binnen de tweedelijns ggz; geprotocolleerde interventies kunnen ook daarbuiten worden verzorgd. Naar onze mening biedt de NHG-Standaard onvoldoende kader voor dit therapeutisch beleid. Huisartsen zouden de mogelijkheid moeten hebben te verwijzen naar bewezen effectieve gedragstherapeutische ouder- en/of leerkrachtprogramma's die binnen de taakstelling vallen van de POH-ggz, maar ook elders laagdrempelig worden aangeboden, zoals de erkende interventies uit de databank van het Nederlands Jeugd Instituut.⁵ Van groot belang is wel dat de POH-ggz voldoende tijd krijgt om dergelijke behandelingen zinvol aan te bieden.

MEDICATIE

De NHG-Standaard adviseert huisartsen die zelf medicatie willen instellen te starten met een lage dosis kortwerkend methylfenidaat en de dosis te verhogen tot maximaal kli-

VUmc, afdeling Klinische Neuropsychologie, Van der Boechorststraat 1, 1081 BT Amsterdam: dr. M. Luman, psycholoog, senior onderzoeker, universitair docent. UMC Utrecht, afdeling Psychiatrie: dr. P. de Zeeuw, psycholoog in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog, universitair docent • Correspondentie: m.luman@vu.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

nisch effect is bereikt bij minimale bijwerkingen. Een alternatief dat de NHG-Standaard niet noemt en dat in de klinische praktijk in het algemeen over het hoofd wordt gezien, is de dubbelblinde placebogecontroleerde proefbehandeling. Deze methode, die ook in onderzoeksverband wel wordt gebruikt,⁶ houdt in dat het kind gedurende vier weken steeds één week lang een lage, middelhoge of hoge dosis methylfenidaat krijgt, of een placebo. Na iedere week worden ADHD-symptomen, opstandig gedrag en bijwerkingen in kaart gebracht. Aan het eind van de proefbehandeling wordt de blinding verbroken en kijkt de arts samen met de patiënt en diens ouders of methylfenidaat effectief is en wat de optimale dosering is.

De placebogecontroleerde proefbehandeling houdt rekening met de mogelijkheid van een placebo-effect én met het feit dat hogere dosering niet automatisch leidt tot groter klinisch effect. In de grootschalige Amerikaanse Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (MTA) is de proefbehandeling vergeleken met de gebruikelijke zorg bij ADHD, die grotendeels bestaat uit de standaardtitratie van methylfenidaat. Het MTA-onderzoek wees uit dat ongeveer eenderde van de kinderen met ADHD niet reageert op methylfenidaat of net zo goed reageert op placebo.^{7,8} Deze kinderen worden niet of nauwelijks herkend met de standaardtitratiemethode. Ook bleek de uiteindelijke dosering na de proefbehandeling lager dan bij standaardtitratie.⁷ In Nederland passen verschillende ggz-instellingen de proefbehandeling toe en het wachten is op een effectonderzoek. Voor de huisarts brengt de proefbehandeling meer tijd en moeite met zich mee dan de standaardtitratie; doorverwijzing naar de tweedelijns ggz voor het instellen van de medicatie kan dan gewenst zijn. Als blijkt dat dit alternatief ook in Nederland bijdraagt aan inperking van het aantal voorschriften en verlaging van de gemiddelde dosis, dan zou dat de investering waard zijn.

CONCLUSIE

De NHG-Standaard biedt een goed overzicht van de huidige wetenschappelijke inzichten, maar zou een scherpere kadering moeten bieden van de expertise die binnen de huisartsenvoorziening aanwezig moet zijn om tot een adequate differentiaaldiagnostiek en triage van de ernst van de problematiek te komen, met name omdat bredere systeemfactoren dienen te worden meegewogen in het diagnostische oordeel. Ook menen wij dat alternatieve methoden voor het instellen van ADHD-medicatie moeten worden overwogen. ■



LITERATUUR

- 1 De Beaufort ID, Boer F, Fliers EA, Koomen HM, Korevaar L, Kroneman H, et al. ADHD: Medicatie en maatschappij. Publicatienr. 2014/19. Den Haag: Gezondheidsraad, 2014.
- 2 Meer dan 1 miljoen ADHD-voorschriften. Pharmaceutisch Weekblad 2011;146(49).
- 3 Stijntjes F, Hassink-Franke L, Kruishoop A, Beeres MPJ, Eekhof H, Van Manen S, et al. NHG-Standaard ADHD bij kinderen. Huisarts Wet 2014;57:584-94.
- 4 Wright N, Moldavsky M, Schneider J, Chakrabarti I, Coates J, Daley D, et al. Practitioner Review: Pathways to care for ADHD - a systematic review of barriers and facilitators. J Child Psychol Psychiatry 2015 Feb 23. [Epub ahead of print]
- 5 Erkende interventies. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2015. <http://www.nji.nl/Praktijk-Erkende-interventies>.
- 6 Luman M, Goos V, Oosterlaan J. Instrumental learning in ADHD in a context of reward: intact learning curves and performance improvement with methylphenidate. J Abnorm Child Psychol 2015;43:681-91.
- 7 Greenhill LL, Swanson JM, Vitiello B, Davies M, Clevenger W, Wu M, et al. Impairment and deportment responses to different methylphenidate doses in children with ADHD: the MTA titration trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:180-7.
- 8 A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. Arch Gen Psychiatry 1999;56:1073-86.

Belangrijkste wijzigingen

- De standaard richt zich alleen op vrouwen met incontinentie voor urine. Het beleid bij mannen met incontinentie voor urine staat beschreven in de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen.
- De term urge-incontinentie is vervangen door urgency-incontinentie.
- De standaard bevat een overzicht van kenmerken van de verschillende behandelopties bij stress- en urgency-incontinentie.
- Het midurethrale bandje bij stressincontinentie heeft een prominenter plaats gekregen in het beleid.

Kernboodschappen

- Urine-incontinentie komt bij een kwart tot de helft van de volwassen vrouwen voor en kan gepaard gaan met aanzienlijke negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven.
- De huisarts is alert op signalen voor het bestaan van urine-incontinentie, zoals het verzoek tot het voorschrijven van opvangmaterialen.
- De huisarts gaat bij vrouwen met urine-incontinentie na of zij behandeling wensen en bespreekt in dat geval de behandelopties.
- Bij vrouwen met stressincontinentie zijn bekkenbodemspieroefeningen of het dragen van een pessarium eerste keuze. Met vrouwen met ernstige klachten (meerdere keren per week incontinentie met veel hinder) bespreekt de huisarts ook de plaatsing van een midurethraalbandje als initiële behandeloptie.
- Bij vrouwen met urgency-incontinentie wordt als eerste stap in de behandeling blaastraining aanbevolen. Indien dit onvoldoende effectief is, kan een urologisch spasmolyticum toegevoegd worden. Eerste keus is in dat geval het anticholinergicum tolterodine met vertraagde afgifte.

- Begeleiding bij oefentherapie bij stress- en urgency-incontinentie kan plaatsvinden in de huisartsenpraktijk of bij een (bekken)fysiotherapeut.
- Bij oudere vrouwen zijn de behandelopties dezelfde als bij jongere vrouwen, zij het dat bij hen vaker rekening gehouden zal moeten worden met comorbiditeit en gebruik van (andere) medicatie.

INLEIDING

De NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van volwassen vrouwen met klachten van stressincontinentie, urgency-incontinentie en gemengde incontinentie. De standaard richt zich alleen op vrouwen. Het beleid bij mannen met incontinentie voor urine staat beschreven in de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen. Urgency-incontinentie is vaak onderdeel van het overactieveblaassyndroom. Dit syndroom kan ook voorkomen zonder incontinentie; indien behandeling noodzakelijk is, is deze hetzelfde als bij urgency-incontinentie. De achtergronden van reflexincontinentie, continue en overloopincontinentie worden kort beschreven, maar de behandeling ervan valt buiten het bestek van deze standaard. De standaard sluit aan op de multidisciplinaire richtlijn Urine-incontinentie bij vrouwen van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (CBO/LEV), de richtlijn Stress (urine-)incontinentie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en de richtlijn Urine-incontinentie van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU).¹ De standaard bevat aanbevelingen over samenwerking met (bekken)fysiotherapeuten, gynaecologen en urologen.

drang, die optreedt bij intra-abdominale drukverhoging, zoals bij sporten, niezen of hoesten.

Urgency-incontinentie (aandrangincontinentie): urine-incontinentie die samen gaat met of direct wordt voorafgegaan door een plotselinge onbedwingbare aandrang om te plassen (urgency).

Gemengde incontinentie: urine-incontinentie met zowel kenmerken van stress- als van urgency-incontinentie.

Het overactieveblaassyndroom: syndroom van klachten van plotselinge onbedwingbare aandrang om te plassen, vaak in combinatie met een toegenomen mictiefrequentie en nycturie. Incontinentie is geen verplicht verschijnsel. Oorzaken zoals een urineweginfectie dienen te zijn uitgesloten.

Epidemiologie

Urine-incontinentie komt – afhankelijk van de gehanteerde definitie – voor bij een kwart tot ruim de helft van alle volwassen vrouwen.³ De prevalentie neemt toe met het stijgen van de leeftijd. In de loop van een zwangerschap wordt een derde van de vrouwen incontinent. Een half jaar na de bevalling is bij meer dan de helft van deze vrouwen spontaan herstel opgetreden.⁴ Ongeveer eender-

Delegeren van taken

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

Evenmin bevatten standaarden gedetailleerde aanwijzingen over de beoordeling van het spoedeisende karakter van een hulpvraag als de patiënt zich telefonisch meldt bij de triagist tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten of bij de praktijkassistente tijdens praktijkuren. Meer gedetailleerde informatie hierover is te vinden in de NHG-TriageWijzer. Ook bij telefonische spoedbeoordeling geldt dat de huisarts verantwoordelijk blijft en moet toezien op de kwaliteit.

ACHTERGRONDEN**Begrippen**

Incontinentie voor urine: iedere vorm van ongewild urineverlies.²

Stressincontinentie (inspanningsincontinentie): urine-incontinentie zonder aan-

NHG-Werkgroep Incontinentie voor urine bij vrouwen. NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (tweede herziening). Huisarts Wet 2015;58(7):368-75.

De werkgroep bestond uit: D. Teunissen, J.H. Dekker, A.L.M. Lagro-Janssen, L.C.M. Berghmans, J.H.J.M. Uijen, G.H.C. Mientjes, Tj. Wiersma en Z. Damen.

de van alle vrouwen met incontinentie voor urine heeft ooit professionele hulp gezocht.^{3,5}

Bij vrouwen jonger dan vijftig jaar is stressincontinentie de meestvoorkomende vorm; bij oudere vrouwen gaat het vaker om urgency-incontinentie of gemengde incontinentie.⁶

Fysiologie

Bij vrouwen wordt de blaas afgesloten door circulair dwarsgestreept spierweefsel in de urethrawand en de bekkenbodemspieren. De bekkenbodem spant bij intra-abdominale drukverhoging, zoals bij hoesten, aan om urineverlies te voorkómen. Bij de mictie, defecatie en de coïtus ontspant de bekkenbodem. Bij een gemiddelde vochtinname is de normale mictiefrequentie ongeveer 6 tot 8 keer per 24 uur. De eerste mictiedrang ontstaat wanneer de blaas gevuld is met 150 tot 200 ml urine. Normaliter wordt de aandrang beheerst tot men zich in gepaste omstandigheden bevindt om te plassen. Ter beheersing van de aandrang activeert het sympathisch zenuwstelsel de sfincter van de urethra en de bekkenbodemspieren en ontspant de in de blaaswand gelegen spier (de m. detrusor). Tijdens de mictiefase ontstaat op basis van afferente signalen naar de hersenen een mictiecommando vanuit de motorische hersenschors. Dit commando verloopt vervolgens via het mictiecentrum in de pons naar kernen in het sacrale merg en de nn. pudendi, waar het leidt tot relaxatie van de sfincter van de urethra en bekkenbodemspieren. Hierop volgt reflectoir via de parasympathische kernen een contractie van de m. detrusor, die bij voldoende contractiliteit zorgt voor een residuloze mictie. Via het limbische systeem kunnen ook emotionele factoren en gedragsinvloeden de m. detrusor stimuleren en remmen.

Etiologie/pathofysiologie

Bij *stressincontinentie* schiet het mechanisme dat de urethra afsluit bij intra-abdominale drukverhoging tekort. Dit is het gevolg van een combinatie van niet goed functionerende sluitspijeren van de blaas en urethra (qua kracht, coördinatie en timing van aanspanning),

niet-stabiele positie van de urethra in het kleine bekken, en niet-waterdichte afsluiting van de urethra door de urethrale mucosa. Zwangerschap en vaginale bevallingen zijn de belangrijkste risicofactoren.⁴ Overige risicofactoren zijn onder andere: een postmenopauzale status (urogenitale atrofie), urogenitale prolaps, eerdere operaties in het kleine bekken en condities die gepaard gaan met frequente intra-abdominale drukverhogingen, zoals chronisch hoesten.

Bij *urgency-incontinentie* treden onwillekeurige detrusorcontracties op, ten gevolge van overprikkeling vanuit het centrale zenuwstelsel of ten gevolge van verhoogde gevoeligheid voor prikkels. De oorzaak is vaak onbekend. Soms speelt een neurologische aandoening een rol, of irritatie van de blaas na een cystitis, na radiotherapie of door cafeïne.⁷ Urgency-incontinentie kan ook veroorzaakt worden door eerdere operaties in het kleine bekken, zoals voor stressincontinentie. Vanwege de onwillekeurige detrusorcontracties spreekt men ook wel van het overactieveblaassyndroom. Dit syndroom komt ook voor zonder incontinentie.

Reflexincontinentie berust op het reflectoir samentrekken van de blaas in de afwezigheid van een normale mictiedrang. Deze vorm van incontinentie wordt veroorzaakt door suprasacrale laesies – bijvoorbeeld na een herseninfarct of een dwarslaesie of bij de ziekte van Parkinson, multiple sclerose of (diabetische) neuropathie – waardoor de remmende invloed van de hersenschors en hersenstam op de blaas verloren gaat.

Bij *overloopincontinentie* is de contractiliteit van de blaas verminderd of geheel verloren gegaan. Hierdoor ontbreken detrusorcontracties, waardoor de vrouw geen mictiedrang ervaart. Wanneer de druk in de blaas de maximale urethrale druk overschrijdt, ontstaat urineverlies. Overloopincontinentie kan bijvoorbeeld optreden ten gevolge van diabetische neuropathie, het cauda-equinasyndroom, een afvloedbelemmering of het gebruik van geneesmiddelen met een anticholinerg effect.⁸

Continue incontinentie ontstaat ten gevolge van een fistel tussen de vagina en blaas, bijvoorbeeld ten gevolge van een verwonding, een operatie in het kleine bekken of door een zeer langdurige partus. Een fistel kan ook aangeboren zijn.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Veel vrouwen zijn terughoudend in het zoeken van hulp voor urine-incontinentie. Een deel van hen staat open voor behandeling.⁵ Daarom is het aan te bevelen om ook bij (indirecte) signalen voor het bestaan van urine-incontinentie actief te informeren naar het bestaan daarvan en na te gaan of de vrouw hierover een hulpvraag heeft. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om een verzoek om incontinentiematerialen voor te schrijven, of de toevallige bevinding dat een vrouw tijdens lichamelijk onderzoek maandverband draagt als opvangmateriaal.⁹

Anamnese

Vragen om vast te stellen om welk type incontinentie het gaat:¹⁰

- treedt het urineverlies op tijdens activiteiten die drukverhoging in de buik geven, zoals hoesten, niezen, springen, tillen of rennen?
- gaat het urineverlies gepaard met sterke aandranggevoelens?
- is er urineverlies zonder dat sprake is van aandrang of activiteiten die drukverhoging in de buik geven?

Vragen ter inschatting van de ernst van de klacht en de impact ervan:^{11,12}

- hoe lang bestaat het urineverlies, hoe vaak treedt het op en hoeveel urine verliest de vrouw per keer (enkele druppels, een scheutje of een hele plas)?
- maakt de vrouw gebruik van opvangmateriaal en zo ja, in welke omstandigheden, welk materiaal en hoeveel?
- informeer naar de gevolgen voor het dagelijks leven en vermijdingsgedrag, in het bijzonder voor wat betreft werk, recreatie, sociale contacten, seksualiteit, gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen.

Ga na of er mogelijk sprake is van een andere verklaring voor de klachten:

- is de mictiefrequentie toegenomen?

(denk aan een urineweginfectie of diabetes mellitus)

- is de mictie pijnlijk en frequent? (denk aan een urineweginfectie)
- is er sprake van zichtbare hematurie? (denk aan een urineweginfectie, urinesteenlijden of blaastumor)

Informeer naar andere factoren die kunnen bijdragen aan het optreden van ongewenst urineverlies:

- (recente) zwangerschap en bevalling;
- gebruik van cafeïnehoudende dranken, vochtinname en toiletgewoonten, zoals de plas te lang ophouden of weinig tijd nemen om te plassen;^{7,13,14}
- gebruik van geneesmiddelen: middelen met een anticholinerge werking (zoals tricyclische antidepressiva, urologische anticholinergica en antipsychotica), lisdiuretica, opioïden, benzodiazepinen, calciumantagonisten en systemische oestrogeensuppletietherapie;⁸
- voorgeschiedenis: vaginale bevalingen, operaties of bestraling in het kleine bekken;
- urogenitale prolaps(klachten): het gevoel dat er een bal in de vagina zit, of dat er iets uit de vagina hangt, of een gedurende de dag toenemend zwaar gevoel in de onderbuik en -rug;
- comorbiditeit, zoals COPD, astma, chronische obstipatie, hartfalen, diabetes mellitus type 2, overgewicht, neurologische aandoeningen, gewrichtsaandoeningen, visuele, motorische en cognitieve beperkingen.¹⁵

Lichamelijk onderzoek

Verricht het volgende onderzoek:

- palpatie van de buik, met speciale aandacht voor operatielittekens, tumoren en een palpabele blaas;
- gynaecologisch onderzoek: uitwendige inspectie van de vulva en vaginaal toucher, met aandacht voor het bestaan van een urogenitale prolaps, en eventuele gradering daarvan (laat de vrouw daartoe maximaal persen), een palpabele blaas, een uterus myomatosus of een tumor van de adnexe.¹⁶⁻¹⁹

Geef tijdens het vaginaal toucher instructie voor het aanspannen van de

bekkenbodemspieren, zie **[kader Instructie aanspannen bekkenbodemspieren]**. Beoordeel of de juiste spieren worden aangespannen en ontspannen. Leg uit dat het doel van deze instructie is om te beoordelen of de vrouw in staat is om de juiste spieren aan te spannen en te ontspannen. Dit is van invloed op het beleid.^{20,21}

Lichamelijk onderzoek kan bij zwangere vrouwen bij wie tijdens deze zwangerschap klachten van incontinentie zijn ontstaan achterwege gelaten worden, omdat de zwangerschap dan vrijwel altijd de oorzaak van de incontinentie zal zijn.

Instructie aanspannen bekkenbodemspieren

Vraag de vrouw tijdens het vaginaal toucher te doen alsof ze de plas ophoudt of een wind probeert tegen te houden. Het zijn dezelfde spieren die men gebruikt als men probeert om de mictie te onderbreken. Als de juiste spieren worden aangespannen, voelt de arts deze zich sluiten rond de toucherende vingers en naar craniaal bewegen. Let er bij het aanspannen op dat noch de buikspieren worden aangespannen (met een hand op de buik goed voelbaar) noch de bil-, noch de bovenbeenspieren (de billen komen bij aanspanning van de onderzoeksbank af). Let er ook op of de vrouw in staat is op verzoek de bekkenbodemspieren te ontspannen.

Aanvullend onderzoek

Als de anamnese onvoldoende duidelijkheid geeft over de ernst en frequentie van de incontinentie, kan een mictiedagboek meer inzicht geven.²² Gebruik van een mictiedagboek wordt ook aanbevolen als hulpmiddel om het effect van de behandeling te evalueren. Vraag de vrouw het dagboek gedurende drie dagen bij te houden. Een mictiedagboek is te vinden als bijlage bij deze standaard op www.nhg.org en op de NHG-Publiekswebsite www.thuisarts.nl. Bespreek het resultaat in een vervolgsconsult en besteed hierbij aandacht aan het aantal keren per dag dat de vrouw ongewild urineverlies had, de hoeveelheid daarvan (druppels, scheutje, een hele plas) en de aanleiding voor het ongewilde urineverlies (heftige onbedwingbare mictiedrang of intra-ab-

dominale drukverhoging, zoals tijdens sporten, hoesten of lachen). Let ook op de tijd tussen 2 micties en het aantal micties per 24 uur (normaal is 6 tot 8 keer).

Verricht bij vrouwen met urgency-klachten of andere klachten die kunnen passen bij een urineweginfectie urine-onderzoek ter uitsluiting van een urineweginfectie (zie de NHG-Standaard Urineweginfecties).²³

Routinematige residubepaling, bijvoorbeeld door middel van een echo van de blaas (blaasscan), wordt niet aanbevolen, vanwege de kleine apriorikans op een klinisch relevant residu en het feit dat het aantreffen van een residu doorgaans niet leidt tot een ander beleid.²⁴

Evaluatie

Maak op basis van de anamnese onderscheid tussen:

- *stressincontinentie* als het urineverlies optreedt tijdens drukverhogende momenten;
- *urgency-incontinentie* indien het urineverlies optreedt gerelateerd aan sterke aandrang;
- *gemengde incontinentie* indien het urineverlies zowel optreedt tijdens drukverhogende momenten als gerelateerd aan sterke aandrang.

Stel bij vrouwen met stressincontinentie vast of sprake is van:

- ernstige klachten (meerdere keren per week urineverlies met veel hinder);
- een urogenitale prolaps voorbij de hymenring;
- zwangerschap of bevalling in de afgelopen zes maanden.

Stel vast of de vrouw voldoende controle heeft over haar bekkenbodemspieren. Dit is het geval als de vrouw er na instructie in slaagt om de juiste spieren aan te spannen (te lage spanning in de bekkenbodemspieren) en ze vervolgens weer te ontspannen (te hoge spanning).

Differentieeldiagnostisch zijn de volgende aandoeningen van belang:

- de overige vormen van urine-incontinentie (reflex-, overloop-, en continue

incontinentie; beleid valt buiten het bestek van deze standaard);

- urineweginfectie (zie de NHG-Standaard Urineweginfecties);
- urinesteenlijden (zie de NHG-Standaard Urinesteenlijden);
- urineretentie en tumoren in het kleine bekken (beleid valt buiten het bestek van deze standaard).¹⁹

RICHTLIJNEN BELEID

Voor vrouwen met stress-, urgency-, of gemengde incontinentie geldt een aantal algemene aanbevelingen. Daarnaast zijn er per type incontinentie specifieke aanbevelingen voor het beleid. Bij gemengde incontinentie wordt de aanpak bepaald door de klachten die het meest op de voorgrond staan. Bij onvoldoende effect van deze aanpak na zes weken voegt men hieraan de behandeling van het andere type incontinentie toe.

De behandelopties zijn bij oudere vrouwen hetzelfde als bij jongere vrouwen, zij het dat bij hen vaker rekening gehouden zal moeten worden met comorbiditeit en gebruik van medicatie.²⁵

Vrouwen die na een eerdere operatieve behandeling vanwege stressincontinentie opnieuw of nog steeds last hebben van incontinentie, verwijst de huisarts terug naar de behandelaar in de tweede lijn (zie *Consultatie, verwijzing en samenwerking*).²⁶

Voor vrouwen met het overactieve blaassyndroom zonder incontinentie geldt, indien behandeling gewenst is, hetzelfde beleid als bij urgency-incontinentie.

Alle typen incontinentie

Voorlichting

Leg bij stressincontinentie uit dat de klachten veroorzaakt worden doordat de afsluiting van de blaas niet optimaal functioneert en dat de bekkenbodemspieren hierbij een belangrijke rol spelen. Onder invloed van zwangerschap en bevalling kunnen de bekkenbodemspieren slapper worden. Ook bij het ouder worden en het verminderen van de hoeveelheid vrouwelijke hormonen na de menopauze worden de weefsels van blaas, plasbuis en bekkenbodem minder stevig.

Leg bij urgency-incontinentie uit dat de klachten veroorzaakt worden door een toegenomen prikkelbaarheid van de blaas. De oorzaak daarvan is meestal niet bekend. Bij het ouder worden neemt de prikkelbaarheid van de blaas toe. Als gevolg treedt onbedwingbare plotse linge aandrang op om te plassen, moet men ook vaker plassen en kan incontinentie optreden.

Bespreek de ernst van het ongewilde urineverlies en de impact daarvan op het dagelijks leven, zoals vermijdingsgedrag en seksuele problemen. Ga na of de vrouw een hulpvraag heeft en bespreek in dat geval de behandelopties (zie *Stressincontinentie* en *Urgency-incontinentie*).

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de vrouw verwijzen naar de informatie over urine-incontinentie op de NHG-Publiekswebsite www.thuisarts.nl of de betreffende tekst (voorheen NHG-Patiëntenbrief) meegeven (via het HIS). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard. Verder kan de huisarts de vrouw voor lotgenotencontact wijzen op het bestaan van de Stichting Bekkenbodem Patiënten.

Niet-medicamenteuze behandeling

- heroverweeg het gebruik van geneesmiddelen die incontinentie kunnen doen ontstaan of doen toenemen (zie *Anamnese*);⁹
- optimaliseer – indien mogelijk – de behandeling van comorbiditeit die een rol kan spelen bij het optreden van het urineverlies (zie *Anamnese*), hoewel effect hiervan op urine-incontinentie niet vaststaat;^{15,27}
- adviseer bij obesitas (BMI ≥ 30 kg/m²) gewichtsreductie;²⁸
- adviseer te streven naar een normale vochtinname en aandacht te besteden aan goede toiletgewoonten, hoewel dit geen bewezen effect heeft op urine-incontinentie.^{13,14}

Bespreek met de vrouw de optie om opvangmateriaal te gaan gebruiken. Verwijs vrouwen die dat willen afhankelijk van de zorgverzekeraar naar de apotheek of een (online) leverancier van me-

dische hulpmiddelen. De vrouw kan in de apotheek of van een daarin geschoolde (wijk)verpleegkundige begeleiding krijgen bij de keuze voor en het gebruik van een bepaald product.^{9,29} Het is aan te bevelen om met vrouwen die gebruik maken van opvangmateriaal periodiek (bijvoorbeeld een keer per jaar) het gebruik te evalueren (aandachtspunten: tevredenheid over het opvangmateriaal, wel of geen behandelwens).⁹

Gebruik van blaaskatheters voor incontinentie wordt afgeraden.³⁰

Stressincontinentie

Bespreek met vrouwen met stressincontinentie die behandeling wensen de behandelopties aan de hand van de kenmerken in [tabel 1]. Het is niet goed mogelijk om te voorspellen welke vrouw het meeste baat bij welke behandeling zal hebben, dus de keuze kan voor een groot deel afhangen van de voorkeur van de vrouw. De eerste stap van de behandeling bestaat uit het doen van bekkenbodemspieroefeningen of het dragen van een pessarium.^{31,32} Bespreek met vrouwen met ernstige klachten (meerdere keren per week incontinentie met veel hinder) verwijzing voor het plaatsen van een midurethraalbandje als eerste behandeloptie. Maak hierbij met de vrouw de afweging tussen de voor- en nadelen van een invasieve ingreep in vergelijking met conservatieve behandeling (zie [tabel 1]).³³

Er is weinig bekend over de effectiviteit van dit beleid bij vrouwen met een *prolaps voorbij de hymenring*. Bespreek met deze vrouwen ook de conservatieve behandelopties uit [tabel 1], waarbij de voorkeur uitgaat naar een pessarium. Bespreek bij onvoldoende effect van conservatieve behandeling de mogelijkheid van verwijzing voor een operatieve ingreep. Afhankelijk van de ernst van de prolaps(klachten) kan deze bestaan uit het plaatsen van een midurethraalbandje, operatieve prolapscorrectie of beide.³⁴

Voor vrouwen die slechts incontinent zijn bij specifieke activiteiten, zoals bij het sporten, kan het dragen van een grote tampon tijdens die activiteiten een behandeloptie zijn, hoewel het

effect daarvan niet goed onderzocht is.³⁵ Het dragen van een pessarium in die situaties is ook een mogelijkheid.

Bespreek met *zwangere en pas bevallen vrouwen* het gunstige natuurlijke beloop: een half jaar na de bevalling is de incontinentie zonder behandeling genezen bij 55% ten opzichte van 70% door het doen van bekkenbodemspieroefeningen.^{4,36} Weeg daarom met de vrouw de optie om tot een half jaar na de bevalling een afwachtend beleid te volgen af tegen de optie om conservatief te behandelen.

Niet-medicamenteuze behandeling stressincontinentie

Bekkenbodemspieroefeningen

Beslis in samenspraak met de vrouw of de behandeling in de huisartsenpraktijk zal plaatsvinden, of dat de vrouw hiervoor verwezen wordt naar een (bekken) fysiotherapeut. Vrouwen die (mogelijk) te weinig controle hebben over hun bekkenbodemspieren (zie *Evaluatie*) worden in ieder geval naar de (bekken)fysiotherapeut verwezen (zie voor overige verwijscriteria en toelichting over (bekken) fysiotherapeuten de paragraaf *Consulta-*

Instructie voor bekkenbodemspieroefeningen bij stressincontinentie

- Zie voor instructie voor het aanspannen van de bekkenbodemspieren het kader bij *Lichamelijk onderzoek*.
- Een oefensessie duurt ongeveer twee tot drie minuten en bestaat uit een tien keer maximaal aanspannen van de bekkenbodemspieren gedurende zes tot acht seconden en daarna volledig ontspannen van de bekkenbodemspieren gedurende enkele seconden.
- Instrueer de vrouw om bij het aanspannen van de bekkenbodemspieren normaal te blijven doorademen.
- Doe per dag drie oefensessies (bouw het aantal aanspanningen per sessie en aantal sessies per dag zo nodig geleidelijk op).

Tabel 1 Kenmerken behandelopties bij stressincontinentie

Behandeloptie	Kenmerken
Bekkenbodemspieroefeningen ^{31,34}	■ doel: verbeteren van de kracht en coördinatie van de bekkenbodemspieren, zodat de vrouw ze op het juiste moment krachtig genoeg kan aanspannen om ongewild urineverlies te voorkomen ■ niet invasief, geen bijwerkingen ■ de vrouw moet dagelijks oefeningen doen ■ bij de helft van de vrouwen treedt genezing op ■ tweederde van de vrouwen is tevreden over het effect ■ effect bij vrouwen met een prolaps voorbij de hymenring niet bekend ■ vermindert bij vrouwen met een prolaps tot boven de hymenring ook eventuele prolapsklachten ■ effect hangt af van de therapietrouw van de vrouw ■ om effect te behouden moet de vrouw de oefeningen blijven doen
Pessarium ^{32,34}	■ doel: ondersteuning van de urethra en/of de blaashals, zodat de urethra, en dus de blaas, bij drukverhogingen in de buik beter afgesloten wordt ■ niet invasief, geen ernstige bijwerkingen ■ uit één onderzoek blijkt dat na een jaar het effect en tevredenheid vergelijkbaar zijn met bekkenbodemspieroefeningen ■ effect aangetoond bij vrouwen zonder of met prolaps tot boven de hymenring (aanwijzingen voor effect bij prolaps voorbij de hymenring) ■ vermindert ook eventuele prolapsklachten ■ de vrouw hoeft geen dagelijkse oefeningen te doen ■ kan specifiek gedragen worden in situaties waarin het ongewilde urineverlies zich voordoet, zoals tijdens het sporten, want kan door de vrouw zelf ingebracht en verwijderd worden ■ moet regelmatig gereinigd worden (door de vrouw zelf of door de huisarts) ■ de helft van de vrouwen stopt met de behandeling, van wie ruim de helft vanwege bijwerkingen (fluor, vaginale irritatie en drukulcera) en een kwart vanwege onvoldoende effect ■ in zeldzame gevallen kan incontinentie acuut verergeren door het dragen van een pessarium
Plaatsen van een midurethraalbandje ³³	■ doel: het optillen en ondersteunen van de urethra door een bandje, waardoor deze de blaas beter kan afsluiten ■ procedure: de ingreep gebeurt met spinaal anesthesie of algehele narcose; er wordt een incisie gemaakt in de vaginavorwand en, afhankelijk van de methode, twee incisies net boven het schaambeentje of twee aan de binnenzijde van het bovenbeen; het bandje wordt spanningsloos onder de urethra gelegd en de uiteinden net onder huidniveau afgeknipt; de ingreep duurt ongeveer dertig minuten; de vrouw kan dezelfde dag naar huis ■ een jaar na de ingreep rapporteren drie van de vier vrouwen genezen te zijn en is bijna iedereen tevreden over het resultaat ■ op langere termijn (maximaal vijf jaar) is dit resultaat iets afgenomen en zeggen twee van de drie vrouwen genezen te zijn ■ postoperatieve complicaties: gemiddeld 6% ontwikkelt urgency(-incontinentie); gemiddeld 6% ontwikkelt urineretentie, die bij de helft (3%) langer dan 6 weken aanhoudt en waarvoor bij 1% heroperatie nodig is; gemiddeld 2% wordt opnieuw geopereerd, onder andere vanwege erosie van het bandje ■ uit één onderzoek blijkt dat plaatsing van een midurethraalbandje bij vrouwen in de tweede lijn met minimaal een keer per week ongewild urineverlies na een jaar effectiever is dan bekkenbodemspieroefeningen (een jaar na plaatsing van het midurethrale bandje rapporteert 91% van de vrouwen veel of zeer veel verbetering, in vergelijking met 32% door bekkenbodemspieroefeningen) ■ effect bij vrouwen met een prolaps voorbij de hymenring niet bekend

tie, verwijzing en samenwerking). Geef bij begeleiding in de huisartsenpraktijk naast de mondelinge instructie (zie **[kader Instructie voor bekkenbodemspieroefeningen bij stressincontinentie]**) ook een schriftelijke instructie mee of verwijs hiervoor naar de NHG-Publiekswebsite www.thuisarts.nl.

Pessarium

Doorgaans voldoet een ringpessarium. Zie voor instructies voor het aanmeten en gebruiken van een pessarium de bijlage bij de standaard op www.nhg.org.

Medicamenteuze behandeling

Medicamenteuze behandeling van stressincontinentie, bijvoorbeeld met duloxetine of systemische of lokale oestrogenen, wordt niet aanbevolen vanwege het beperkte effect en de bijwerkingen.^{37,38}

Urgency-incontinentie

Bespreek dat door middel van blaas-training de tijd tussen twee micties geleidelijk verlengd kan worden.³⁹ Bij onvoldoende effect kunnen de oefeningen eventueel worden ondersteund met medicatie.^{40,41} Zie voor kenmerken van de behandelopties **[tabel 2]**. Bij vrouwen met het overactieveblaassyndroom zonder incontinentie geldt hetzelfde beleid.

Niet-medicamenteuze behandeling

Algemene maatregelen

Adviseer vrouwen eventueel op proef hun cafeïnegebruik (koffie, thee, cola en energiedrankjes) te minderen.⁷

Blaastraining

Beslis in samenspraak met de vrouw of de behandeling in de huisartsenpraktijk zal plaatsvinden, of dat de vrouw hiervoor verwezen wordt naar een (bekken-) fysiotherapeut (zie voor verwijscriteria en toelichting over (bekken)fysiotherapeuten de paragraaf *Consultatie, verwijzing en samenwerking*). Geef bij begeleiding in de huisartsenpraktijk naast mondelinge instructie (zie [kader Instructie blaastraining]) ook een schriftelijke instructie mee of verwijs hiervoor naar de NHG-Publiekswebsite www.thuisarts.nl.

Medicamenteuze behandeling

De voorkeur gaat in eerste instantie uit naar behandeling met anticholinergica, gezien de brede ervaring die hiermee is opgedaan in de praktijk. Op basis van het gebruiksgemak gaat de voorkeur uit naar een preparaat met gereguleerde afgifte. Er zijn geen belangrijke verschillen in effect en bijwerkingen tussen de beschikbare anticholinergica met gereguleerde afgifte.⁴⁰ Op basis van de kosten gaat de voorkeur daarom uit naar een preparaat dat generiek beschikbaar is. Bij publicatie van deze standaard was alleen tolterodine met gereguleerde afgifte generiek beschikbaar.

- Start met het anticholinergicum tol-

Instructie blaastraining

- Stel een mictieschema op met als basisinterval de tijd die de laatste dagen tussen twee micties zat (eventueel met hulp van het mictiedagboek); gewoonlijk is dit dertig tot zestig minuten.
- Tips voor de vrouw om tussentijdse urgencyklachten te verminderen (eventueel op het toilet):
 - zoek afleiding;
 - probeer te ontspannen (rustig tot tien tellen, rustig naar de buik ademen: inademen door de neus, uitademen door de mond);
 - span de bekkenbodem licht aan en ontspan vervolgens; herhaal dit zolang de urgency terugkomt of aanhoudt (zie voor instructie het [kader Instructie aanspannen bekkenbodemspieren] bij *Lichamelijk onderzoek*).
- De vrouw kan zelf wekelijks het interval tussen twee micties met vijftien tot dertig minuten uitstellen bij afname van het aantal incontinentie-episodes en urgency.

Tabel 2 Stappenplan en kenmerken behandeling urgency-incontinentie

Stap	Kenmerken
Stap 1: blaastraining ³⁹	■ niet invasief, geen bijwerkingen ■ de vrouw moet dagelijks oefeningen doen ■ bij de meeste vrouwen treedt verbetering of genezing op ■ effect hangt af van de therapietrouw van de vrouw ■ om effect te behouden moet de vrouw de oefeningen blijven doen
Stap 2: toevoegen anticholinergica (tolterodine, oxybutyninepleister) ^{40,41}	■ geeft in vergelijking met blaastraining vaker verbetering van de incontinentie, maar niet vaker genezing ■ vergroot als behandeling toegevoegd aan blaastraining de kans op verbetering, maar maakt geen verschil in de kans op genezing (beperkt onderzoek) ■ tweederde van de vrouwen stopt binnen zes maanden vanwege onvoldoende effect en/of bijwerkingen (hoofdpijn, droge mond, obstipatie) ■ absolute contra-indicaties: het nauwekamerhoekglaucoom, verlengde QT-tijd (tolterodine), urineretentie ■ voorzichtigheid is geboden bij elektrolytstoornissen, bradycardie, bestaande hartaandoeningen, ouderen (mogelijk hoger risico op verwardheid) en bij combinatie met medicatie die het QT-interval verlengt, zoals amiodaron, haloperidol, azitromycine en domperidon

terodine met gereguleerde afgifte 4 mg 1 dd 1 tablet.⁴⁰ Zie voor contra-indicaties van anticholinergica [tabel 2].

- Bij matige leverfunctiestoornissen en ernstig verminderde nierfunctie (eGFR 10 tot 30 ml/min/1,73 m²) is een lagere dosering van tolterodine gewenst (tolterodine met gereguleerde afgifte 2 mg 1 dd 1 tablet).
- Adviseer de vrouw om ook de blaastraining voort te zetten, indien dit enig resultaat had.

Het is niet mogelijk om de plaats van selectieve bèta-3-agonisten zoals mirabegron te bepalen, omdat er nog te weinig praktijkervaring is opgedaan met dit middel.⁴² Indien de huisarts besluit dit middel toch voor te schrijven, bespreekt deze met de vrouw dat met dit middel nog weinig ervaring is opgedaan in de (huisartsen)praktijk, wat betekent dat over het effect en de veiligheid in de praktijk nog onzekerheid bestaat. Verlengde QT-tijd is een contra-indicatie voor mirabegron. Voorzichtigheid is geboden bij ernstige lever- of nierfunctiestoornis en ernstige ongecontroleerde hypertensie (> 180/110 mmHg). Belangrijk is dat bijwerkingen worden gemeld bij het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb.

Het gebruik van flavoxaat wordt niet aanbevolen, omdat dit middel niet effectief is.⁴³

CONTROLES ALLE TYPEN INCONTINENTIE

Niet-medicamenteuze behandeling

- Controleer minimaal na twee en zes weken na de start met bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining. Aandachtspunten zijn het zo nodig herhalen van de instructies voor de oefeningen, en zo nodig het motiveren van de vrouw om de oefeningen voort te zetten.
- Evalueer het effect na minimaal zes weken en maak daarbij, vooral bij blaastraining, gebruik van een mictiedagboek.²²
- Zet de behandeling voort indien verbetering is opgetreden. Indien na zes weken ondanks goede therapietrouw nog geen verbetering is opgetreden: heroverweeg de diagnose en het beleid (overweeg alsnog te verwijzen naar een (bekken)fysiotherapeut of voeg bij gemengde incontinentie de behandeling voor het andere type incontinentie toe).
- Evalueer bij voortzetting van de behandeling het effect na drie maanden. Bij voldoende effect: benadruk het belang van regelmatig oefenen om het effect te behouden.
- Bij onvoldoende effect heeft het bij goede therapietrouw geen zin om langer door te gaan. Bespreek in dat geval de mogelijkheid om over te stappen op een van de overige behandelopties: bij stressincontinentie een pessarium of verwijzing voor het plaatsen van een

midurethraalbandje (zie [tabel 1]) en bij urgency-incontinentie het toevoegen van medicatie (zie [tabel 2]).

Zie voor controles bij het gebruik van een pessarium de bijlage bij de standaard op www.nhg.org.

Medicamenteuze behandeling (urgency-incontinentie)

- Controleer minimaal na twee weken na de start met een anticholinergicum en besteed daarbij aandacht aan therapietrouw, bijwerkingen en het motiveren van de vrouw om de behandeling voort te zetten.
- Evalueer na vier tot zes weken het effect en maak daarbij gebruik van het mictiedagboek.
- Bij duidelijke verbetering en acceptabele bijwerkingen: continueer de medicatie gedurende drie tot zes maanden en stop deze dan op proef. Indien de klachten daarna recidiveren, kan de medicatie opnieuw voor drie tot zes maanden worden voorgeschreven.
- Bij onacceptabele droge mond bij gebruik van tolterodine: bespreek met de vrouw de optie om over te stappen op de oxybutyninepleister (een per 3 à 4 dagen, voorzichtigheid is geboden bij ernstige lever- of nierfunctiestoornissen; in dat geval bijvoorbeeld niet vaker dan eens per 4 dagen vervangen). De pleister veroorzaakt minder vaak een droge mond, maar vaker huidirritatie, en is duurder dan tolterodine.
- Bij blijvend onacceptabele bijwerkingen of onvoldoende effect: stop de medicatie en bespreek de optie om te verwijzen naar de tweede lijn (zie de noot voor de behandelmogelijkheden in de tweede lijn).⁴⁴

CONSULTATIE, VERWIJZING EN SAMENWERKING

Binnen de eerste lijn

Behandeling met bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining kan zowel door de huisarts als door een (bekken-) fysiotherapeut toegepast worden. De huisarts kan de begeleiding, na instructie gegeven te hebben aan de vrouw, ook delegeren aan een daarvoor geschoolde

praktijkondersteuner of (wijk)verpleegkundige.²⁹ De huisarts verwijst naar een (bekken)fysiotherapeut vrouwen:

- die onvoldoende controle hebben over hun bekkenbodemspieren, dus die er na instructie niet in slagen om de bekkenbodemspieren aan te spannen, of deze spieren daarna weer te ontspannen, of bij twijfel hierover;
- die naar inschatting van de huisarts meer begeleiding nodig hebben dan in de betreffende huisartsenpraktijk beschikbaar is;
- die daar zelf voorkeur aan geven;
- bij wie na zes weken oefentherapie in de huisartsenpraktijk geen effect is opgetreden (ter overweging).

Wanneer de huisarts twijfels heeft over de diagnose, of wil weten in hoeverre de urine-incontinentie fysiotherapeutisch beïnvloedbaar is, kan de huisarts ook naar een (bekken)fysiotherapeut verwijzen voor een eenmalig bekkenfysiotherapeutisch diagnostisch consult. Dit eenmalige consult levert gegevens op over de aard, ernst en mate van fysiotherapeutische beïnvloedbaarheid van de incontinentie.

De huisarts kan zowel naar een fysiotherapeut met de bekkenbodem als aandachtsgebied als naar een geregistreerde bekkenfysiotherapeut verwijzen. Een geregistreerde bekkenfysiotherapeut heeft extra competenties (zie [kader Geregistreerde bekkenfysiotherapeuten versus fysiotherapeuten met de bekkenbodem als aandachtsgebied]) en daarom is er bij vrouwen met complexere problematiek, bijvoorbeeld met weinig controle over de bekkenbodemspieren, voorkeur voor verwijzing naar een geregistreerd bekkenfysiotherapeut. Bij verwijzing naar een geregistreerd bekkenfysiotherapeut is het raadzaam om de vrouw voor te lichten over het feit dat deze bevoegd en bekwaam is om inwendig onderzoek te doen en dit onderzoek waarschijnlijk nodig heeft om een behandeling te kunnen instellen.

Bedrijfsarts

- Consulteer of verwijs naar de bedrijfsarts bij problemen op het werk of (drei-

Geregistreerde bekkenfysiotherapeuten versus fysiotherapeuten met de bekkenbodem als aandachtsgebied

Geregistreerde bekkenfysiotherapeuten hebben zich na de opleiding fysiotherapie in een aanvullende gecertificeerde en door de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO) geaccrediteerde driejarige post-hbo-opleiding gespecialiseerd in onder andere inwendig onderzoek en inwendige behandeling, gericht op bekkenfysiotherapie. Fysiotherapeuten met de bekkenbodem als aandachtsgebied hebben na hun opleiding tot fysiotherapeut een aantal extra scholingen gevolgd op het gebied van bekkenbodemproblematiek.

Specifieke kennis en vaardigheden van een geregistreerde bekkenfysiotherapeut zijn onder andere:

- het uitvoeren van inwendig functioneel onderzoek om relevante bekkenfysiotherapeutische diagnostiek uit te voeren en optimale feedback te kunnen geven over de functie van de bekkenbodemspieren;
- in staat zijn gebruik te maken van apparatuur voor elektrostimulatie en biofeedback. Deze middelen worden vooral gebruikt om spiergroepen of functies, die voor de vrouw onbekend zijn, te leren herkennen en functioneel adequaat te gebruiken.

Een overzicht van geregistreerde bekkenfysiotherapeuten is beschikbaar via: www.defysiotherapeut.com.

gend) ziekteverzuim ten gevolge van de urine-incontinentie (schaamte, toilet te ver weg).

Tweede lijn

Algemene uitgangspunten:

- de huisarts verwijst naar een medisch specialist met voldoende ervaring en affiniteit met urine-incontinentie. Afhankelijk van de regionale situatie kan dit een gynaecoloog of uroloog zijn;⁴⁵
- verwijzing naar een multidisciplinair team heeft mogelijk meerwaarde bij complexere problematiek, zoals bij gecombineerde incontinentie voor urine en feces of bij incontinentie in combinatie met ernstige aanhoudende seksuele problematiek;
- bij verwijzing levert de huisarts bij voorkeur ook een recent door de vrouw ingevuld mictiedagboek aan, indien dit beschikbaar is.²²

Verwijs- en consultatiecriteria:

- vrouwen met *stressincontinentie* bij wie behandeling met bekkenbodemspieroefeningen na drie maanden en/of een pessarium onvoldoende resultaat oplevert;
- vrouwen met *ernstige stressincontinentie* (meerdere keren per week urineverlies met veel hinder) met de wens om geoperieerd te worden;

- vrouwen die na een eerdere operatieve behandeling vanwege stressincontinentie opnieuw of nog steeds last hebben van stress- of urgency-incontinentie;²³
- vrouwen met *urgency-incontinentie* bij wie blaastaining en medicamenteuze behandeling onvoldoende resultaat opleveren.⁴²

© 2015 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Totstandkoming

Nadat werd besloten te beginnen met de herziening van de NHG-Standaard Incontinentie voor urine werd in 2013 een werkgroep geformeerd. Deze bestond uit de volgende leden: dr. L.C.M. Berghmans, als bekkenfysiotherapeut en klinisch epidemioloog verbonden aan het MUMC+ te Maastricht; dr. J.H. Dekker, als huisarts en universitair hoofddocent verbonden aan de afdeling huisartsgeneeskunde van het UMCG te Groningen; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, als hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen en kaderhuisarts urogynaecologie verbonden aan de afdeling Eerstelijngeneeskunde/Vrouwenstudies Medische Wetenschappen van het Radboudumc te Nijmegen; dr. G.H.C. Mientjes, apotheekhoudend huisarts te Westbroek; dr. D. Teunissen, huisarts te Deventer, kaderhuisarts urogynaecologie en als senior onderzoeker verbonden aan de afdeling Eerstelijngeneeskunde/Vrouwenstudies Medische Wetenschappen van het Radboudumc te Nijmegen; dr. J.H.J.M. Uijen, huisarts te Holten. De volgende personen zijn betrokken geweest ten behoeve van samenwerkingsaspecten met de tweede lijn. Zij zijn daarvoor een keer aanwezig geweest bij een werkgroepvergadering en hebben de tekst van commentaar voorzien: prof.dr. C.H. van der Vaart, hoogleraar gynaecologie, namens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en dr. L.M.O. de Kort, uroloog, namens de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU).

Z. Damen-van Beek, huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, begeleidde de werkgroep en deed de redactie. Dr. Tj. Wiersma was betrokken als senior

wetenschappelijk medewerker, M.M. Verdijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie en dr. J.S. Burgers als hoofd van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap. M.J. Hugenholtz was betrokken als medewerker van de afdeling Implementatie. Door geen van de leden van de werkgroep werd belangenverstrengeling gemeld. In oktober 2014 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar vijftig willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen gestuurd. Er werden tien commentaarformulieren retour ontvangen. Ook werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: M. Danz, apotheker, namens het Zorginstituut Nederland; dr. T. Schalekamp, apotheker, J.J. Luinenburg, apotheker, dr. E.J. Vollaard, apotheker, K. de Leest, apotheker, A.R. Dreijer, aios ziekenhuisfarmacie en P.N.J. Langendijk, ziekenhuisapotheker, allen namens de Werkgroep voor Farmacotherapie en Geneesmiddelinformatie (WFG) en het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; dr. L. Boomsma, huisarts en senior beleidsadviseur, namens de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV); dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts en Wetenschap*; dr. D. Bijl, arts-epidemioloog en hoofdredacteur van het Geneesmiddelenbulletin; J.J. Oltvoort, senior beleidsmedewerker gezondheidseconomie, namens Nefarma; M. Favié, voorzitter van de Bond van de generieke geneesmiddelenindustrie Nederland (Bogin); dr. H.J.M.G. Nelissen-Vrancken, senior apotheker, namens het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM); dr. N. Delvaux, als huisarts verbonden aan de KU te Leuven en EBMPPracticeNet, namens de Domus Medica te België (de Vlaamse huisartsenvereniging); P.J.H.M. Bezemer-van Mierlo, bedrijfsarts bij Medicum Consult,

namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB); F. Thoolen, J.C. Korver en R. van der Veen, allen huisarts, allen namens InEen; dr. J. Heesakkers, uroloog, namens de werkgroep Functionele en reconstructieve Urologie van de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU); A. de Graaf, wijkverpleegkundige, namens V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners, J. Verkerk, verpleegkundige, namens V&VN Urologie Verpleegkundigen, E.C. Hoogendoorn, obstetrie-verpleegkundige, namens V&VN Voortplanting, Obstetrie & Gynaecologie, M. Bus, verpleegkundig specialist, namens de Expertgroep richtlijnen Wijkverpleegkundigen van V&VN; dr. P.J. Voorham-van der Zalm, dr. P. Albers-Heitner, C.W.L. van den Bos, allen namens de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en pre- en postpartum gezondheidszorg (NVFB); dr. W. Mensink, oud-gynaecoloog, namens de Stichting Bekkenbodempatiënten; dr. P.M. Leusink, huisarts en seksuoloog.

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. J. van Dongen en F. Edskens hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) tijdens de commentaarrronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsplan. In februari 2015 werd de standaard besproken en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC).

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



Diagnostiek van longembolie

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

De NHG-Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie biedt voor het eerst handvatten voor de diagnostiek van longembolie. De huisarts kan nu bij een vermoeden van longembolie gebruikmaken van een klinische beslisregel en een D-dimeer(snel)test voor het bepalen van verder beleid. Zijn de veiligheid en efficiëntie van deze diagnostische strategie, nu deze in de dagelijkse praktijk wordt gebruikt, vergelijkbaar met de uitkomsten van eerdere validatieonderzoeken?

HUIDIG BELEID

Voordat de diagnostiek van longembolie werd opgenomen in de NHG-Standaard, werd geadviseerd de patiënt bij een vermoeden van longembolie direct door te verwijzen naar de spoedeisende hulp (SEH). De artsen op de SEH gebruikten wel al een klinische beslisregel (de Wells-score) in combinatie met een D-dimeertest. De nieuwe NHG-Standaard adviseert huisartsen dit ook te doen. Een patiënt met een Wells-score van $\geq 4,5$ wordt direct verwezen. Bij een score van $< 4,5$ wordt een D-dimeer(snel)test verricht. Is deze positief, dan wordt de patiënt alsnog verwezen. Bij een negatieve test hoeft dit niet. Samenvattend zijn dus de patiënten die nu niet meer verwezen hoeven te worden (de laagrisicopatiënten), patiënten met een lage score ($< 4,5$) en een negatieve D-dimeer(snel)test.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

De incidentie van longembolie in de huisartsenpraktijk is laag: ongeveer 0,2 per 1000 patiënten per jaar. Aangezien ongeveer 12% van de 'verdachte' patiënten daadwerkelijk een longembolie heeft, zal een huisarts met een normpraktijk bij gemiddeld 4 patiënten per jaar aan een longembolie denken.¹ Het is dus een zeldzame aandoening, maar door de vaak specifieke presentatie en hoge mortaliteit is het een bekend diagnostisch probleem. De afgelopen decennia zijn voor de tweede lijn verschillende klinische beslisregels ontwikkeld, om betere risicostratificatie mogelijk te maken bij een vermoeden van longembolie. In 2012 is één van deze beslisregels, de Wells-score, ook gevalideerd in de eerste lijn.¹ Mede op basis van dit onderzoek adviseert de NHG-Standaard nu om laagrisicopatiënten (Wells-score $< 4,5$ en een negatieve D-dimeer(snel)test) niet meer te verwijzen. Het ADVICE-onderzoek evalueert of de veiligheid van deze werkwij-

ze bij toepassing in de dagelijkse praktijk vergelijkbaar is met de uitkomsten van eerdere validatieonderzoeken.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Alle verschillende beslisregels die wereldwijd worden gebruikt voor de diagnostiek van longembolie zijn uitgebreid gevalideerd in de tweede lijn, met goede resultaten.² Daarnaast blijkt uit onderzoek dat de beslisregels even veilig zijn (een vergelijkbaar aantal 'gemiste' longemboliegevallen), maar efficiënter dan de klinische inschatting van de arts; er wordt dus minder aanvullende diagnostiek verricht bij gebruik van een beslisregel.² De Nederlandse ziekenhuizen werken volgens de CBO-richtlijn, waarin de Wells-score is opgenomen. In 2012 heeft één onderzoek de Wells-score ook gevalideerd in de eerste lijn.¹ In dit validatieonderzoek is bij 598 patiënten bij wie de huisarts een longembolie vermoedde (leeftijd ≥ 18 jaar), beoordeeld of er sprake was van een hoog, of een laag risico op basis van de Wells-score in combinatie met een D-dimeer(snel)test. Alle patiënten werden naar de SEH verwezen, ongeacht dit risico. Van alle patiënten bij wie de huisarts een longembolie vermoedde, had 46% een laag risico. Zij hadden achteraf dus niet verwezen hoeven worden. In deze laagrisicogroep was het percentage fout-negatieven ('gemiste' longemboliegevallen) 1,5% (95%-BI 0,4% tot 3,7%). Nu deze werkwijze is opgenomen in de NHG-Standaard zullen laagrisicopatiënten voor het eerst daadwerkelijk niet meer naar de SEH worden verwezen. Het ADVICE-onderzoek evalueert het effect hiervan.

CONCLUSIE

De veiligheid van het toepassen van een klinische beslisregel is vergelijkbaar met de klinische inschatting van de (huis)arts, maar leidt tot minder onnodige verwijzingen naar de SEH. De klinische beslisregel in combinatie met een D-dimeer(snel)-test in de huisartsenpraktijk is tot nu toe in onderzoeksetting gevalideerd, maar nog niet geëvalueerd na implementatie in de dagelijkse praktijk.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Hoe veilig en efficiënt is gebruik van de Wells-score in combinatie met een D-dimeer(snel)test voor het uitsluiten van een longembolie door de huisarts in de dagelijkse praktijk?

Deelname aan dit onderzoek is nog steeds mogelijk, voor informatie kunt u contact opnemen via onderstaand e-mailadres. ■

LITERATUUR

- Geersing GJ, Erkens PMG, Lucassen WAM, Büller HR, Ten Cate H, Hoes AW, et al. Safe exclusion of pulmonary embolism using the Wells rule and qualitative D-dimer testing in primary care: prospective cohort study. *BMJ* 2012;345:e6564.
- Lucassen WAM, Geersing GJ, Erkens PMG, Reitsma JB, Moons KGM, Büller HR, et al. Clinical decision rules for excluding pulmonary embolism: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 2011;155:448-60.

Zorggebruik bij multimorbiditeit

Patiënten met chronische ziekten zijn frequente bezoekers van de huisartsenpraktijk. Als er sprake is van verschillende chronische ziekten (multimorbiditeit) neemt de bezoekfrequentie verder toe. Multimorbiditeit gaat niet alleen gepaard met regelmatig bezoek aan de huisarts, maar ook met polyfarmacie (voor dit onderzoek gedefinieerd als het gebruik van 10 of meer geneesmiddelen), zorg van andere eerstelijnszorgverleners, behandeling door medisch specialisten en ziekenhuisopnames. Maar geldt dat voor alle patiënten met multimorbiditeit in dezelfde mate? Zijn er groepen te onderscheiden die heel veel of juist weinig zorg gebruiken, en welke patiënten zijn dat? Om deze vragen te beantwoorden, analyseerden we gegevens over het zorggebruik van 4693 patiënten met multimorbiditeit uit 130 huisartsenpraktijken. Het betrof gegevens uit 2010 over contacten met de huisartsenpraktijk, voorgeschreven geneesmiddelen en ziekenhuisopnames (inclusief dagopnames) [tabel].

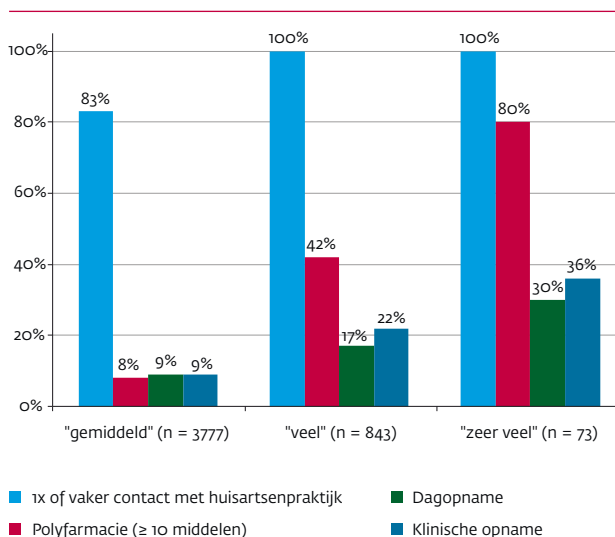
SUBGROEPEN VAN PATIËNTEN

Op basis van statistische analyses konden we drie subgroepen van patiënten met multimorbiditeit identificeren met ieder een eigen patroon van zorggebruik ('gemiddeld', 'veel' en 'zeer veel'; [figuur]). Het zorggebruik van de eerste, verreweg de grootste groep (80% van de patiënten) is gemiddeld te noemen met 3,6 contacten met de huisartsenpraktijk en 3,8 voorgeschreven geneesmiddelen per jaar. Van hen werd 18% in 2010 ten minste één keer opgenomen in het ziekenhuis. Het zorggebruik in de tweede en derde groep (respectievelijk 18% en 2% van de patiënten met multimorbiditeit) was veel hoger. Vooral het aantal contacten met de huisartsenpraktijk (respectievelijk 14,9 en 34,5 per jaar), het aantal patiënten met polyfarmacie (respectievelijk 42% en 80%) en met minstens één ziekenhuisopname in 2010 (respectievelijk 39% en 66%) waren opvallend, respectievelijk extreem hoog. Vervolgens vergeleken we de kenmerken van deze drie groepen patiënten. Daaruit bleek dat de twee groepen patiënten met het meeste zorggebruik relatief meer vrouwen bevatten, gemiddeld ouder waren, en vaker uit lagere sociaal-economische klassen afkomstig waren. Deze patiënten hadden ook meer chronische ziekten. Het patroon van de 29 onderzochte chronische ziekten verschilde niet veel tussen de drie groepen, al kwamen diabetes mellitus, COPD, artrose, osteoporose en hartfalen significant vaker voor in de twee groepen met het meeste zorggebruik.

CONCLUSIE

Het zorggebruik van patiënten met multimorbiditeit is niet voor al deze patiënten gelijk: circa 20% van de patiënten met multimorbiditeit gebruikt duidelijk meer zorg dan de resterende 80%. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of deze patiënten met (extreem) hoog zorggebruik eenvoudig te identificeren zijn. Ervan uitgaande dat het gebruik van zorg de

Figuur Patroon van zorggebruik (op basis van clusteranalyse) van drie groepen patiënten met multimorbiditeit in 2010 (n = 4693)



zorgbehoefte van patiënten weergeeft, is het de moeite waard om te anticiperen op mogelijke problemen bij patiënten met het meeste zorggebruik. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan afstemming van de behandeling tussen huisarts en medisch specialist, of een medicatiereview vanwege mogelijke medicatieproblemen. Op grond van dit onderzoek lijkt de kans daarop groter bij oudere vrouwen, uit lagere sociaal-economische klassen met een groter aantal chronische ziekten. ■

Tabel Zorggebruik en kenmerken van drie groepen patiënten met multimorbiditeit in 2010 (n = 4693)

	Gemiddeld (n = 3777)	Veel (n = 843)	Zeer veel (n = 73)
Zorggebruik			
Contacten met de huisartsenpraktijk: aantal per jaar (gemiddeld)	3,6	14,9	34,5
Voorgeschreven geneesmiddelen: aantal per jaar (gemiddeld)	3,8	9,2	13,8
Kenmerken			
Geslacht (% vrouw)	54%	66%	75%
Leeftijd (gemiddeld, jaar)	54	66	72
Aantal chronische ziekten (gemiddeld)	2,5	2,8	3,0

Colofon

Dit artikel is gebaseerd op: Hopman P, Heins MJ, Rijken M, Schellevis FG. Health care utilisation of patients with multiple chronic diseases in The Netherlands: Differences and underlying factors. Eur J Intern Med (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijim.2015.02.006>. Voor de hier beschreven analyses is gebruikgemaakt van gegevens uit 2010 van 130 huisartsenpraktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Deze gegevens zijn gekoppeld aan gegevens van Dutch Hospital Data (www.dutchhospitaldata.nl) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De koppeling en verwerking van de gegevens vond plaats conform de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

Gedragsproblemen bij jonge kinderen

INLEIDING

We spreken van gedragsproblemen als een kind gedrag vertoont dat vooral voor zijn omgeving storend of verontrustend is. Dit gedrag kan externaliserend zijn, bijvoorbeeld druk, dwars of agressief gedrag, driftbuien, pesten en slecht luisteren, of internaliserend, zoals zich terugtrekken, slecht slapen of eten, bedplassen of dwangmatig gedrag. Gedragsproblemen kunnen samenhangen met de ontwikkelingsfase van het kind, maar zijn soms ook een uiting van een bedreigde ontwikkeling door omgevingsfactoren of de eerste symptomen van een psychische aandoening, zoals de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, een autismespectrumstoornis of een ontwikkelingsachterstand [tabel].

Bij meisjes doen zich vaker internaliserende gedragsproblemen voor, terwijl bij jongens juist meer externaliserende gedragsproblemen op de voorgrond staan. Het betreft gedrag dat op zichzelf niet als afwijkend kan worden beschouwd, maar waarvan men vindt dat het kind het te vaak of in een grote intensiteit vertoont. Het is belangrijk om af te wegen of het gedrag waarover men klaagt, werkelijk abnormaal is of dat het wellicht past bij de ontwikkelingsleef-

tijd. Zo vertonen bijna alle jonge kinderen wel eens agressief gedrag. Vooral tweejarigen slaan, schoppen en bijten vaker. Tussen de twee en twaalf jaar neemt dit soort uitingen geleidelijk af.¹ Het is daarom belangrijk om kennis te hebben van de normale ontwikkeling. In deze nascholing beschrijven we hoe we onschuldige gedragsproblemen kunnen onderscheiden van gedragsproblemen die extra zorg en aandacht behoeven.

PREVALENTIE VAN GEDRAGSPROBLEMEN

Drie tot 9 procent van de ouders van kinderen van 0 tot 12 jaar zegt dat hun kind gedragsproblemen heeft.² Op basis van gegevens van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft 11 tot 28% van de kinderen psychosociale problemen, met een piek bij de 5- tot 6-jarigen. Dit zijn vooral lichte problemen, waarbij uitleg en advies aan de ouders vaak voldoende is. Twee tot 7 procent van de kinderen wordt behandeld voor een psychosociaal probleem, de jongste kinderen minder vaak dan oudere. JGZ-teams van het consultatiebureau of de GGD geven de meeste behandelingen. Volgens de JGZ-gegevens heeft 1 tot 3% van de kinderen ernstige psychosociale problemen die hulpverlening behoeven.

RISICO- EN BESCHERMENDE FACTOREN

Langdurige spanningen en disharmonie binnen het gezin of pedagogisch onvermogen van de verzorgers vergroten de kans op ontwikkelingsproblematiek en bevorderen het ontstaan van gedragsstoornissen. Zo hebben kinderen van ouders met een laag inkomen of met een relatief jonge moeder meer kans op problemen.³ Andere sociale factoren die de kans op psychische problemen vergroten zijn een bij herhaling afwezige ouder, een psychische stoornis bij een van de ouders, huiselijk geweld, alcohol- of drugsgebruik, misbruik of verwaarlozing. Belangrijke kindgebonden risicofactoren zijn zwakbegaafdheid of een disharmonisch intelligentieprofiel. Deze kinderen kunnen gemakkelijk overvraagd worden en komen daardoor

Samenvatting

Hassink-Franke LJA, Oud MJT, Beeres MPJ. Gedragsproblemen bij jonge kinderen. *Huisarts Wet* 2015;58(7):378-81.

Gedragsproblemen bij jonge kinderen worden door de omgeving gesignaleerd. Het als problematisch ervaren gedrag kan soms passen bij de emotionele rijpingsfase van het kind. Het kan echter ook een uiting zijn van een emotionele ontwikkeling die door psychosociale stressfactoren wordt bedreigd. Problematisch gedrag kan samenhangen met psychische stoornissen als depressie, angst, een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD), een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) of een autismespectrumstoornis. Risicoverhogende of beschermende factoren kunnen de kans op een psychische stoornis beïnvloeden. Het functioneren van het kind thuis, op school en op sociaal gebied moet in kaart worden gebracht. Indien het probleem meer symptomen omvat en zich op verschillende sociale domeinen voordoet, is de kans op een psychische stoornis groter. De huisarts moet het kind afhankelijk van het lijden en disfunctioneren naar de kinderpsychiater, kinderpsycholoog of orthopedagoog verwijzen. Dat moet ook gebeuren als de draagkracht van de ouders beperkt is. De praktijkondersteuner ggz, het consultatiebureau of het Centrum voor Jeugd en Gezin kunnen kinderen met eenvoudige problemen vaak goed begeleiden.

De kern

- Gedragsproblemen komen veel voor bij jonge kinderen, maar zijn meestal niet gerelateerd aan psychische stoornissen.
- Aandacht voor psychosociale factoren is essentieel voor een goed begrip van de gedragsproblemen.
- Onderzoek naar veiligheid, structuur en pedagogische vaardigheden is van cruciaal belang.
- De kans op een psychische stoornis is groter als de gedragsproblemen in verschillende sociale domeinen voorkomen en als symptomen in combinaties voorkomen.
- Achterstanden in de motorische en taalontwikkeling en sociale vaardigheden zijn belangrijke symptomen en vragen om een verwijzing voor verdere diagnostiek.

Huisartsenpraktijk Franssens & Hassink-Franke, Langstraat 21a, 3981 ET Bunnik; dr. L.J.A. Hassink-Franke, huisarts, ggz-kaderhuisarts. Huisartsenpraktijk Lewenborg, Groningen; dr. M.J.T. Oud, huisarts, ggz-kaderhuisarts, coördinator van de kaderopleiding ggz, huisartsgeneeskunde UMCG. Praktijk Parklaan, Hoevelaken; M.P.J. Beeres, huisarts, ggz-kaderhuisarts • Correspondentie: lieke_franke@hotmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Tabel Indeling en aanpak van gedragsproblemen

Gedragsproblemen		
■ passend bij emotionele rijpingsfase van het kind: voorlichting en zo nodig verwijzing naar Centrum voor Jeugd en Gezin of POH -jeugd ■ gevolg van psychosociale stressfactoren (gezin, school, vrije tijd): verwijzing naar maatschappelijk werk of POH-ggz of POH-jeugd, of naar AMK bij bedreigende omstandigheden ■ passend bij de volgende psychische stoornis(sen):		
Aard van het probleem	Kenmerken	Beleid
Internaliserend Kind heeft er vooral last van	Stemmingsstoornis: verdrietig, somber of vlak; verlies van interesse of plezier Angststoornis: schrikachtig, angstig, vermijdend, afhankelijk Posttraumatische stress-stoornis: angst/stemmingsstoornis na trauma Dwangstoornis: obsessieve gedachten en handelingen	Kinderpsycholoog of orthopedagoog; kinderpsychiater bij suïcidegevaar of psychotische kenmerken; kinderarts bij lichamelijke oorzaak/gevolg (bijvoorbeeld eetstoornis, middelengebruik)
Externaliserend Omgeving heeft er vooral last van	ADHD: concentratie- en aandachttekort, onrust, impulsief Gedragsstoornis (ODD of antisociale gedragsstoornis) Driftig, prikkelbaar, boos, niet gevoelig voor correctie, liegen, pesten	Kinderpsycholoog of orthopedagoog
Autismespectrumstoornis Ontwikkelingsstoornis van het kind op meer gebieden	Beperkt inlevingsvermogen en oogcontact; door onzekerheid en angst vaak rigide/dwangmatig	Kinderpsychiater
Tics	Zinloze en steeds terugkerende bewegingen of stemgeluiden	Meestal geen behandeling nodig

in de knel.⁴ Als beschermende factoren gelden een goede emotionele band met een volwassene en een warme en stimulerende omgeving. Deze dragen bij aan een gezonde emotionele rijping en ontwikkeling van het zelfbeeld.

ASPECIFIEKE SYMPTOMEN

Veel kinderen die met emotionele problemen kampen, komen met somatische klachten op het spreekuur van de huisarts, zoals buikpijn, hoofdpijn, moeheid of gebrek aan eetlust.⁵ Bij het vermoeden van emotionele problemen kan de huisarts tijdens het lichamelijk onderzoek vier screenende vragen stellen: hoe gaat het thuis, hoe gaat het op school, heb je vriendjes of vriendinnetjes en wat doe je in je vrije tijd?⁶ Als de antwoorden tot een 'niet-pluis'-gevoel leiden, is het raadzaam om verder onderzoek te (laten) doen, bijvoorbeeld door de praktijkondersteuner ggz (gezien de specifieke doelgroep is scholing en ervaring op dit gebied wel een vereiste).

Belangrijk bij problematisch gedrag van kinderen zijn de draagkracht van de ouders en de mogelijkheden die ouders hebben om het gedrag te corrigeren. Verder is van belang om te weten hoe lang het gedragsprobleem bestaat, of er recentelijk verandering in is gekomen en of het zich in meer sociale domeinen voordoet. Geïsoleerde symptomen komen bij kinderen vaak voor en zijn geen reden tot zorg. Een combinatie van verschillende symptomen komt minder vaak voor en wijst bijna altijd op een psychische stoornis. Deze kinderen moet men emotioneel, cognitief en gedragsmatig verder onderzoeken. Maakt het kind goed contact, is er sprake van sociale relaties, hoe verloopt de taalontwikkeling en of is er sprake van starre gedragingen en interessepatronen? Bij afwijkingen moet men denken aan een autismestoorning. Functioneert het kind thuis

anders dan op school? Vertoont het 'tics' of lijkt het zwakbegaafd? Is er sprake van opvallend dwars gedrag of zijn er aanwijzingen voor depressie, angsten of slaapproblemen?

Achterstanden in de motorische ontwikkeling en de taalontwikkeling, en stoornissen in het contact zijn altijd alarmsignalen en vragen om verwijzing.³ Zeker als blijkt dat de gedragsproblemen geen variant zijn van het normale rijpingsproces en psychosociale stressoren niet de overheersende in stand houdende factoren zijn, is het verstandig om onderzoek te doen naar een onderliggende aandoening, zoals angst, depressie, een autismespectrumstoornis, een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, een oppositioneel-opstandige

Abstract

Hassink-Franke LJA, Oud MJT, Beeres MPJ. Behavioural problems in young children. *Huisarts Wet* 2015;58(7):378-81.

Behavioural problems in young children are detected by the people around them. While problematic behaviour may be appropriate for the stage of emotional maturation, it may also be an expression of a disturbed emotional development as a result of psychosocial stressors. Problematic behaviour may be accompanied by mental disorders such as depression, anxiety, attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or autism spectrum disorder. Risk factors and protective factors influence the likelihood of a child developing a mental disorder. The functioning of a child at home, at school, and socially should be evaluated. The probability of a mental disorder increases if there are multiple symptoms occurring in multiple social domains. Depending on the child's suffering and dysfunction, the general practitioner should refer the child to a child psychiatrist, a child psychologist, or a remedial educationalist. Referral is also necessary if the parents have a limited ability to cope with the problem. Children with uncomplicated problems can often be managed by a mental health practice nurse, a child health centre, or a Centre for Youth and Families.

gedragsstoornis, een gedragsstoornis of tics. Wij zullen hieronder op de meestvoorkomende aandoeningen ingaan.

Emotionele stoornissen

Bij emotionele stoornissen staan emoties met een negatieve impact op de voorgrond, zoals angsten en depressies. Angst gaat meestal gepaard met lichamelijke verschijnselen als buikpijn, slechte eetlust, diarree, enuresis en slaapproblemen. Het kind is verlegen of erg teruggetrokken, extreem bang om alleen te zijn, weigert om naar school te gaan of is overbezorgd en controlerend. Vaak worden angstproblemen bij kinderen pas laat onderkend. Een specifieke vorm van angst bij kinderen is het obsessief-compulsief syndroom. Rituelen zijn normaal, maar niet wanneer deze gepaard gaan met angst. Verwijs deze kinderen dan naar een kinderpsycholoog of kinderpsychiater.

Het depressieve kind heeft meestal een chronisch verdrietig, ontevreden gevoel, trekt zich terug, is moe, kan niet genieten en heeft slaapproblemen. De prevalentie van depressieve stoornissen bij kinderen is 0,5 tot 2,5%.^{3,8}

Autismespectrumstoornissen (ASS)

Kinderen met ASS hebben problemen met sociale en communicatieve vaardigheden, en een rigide repertoire van spel en gedrag. De diagnose 'stoornis in het autistiforme spectrum' betreft een nogal gevarieerde groep kinderen. Kinderen met een klassieke autistische stoornis hebben een uitgesproken stoornis van de prikkelverwerking. Ze vallen op doordat ze geen oogcontact maken, geen aandacht of plezier delen, en een achterblijvende taal-spraakontwikkeling, taaleigenaardigheden (echoën, monotone intonatie) en motorisch maniërisme vertonen. Ze kunnen dwangmatig vasthouden aan de volgorde waarin dingen gebeuren, bijvoorbeeld bij het aankleden. Vaak wordt de diagnose al in het tweede of derde levensjaar via het consultatiebureau gesteld. Bij lichtere stoornissen in het autismespectrum lopen kinderen pas op oudere leeftijd vast als de sociaal-maatschappelijke complexiteit toeneemt. De diagnose helpt bij aanpassing van de manier waarop de omgeving met het kind omgaat, waarbij regelmaat en voorspelbaarheid essentieel zijn.⁹

Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD)

De belangrijkste gedragskenmerken van ADHD zijn onoplettendheid, hyperactiviteit en/of impulsiviteit. Andere vaak voorkomende gedragskenmerken zijn: prikkelbaarheid, opstandigheid, agressief gedrag, motorische onhandigheid, angst- of stemmingsklachten en leerproblemen. Ook hebben veel kinderen met ADHD moeite met het afmaken van taken, vertonen ze chaotisch gedrag, raken ze vaak dingen kwijt, hebben ze snel conflicten en ruzies, en is er sprake van middelemisbruik. ADHD komt in Nederland voor bij 3 tot 5% van de schoolgaande kinderen tot zestien jaar.¹⁰ ADHD lijkt zich bij jongens twee- tot driemaal vaker voor te doen dan bij meisjes. De aandachtstekortstoornis (ADD) lijkt bij meisjes vaker voor te komen. Voor de diagnose is het van belang dat de problemen

zich op verschillende sociale terreinen voordoen en dat ze het functioneren belemmeren. De heteroanamnese is heel belangrijk. Om de diagnose te kunnen stellen moeten verschillende symptomen al voor het twaalfde jaar opgemerkt zijn en langer dan zes maanden aanwezig zijn.¹¹ Genetische factoren spelen een duidelijke rol bij ADHD – broertjes en zusjes van kinderen met ADHD hebben een twee- tot driemaal grotere kans om ook kenmerken van ADHD te hebben.

Gedragsstoornissen

Bij gedragsstoornissen staan niet de emotionele problemen op de voorgrond, maar afwijkende en ongewenste gedragingen: ruziemaken, vechten, dreigen, pesten, wreed gedrag ten opzichte van anderen of dieren, kapotmaken van speelgoed of meubilair, eisend of aandachtvragend gedrag, schreeuwen, vloeken, stelen, enzovoort. De kinderen vertonen vaak risicogedrag dat tot lichamelijke letsels leidt. Gedragsstoornissen komen circa viermaal vaker voor bij jongens dan bij meisjes.

Kinderen met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (*oppositional deviant disorder*, ODD) laten opstandig, negatief en agressief gedrag zien. Ze zijn vaak driftig, vinden het moeilijk te gehoorzamen, gaan snel in verzet, zijn snel boos of gefrustreerd, maken ruzie, en geven anderen vaak de schuld van hun eigen fouten. ODD komt bij 3% van de kinderen voor.³ ODD gaat vaak samen met andere stoornissen, bijvoorbeeld ADHD, een angststoornis, depressie of autisme.

Kinderen met een antisociale gedragsstoornis (*conduct disorder*, CD) vertonen voor hun omgeving onacceptabel gedrag: ze liegen vaak, hebben de neiging om anderen of dieren pijn te doen, stelen soms en vechten snel. Ze hebben een gebrek aan respect voor anderen. Hun contacten zijn erop gericht om er persoonlijk voordeel uit te halen. Ze hebben vaak een verminderd inlevingsvermogen. CD komt voor bij 2% van de kinderen³ en vaak in combinatie met andere stoornissen, bijvoorbeeld ADHD of een autismespectrumstoornis.

Tics

We spreken van een tic wanneer een kind last heeft van een plotselinge, kortdurende, zinloze en steeds terugkerende beweging of uiting van stemgeluid. Voorbeelden van motorische tics zijn oogknipperen, trekkingen met de neus, bewegen van gezichtsspieren, schoudertrekkingen, aanraken of recht leggen van voorwerpen, gebaren maken. Voorbeelden van vocale tics zijn kuchen, snuiven, knorren of roepen van woorden of zinnen. Een tic kan geïsoleerd of samen met andere tics voorkomen. Tics kunnen toenemen in periodes met veel spanning. Het is verhelderend om tics voor te laten doen en te vragen in welke situaties tics toe- of afnemen. Ticstoornissen komen vaak voor op de kinderleeftijd (prevalentie 1-3%),¹² zien we vaker bij jongens dan bij meisjes en hebben meestal een gunstig prognostisch beloop. Bij het syndroom van Gilles de la Tourette komt een mengeling voor van motorische en vocale ticstoornissen. Tics zien we vaak als een comorbide symptoom bij ADHD en dwangsymptomen. Als tics het functioneren van een kind niet belemmeren, is behandeling niet nodig.¹³

BEGELEIDING EN BEHANDELING

Als ouders of verzorgers met een kind op het spreekuur komen vanwege gedragsproblemen moet de huisarts eerst de problemen erkennen en begrip tonen. Bij de volgende stap moet de huisarts onderscheid maken tussen gedragsproblemen die een gevolg zijn van psychosociale problemen, gezinsveranderingen, problemen op school of anderszins, en gedragsproblemen die het gevolg kunnen zijn van een psychische aandoening. De eerste soort problemen komt vaker voor. De huisarts moet aandacht besteden aan veiligheid, de dagstructuur en ouderlijke vaardigheden. Daarbij is het van belang om de ouder-kindinteractie goed te observeren en hierover informatie te verzamelen.

Voor de begeleiding van eenvoudige problemen, zoals een probleem met eten, slapen, veelvuldig huilen en claimend gedrag kan men gebruikmaken van de mogelijkheden die de praktijkondersteuner ggz, het consultatiebureau en het Centrum voor Jeugd en Gezin bieden. Zij beschikken over begeleidingsmogelijkheden die er vooral op zijn gericht opvoedingsvaardigheden van de ouders te ontwikkelen. Angst- en stemmingsproblemen kunnen meestal goed worden behandeld door een kinderpsycholoog of orthopedagoog. Dit geldt ook voor ODD en ADHD. Bij ADHD biedt de NHG-Standaard handvatten voor een stapsgewijze aanpak.¹⁴ Bij complexe of ernstige problemen moet men verwijzen naar een kinderpsychiater. Indien men ASS vermoedt, verwijst men naar een ggz-instelling die is gespecialiseerd op dit gebied. ■

LITERATUUR

- 1 <http://www.nji.nl> (Nederlands Jeugd instituut), laatst bekeken 28-08-2014.
- 2 Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp S, Reijneveld M. Kinderen in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2005.
- 3 Huisman J, Flapper BCT, Kalverdijs LJ, L'Hoir MP, Van Weel EAF. Gedragsproblemen bij kinderen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
- 4 Jansen M, Van Voorst G, Pijl B. Geschorst! Psychiatrische problematiek op de basisschool. MCV 2014;69:24-30.
- 5 Campo JV, Bridge J, Ehmann M, Altman S, Lucas A, Birmaher B, et al. Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. Pediatrics 2004;113:817-24.
- 6 Lambregtse C. Kinderproject 'Alle hens aan dek' in Katwijk. Vier vragen bij buikpijn. LHV De Dokter 2012;10-3.
- 7 Boer F. Kinderpsychologie in praktijk: slaapproblemen bij kinderen. Tiel: Uitgeverij Lannoo, 2011.
- 8 ADDENDUM Jeugd bij de MDR Depressie. Trimbos-instituut, 2009.
- 9 Van der Gaag RJ. PDD-nos. Huisarts Wet 2008;51:683-5.
- 10 Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry 2007;164:942-8.
- 11 American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2014.
- 12 Knight T, Steeves T, Day L, Lowerison M, Jette N, Pringsheim T. Prevalence of tic disorders: a systematic review and meta-analysis. Pediatr Neurol 2012;47:77-90.
- 13 Thiadens HA. Tics. In: Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Verheij ThJM, redactie. Kleine kwalen bij kinderen. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg, 2005.
- 14 Stijntjes F, Hassink-Franke L, Kruishoop A, Beeres MPJ, Eekhof H, Van Manen S, et al. NHG-Standaard ADHD bij kinderen. Huisarts Wet 2014;57:584-94.

Ferdinand Schreuder

Druk

Druk, druk, druk! Wat hebben we het toch altijd druk. Zolang ik werk, klagen dokters erover.

Gek is dat eigenlijk: we zijn toch wel in een positie om ons eigen leven te sturen: mooi inkomen, maatschappelijk aanzien, tamelijk hechte beroepsgroep.

Daarnaast: gedrag dat niet wordt beloond dooft uit, zo leert de gedrags-

psychologie ons. Wat maakt dan dat we onszelf zo druk blijven maken, terwijl het zo gemakkelijk lijkt op te lossen: een kleinere praktijkpopulatie, een extra maat in de maatschap. Het is niet moeilijk te bedenken, maar het kost wél inkomen.

Toch geloof ik niet dat geld de hoofdrol speelt. Er zit een andere beloning aan het drukzijn: het excuseert ons bij voorbaat voor het in gebreke blijven of niet doen van klusjes waarin we geen zin hebben.

Belangrijker is nog dat de drukte je pantsert tegen alle ellende die dagelijks aan je bureau voorbijtrekt: de slopende ziektes, de uitzichtloze schulden, de eenzaamheid. Je kunt er gauw weer aan voorbijgaan, je hebt het immers druk!

Een beetje sensitieve dokter zal zorgen dat hij het druk heeft. ■



Oplossingsgerichte therapie voor huisarts en POH-ggz

INLEIDING

Sinds de invoering van de basis-ggz worden er meer patiënten met lichte tot matige psychische klachten behandeld in de huisartsenpraktijk. Huisartsen en praktijkondersteuners geestelijke gezondheidszorg (POH-ggz) kunnen daarbij goed gebruikmaken van kortdurende, effectieve psychotherapieën. Bekend zijn de meer probleemgerichte therapieën, zoals de cognitieve gedragstherapie en het vijfgesprekkenmodel volgens Stoffer.¹ Minder bekend is de oplossingsgerichte therapie (OT), hoewel die al in 1985 werd geïntroduceerd.²

Oplossingsgerichte therapie is zeer geschikt voor de huisartsenpraktijk. De therapie is respectvol, pragmatisch, efficiënt en effectief, en bovendien niet moeilijk te leren.³ Veel ervaren huisartsen en POH's-ggz passen in de praktijk al de nodige oplossingsgerichte methoden toe. In dit artikel geef ik een korte beschrijving van OT, van de evidence voor de effectiviteit in de huisartsenpraktijk en van de relatieve contra-indicaties. Bij OT horen een gidsende, non-directieve houding en specifieke gespreksvaardigheden. Een korte casus illustreert hoe de huisarts of POH-ggz deze vaardigheden kan toepassen.

DEFINITIE EN EVIDENCE

De oplossingsgerichte therapie, ook wel bekend onder de Engelse benamingen *solution-focused therapy* en *problem solving therapy*, is geïnspireerd op het werk van de Amerikaanse psychiater en psychotherapeut Milton Erickson.⁴ Bij OT ligt de nadruk niet op beperkingen, zwaktes en problemen, maar op mogelijkheden, competenties en oplossingen. Uitgangspunt is dat het zoeken naar de oorzaak van een probleem in het 'toen-en-daar' niet altijd evenveel bijdraagt aan het vinden van een oplossing in het 'hier en nu'. De hulpverlener helpt de patiënt met het formuleren van positieve, concrete behandeldoelen en stelt zich hierbij op als gids die de patiënt actief leidt naar grotere zelfredzaamheid en naar een meer oplossingsgerichte denkwijze.

Samenvatting

Van Staveren R. *Oplossingsgerichte therapie voor huisarts en POH-ggz*. *Huisarts Wet* 2015;58(7):382-4.

Oplossingsgerichte therapie is een kortdurende psychotherapie die zeer geschikt is voor patiënten met lichte tot matige psychische klachten. De therapie sluit goed aan bij de vaardigheden die huisartsen en POH's-ggz al hebben, namelijk denken in termen van zelfredzaamheid en probleemoplossend vermogen. Dit artikel geeft een korte introductie op de oplossingsgerichte therapie. De geïnteresseerde huisarts of POH-ggz kan in een cursus de benodigde vaardigheden verder ontwikkelen en leren ze methodisch toe te passen.

Zoeken in de Cochrane library op 'solution-focused therapy' en 'problem solving therapy' levert twee voor de huisartsenpraktijk relevante systematische literatuuronderzoeken op.^{5,6} Daaruit blijkt dat OT in de huisartsenpraktijk effectief en efficiënt is bij een groot aantal psychische klachten, waaronder depressie, angststoornissen en psychosociale problemen.^{3,5,6} Het grootste effect wordt gevonden bij depressie.⁵⁻⁹ OT kan naast een medicamenteuze behandeling worden gegeven.^{3,5,8} Bij depressie werkt de combinatie met antidepressiva beter dan OT alleen. Ook is OT gegeven door een getrainde POH-ggz even effectief gebleken als OT gegeven door een huisarts.⁷

CONTRA-INDICATIES

Er zijn geen absolute contra-indicaties voor OT, al zal de huisarts patiënten met zwaardere psychische klachten niet zelf behandelen, maar verwijzen naar de generalistische basis-ggz of de gespecialiseerde ggz.

Er zijn wel relatieve contra-indicaties. Patiënten die last hebben van terugkerende disfunctionele negatieve gedachten kunnen meer baat hebben bij cognitieve gedragstherapie.³ Voor leefstijladvies en verslavingszorg is motiverende gespreksvoering geschikter. En tot slot zijn er ook klachten waarvoor geen oplossing bestaat, zoals de meer existentiële levensvragen. Dit soort klachten vormt niet zozeer een probleem als wel een beperking, en beperkingen zijn minder geschikt voor OT.³

SOORT RELATIE?

Voordat u als huisarts of POH-ggz met een oplossingsgerichte therapie begint, is het raadzaam de hulpverleningsrelatie te typeren. Dit voorkomt dat u onnodig gaat 'trekken' aan een patiënt die eigenlijk geen patiënt wil zijn. In OT onderscheidt men drie typen relaties: de vrijblijvende, de zoekende en de consulerende. Bij een vrijblijvende relatie is de patiënt ervan overtuigd dat niet hij, maar anderen een probleem hebben; zolang de patiënt geen hulpvraag heeft, zal het niet lukken tot een gezamenlijke doelstelling te komen. Bij een zoekende relatie heeft de patiënt weliswaar een hulpvraag, maar ziet hij voor zichzelf nog geen rol weggelegd bij het zoeken naar een

De kern

- Oplossingsgerichte therapie is geschikt voor de huisartsenpraktijk: pragmatisch, efficiënt en effectief.
- Er zijn geen absolute contra-indicaties.
- Oplossingsgerichte therapie is effectief bij een groot aantal psychische klachten, waaronder depressie, angststoornissen en psychosociale problemen.
- Huisarts en POH-ggz begeleiden de patiënt bij oplossingsgerichte therapie op non-directieve wijze naar optimale zelfredzaamheid en een meer oplossingsgerichte denkwijze.

oplossing: dat moet de ander doen. De patiënt werkt schijnbaar mee, maar er ontstaat verborgen weerstand als hij meer verantwoordelijkheid toebedeeld krijgt voor het werken aan een oplossing. Als het lukt de ‘zoekende’ patiënt te motiveren zich voor een oplossing in te zetten, dan kan er een consulterende relatie ontstaan. Bij een consulterende relatie zijn de patiënt en de behandelaar een doelstelling overeengekomen en is de patiënt bereid zelf iets aan het probleem te doen.¹⁰

TOEPASSING IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

De heer De Boer

De heer De Boer is een getrouwde, 58-jarige man met drie volwassen kinderen en twee kleinkinderen. Hij was accountmanager bij een bank en heeft sinds zijn gedwongen ontslag wegens een reorganisatie, enkele maanden geleden, nergens meer zin in. Hij voelt zich nutteloos en somber. Conform de NHG-Standaard Depressie stelt de huisarts een matig ernstige depressie vast en biedt de patiënt een aantal oplossingsgerichte gesprekken aan, bij zichzelf of bij de POH-ggz. De huisarts geeft de heer De Boer erkenning voor diens komst: ‘Het was een moedige stap van u om hiermee bij mij te komen.’

Oplossingsgerichte therapie is efficiënt: de gesprekken bij de huisarts duren gemiddeld 17,5 minuten.¹¹ De patiënt bepaalt na ieder gesprek of hij nog een volgend gesprek nodig denkt te hebben. OT is niet moeilijk te leren, maar vraagt van de huisarts vaak wel een verandering van houding. De huisarts die normaal wat directiever te werk gaat, zal moeten leren de patiënt bij OT non-directief te begeleiden naar optimale zelfredzaamheid en zelfstandigheid: hij moet ‘één stap achter de patiënt leiden’. Daarbij helpt het om een oprechte, onbevangen houding aan te nemen. Veel huisartsen hebben, vanuit verantwoordelijkheidsgevoel, de neiging bij elk probleem oplossingen te gaan bedenken, met als gevolg dat ze minder goed luisteren. Het is zaak om in eerste instantie, wanneer de patiënt over zijn klacht of probleem begint, te proberen die ‘reparatiereflex’ te onderdrukken en een houding van niet-weten aan te nemen.¹²

Bij OT stelt de behandelaar veel open vragen, maar ook specifiekere vragen, zoals schaalvragen en copingvragen. Het gaat erom hoop te creëren door de patiënt niet alleen te vragen naar zijn klachten of problemen, maar ook aandacht te besteden aan zijn positieve kwaliteiten, aan zaken die wel goed gaan en waaraan hij plezier beleeft, en aan zijn probleemoplossend vermogen, dat nu misschien wat op de achtergrond is geraakt.¹² Complimenten, erkenning, positieve doelen en hoop brengen patiënt en behandelaar in een optimistische jastemming, waarin niet alleen meer mogelijk lijkt, maar feitelijk ook meer mogelijk is.¹⁰

OPLOSSINGSGERICHTE VAARDIGHEDEN

Erkenning geven en complimenteren

De oplossingsgerichte behandelaar versterkt de sterke kanten van de patiënt en bekrachtigt gewenst gedrag met oprechte erkenning en complimenten. Erkenning geven (valideren, bevestigen) is gebaseerd op empathie. De behandelaar kan het

Tabel 1 Fasen van oplossingsgerichte therapie^{2,13}

1	Uw eerste vraag luidt: ‘Wat wilt u in dit gesprek/met deze gesprekken bereiken?’
2	U formuleert samen concrete, positieve behandeldoelen.
3	U gidst de patiënt naar mogelijke oplossingen.
4	U stelt eventueel huiswerkopdrachten voor.
5	U evalueert samen de uitkomst.
6	De patiënt bepaalt of, en zo ja, wanneer hij een volgend gesprek nodig vindt.

lijden van de patiënt erkennen, en daarbij ook zijn kwaliteiten, goede bedoelingen en inspanningen benadrukken: ‘Zo te horen bent u een echte doorzetter.’

Een effectief compliment is specifiek op de persoon gericht, op maat gesneden en werkelijk gemeend. Een indirect compliment zal eerder geaccepteerd worden dan een direct compliment. In plaats van: ‘Wat goed!’, vraagt u: ‘Hoe hebt u dat toch voor elkaar gekregen?’ of ‘Tjonge, hoe is het u gelukt ondanks alles toch zo goed voor de kinderen te blijven zorgen?’¹²

De heer De Boer (vervolg)

Tijdens het eerste gesprek vraagt de huisarts wat de heer De Boer hoopt dat de gesprekken hem zullen opleveren. De heer De Boer zegt dat hij zich graag weer nuttig en gewaardeerd wil voelen, dan zal zijn somberheid vanzelf opklaren. De huisarts vraagt de patiënt hoe diens leven eruit zal zien als hij zich straks weer nuttig en gewaardeerd voelt (*doelformulering*). De heer De Boer kan daar geen antwoord op geven. Dan vraagt de huisarts: ‘Zijn er al momenten waarop u zich al wat nuttiger voelt, en wat doet u anders op die momenten?’ (*uitzonderingen, copingvraag*). De heer De Boer vertelt dat hij, nu hij werkloos is, zijn kleinkinderen drie dagen per week bij hem thuis kan laten overblijven. Ook doet hij meer in het huishouden, wat mooi meegenomen is aangezien zijn vrouw buitenshuis werkt.

De huisarts complimenteert de patiënt met het feit dat hij dit voor elkaar krijgt, ondanks zijn somberheid. Tot slot formuleren ze samen een aantal positieve, concrete behandeldoelen.

Samen behandeldoelen formuleren

Het samen formuleren van behandeldoelen maakt het mogelijk om van het praten over de klachten of problemen op een natuurlijke wijze over te gaan op het nadenken over oplossingen. Wat wil de patiënt bereiken met de gesprekken? De behandelaar stelt vragen als: ‘Waar hoopt u op?’ ‘Hoe zou u het willen hebben?’ ‘Wat doet u op de dagen waarop u minder klachten hebt?’ Ook de wondervraag kan helpen het doel te verduidelijken: ‘Stel dat er vannacht een wonder gebeurt waardoor uw problemen zijn opgelost. Wat zou dan ’s och-

Abstract

Van Staveren R. *Solution-focused therapy for general practitioner and mental health practice nurse*. Huisarts Wet 2015;58(7):382-4.

Solution-focused therapy is a form of psychotherapy that is especially appropriate for patients with mild or moderately severe mental health problems. It draws on the skills general practitioners have – for example, GPs with patients with mental health problems often think in terms of self-sufficiency and problem-solving ability. This article provides a brief introduction to solution-focused therapy. Courses are available to enable GPs and mental health practice nurses to further develop the necessary skills and to learn how to apply them in solution-focused therapy.

Tabel 2 Behandeldoelen formuleren: Ik Wil SMART⁶

Ik	in de ik-vorm en in termen van gedrag geformuleerd.
Wil	positief geformuleerd: 'U weet wat u niet wilt. Wat wilt u wel?'
S	specifiek, eenduidig: 'Wat wilt u precies bereiken, wat wilt u veranderen?'
M	meetbaar: 'Hoe weet u of het doel bereikt is?'
A	aanvaardbaar, niet te groot, niet te gemakkelijk, maar net haalbaar: 'Wat zou de eerste kleine stap kunnen zijn?'
R	relevant: 'Sluit dit doel aan bij het hoofddoel dat we hebben vastgesteld?'
T	tijdgebonden: 'Wanneer wilt u het doel bereiken?'

tends het eerste zijn waaraan u zou merken dat het wonder heeft plaatsgevonden?¹⁴

Hoe preciezer de formulering is, des te duidelijker zijn de doelen en des te groter de kans op tevredenheid. Een bekend hulpmiddel is het acroniem SMART, dat staat voor specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, relevant en tijdgebonden.¹⁵ Naast de SMART-criteria worden behandeldoelen het liefst in de ik-vorm, positief en in termen van gedrag geformuleerd [tabel 2].¹⁶

Uitzonderingen, schaalvragen en copingvragen

Behandelaar en patiënt gaan samen op zoek naar eerdere successen en uitzonderingen, momenten waarop de klacht of het probleem even niet of minder sterk aanwezig was: 'Wanneer ging het iets beter?' (of desnoods: '... iets minder slecht?') Die vraag kan worden gevolgd door een copingvraag: 'Hoe is u dat toen gelukt?' Die copingvraag benadrukt dat het succes geen toeval was, maar een gevolg van eigen inspanning en kunnen.

Met copingvragen informeert de behandelaar naar de oplossingsstrategieën van de patiënt en moedigt hij hem aan zoveel mogelijk verantwoordelijkheid te nemen. Voorbeelden van copingvragen zijn: 'Hoe gaat u dat aanpakken?' 'Hoe ging u eerder met soortgelijke problemen om?' of: 'Hoe doet u dat?' Het is zaak daarbij vooral te informeren naar wat de patiënt zelf al aan het probleem heeft gedaan: daarmee geeft de behandelaar impliciet aan dat hij ervan uitgaat dat de patiënt er al iets aan gedaan heeft (al heeft dat kennelijk niet voldoende geholpen): 'U hebt vast al het een en ander geprobeerd. Wat heeft u tot nu toe geholpen? Al is het maar een beetje?'^{12,14}

Schaalvragen worden gebruikt om een klacht of probleem voor de patiënt concreet en toegankelijk te maken. Een schaalvraag maakt de klacht meetbaar, vertaalt doelen in kleine stapjes en vestigt de aandacht op eerdere successen en uitzonderingen. 'Stelt u zich een schaal voor van 0 tot 10. De 0 staat voor de meest ongewenste situatie en de 10 voor de meest gewenste situatie. Waar staat u op deze schaal? Hoe lukt het u om al op dat cijfer te zitten? Wat heeft al geholpen? Hoe zou een cijfer hoger eruitzien? Wat zou u dan anders doen? Hoe zou dat helpen?'¹⁴

De heer De Boer (vervolg)

Tijdens een volgend gesprek vraagt de huisarts wat er beter gaat en hoe de heer De Boer dit voor elkaar heeft gekregen (*copingvraag*).

Ook vraagt hij hoe de patiënt de huidige situatie op een schaal van 0 tot 10 zou waarderen, waarbij 0 de meest ongewenste situatie en 10 de meest gewenste situatie voorstelt (*schaalvraag*). De heer De Boer geeft de situatie een 5: de gesprekken geven hem inzicht in zijn situatie en hoop op verbetering. De huisarts complimenteert patiënt voor wat die in korte tijd al heeft bereikt en vraagt naar een volgend stapje in de gewenste richting. De heer De Boer zegt dat hij van plan is te leren koken om zijn vrouw meer te ontlasten. Ook wil hij meer met zijn kleinkinderen ondernemen.

Aan het eind van elk gesprek vraagt de huisarts wat de patiënt aan het gesprek heeft gehad en of hij het nodig vindt om terug te komen.

HUISWERKTAKEN

Als de patiënt huiswerktaken wil, kan hij kiezen tussen een registratieopdracht of een gedragsexperiment. Bij een registratieopdracht observeert de patiënt wat er al goed gaat en dus niet meer veranderd hoeft te worden. Voor de heer De Boer zijn dit bijvoorbeeld de huishoudelijke taken en de opvang van de kleinkinderen die hij op zich heeft genomen. Bij een gedragsexperiment oefent de patiënt met (een deel van) het gewenste gedrag of kan hij 'doen alsof' het gewenste gedrag al voorkomt. De heer de Boer zou vrijblijvend kennis kunnen maken met de lokale vrijwilligersvereniging, alsof hij zich al beter voelt.

De leidraad bij huiswerktaken is simpel: als iets werkt, ga ermee door. Als iets niet werkt, doe dan iets anders.¹³ ■

LITERATUUR

- 1 Stoffer R. Het vijf-gesprekkenmodel, een handleiding. Delft: Eburon, 2001.
- 2 De Shazer S. Keys to solution in brief therapy. New York: Norton, 1985.
- 3 Pierce D. Problem solving therapy: Use and effectiveness in general practice. *Aust Fam Physician* 2012;41:676-9.
- 4 Rossi EL (Ed.). The nature of hypnosis and suggestion by Milton Erickson (collected papers). New York: Irvington, 1980.
- 5 Gingerich WJ, Peterson LT. Effectiveness of solution-focused brief therapy: a systemic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice* 2012;23:266-83.
- 6 Huibers MJ, Beurskens A, Bleijenberg G, Van Schayck CP. Psychosocial interventions by general practitioners. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;3:CD003494.
- 7 Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000;320:26-30.
- 8 Mynors-Wallis LM, Gath DH, Lloyd-Thomas AR, Tomlinson D. Randomised control trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *BMJ* 1995;310:441-5.
- 9 Bell A, D'Zurilla TJ. Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2009;29:348-53.
- 10 Isebaert L. Praktijkboek oplossingsgerichte cognitieve therapie. Utrecht: de Tijdstroom, 2007.
- 11 Pierce D, Gunn J. Depression in general practice, consultation duration and problem solving therapy. *Aust Fam Physician* 2011;40:334-6.
- 12 Van Staveren R. Patiëntgericht communiceren. Gids voor de medische praktijk. Utrecht: de Tijdstroom, 2010.
- 13 Bannink FP. De kracht van oplossingsgerichte therapie: een vorm van gedragstherapie. *Gedragstherapie* 2005;38:5-16.
- 14 De Jong P, Berg IK. De kracht van oplossingen. Amsterdam: Harcourt, 2004.
- 15 Tiemens B, Reijs M, Van Sonsbeek M, Hutschemaekers G. Het doel heiligt het middel. Een hulpmiddel bij het stellen van evalueerbare behandeldoelen. *MGv* 2010;65:785-97.
- 16 Van Staveren R. MedCom [app]. Utrecht: de Tijdstroom, 2014.

Guillan-barrésyndroom

Casus

Een 52-jarige vrouw bezoekt het spreekuur, omdat ze sinds drie dagen last heeft van braken, diarree en buikkrampen. Afgezien van hypothyreoïdie heeft zij een blanco voorgeschiedenis. De huisarts denkt dat haar klachten door buikgriep komen. Tien dagen later komt de patiënte terug. De buikklachten zijn over, maar zij heeft sinds twee dagen pijn in al haar spieren. Verder heeft zij een raar gevoel in haar handen en tong, en kan zij de wind langs de huid van haar onderarmen niet goed verdragen. De huisarts besluit even af te wachten. Na drie dagen komt zij opnieuw terug. De pijn in schouder en heup is toegenomen. De huisarts prikt een BSE om polymyalgia reumatica uit te sluiten. Het BSE is normaal. Bij controle de volgende dag vertelt de patiënte dat zij minder kracht in haar benen heeft tijdens opstaan en traplopen. Ook de pijn in de onderarmen en schouders wordt erger. Uit lichamelijk onderzoek blijkt dat de kracht in de proximale beenspieren is verminderd en de reflexen aan de benen niet opwekbaar zijn. De huisarts denkt aan het Guillain-barrésyndroom (GBS) en verwijst de patiënte naar een neuroloog. Bij verder onderzoek in het ziekenhuis blijkt zij inderdaad een milde GBS te hebben na een gastro-enteritis. Tijdens de opname neemt de spierzwakte niet verder toe. Na een paar dagen kan patiënte met een goede prognose naar huis.

BESCHOUWING

GBS is de meestvoorkomende oorzaak van acute spierzwakte in de westerse wereld. Per jaar zijn er in Nederland ongeveer 200 gevallen. Dat is minder dan 1 patiënt per beroeps carrière. De incidentie stijgt met de leeftijd. Mannen hebben het 1,5 keer vaker dan vrouwen. Ook kinderen kunnen de aandoening krijgen, maar het is niet bekend hoe vaak het bij hen voorkomt. GBS is een auto-immuunziekte. De oorzaak van GBS is onduidelijk. In 70% van de gevallen ontstaat het na een 'banale' infectie, bij gezonde personen. Vaak is er sprake geweest van diarree of een bovensteluchtweginfectie.¹ De kans op een recidief is 1 tot 5%.² GBS wordt gekenmerkt door snelle, progressieve, symmetrische spierzwakte die meestal begint in de benen en zich uitbreidt naar de armen. De proximale spiergroepen zijn vaak als eerst aangedaan.³ Ook de spieren van het gelaat, de oogspieren en de ademhalingspijnen kunnen verlamd raken. Voorafgaand aan de spierzwakte is er vaak pijn in de extremiteit waar vervolgens spierzwakte ontstaat. Daarnaast kunnen er gevoelsstoornissen in handen en voeten zijn, zoals dove en prikkelende gevoelens. Bij lichamelijk onderzoek zijn reflexen verlaagd of afwezig.

Een patiënt die mogelijk GBS heeft moet met spoed naar de neuroloog worden verwezen, omdat ernstige verslechtering binnen uren of dagen mogelijk is. Levensbedreigende

complicaties, zoals respiratoire insufficiëntie of verslikking, kunnen al binnen vierentwintig uur na het ontstaan van de eerste klachten voorkomen. De diagnose wordt gesteld aan de hand van klinisch beeld en een liquorpunctie (verhoogd eiwit). Bij twijfel over de diagnose kan de arts een EMG maken en/of anti-ganglioside antistoffen bepalen.¹

Het beloop van GBS heeft vier fases. Tijdens de eerste fase, de progressieve fase, nemen de klachten toe. Er kunnen naast spierzwakte, gevoelsstoornissen en pijn ook autonome stoornissen ontstaan, zoals bloeddrukschommelingen, hart-ritmestoornissen of ileus. Afhankelijk van de ernst worden patiënten behandeld met intraveneuze immunoglobulines. Vijfentwintig procent van de patiënten belandt op de intensive care omdat ze moeten worden beademd. Deze fase duurt maximaal 4 weken. Hierna volgt de plateaufase, waarin de klachten niet meer toenemen maar ook niet verminderen. Deze fase duurt weken tot maanden. De derde fase is de herstelfase die maanden tot jaren kan duren. In de vierde fase, de late fase, is er geen herstel meer. De restverschijnselen zijn chronisch of de patiënt is volledig genezen.¹

Het herstel van patiënten met GBS is wisselend. Factoren die de prognose nadelig beïnvloeden zijn onder andere toenemende leeftijd, ernstige spierzwakte en een voorafgaande gastro-intestinale infectie. De restverschijnselen zijn voornamelijk krachtsvermindering en gevoelsstoornissen in armen en benen. Twintig tot 49% van de GBS-patiënten heeft hier na een jaar nog last van. Daarnaast komen ernstige, langdurige vermoeidheid (30 tot 80%) en seksuele stoornissen regelmatig voor. Deze restverschijnselen hebben ook invloed op de arbeidssituatie. Twintig tot 40% van de voorheen werkende patiënten merkt gevolgen van GBS in het werk. Het is de taak van de huisarts om aandacht te hebben voor de psychosociale gevolgen van het doormaken van GBS bij zowel patiënt als hun naasten.¹ De patiëntenorganisatie VSN (Vereniging Spierziekte Nederland) kan een goede bron van informatie zijn. Vanuit de VSN kan ook verdere begeleiding in gang worden gezet.⁴ ■

LITERATUUR

- 1 Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN). NVN-Richtlijnen. Multidisciplinaire richtlijn Guillain-Barré syndroom 2011. <https://www.neurologie.nl/files/3713/2792/9551/Richtlijn%20Guillain-Barre%20syndroom%202011.pdf>.
- 2 Jacobs BC. Moleculaire mimicry in het Guillain-Barre syndroom. <http://www.erasmusmc.nl/47408/2627727/2637728>.
- 3 Hijdra A, Koudstaal PJ, Roos RAC. Neurologie. Tweede druk Maarssen: Elsevier/Bunge, 1998.
- 4 www.vsn.nl.

Hypothyreoïdie na stoppen met roken

INLEIDING

Roken is een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten en verhoogt de kans op longcarcinoom en andere maligniteiten. Ook COPD is een ernstig gevolg van langdurig roken. Stoppen met roken komt de gezondheid van patiënten vrijwel altijd ten goede. Huisartsen en praktijkondersteuners steken hier terecht veel energie in. Praktijkondersteuners hebben spreekuren om patiënten te begeleiden bij het stoppen met roken. Huisartsen en praktijkondersteuners weten echter meestal niet dat rookgedrag ook invloed heeft op de schildklierfunctie, waardoor stoppen onverwachte gevolgen kan hebben. Onderstaande casus zijn hiervan een illustratie.

BESCHOUWING

In beide casus ontwikkelen de patiëntes een hypothyreoïdie nadat ze zijn gestopt met roken. Bij patiënte A raakt de hypothyreoïdie zelfs in remissie als ze weer met roken begint en recideert deze als ze jaren later opnieuw met roken stopt. Haar

Samenvatting

Boukes FS, Wiersma T, Elte JWF. Hypothyreoïdie na stoppen met roken. *Huisarts Wet* 2015;58(7):386-8.

In deze klinische les bespreken we twee patiënten bij wie kort nadat ze met roken zijn gestopt een hypothyreoïdie ontstaat. Bij de eerste casus raakt de hypothyreoïdie in remissie als de patiënte weer gaat roken en ze wordt opnieuw hypothyreoïd als ze tien jaar later weer met roken stopt. De NHG-Standaard en de NIV-richtlijn Schildklierfunctiestoornissen maken geen melding van een verband. In de literatuur zijn gegevens terug te vinden over het verband tussen schildklierfunctiestoornissen en rookgedrag. Rokers hebben een verlaagde kans op hypothyreoïdie en subklinische hypothyreoïdie. De eerste drie jaar nadat mensen met roken zijn gestopt is de kans op het ontstaan van hypothyreoïdie verhoogd, het eerste jaar zelfs met een factor 7. Ook blijkt hyperthyreoïdie bij rokers significant vaker voor te komen. Een pathofysiologisch mechanisme is ten dele opgehelderd. Na stoppen met roken komt het de novo ontstaan van antistoffen tegen thyroperoxidase (betrokken bij de aanmaak van schildklierhormoon) en thyroglobuline (het transporteiwit van het schildklierhormoon) relatief vaker voor. Het lijkt erop dat roken beschermt tegen het ontstaan van deze antistoffen. Hoe we dat moeten verklaren is nog niet duidelijk. Vooralsnog luidt het advies dat huisartsen bij mensen die onlangs zijn gestopt met roken extra alert moeten zijn op klachten die kunnen passen bij hypothyreoïdie en laagdrempelig schildklierfunctieonderzoek moeten doen.

Casus A

Patiënt A is een 43-jarige vrouw die de huisarts bezoekt omdat ze hulp wil bij stoppen met roken. Ze is zeer gemotiveerd. Eén ding wil ze echter wel graag weten: 'Krijg ik het weer aan mijn schildklier als ik met roken stop?' De huisarts reageert verbaasd en mevrouw vertelt dat haar schildklier tien jaar geleden onvoldoende ging werken na een eerdere stoppoging, met alle klachten van dien, waaronder gewichtstoename. Zij heeft toen een half jaar levothyroxine gebruikt. Na afbouw hiervan bleef de schildklier goed werken, maar volgens de patiënte kwam dat omdat ze weer was gaan roken. De huisarts is niet op de hoogte van een mogelijke relatie en stelt haar gerust.

De patiënte komt onder begeleiding van de praktijkondersteuner en stopt snel daarna met roken. Ze gebruikt twee weken nicotinepleisters.

De laatst bekende waarde voor de schildklierfunctie is tien jaar oud en is een half jaar na het staken van de destijds gebruikte levothyroxine gemeten (TSH 3,8 mIU/l). Omdat de patiënte er niet gerust op is wordt de schildklierfunctie op haar verzoek na het stoppen met roken regelmatig gecontroleerd. Al snel blijkt deze weer af te wijken (1 maand na staken: TSH 10,38 mIU/l, FT4 13,7 pmol/l; na twee maanden: TSH 19,37, FT4 10,9) en na drie maanden is er sprake van hypothyreoïdie (TSH 58,72, FT4 9,0). De patiënte krijgt levothyroxine voorgeschreven en na een geleidelijke opbouw naar een ochtenddosering van 125 microgram is ze goed ingesteld (TSH rond de 2 mIU/l en FT4 rond de 15 pmol/l). Tot dusver rookt patiënte niet en ze gebruikt haar schildkliermedicatie trouw.

Casus B

Patiënt B is een zestigjarige vrouw die de huisarts bezoekt in verband met het verzoek om een 'APK-keuring'. Zij rookt vanaf haar zestiende, ongeveer tien sigaretten per dag. Anamnese en lichamelijk onderzoek leveren geen bijzonderheden op. Ook oriënterend laboratoriumonderzoek is niet afwijkend (onder andere TSH 2,90). Ze krijgt leefstijladviezen, waaronder het advies om te stoppen met roken.

Een jaar later komt ze opnieuw. Ze is een half jaar eerder gestopt met roken. Ze heeft heesheidsklachten en haar kinderen hebben haar gewezen op haar dikker geworden hals. De huisarts voelt hier een weke zwelling, zonder afwijkende lymfklieren. Hij verwijst de patiënte naar de kno-arts, vooral om een afwijking aan de stembanden als gevolg van het langdurige roken uit te sluiten. Tevens verricht hij bloedonderzoek. Hieruit blijkt dat er sprake is van hypothyreoïdie (TSH 36,71, FT4 9,2). In afwachting van het resultaat bij de kno-arts start de huisarts suppletie met levothyroxine.

De kern

- Hypothyreoïdie komt bij rokers minder vaak voor dan bij niet-rokers.
- De eerste jaren nadat mensen zijn gestopt met roken is de kans op het ontstaan van hypothyreoïdie verhoogd.
- Dit fenomeen heeft mogelijk te maken met het feit dat roken het ontstaan van antistoffen tegen thyroperoxidase (TPO-AS) en thyroglobuline (Tg-AS) tegengaat.
- Bij mensen die kort geleden zijn gestopt met roken moeten huisartsen alert zijn op het ontstaan van hypothyreoïdie en bij klachten laagdrempelig een TSH- en FT4-bepaling doen.

De kno-arts stelt dat er niet zozeer sprake is van heesheid, als wel van een krakende stem. Bij onderzoek vindt hij geen afwijkingen aan de stembanden. De echo van de hals geeft een beeld dat past bij M. Hashimoto: een vergrote, echo-arme schildklier met een drietal kleine nodi. De patiënte krijgt een verwijzing naar de internist. Door de suppletie via de huisarts is de patiënte inmiddels euthyreoot: TSH 2,69, FT4 16,4. Verder passen de door de internist aangevraagde afwijkende TPO-antistoffen (AS) (652 IU/ml, sterk verhoogd) bij de diagnose M. Hashimoto. Na een jaar wordt de patiënte voor verdere begeleiding terugverwezen naar de huisarts. Het gaat goed met haar. Ze rookt niet en gebruikt 100 microgram levothyroxine per dag.

huisarts blijkt van een mogelijke relatie niet op de hoogte. Als zich bij een tweede patiënte (patiënte B) kort daarna hetzelfde fenomeen voordoet, komt bij de huisarts de vraag op of de kans op hypothyreoïdie na stoppen met roken daadwerkelijk verhoogd is. De meest recente versies van de NHG-Standaard Schildklieraandoeningen en de NIV-richtlijn Schildklierfunctiestoornissen maken geen melding van een relatie tussen stoppen met roken en hypothyreoïdie, maar beschrijven uitsluitend een grotere kans op het krijgen van de ziekte van Graves (hyperthyreoïdie) en oftalmopathie bij rokers.^{1,2} Bij rokers is er ook een kleinere kans op remissie van laatstgenoemde aandoeningen. Dat de genoemde richtlijnen geen informatie bevatten over het ontstaan van hypothyreoïdie nadat de patiënt is gestopt met roken, wijst erop dat het om een relatief onbekend fenomeen gaat. In deze klinische les beschrijven we de epidemiologie van hypothyreoïdie in relatie met (stoppen met) roken. Tevens gaan we in op mogelijke pathofysiologische mechanismen.

Epidemiologie

Een aantal onderzoeken heeft een significante relatie tussen hypothyreoïdie en roken aangetoond. Het eerste betreft het HUNT-onderzoek in een Noorse regio, waarbij onder 34.851 personen navraag werd gedaan naar de rookgewoontes en het TSH, en bij wie men indien dat afweek tevens het vrij-T4 heeft bepaald.³ Bij beide geslachten hadden rokers gemiddeld lagere TSH-waarden dan degenen die gestopt waren met roken en degenen die nooit gerookt hadden. Bij rokende vrouwen was de oddsratio op hypothyreoïdie en subklinische hypothyreoïdie respectievelijk 0,60 (95%-BI 0,38 tot 0,95) en 0,54 (95%-BI 0,45 tot 0,66) vergeleken met degenen die nooit gerookt hadden. Bij mannen waren de corresponderende ratio's respectievelijk 0,51 (95%-BI 0,15 tot 1,73) en 0,37 (95%-BI 0,26 tot 0,52). Vermeldenswaard is dat de kans op hypothyreoïdie de eerste drie jaar na het stoppen is toegenomen.

Deense onderzoekers hebben gekeken naar het door verloskundigen geregistreerde rookgedrag van zwangere Deense vrouwen in de periode 1996 tot 2008 en de kans op het krijgen van een schildklierfunctiestoornis in de periode daarna.⁴ Voor dat laatste gebruikten ze prescriptiegegevens van schildkliermedicatie. Van de 450.842 aanstaande moeders die artsen hadden geïncludeerd, gaven er 89.022 aan te roken en ontwikkelden 8905 (2,0%) een hyper- (n = 3389) of hypothyreoïdie (n =

5516) in de eerste jaren na de geboorte van de baby. De kans op hypothyreoïdie bij de niet-rooksters bedroeg 1,82% versus 1,40% ($p < 0,001$) bij de rooksters. De kans op hyperthyreoïdie in beide groepen was respectievelijk 1,11% en 1,50% ($p < 0,001$). Er bleken zelfs aanwijzingen te zijn voor dosiseffectrelaties tussen roken en beide aandoeningen.

Dezelfde Deense onderzoeksgroep heeft onderzoek gedaan naar de relatie tussen stoppen met roken en de kans op hypothyreoïdie. Het betreft een prospectief case-controlonderzoek, waarin de onderzoekers 140 patiënten met hypothyreoïdie vergeleken met 560 euthyreote controlepersonen, die ze gematcht hadden naar leeftijd, geslacht en regio.⁵ De deelnemers hebben gegevens verstrekt over rookgewoonten, inclusief stoppen met roken, en andere leefstijlfactoren. De onderzoekers hebben de rookgewoonten gecontroleerd door meting van cotinine in de urine (een nicotinemetabooliet). De incidentie van hypothyreoïdie bleek vooral toegenomen bij degenen die kort ervoor met roken waren gestopt. De oddsratio ten opzichte van nooit-rokers bedroeg 7,36 (95%-BI 2,27 tot 23,9) voor stoppen < 1 jaar voordien, 6,34 (95%-BI 2,59 tot 15,3) voor stoppen 1 tot 2 jaar voordien, 0,75 (95%-BI 0,30 tot 1,87) voor stoppen 3 tot 10 jaar voordien en 0,76 (95%-BI 0,38 tot 1,51) voor stoppen meer dan 10 jaar voordien. De resultaten golden voor beide seksen en voor alle leeftijden. Binnen 2 jaar na het stoppen met roken kan men 85% van de gevallen van hypothyreoïdie aan het stoppen toeschrijven. Resumerend is de kans op hypothyreoïdie in de eerste jaren na het stoppen met roken vergroot. De kans op hyperthyreoïdie is juist bij rokers vergroot.

Zowel patiënte A als patiënte B kreeg hypothyreoïdie in de eerste maanden nadat ze met roken was gestopt. Uit de literatuur blijkt dat de kans hierop in die periode met ongeveer een factor 7 vergroot is.⁵ Om te weten of de huisarts bij iedereen die met roken stopt met dit fenomeen rekening moet houden, is informatie over het absolute risico nodig. Hier zijn weinig

Abstract

Boukes FS, Wiersma T, Elte JWF. Hypothyroidism after smoking cessation. *Huisarts Wet* 2015;58(7):386-8.

Two patients who developed hypothyroidism shortly after they stopped smoking are described. In one patient hypothyroidism went into remission when the patient started smoking again but returned when she again gave up smoking 10 years later. The Dutch College of General Practitioners guideline and the Dutch Internists Association (NIV) do not mention this association. There are data in the literature on the association between thyroid disorders and smoking behaviour, with smokers having a lower risk of hypothyroidism and subclinical hypothyroidism. The risk of hypothyroidism is increased in the first 3 years after a person stops smoking and by a factor of 7 in the first year. Hyperthyroidism is also significantly more common among smokers. The underlying pathophysiological mechanism is only partly known. The *de novo* development of antibodies against thyroperoxidase (involved in thyroid hormone synthesis) and thyroglobulin (thyroid hormone transport protein) occurs relatively more often after smoking cessation. Thus it would seem that, for some unexplained reason, smoking protects against the development of these antibodies. For the moment, general practitioners should advise patients who have recently stopped smoking to be alert to symptoms that could be indicative of hypothyroidism and should carry out thyroid function tests.

exacte gegevens over bekend, maar we kunnen het schatten op enkele procenten.³

Mechanisme

De pathofysiologie van de relatie tussen roken en schildklierfunctie is maar ten dele opgehelderd. In het HUNT-onderzoek blijkt sprake van een dosiseffectrelatie: matige rokers hebben hogere TSH-waarden dan zware rokers. Daarnaast lopen in dit onderzoek bij stoppers de TSH-waarden op naarmate ze langer geleden zijn gestopt.³ Er zijn geen aanwijzingen voor een direct stimulerende werking van roken op de schildklierhormoonproductie, zodat het wegvallen daarvan de hypothyreoïdie veroorzaakt. Wel zijn er publicaties die melding maken van een negatieve associatie tussen roken en het voorkomen van antistoffen gericht tegen thyreoperoxidase (TPO-AS), een enzym dat betrokken is bij de productie van schildklierhormoon en antistoffen tegen thyroglobuline (Tg-AS), het transporteiwit van T₄ in het bloed.⁶⁻⁸ Nederlandse onderzoekers hebben een prospectief cohortonderzoek verricht bij 521 euthyreote vrouwen zonder schildklier-auto-antistoffen, die verwant waren aan patiënten met een auto-immuunschildklierziekte. De follow-up bedroeg vijf jaar. In deze periode ontwikkelde 20,1% van de vrouwen TPO- en/of Tg-AS. Blootstelling aan omgevingsfactoren was hetzelfde in de groep die antistoffen ontwikkelde en de twee keer zo grote controlegroep, met uitzondering van roken. Stoppen met roken resulteerde in de onderzoeksgroep in een toename van TPO- en/of Tg-AS in het serum. In deze groep was er sprake van een geringe, maar significante, stijging van het serum-TSH. De oddsratio van roken voor het ontstaan van AS was 0,62 (95%-BI 0,37 tot 1,04) één jaar voor het ontstaan en bij het ontstaan van AS 0,59 (95%-BI 0,35 tot 0,99). Voor TPO-AS alleen lagen deze getallen nog iets lager. Stoppen met roken verhoogt dus het risico op het de novo ontstaan van TPO- en Tg-AS.⁹

Dergelijke bevindingen wijzen erop dat roken tegen auto-immuunhypothyreoïdie beschermt, in het bijzonder de ziekte van Hashimoto, door de productie van antistoffen te onderdrukken. Van patiënte A zijn helaas geen gegevens over antistoffen bekend. Bij patiënte B waren na stoppen met roken de TPO-antistoffen sterk verhoogd en stelde men de diagnose M. Hashimoto.

Het is niet duidelijk hoe we de onderdrukking van antistofproductie als gevolg van roken moeten verklaren. Het is mogelijk dat nicotine door middel van binding aan de nicotinerceptoren die aanwezig zijn op CD4⁺-cellen en macrofagen tot onderdrukking van de immunologische activiteit leidt.¹⁰ Ook de betrokkenheid van anatabine, een op nicotine lijkend alkaloid dat aanwezig is in tabak, kunnen we niet uitsluiten. Bij dieronderzoek met muizen met experimenteel opgewekte auto-immuunthyreoïditis zorgde anatabine ervoor dat de ziekte milder verliep.¹¹

Een derde hypothese ziet een rol weggelegd voor thiocynaat, dat wordt gevormd uit het cyanide dat aanwezig is in tabaksrook. Thiocynaat is een competitieve remmer van de opname van jodium uit het bloed met behulp van natriumjodide-symporters (NIS), eiwitten in de celmembranen die tegelijkertijd natrium en jodide uit het bloed de cel binnenbrengen. Als deze remming wegvalt, zou dat kunnen leiden tot tijdelijke overmatige jodiumopname en aldus hypothyreoïdie kunnen veroorzaken.¹²

CONCLUSIE

Roken verlaagt de kans op hypothyreoïdie en vooral de eerste paar jaar na stoppen met roken is de kans op de ontwikkeling van deze ziekte belangrijk verhoogd, om daarna weer tot normale waarden te dalen. Het verantwoordelijke mechanisme is nog grotendeels onduidelijk, maar onderdrukking van de vorming van antistoffen tegen schildklierweefsel lijkt een rol te spelen. Bij mensen die onlangs zijn gestopt met roken en klachten hebben moet de huisarts dan ook alert zijn op deze ziekte en laagdrempelig schildklierfunctieonderzoek aanvragen. ■

LITERATUUR

- 1 Van Lieshout J, Felix-Schollaart B, Bolsius EJM, Boer AM, Burgers JS, Bouma M. NHG-Standaard Schildklierandoeningen (tweede herziening). Huisarts Wet 2013;56:320-30. Ook te raadplegen via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-schildklierandoeningen#noter ef-1>.
- 2 Nederlandse internisten vereniging. Richtlijn Schildklierfunctiestoornissen revisie 2012. http://www.internisten.nl/uploads/w-bv/w-bvPfCPHNUM_aG3xP6luA/Conceptrichtlijn_2012_Schildklierfunctiestoornissen-2012.pdf.
- 3 Asvold BO, Bjørø T, Nilsen TIL, Vatten LJ. Tobacco smoking and thyroid function. A population-based study. Arch Int Med 2007;167:1428-32.
- 4 Andersen SK, Olsen J, Wu CS, Laurberg P. Smoking reduces the risk of hypothyroidism and increases the risk of hyperthyroidism: evidence from 450,842 mothers giving birth in Denmark. Clin Endocrinol 2014;80:307-14.
- 5 Carlé A, Bülow Pedersen I, Knudsen N, Perrild H, Ovesen L, Banke Rasmussen L, et al. Smoking cessation is followed by a sharp but transient rise in the incidence of overt autoimmune hypothyroidism – a population-based, case-control study. Clin Endocrinol 2012;77:764-72.
- 6 Strieder TC, Prummel MF, Tijssen JC, Endert E, Wiersinga WM. Risk factors for and prevalence of thyroid disorders in a cross-sectional study among healthy female relatives of patients with autoimmune thyroid disease. Clin Endocrinology 2003;59:396-401.
- 7 Belin RM, Astor BC, Powe NR, Ladenson PW. Smoke exposure is associated with a lower prevalence of serum thyroid autoantibodies and thyrotropin concentration elevation and a higher prevalence of mild thyrotropin concentration suppression in the third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). J Clin Endocrinol Metab 2004;89:6077-86.
- 8 Pedersen IB, Laurberg P, Knudsen N, Jørgensen T, Perrild H, Ovesen L, et al. Smoking is negatively associated with the presence of thyroglobulin autoantibody and to a lesser degree with thyroid peroxidase autoantibody in serum: a population study. Eur J Endocrinol 2008;158:367-73.
- 9 Effraïmidis G, Tijssen JPC, Wiersinga WM. Discontinuation of smoking increases the risk for developing thyroid peroxidase antibodies and/or thyroglobulin antibodies: a prospective study. J Clin Endocrinol Metab 2009;94:1324-8.
- 10 Wiersinga WM. Smoking and thyroid. Clin Endocrinol 2013;79:145-51.
- 11 Caturegli P, De Remigis A, Ferlito M, Landek-Salgado MA, Iwama S, Tzou SC, et al. Anatabine ameliorates experimental autoimmune thyroiditis. Endocrinology 2012;153:4580-7.
- 12 Laurberg P, Andersen S, Bülow Pedersen I, Knudsen N, Carlé A. Prevention of autoimmune hypothyroidism by modifying iodine intake and the use of tobacco and alcohol is maneuvering between Scylla and Charybdis. Hormones 2013;12:30-8.



KENNISTOETS: VRAGEN

1. Het artikel over antidepressiva voorschrijven beschrijft bevordering van een stepped care-benadering. Welke stelling(en) is/zijn correct?

(1) In de interventiegroep neemt tijdens de follow-up-periode het aantal patiënten dat antidepressiva krijgt voorgeschreven af met circa 25%. (2) In de interventiegroep lagen de verwijzpercentages voor de eerstelijns-psycholoog of ggz rond de 20%.

- a. Beide stellingen zijn correct.
- b. Geen van beide stellingen is correct.
- c. Alleen stelling (1) is correct.
- d. Alleen stelling (2) is correct.

2. Mevrouw Theunissen, 28 jaar, klaagt over moeheid, concentratieproblemen en interesseverlies. Ze is niet somber. De klachten bestaan sinds 6 weken, bijna dagelijks, het grootste deel van de dag. De huisarts overweegt een depressie. Aan welke criteria voor de diagnose depressie voldoet mevrouw Theunissen niet?

- a. Minimaal één kernsymptoom.
- b. Totaal minimaal 5 specifieke symptomen.
- c. Minimale duur van de klachten.
- d. Klachten meer dagen wel dan niet

3. Bij de heer Koenders, 54 jaar, stelt de huisarts een depressie vast. Twee jaar geleden had hij een myocardinfarct. Zij schrijft (1) een tricyclisch antidepressivum voor. Ze legt uit wat de bijwerkingen zijn en vertelt (2) dat deze mogelijk voorafgaan aan het beoogde effect. Zij maakt (3) een controleafspraken na twee weken en legt uit dat (4) de behandelduur van de medicatie bij een goede respons minimaal zes maanden is. Welke uitleg of welk beleid van de huisarts is niet correct?

- a. De medicatiekeuze na (1).
- b. De informatie na (2).
- c. Het controle-interval na (3).
- d. De informatie na (4).

4. Hoe luidt de conclusie in 'Niet-herkend hartfalen bij ouderen met kortademigheid? Niet-herkend hartfalen...

- a. betreft ongeveer 1 op de 6 ouderen die de huisarts bezoeken met kortademigheid bij inspanning.
- b. heeft meestal een verminderde ejectiefraction.
- c. heeft een prevalentie die voor vrouwen duidelijk hoger is dan voor mannen.
- d. neemt wat betreft prevalentie af met de leeftijd bij zowel mannen als vrouwen.

5. De ernst van het hartfalen wordt weergegeven in de NYHA-classificatie. De symptomen: enige beperking van het inspanningsvermogen; in rust geen klachten, maar normale lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitations of dyspneu?

- a. NYHA-klasse I.
- b. NYHA-klasse II.
- c. NYHA-klasse III.
- d. NYHA-klasse IV.

6. Opleider en aios bespreken de diagnostiek bij hartfalen. De aios beweert dat een volstrekt normaal ecg een grote negatief voorspellende waarde heeft. De opleider stelt dat een (NT-pro)BNP-waarde beneden het afkappunt de diagnose hartfalen onwaarschijnlijk maakt. Wie heeft/hebben gelijk?

- a. Ze hebben beiden gelijk.
- b. Alleen de aios heeft gelijk.
- c. Alleen de opleider heeft gelijk.
- d. Ze hebben beiden ongelijk.

7. Bij mevrouw Van der Put, 68 jaar, is de diagnose hartfalen gesteld. Welke van onderstaande diagnoses behoort niet tot de meestvoorkomende oorzaken van hartfalen?

- a. Hypertensie.
- b. Ischemische hartziekte.
- c. Pericarditis.
- d. Ritme- en geleidingsstoornissen.

8. De huisarts start vervolgens met zowel een diureticum als een ACE-remmer. Momenteel is mevrouw Van der Put klinisch stabiel. Wat is volgens de NHG-Standaard de volgende stap in de medicamenteuze behandeling?

- a. Een aldosteronantagonist.
- b. Een AII-antagonist.
- c. Een bètablokker.
- d. Digoxine.

9. Het artikel over ADHD-medicatie beschrijft een aantal veranderingen in de periode 2001-2006. Welke woorden ontbreken in de stellingen hierna?

(1) Het eerste gebruik van ADHD-medicatie is in de periode 2001-2006.

(2) ADHD-ers van Turkse of Marokkaanse afkomst gebruiken ADHD-medicatie.

- a. (1) toegenomen, (2) vaker en langer.
- b. (1) toegenomen, (2) minder vaak en korter.
- c. (1) afgenomen, (2) vaker en langer.
- d. (1) afgenomen, (2) minder vaak en korter.

10. Welke bewering over ADHD-medicatie is juist?

- a. Atomoxetine valt onder de Opiumwet.
- b. Methylfenidaat valt niet onder de Opiumwet.
- c. In Nederland zijn alleen methylfenidaat en atomoxetine geregistreerd voor de behandeling van ADHD.
- d. Langwerkende vormen van methylfenidaat zijn eerste keus bij het starten van medicatie.

De toetsvragen zijn gebaseerd op artikelen uit dit nummer van Huisarts & Wetenschap. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas, CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 396.

Pijn op de borst

WAT IS HET PROBLEEM?

Een 58-jarige man bezoekt uw spreekuur met 'verdachte' pijn op de borst (POB). Daarvoor zijn drie mogelijke verklaringen: een acuut coronair syndroom (ACS, een verzamelnaam voor instabiele angina pectoris en myocardinfarct), stabiele angina pectoris (SAP) of een andere oorzaak dan een kransslagaderprobleem. Het onderscheid is vaak moeilijk te maken, maar is wel relevant. Er is steeds meer bewijs dat SAP en ACS pathofysiologisch en prognostisch zodanig verschillen, dat de behandeling van deze twee vormen van atherosclerotisch kransslagaderlijden sterk uiteenloopt.

WAT MOET IK WETEN?

Wanneer de klachten nieuw of veranderd (dus instabiel) zijn, is het vooral de vraag of de patiënt een ACS heeft of dat er een andere, veelal onschuldiger oorzaak is, zoals thoraxwandpijn of gastro-oesofageale klachten. Bij een ACS is er meestal een gescheurde atherosclerotische plaque met stollingsactivatie in de kransslagader, met snelle diameterafname tot gevolg. Acute interventie is hierbij essentieel. Helaas zijn er geen (combinaties van) symptomen of bevindingen bij lichamelijk onderzoek die een ACS duidelijk kunnen onderscheiden van een andere oorzaak voor POB. Een negatief hoog sensitief troponine (hsTn) heeft een hoge negatief voorspellende waarde (NVW) voor ACS, maar is niet bruikbaar in de huisartsenpraktijk omdat er geen sneltest bestaat, en omdat er soms twee metingen noodzakelijk zijn. De NVW van het ECG is te laag voor ACS.¹ Ondanks deze beperkte diagnostische middelen hebben huisartsen een redelijk veilige manier gevonden om met een mogelijk ACS om te gaan. Door 'oververwijzing' (80% van de verwezen patiënten heeft uiteindelijk geen ACS), missen zij namelijk relatief weinig gevallen (circa 1%). De sensitiviteit van de huisarts is dus hoog, ten koste van een lage specificiteit.²

Wanneer bovenstaande patiënt POB heeft die meer dan twee maanden een reproduceerbaar en voorspelbaar karakter heeft, wijst dit mogelijk op SAP. De klachten worden dan veroorzaakt door een stabiele plaque, zonder stollingsactivatie. Typische POB heeft drie kenmerken: de pijn is drukkend, snoerend of beklemmend, treedt op bij inspanning, kou, warmte of emoties en verdwijnt bij stoppen of minderen van de belasting en/of bij gebruik van een nitraat sublinguaal. Bij een of twee van deze drie kenmerken is er sprake van atypische thoracale klachten of atypische angina pectoris.

Steeds vaker blijkt dat stentplaatsing ter hoogte van de vernauwing die de POB veroorzaakt bij SAP, géén bescher-

ming biedt tegen een toekomstig myocardinfarct.³ Wanneer er in een later stadium een infarct optreedt, gebeurt dit waarschijnlijk door stollingsactivatie ter hoogte van een plaque die eerder nog geen significante vaatvernauwing gaf. ACS (door een instabiele plaque met acute diameterverkleining door stollingsactivatie) en SAP (optredend bij een stabiele plaque met langdurige, stabiele stenosering) worden daarom steeds meer gezien als verschillende vormen van atherosclerose in de kransslagader.

WAT MOET IK DOEN?

Kies bij twijfel over de diagnose SAP voor fietsergometrie, met name wanneer er sprake is van atypische angina pectoris. Overweeg bij SAP ten eerste verwijzing naar de cardioloog, zonder spoed. Start verder met onderhoudsbehandeling (vaak een bètablokker) en zo nodig aanvalsmedicatie (een nitraat sublinguaal). Zorg tot slot voor secundaire preventie van hart- en vaatziekten (conform de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement, dus inclusief trombocytenaggregatiemremming).

Bij instabiele – dus nieuwe of recent veranderde – klachten kan ACS soms redelijkerwijs worden uitgesloten, bijvoorbeeld omdat er een goede alternatieve diagnose is of omdat er stekende pijn is die ook bij druk op de thoraxwand kan worden opgewekt. Meestal is coronairlijden echter niet goed uit te sluiten. Verwijs de patiënt dan met spoed, dat is de enige remedie tegen het missen van ACS. In de toekomst zou snel-diagnostiek met sneltests de triage van POB wellicht kunnen verbeteren.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Bij stabiele POB is medicatie de belangrijkste behandeling om toekomstige myocardinfarcten door instabiele plaques te voorkomen. Een stent ter plaatse van een stabiele plaque heeft alleen nut bij patiënten die te weinig op medicatie reageren of invaliderende klachten hebben. Als de huisarts een ACS vermoedt, moet hij die aandoening eerst uitsluiten. De patiënt moet weten dat de huisarts 'het zekere voor het onzekere' neemt. Daarbij hoort snel transport naar het ziekenhuis met een ambulance en analyse door een cardioloog. Als het uiteindelijk meevalt, kan de patiënt in het vervolg weer gewoon bij de huisarts terecht. ■

LITERATUUR

- 1 Rutten FH, Bakx JC, Bruins Slot MHE, Van Casteren BCAM, Derks CJT, Rambharose VR, et al. NHG-Standaard Acuut coronair syndroom (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55:564-70.
- 2 Bruins Slot MH, Rutten FH, Van der Heijden GJ, Doevendans PA, Mast EG, Bredero AC, et al. Diagnostic value of a heart-type fatty acid-binding protein (H-FABP) bedside test in suspected acute coronary syndrome in primary care. Int J Cardiol 2013;168:1485-9.
- 3 Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. N Engl J Med 2007;356:1503-16.

Een positieve chlamydiatetest

WAT IS HET PROBLEEM?

Linda komt bij de huisarts met de vraag of ze later nog wel kinderen kan krijgen. Zij is behandeld voor een chlamydia-infectie. Ze is geschrokken van de positieve uitslag van de chlamydiatetest die ze 'voor de zekerheid' had laten doen, nu ze 'het' in haar nieuwe relatie 'zonder' wil gaan doen. Ze had nergens last van, en was ervan uitgegaan dat de test dus ook negatief zou zijn. Ze is nu erg ongerust, omdat ze heeft gelezen dat chlamydia onvruchtbaarheid kan veroorzaken.

WAT MOET IK WETEN?

Een infectie met *Chlamydia trachomatis* (Ct) moet eerst de cervicale barrière passeren om eileiderschade te kunnen veroorzaken. Slechts een kleine minderheid van de Ct-infecties zal 'opstijgen' en aanleiding geven tot PID (Pelvic Inflammatory Disease – eileiderontsteking). Het precieze natuurlijke beloop is niet goed bekend. Volgens de meest recente schatting, mede naar aanleiding van de uitkomst van een RCT uit het Verenigd Koninkrijk, ligt dit percentage rond de 10%.¹ Indien er sprake is van een dergelijke 'opstijgende infectie' (PID) zal dit overigens niet altijd tot blijvende tubaschade leiden. Afhankelijk van de ernst van de PID is de kans op tubagerelateerde infertiliteit rond de 11%. Bij een milde PID is de kans op onvruchtbaarheid 4%; na 3 episoden met PID ligt de kans in de orde van grootte van 40%: een nieuwe PID verdubbelt de kans op onvruchtbaarheid met elke volgende infectie. Deze gegevens komen uit een groot cohortonderzoek (n = 1200), waarbij vrouwen met laparoscopisch bevestigde PID gedurende langere tijd werden gevolgd.²

Theoretisch is de 'gemiddelde' kans op onvruchtbaarheid na een enkele asymptomatische chlamydia-infectie dus klein: 10% van 11% = 1%.³ Gemiddelden hebben helaas maar beperkt waarde voor de individuele situatie, waarin de uitkomst veelal wordt bepaald door een ménage à trois tussen immunologische gastvrouwfactoren, pathogeenspecifieke eigenschappen van de Ct-biovariant en contextuele variabelen (zoals de aanwezigheid van andere co-infecties en specifieke kenmerken van het vaginaal microbioom).

WAT MOET IK DOEN?

Sta stil bij de ongerustheid van de patiënt en ga na of er nog andere vragen of zelfverwijten achter deze hulpvraag liggen. Het 'positieve' antwoord bij een positieve uitslag is dat de kans op tubaire infertiliteit na een eenmalige asymptomatische chlamydia-infectie klein is. Er is echter geen 'vruchtbaarheidszekerheidstest'. Bespreek ook het gegeven dat met elke volgende infectie deze 'odds' minder positief worden.⁴ Condoomgebruik in nieuwe relaties en soa-tests alvorens het condoom achterwege te laten, is en blijft dus een raadzaam strategie. Dat bij Linda ondanks condoomgebruik een infectie werd vastgesteld, kan ermee te maken hebben

dat de condooms niet correct of inconsistent zijn gebruikt. Condooms geven bovendien geen volledige bescherming, omdat infecties ook kunnen worden overgebracht via vingers en slijmvliescontacten. Verder kan zij haar infectie ook in een eerdere relatie hebben opgelopen. De gemiddelde duur van een Ct-infectie – ook zonder behandeling – is naar schatting één jaar, in uitzonderingsgevallen enkele jaren. Het is goed dit te benoemen, omdat er soms binnen de relatie verwijten liggen over vreemdgaan.

WAT MOET IK NOG MEER UITLEGGEN?

Ga conform de NHG-Standaard Het soa-consult na of er reden is om ook op de andere soa te testen. De beslisboom bij de standaard geeft aan welke risicogroepen op de 'big 5' getest moeten worden (www.nhg.org/standaarden/samenvatting/het-soa-consult). Vraag na of de huidige partner van Linda ook is behandeld, zodat er geen risico op een ping-pong infectie bestaat. Ga ook samen met de patiënt na of er nog (ex-)partners uit het afgelopen half jaar gewaarschuwd moeten worden. Verwijs de patiënt zo nodig naar thuisarts.nl, waarop filmpjes staan over 'hoe vertel ik het mijn partner'. Ook staan hier nieuwe mogelijkheden om ex-partners te waarschuwen via sms of e-mail. Maak daartoe wel een code aan en geef deze mee aan de patiënt (zie thuisarts.nl en partnerwaarschuwing.nl). ■

LITERATUUR

- 1 Oakeshott P, Kerry S, Aghaizu A, Atherton H, Hay S, Taylor-Robinson D, et al. Randomised controlled trial of screening for Chlamydia trachomatis to prevent pelvic inflammatory disease: the POPI (Prevention of Pelvic Infection) trial. *BMJ* 2010;340:c1642.
- 2 Westrom L, Joesoef R, Reynolds G, Hagdu A, Thompson SE. Pelvic inflammatory disease and fertility; a cohort study of 1844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopic results. *Sex Transm Dis* 1992;4:185-92. *Obstet Gynecol* 1997;176:103-7.
- 3 Land JA, Van Bergen JEAM, Morré SA, Postma MJ. Epidemiology of Chlamydia trachomatis infection in women and the costeffectiveness of screening. *Hum Reprod Update* 2010;16:189-204.
- 4 Hillis SD, Owens LM, Marchbanks PA, Amsterdam LF, Mac Kenzie WR. Recurrent chlamydial infections increase the risks of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:103-7.

Gezondheidscentrum Venserpolder, Alfred Döblinstraat 56, 1102 VL Amsterdam: prof.dr. J.E.A.M. van Bergen, huisarts, programmaleider Soa Aids Nederland en bijzonder hoogleraar hiv en soa in de eerste lijn AMC-UVA • Correspondentie: jvanbergen@soaaid.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De auteur beschreef een vergelijkbare casus eerder in het digitale magazine www.seksoa.nl.



Schouderinjectie, echogeleid of niet?

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 Indien schouderpijn ondanks niet-medicamenteuze adviezen en één tot twee weken analgeticagebruik onvoldoende is verminderd, komt volgens de NHG-Standaard Schouderklachten een lokale subacromiale injectie met een corticosteroid in aanmerking. Een corticosteroidinjectie wordt in de eerste lijn meestal blind uitgevoerd. Onder echogeleiding kan de injectieplaats nauwkeuriger worden bepaald.¹ Het is onbekend of een echogeleide corticosteroidinjectie in de subacromiale ruimte leidt tot sterkere pijnvermindering en een betere schouderfunctie dan een blinde injectie.

Zoekstructuur In juli 2014 zochten we in de Cochrane Library met de zoektermen 'shoulder pain' en 'ultrasound' en in PubMed met de MeSH-termen 'shoulder pain', 'steroid' en 'ultrasonography'. Verder hebben we de NHG-Standaard Schouderklachten geraadpleegd. Wij vonden tien systematische reviews, waarvan één Cochrane-review die relevant was voor onze vraagstelling² en één gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) die was verschenen na de zoekdatum van de systematische review.³

Resultaten In de Cochrane-review (2012) werd de bruikbaarheid van echografie bij corticosteroidinjecties onderzocht bij patiënten met schouderpijn die was veroorzaakt door een bursitis, een rotator cuff-pathologie of een impingementsyndroom. In totaal werden vijf (quasi-)RCT's (290 patiënten) geïncordeerd, waarin een echogeleide schouderinjectie werd vergeleken met een blinde of intramusculaire schouderinjectie. Bij vier onderzoeken was er sprake van inadequate randomisatie en/of blinding. De onderzoekspopulaties en methoden van drie onderzoeken kwamen overeen en werden op een correcte manier gepoold en geanalyseerd. Een echogeleide injectie gaf na zes weken meer pijnvermindering (SMD -0,80 [-1,46; -0,14]) maar geen betere schouderfunctie (SMD 0,63 [-0,06; 1,33]) dan een blinde of intramusculaire injectie. Het enige onderzoek met een laag risico op bias liet echter geen verschil zien tussen de twee groepen wat betreft schouderpijn (MD -0,60; 95%-BI -1,44 tot 0,24 punten op een 9-puntsschaal) en schouderfunctie (MD -3,00; 95%-BI -11,38 tot 5,38 punten op een 100-puntsschaal).

In het gerandomiseerde, dubbelblinde, prospectieve onderzoek van Dogu, et al. (2012) werd gekeken naar verschillen in kortetermijnrespons tussen een blind uitgevoerde en een echogeleide subacromiale corticosteroidinjectie bij patiën-

ten met een impingementsyndroom.³ Zesenvestig patiënten werden geïncordeerd en gerandomiseerd naar echogeleide of blind uitgevoerde behandeling. Alle patiënten ondergingen na de injectie een MRI-scan om te beoordelen of de injecties correct waren uitgevoerd. De beelden werden beoordeeld door een radioloog die werd geblindeerd voor het type injectie. Voorafgaand aan en zes weken na de injectie werden de patiënten lichamelijk onderzocht door een specialist die eveneens werd geblindeerd voor het type injectie. Uitkomstmaten waren *range of motion*, pijn en schouderfunctie. Er werd een niet-klinisch relevant verschil aangetoond tussen de twee groepen wat betreft juiste injectieplaats. Het verschil in schouderpijn en -functie vlak voor en na de injectie verschilde niet tussen de groepen. Zes weken na de injectie lieten beide groepen verbetering zien op alle eindpunten.

Bespreking Slechts een van de onderzoeken in de Cochrane-review had weinig bias. Aanvankelijk lieten de gepoolde data vermindering zien van schouderpijn na zes weken bij een echogeleide uitgevoerde injectie. Dit zou verklaard kunnen worden door een gebrek aan blinding. De RCT toont aan dat een corticosteroidinjectie een gunstig effect heeft, ongeacht de plaats van injectie, en suggereert daarmee dat de exacte plaats van injectie mogelijk niet uitmaakt.

Conclusie Bij patiënten met schouderpijn is geen relevant verschil aangetoond tussen echogeleid en blind injecteren van een corticosteroid in de subacromiale ruimte als het gaat om pijnvermindering en betere schouderfunctie.

Betekenis Om tijd en kosten te besparen, is het aan te bevelen om de schouderinjectie in de eerste lijn blind te blijven uitvoeren. Een echogeleide injectie heeft geen meerwaarde. ■

LITERATUUR

- 1 Rutten MJ, Maresch BJ, Jager GJ, De Waal Malefijt MC. Injection of the subacromial-subdeltoid bursa: blind or ultrasound-guided? *Acta Orthop* 2007;78:254-7.
- 2 Bloom JE, Rischin A, Johnston RV, Buchbinder R. Image-guided versus blind glucocorticoid injection for shoulder pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD009147.
- 3 Dogu B, Yucel SD, Saq SY, Bankaoglu M, Kuran B. Blind or ultrasound-guided corticosteroid injections and short-term response in subacromial impingement syndrome. *Am J Phys Med Rehabil* 2012;91:658-665.

Geen hormonen tegen cardiovasculaire ziekten

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

Context Verschillende observationele onderzoeken suggereren dat hormoonbehandeling, zowel oestrogeen als progestageen, de incidentie van cardiovasculaire ziekten bij postmenopauzale vrouwen kan verminderen. De resultaten van gerandomiseerd, placebogecontroleerde onderzoeken zijn echter tegenstrijdig.

Klinische vraag Is hormoonbehandeling effectief in het verminderen van cardiovasculaire ziekten bij postmenopauzale vrouwen vergeleken met placebo of geen behandeling? Is het tijdstip waarop hormoonbehandeling wordt gestart van invloed op het resultaat?

Conclusies auteurs Uit de meta-analyse (19 onderzoeken, $n = 40.410$, follow-up tijd variërend van 7 maanden tot 10 jaar) blijkt dat hormoonbehandeling (zowel alleen oestrogeen als een combinatiepreparaat) geen preventief effect heeft op totale en cardiovasculaire sterfte, hartinfarcten, angina pectoris of noodzaak tot een revasculariserende ingreep. Wel gaf hormoonbehandeling vergeleken met placebo of geen behandeling een verhoogd risico op een CVA (RR 1,24; 95%-BI 1,10 tot 1,41), veneuze trombo-embolie (RR 1,92; 95%-BI 1,36 tot 2,69), en longembolie (RR 1,81; 95%-BI 1,32 tot 2,48). Subgroepanalyses (6 onderzoeken, $n = 9629$) lieten zien dat indien de hormoonbehandeling minder dan 10 jaar na de menopauze werd gestart, het risico op mortaliteit en cardiovasculaire ziekten werd verminderd (RR respectievelijk 0,70 (95%-BI 0,52 tot 0,95) en 0,52 (95%-BI 0,29 tot 0,96)), maar dat ook in deze groep het risico op een veneuze trombo-embolie was verhoogd vergeleken met placebo (RR 1,74; 95%-BI 1,11 tot 2,73). Ook het risico op een CVA was in deze groep mogelijk verhoogd, maar dat was niet statistisch significant (RR 1,37; 95%-BI 0,80 tot 2,34).

Beperkingen De resultaten werden grotendeels bepaald door drie grote onderzoeken, waardoor de generaliseerbaarheid naar andere populaties, typen behandeling of doseringen mogelijk beperkt is. Overige onderzoeken waren kleiner, met kortere vervolgduur en/of lage incidentie van de onderzochte uitkomsten.

COMMENTAAR

De resultaten van deze meta-analyse suggereren dat hormoonbehandeling niet effectief is in de preventie van cardiovasculaire ziekten, en gerelateerd is aan serieuze bijwerkingen als CVA en veneuze trombo-embolie. De onderzoekers vonden in subanalyses wel een lager risico op cardiovasculaire ziekten indien minder dan 10 jaar na menopauze werd gestart met hormoonbehandeling vergeleken

met placebo, maar ook in deze groep was er een groter risico op serieuze bijwerkingen.

De NHG-Standaard De overgang adviseert de afweging te maken tussen de baten en het risico op bijwerkingen indien de huisarts overweegt om te starten met hormoonbehandeling. De resultaten van deze meta-analyse ondersteunen het risico op serieuze bijwerkingen. Het uiteindelijke risico op deze bijwerkingen was weliswaar relatief laag, maar gezien de ernst niet onbelangrijk. Voor elk jaar hormoonbehandeling van 700 patiënten zal er één extra geval van CVA, één trombo-embolie en één longembolie optreden.

De auteurs keken in subanalyses naar het moment waarop met hormoonbehandeling werd gestart. De hypothese is dat het preventieve effect van oestrogenen op het cardiovasculaire risico het grootst is indien er weinig atherosclerose aanwezig is. Dit is gebaseerd op eerdere onderzoeken die suggereerden dat er minder atherosclerose zou ontstaan wanneer oestrogenen werden gegeven direct na een iatrogen geïnduceerde menopauze. Het effect op klinische uitkomsten is minder duidelijk en ook de tijdsinterval van 10 jaar is arbitrair gekozen. Op basis van deze resultaten is daarom niet te concluderen of er inderdaad een subgroep van postmenopauze vrouwen is die baat heeft bij hormoonbehandeling, welke soort hormonen en voor hoe lang.

Om voldoende power te krijgen in de analyses, werden de verschillende types en doseringen hormoonbehandeling samengevoegd. Mogelijk kan het risicoprofiel verschillen tussen een combinatiepreparaat en oestrogeen alleen. Het verhoogde risico op serieuze bijwerkingen als veneuze trombo-embolie en longembolie werd met name bepaald door de grote onderzoeken, waarin combinatiebehandeling werd getest. Het is onduidelijk of het risico op deze bijwerkingen anders zou zijn indien alleen oestrogeen wordt gebruikt of als er een andere dosering wordt gebruikt.

Ondanks trials die een beschermend cardiovasculair effect laten zien van hormoonbehandeling in de postmenopauze, zien we deze effecten bij meta-analyse niet terug. Ernstige bijwerkingen zijn er wel. Hormoonbehandeling is daarom onvoldoende onderbouwd om voor te schrijven ter preventie van hart- en vaatziekte in de postmenopauze. Mogelijk ligt dit anders in de eerste 10 jaar na de menopauze, maar daarover is het laatste woord nog niet gezegd. ■

LITERATUUR

- 1 Boardman HMP, Hartley L, Eisinga A, Main C, Roqué i Figuls M, Bonfill Cosp X, et al. Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women. Cochrane Database Syst Rev 2015;2:CD002229.

Huisartsenpraktijk Zorgpunt Lombardijen, Schopenhauerweg 72, 3076 DT Rotterdam; dr. B.P. Krijthe, student geneeskunde; dr. H.J.C.M. Pleumeekers, huisarts en redactielid H&W • Correspondentie: Pleum024@planet.nl

DIAGNOSTIEK VAN HET BEWEGINGSAPPARAAT

Verhagen A, Alessie J. Evidence based diagnostiek van het bewegingsapparaat. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014. 178 pagina's. € 37,50. ISBN 978-90-3680-7609.

Doelgroep Het boek is in de eerste plaats geschreven voor fysiotherapeuten en studenten fysiotherapie, maar is ook zeer bruikbaar voor huisartsen, aios huisartsgeneeskunde en onderwijsmakers.

Inhoud Het boek geeft een up-to-date overzicht van wetenschappelijke onderbouwing van het dagelijks diagnostisch handelen in de eerste lijn op het gebied van het bewegingsapparaat. Daarnaast biedt het inzicht in het klinisch redeneerproces bij diagnostiek van het bewegingsapparaat. Het boek bestaat uit twee gedeelten. In het eerste deel komen basisbegrippen uit wetenschappelijk onderzoek aan bod, zoals klinisch redeneren binnen de eerste lijn, validiteit, reproduceerbaarheid en de kenmerken van verschillende typen tests (individueel versus model). In het tweede deel wordt het bewegingsap-



paraat verdeeld over acht hoofdstukken, waarna de auteurs aan de hand van de in het eerste deel besproken begrippen ingaan op de diagnostiek van het bewegingsapparaat en de diagnostische waarde van beeldvormende technieken. Er is uitdrukkelijk geen aandacht voor behandeling. Elk hoofdstuk over het bewegingsapparaat begint met een casus, waardoor het niet alleen droge stof blijft. Daarnaast is er ook nog ondersteuning in de vorm van 19 instructievideo's (zonder geluid) over de uitvoering van specifieke tests op de besloten site van de uitgever.

Oordeel Het boek is overzichtelijk en daarom handig in gebruik voor zowel studenten als docenten. De eerste lijn als uitgangspunt is prettig, omdat je als huisarts een idee krijgt over het aanbod bij de fysiotherapeut en vice versa. Toch ligt de nadruk op de fysiotherapeut. Het boek is een welkome aanvulling bij de boeken die reeds verschenen zijn over het uitvoeren van vaardigheden, omdat alle tests nu ook wetenschappelijk onderbouwd worden. Daar schuilt echter ook het gevaar. Door uitgebreid in te gaan op de huidige stand van zaken dreigt snelle datering. Voor de huisartsenpraktijk zou ik het boek niet snel aanbevelen omdat, behalve het hoofdstuk heup, alle overige hoofdstukken ook worden beschreven in NHG-Standaarden. Ook daarin is tegenwoordig uitgebreid aandacht voor de wetenschappelijke waarde van tests. ■

Wilma Spinnewijn

Waardering: ●●●

KWALITEIT ACADEMISCHE HUISARTSENPRAKTIJKEN

Bleeker JMC. Development of a quality instrument for Dutch academic general practices. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2014 [proefschrift]. ISBN 978-94-6108-864-2.

Joan Bleeker, van huis uit jeugdhulpverlener maar de laatste vijf jaar werkzaam als beleidsmedewerkster aan de VU, promoveerde begin 2015 op haar proefschrift *Development of a quality instrument for Dutch academic general practices*. Nederland telt op dit moment 100 academische huisartsenpraktijken: wat zijn dat voor praktijken en welk doel en welke functie dienen ze? In haar proefschrift geeft Bleeker hier antwoord op. Zij baseert zich daarbij op een focusgroeponderzoek waarbij alle acht academische afdelingen Huisartsgeneeskunde en het NHG betrokken waren.

Zij zocht en vond in de literatuur vier bestaande instrumenten om de kwaliteit van academische huisartsenpraktijken te meten, maar beoordeelde deze als onvoldoende. Vervolgens richtte zij haar aandacht op het ontwikkelen van een uitgebreid framework (10 dimensies, 129 good practice-criteria); zij gebruikte daarvoor het ISO 9000-1 algemeen kwaliteitsmodel en vulde dit aan met relevante items. Een

stakeholderspanel met 36 experts beoordeelde het framework als goed; dat wil zeggen dat zij 90% van de items relevant vonden voor academische praktijken. Het framework fungeerde weer als basis voor het eigenlijke kwaliteitsinstrument, bestaande uit maar liefst 639 items waarvan er 250 rechtstreeks uit de VIA (Visitatie Instrument Accreditatie) komen. Een deel, namelijk 82 items, kan als het goed is rechtstreeks uit het HIS worden gehaald, de rest is handmatig in te vullen en dit kost gemiddeld 4,5 uur. Het kwaliteitsinstrument is inmiddels getest in 10 praktijken, waarbij de testers mochten aangeven of zij het instrument relevant vonden of niet: de score is goed.

Het proefschrift is weinig interessant voor de gemiddelde huisarts, maar mogelijk wel voor academische huisartsenpraktijken. Bleeker borduurt veel voort op bestaande kwaliteitsinstrumenten die vervolgens worden uitgebreid en (te) weinig kritisch worden beoordeeld en getest. Hierin is overigens zichtbaar veel energie gestoken, dat mag je de auteur wel nageven. Jammer dat de auteur weinig creativiteit laat zien in het zoeken naar vernieuwende manieren om beter en efficiënter kwaliteit te meten. Weer een boekwerk met invulformulieren erbij. ■

Annet Sollie

DE DOKTER EN DE DOOD

Van Zuylen L, Van der Heide A, Van de Vathorst S, Geijteman E, redactie. De dokter en de dood. Optimale zorg in de laatste levensfase. Leusden: Diagnosis Uitgevers, 2014. 320 pagina's, € 35. ISBN 978-94-91969-02-7.

Doelgroep Huisartsen, verpleeghuisartsen, oncologen, internisten en zij die hiervoor in opleiding zijn (en hun opleiders).

Inhoud Ruim 300 pagina's over de dood lijkt niet iets waar artsen reikhalzend naar uitkijken. De dood wordt immers makkelijk opgevat als het falen van artsen, met de bijbehorende machtheeloosheid. Dit boek beschrijft hoe artsen kunnen omgaan met de grillige en soms moeilijke laatste levensfase.

In een dertigtal casus komt de dood het leven van de patiënt en diens dokter binnen. De casus zijn herkenbaar voor praktiserend artsen en bieden reflectie op het eigen professionele handelen. Na iedere beschrijving volgt een systematische analyse van de casus telkens met een ander zwaartepunt. De naderende dood, de positie van de patiënt



en de familie, de interventies in de laatste levensfase en – helaas summier – de dokter zelf komen aan bod. Elk hoofdstuk besluit met aanbevelingen.

Het boek leent zich om stukje bij beetje tot je te nemen, maar kan ook worden gebruikt om een opleidingssituatie te completeren of te verhelderen. In het eerste geval is het een spiegel, vergelijking met of richtsnoer voor eigen handelen. In het tweede geval is het een geabstraheerde leersituatie die aansluit bij de ervaringen van de arts-in-opleiding.

Het is jammer dat het boek weinig ruimte besteedt aan de – mijns inziens – belangrijke invloeden van de persoonlijke opvattingen, normen en waarden van de arts. Deze zijn bepalend voor de omgang met de dood van de patiënt en blijven onderbelicht.

Voor diegenen die besluiten het boek niet aan te schaffen geef ik als leerpunt de in het boek terugkerende 'surprise-vraag' mee: 'Zou het mij verbazen als deze patiënt binnen een jaar komt te overlijden?' Indien die vraag ontkennend wordt beantwoord, is verder nadenken en/of actie geboden in de vorm van ACP (advanced care planning). *De dokter en de dood* kan u hierbij overzicht en handvatten bieden.

Oordeel Geschikt voor verschillende doelgroepen en voor verschillend gebruik tegelijk. Zeer herkenbaar voor de medicus practicus, maar dientengevolge niet heel verrassend. ■

Arre Bekkering

Waardering: ●●●

Uw diagnose

De zesjarige Anna heeft sinds weken een moedervlek met een witte plek eromheen. U stelt de diagnose halonaevus. Wat is de prognose van een halonaevus?

- Het is een teken van maligne onttaarding.
- De naevus verdwijnt meestal in maanden tot jaren.
- Het heeft geen consequenties, de ring is blijvend.
- De ring verdwijnt weer en de naevus blijft.

Wilt u het goede antwoord weten?

Kijk op www.henw.org.



Fotoquiz van de maand juli



Foto: <http://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/ntxt/Naevus-SuttonHaloNevus.htm>

Foto's gezocht

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

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. c

Franx G, Huyser J, Koetsenruijter J, Van der Feltz-Cornelis CM, Verhaak PFM, Grol RPTM, et al. Minder antidepressivavoorschriften na richtlijn-toepassing. *Huisarts Wet* 2015;58(7):350-2.

2. b

Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). www.nhg.org.

3. a

Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). www.nhg.org.

4. a

Van Riet EES, Hoes AW, Limburg A, Landman MAJ, Van der Hoeven H, Rutten FH. Niet-herkend hartfalen bij ouderen met kortademigheid. *Huisarts Wet* 2015;58(7):354-7.

5. b

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

6. a

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

7. c

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

8. c

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

9. b

Van den Ban EF. ADHD-medicatie, meer en langduriger gebruikt. *Huisarts Wet* 2015;58(7):362-4.

10. c

Stijntjes F, Hassink-Franke L, Kruishoop A, Beeres MPJ, Eekhof H, Van Manen S, et al. NHG-Standaard ADHD bij kinderen. www.nhg.org.

De vragen van deze kennistoets zijn gemaakt door Janine Freeke aan de hand van verschillende bronnen. De vragen zijn ter beoordeling voorgelegd aan Huisartsenopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie
Just Eekhof, hoofdredacteur, Lidewij Broekhuizen, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Bèr Pleumeekers, Marissa Scherp tong-Engbers, Annet Solle, 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, Marjolijn 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

Abonnementenprijzen
Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten)
Abonnementprijs (print + online toegang): € 220,-
Abonnementprijs (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

mvw
medisch wetenschappelijk
verleend

HOE
KUNST

De inzet van kaderhuisartsen

Er zijn nu twaalf NHG-Kaderopleidingen waarin huisartsen zich twee jaar lang bekwamen in een bepaald vakgebied, variërend van diabetes en CVRM tot palliatieve zorg en beleid en beheer. Het zijn meestal de zeer enthousiaste huisartsen die dit doen en zij worden, behalve in het betreffende vakgebied, ook opgeleid in het geven van onderwijs en consultatie.

Aanvankelijk vonden veel kaderhuisartsen nauwelijks werk, maar met de komst van palliatieve consultatieteams en programmatische chronische zorg is dit sterk verbeterd. Toch zijn de consultatiemogelijkheden van kaderhuisarts beperkt. Zo weten we dat overleg met een kaderhuisarts *Bewegingsapparaat* verwijzingen naar de orthopeed kan voorkomen, maar een structurele plaats in het zorgstelsel krijgt dat niet. Overigens is het niet de bedoeling dat kaderhuisartsen alleen specialistische zorg verlenen; ook zij blijven recht doen aan de generalistische kernwaarde van de huisarts.



De kaderhuisarts kan een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van de huisartsenzorg leveren en ik pleit er dan ook voor dat ze serieus worden inge-

zet om ons te ondersteunen via consultatie. En ik roep nascholingsorganisaties op om vaker kaderhuisartsen in plaats van specialisten in te schakelen voor onderwijs. Het NHG vraagt kaderhuisartsen regelmatig om advies over specifieke onderwerpen.

Wel is van belang dat de kaderhuisarts waarborgt dat zijn kennis actueel is en dat hij de verwachte kwaliteit kan leveren. Sommigen die ooit de kaderopleiding deden maar niet meer actief zijn, noemen zich nog steeds kaderhuisarts. En anderen die net met de opleiding zijn begonnen noemen zich al kaderhuisarts. Daarom is het register van het CHBB ingericht: alleen degenen die daar staan ingeschreven kunnen zich terecht kaderhuisarts noemen... Zo is dat voor iedereen duidelijk!

Rob Dijkstra

NHG-Praktijkaccreditering versie 2.1

NHG-Praktijkaccreditering is een praktische methode om de kwaliteit in elke praktijk te organiseren, toetsen en verbeteren. Hiertoe worden normen geformuleerd die zichtbaar maken wat de patiënt van uw praktijk mag verwachten en hoe u aan die verwachtingen kunt voldoen. In versie 2.1 van NHG-Praktijkaccreditering zijn deze normen opnieuw bepaald.

Verbetering van de kwaliteit van zorg blijft de drijfveer, ook van NPA. Veranderingen in de inhoud van het vak, de werkdruk, de praktijkvoering en de verwachtingen van patiënten vergen aanpassing van de bestaande methode. De nieuw geformuleerde normen hebben een beperkt verplichte inhoud: de praktijk kiest zelf voor het maken van werkafspraken of een protocol. U heeft nu dus de ruimte om uw kwaliteitsbeleid naar eigen inzicht vorm te geven. Nieuw is de extra focus op de patiënt en

er is een heldere relatie gelegd tussen diens verwachtingen en de bijbehorende kwaliteitsnormen. Ook zal de methode nu minder tijd van u vergen en u meer werkplezier opleveren dan voorheen.

Nieuw is bovendien dat u jaarlijks kunt kiezen voor een thema-audit, bijvoorbeeld om de palliatieve zorg in uw praktijk door te lichten. U weet dan waar concrete verbeteringen op het gekozen thema mogelijk zijn in uw praktijk.

Eind juni hebben alle huisartsen een informatiepakket ontvangen over NHG-Praktijkaccreditering versie 2.1. U vindt hierin alles wat u wilt weten over de jongste ontwikkelingen. Is uw informatiepakket onverhoopt zoekgeraakt? Neem dan contact op met NPA: 030-2823600.



Een nieuwe leergang:

Eerstelijnszorg voor mensen met een (lichte) verstandelijke beperking

Steeds vaker wonen mensen met een verstandelijke beperking buiten de instellingen en maken ze gebruik van de reguliere huisartsenzorg. De veranderingen in de zorg stellen eisen aan de rol van de huisarts, die over voldoende kennis en vaardigheden moet beschikken om met deze patiëntengroep om te gaan. Daarom is nu de leergang Eerstelijnszorg voor mensen met een (lichte) verstandelijke beperking ontwikkeld.

De lesstof van deze leergang gaat in op medisch-inhoudelijk handelen, communicatie, professioneel gedrag en praktijkorganisatie betreffende de medische zorg voor patiënten met een verstandelijke beperking. De leergang is bestemd voor gevestigde huisartsen die een bovengemiddeld aantal patiënten

met verstandelijke beperkingen in hun praktijkpopulatie hebben, alsook voor huisartsen die vanuit hun praktijk belast zijn met de generalistische zorgverlening in een instelling voor mensen met verstandelijke beperkingen.

De leergang zal bestaan uit twee delen – van vijf modules elk – die afzonderlijk zijn te volgen. Beide delen omvatten drie groepsbijeenkomsten en twee modules begeleidde zelfstudie. Accreditering is aangevraagd voor 16 uur per deel.

Deze leergang is ontwikkeld door het NHG en de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc. Meer informatie kunt u vinden op www.nhg.org > scholing > verstandelijke beperking; u kunt zich hier ook inschrijven.

PROTOCOLLAIRE



OUDERENZORG

Momenteel wordt hard gewerkt aan de herziening van het NHG-Standpunt *Ouderengeneeskunde*, dat begin volgend jaar zal verschijnen, en binnen enkele weken komt het boek *Protocolaire ouderenzorg* uit. Natuurlijk is er ook scholing ontwikkeld zodat huisarts en praktijkondersteuner zorg kunnen verlenen waarin de jongste inzichten een plek hebben gevonden. Hieronder vindt u een korte beschrijving van de nieuwe NHG-producten. En lees vooral ook het interview met Jeroen Peek op de achterste pagina van dit nummer!

Nieuw Boek *Protocolaire Ouderenzorg*

De dubbele vergrijzing... iedereen heeft er de mond van vol en natuurlijk vergt het groeiende aantal ouderen en oudste ouderen veel van uw zorgverlening. Uw patiënten hebben in elk geval twee duidelijke wensen: ze willen geen opname in een verzorgings- of verpleeghuis en willen actief kunnen meebeslissen over hun eigen gezondheid. Maar ook de overheid heeft een wens: die wil steeds meer participatie van de samenleving in de zorg. Met dit alles verandert de structuur van de ouderenzorg en de samenwerking tussen zorgverleners in de eerste en tweede lijn.

Ook in de ouderenzorg staat de patiënt centraal: zorgverleners, mantelzorgers en maatschappij vormen een netwerk om de oudere heen. Een proactieve houding van huisarts en andere zorgverleners is dan van groot belang.

Het boek *Protocolaire Ouderenzorg* – met het bijbehorende digitale gedeelte – ondersteunt huisarts en praktijkondersteuner bij het opzetten en systematisch organiseren van de ouderenzorg in de praktijk. Het woord 'protocolair' is misschien niet helemaal correct, omdat ouderenzorg zich bij uitstek richt op de behoeften en wensen van de individuele patiënt tegenover u. Maar wel is de organisatie in de praktijk protocolair op te zetten.

Verder is er volop aandacht voor de uitvoering van de zorg en de samenwerking met andere zorgverleners. Casuïstiek geeft u inzicht in uw ouderenzorg. En u krijgt digitaal toegang tot diverse ondersteunende documenten, waaronder vragenlijsten, voorbeeldprotocollen en checklists.

De verschijning van het boek is rond half juli gepland, maar u kunt het natuurlijk nu al wel bestellen. De kosten voor NHG-leden en praktijkondersteuners met een NHG-account bedragen € 27,93; niet-leden betalen € 39,90.

PIN Ouderenzorg

Het digitale Programma voor Individuele Nascholing *Ouderenzorg*, dat half juni is verschenen, behandelt de volgende onderwerpen:

- Kwetsbaarheid bij ouderen; signalering en diagnostiek
- Het opstellen van een Individueel zorgplan
- Delier

Uiteraard ligt het boek *Protocolaire ouderenzorg* aan de basis van deze PIN, zodat u zich de daarin vervatte nieuwe ontwikke-



lingen eigen kunt maken. De e-learning verschaft u informatie over screeningsinstrumenten voor het vaststellen van kwetsbaarheid bij uw oudere patiënten en het opstellen van een Individueel zorgplan. Maar de PIN wil u vooral op nieuwe ideeën brengen en u inspireren tot een nog betere zorg voor (kwetsbare) ouderen.

De abonnees op de PIN's hebben automatisch toegang tot deze digitale PIN; niet-abonnees betalen € 47,-.

E-learning voor de praktijkondersteuner

De rol van huisartsen en praktijkondersteuners in de ouderenzorg verschillen. Daarom is ook een e-PIN POH *ouderenzorg* ontwikkeld waarin de verschillende invalshoeken zijn uitgewerkt. Zo wordt ook de praktijkondersteuner wegwijs gemaakt in de nieuwste inzichten zoals deze zijn vervat in het boek *Protocolaire ouderenzorg*. Deze e-learning verschijnt half juli. Praktijkondersteuners met een NHG-account hebben toegang tot deze e-learning en betalen hiervoor € 20,93. Zonder NHG-account bedraagt de prijs € 29,90.

NHG-AGENDA 2015 data

- 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

Een werkdag uit het leven van...

Marieke Teernstra, Klant- en Relatiecontact NHG

Marieke Teernstra is al in dienst van het NHG sinds januari 1993 en heeft in die 22 jaar diverse functies gehad. Nu is ze werkzaam bij Klant- en Relatiecontact, de plek waar u als huisarts het meest mee te maken krijgt als u contact zoekt met het NHG. In deze nieuwe rubriek *Een werkdag uit het leven van...* vertelt zij hoe haar werkdag eruitziet.

Nieuwe rubriek Een werkdag uit het leven van...

Sommige leden hebben zeer frequent contact met het NHG; die weten wel dat ze met uiteenlopende vragen en problemen bij ons terecht kunnen. Andere leden zie of hoor je bijna nooit. Maar vrijwel niemand weet wat het NHG allemaal doet om het werk van de huisarts zo soepel mogelijk te laten verlopen en om een optimale kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen te bevorderen.

In deze nieuwe rubriek geven we het woord aan medewerkers uit alle geledingen van het NHG, zodat zij zich aan u kunnen voorstellen en kunnen vertellen wat zij doen om tegemoet te komen aan de behoeften van de leden.

Digitale en papieren post

'De dag begint met het openen van de mailbox, maar de hele dag door blijven de berichtjes bij ons binnenstromen. Meestal gaat het dan om aanmeldingen van nieuwe leden, bestellingen van onze producten en adreswijzigingen. Soms ook krijgen we post retour, omdat niet alle leden eraan denken ons tijdig een adreswijziging te sturen. Maar ook stellen onze leden en andere relaties vaak inhoudelijke vragen, of het gaat om de inhoud van persberichten. Zelfs patiënten benaderen ons geregeld; dan leggen we natuurlijk uit dat we weliswaar een huisartsenvereniging zijn, maar dat ze bij ons toch niet terecht kunnen bij een dokter...

Zodra de "papieren" post binnenkomt verdelen we die onder de medewerkers van Klant- en Relatiecontact, want we willen alles zo snel mogelijk afhandelen. Ook tussen deze gewone post zitten vaak nieuwe aanmeldingen, of formulieren van aiossen die klaar zijn met de opleiding en hun lidmaatschap willen voortzetten. Bovendien zijn er altijd wel Toetsbladen van de PIN's die we moeten controleren en verwerken.'

Veel telefoonverkeer

'De telefoon staat bepaald ook niet stil en we krijgen de meest uiteenlopende vragen voorgelegd. Mensen willen weten wat het lidmaatschap inhoudt, of ze willen iets weten over contributiewijzigingen, ze hebben inlogproblemen, of ze willen meer weten over de visitatie van huisartsen.

Onlangs stond de telefoon bijvoorbeeld roodgloeiend omdat de digitale leeromgeving tijdelijk niet in de lucht was. Het NHG was namelijk hard aan het werk om over te gaan op een nieuwe omgeving voor de e-producten en daardoor waren deze tijdelijk niet toegankelijk. Natuurlijk belden veel huisartsen ons gealarmeerd op toen ze plotseling niet op de website konden doen wat ze gewend waren en uiteraard probeerden we een passende oplossing te vinden voor degenen die dringend bij een specifiek product moesten kunnen, om welke reden dan ook. We vonden het erg vervelend dat de digitale leeromgeving tijdelijk niet bereikbaar was, maar uiteindelijk resulteerde dit wel in een grote verbetering!

Suggesties altijd welkom!

'Het leukst vind ik het als huisartsen ons telefonisch of schriftelijk suggesties aan de hand doen, want die komen altijd rechtstreeks voort uit hun werk in de praktijk. We nemen dergelijke tips dan ook heel serieus. Zo was er onlangs bij het Bureau Visitatie een huisarts die een van de eerste deelnemers aan het visitatieprogramma was; hij belde ons regelmatig om tips voor verbetering te geven. Een van zijn opmerkingen was dat bij de herinneringsmails over de visitatie duidelijk moet worden aangegeven welk onderdeel nog niet gereed was, omdat de algemene berichtjes die nu werden verzonden daarover niet duidelijk waren. Zoiets is echt een goede tip, omdat je daarmee je dienstverlening aan alle huisartsen kunt verbeteren. Toen deze huisarts klaar was met de visitatie hebben we hem dan ook een briefje gestuurd om hem voor zijn suggesties te bedanken en hem zelfs een klein presentje gezonden. Daar heb ik dan echt plezier in.'

Spin in het web

'Ook collega's weten ons goed te vinden. Die komen vaak langs met vragen over de verkoopcijfers van bepaalde producten, ze willen weten hoeveel aanmeldingen van nieuwe leden er in een bepaalde periode zijn binnengekomen, of ze stellen ons op de hoogte van de jongste ontwikkelingen of nieuwe producten. Door al die contacten kunnen wij goed signaleren waar onze leden behoefte aan hebben en waar eventuele knelpunten liggen. Wij zorgen er vervolgens voor dat daar ook daadwerkelijk iets mee wordt gedaan. We voelen ons dan ook vaak letterlijk een spin in het web en dat maakt het werk heel afwisselend en leuk!'

Marieke Teernstra





Jeroen Peek is huisarts in Terneuzen, sinds twee jaar kaderhuisarts Ouderengeneeskunde en lid van de NHG-Verenigingsraad. Bovendien heeft hij zitting in de werkgroep die bezig is met de herziening van het NHG-Standpunt Ouderengeneeskunde. In een interview vertelt hij waarom hij ouderenzorg zo interessant vindt en over de jongste ontwikkelingen op dit gebied.

Vanwaar je belangstelling voor de ouderenzorg?
'Ik mag mijn oudere patiënten heel graag; in

mijn ogen vormen ze een boeiende en interessante leeftijdscategorie. Ze hebben van alles in hun leven meegemaakt, hebben gaandeweg veel wijsheid opgedaan en zijn nu vaak kwetsbaar. Ik sta dicht bij deze patiënten en loop als het ware met ze mee tot aan het sterfbed. En ik vind het fijn dat ik daarbij met ze mee mag kijken. Een ander aspect is dat de maatschappelijke veranderingen heel snel gaan en het is voor veel van onze ouderen soms lastig om mee te komen. Er wordt veel van ze verwacht en daar kunnen ze best wat begeleiding bij gebruiken! De huisarts kan dan een belangrijke rol spelen en die wil ik mijzelf graag toedichten. Ouderenzorg is echt een soort hobby voor me.'

Veel huisartsen vinden de ouderenzorg niet alleen maar leuk...

'Dat kan ik me wel voorstellen; het moet een beetje groeien. Ikzelf merkte ook pas de laatste vijf, zes jaar dat deze patiëntengroep me steeds meer ging aanspreken, omdat je de mensen in de loop van de tijd zo goed leert kennen. Bij ouderen gaat het vaak niet zozeer om curatieve zorg. Bij hen zijn soms de huiselijke beslommeringen het belangrijkste, of het reilen en zeilen met de mantelzorg. Dan blijf je zoeken naar de optimale oplossingen en streven naar de beste kwaliteit van leven. Uiteraard doe ik dat niet allemaal zelf maar samen met het hele team.'

Wat worden de belangrijkste wijzigingen in het geactualiseerde Standpunt Ouderenzorg?

'In de geneeskunde gaan we steeds meer werken met indicatoren, immers: meten is weten. Maar bij de ouderenzorg ligt dat ingewikkelder. Dan gaat het minder om precies vastliggende factoren, maar eerder om de structuur: wie is de patiënt die tegenover je zit en wat heeft die specifiek nodig. We zullen dan ook minder met lijstjes gaan werken en daar ben ik erg blij mee... en met mij nog wel meer huisartsen, denk ik. Maar het is complexe materie, dus we zijn nog wel even bezig met die herziening. We proberen er echt tempo in te houden, want iedereen – ook paramedici – zit op het Standpunt te wachten. Maar het zal op z'n vroegst eind van het jaar uitkomen, is de verwachting.'

Kun je iets vertellen over de NHG-producten over ouderenzorg?

'Als je via HAweb of op de NHG-website het dossier Ouderenzorg opzoekt krijg je vanzelf een overzicht van de NHG-producten. Bijvoorbeeld de tool over polyfarmacie bij ouderen; daarmee kun je als huisarts dit probleem op gestructureerde wijze aanpakken. Op dit onderdeel van de zorg is er nog veel te verbeteren. Verder is er natuurlijk de PraktijkWijzer Ouderenzorg; daar werk ik al heel lang mee en het is erg handig dat je er de modules uit kunt pakken die je nodig hebt. Die PraktijkWijzer wordt binnenkort vervangen door het boek *Protocollaire ouderenzorg* en ongetwijfeld kun je daar dan weer goed mee uit de voeten.'

Wat zou je aan huisartsen willen meegeven over ouderenzorg?

'Dat die zorg inderdaad tijd kost, maar

dat je die tijd ook moet nemen. Laat die bloeddruk en glucose eens los en kijk waar de patiënt zelf behoefte aan heeft. Maar vooral: ga eens bij de patiënt op bezoek; niet omdat het nodig is maar om elkaar te leren kennen. Daarmee is zoveel winst te halen in je relatie! Bovendien kun je op een andere manier naar je patiënt kijken als die zich in zijn thuissituatie bevindt. Hoe gaat het functioneel, dus met lopen, zien, horen en plassen. Maar ook: hoe zit het met de concentratie en het geheugen. Mensen hebben daar vaak vragen over. Dat geldt al helemaal voor eindelevensproblematiek: maak dat eens bespreekbaar. Soms doen mensen dat ook zelf, want die hebben behoefte aan een sparringpartner of ze willen bijvoorbeeld weten hoe jij staat tegenover euthanasie. Ze zijn bang voor lijden en willen weten wat jij doet als hun lichaam hen in de steek laat. En ja, dat kost dus tijd, maar het levert je heel veel op.'

En waar kunnen huisartsen terecht als ze zelf behoefte hebben aan ondersteuning?

'Bij de Laego, de Landelijke adviesgroep eerstelijns geneeskunde voor ouderen. De kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde hebben zich in dit netwerk georganiseerd en in elke regio is een vertegenwoordiging te vinden. Niet elke huisarts is nu eenmaal even deskundig op het gebied van de ouderengeneeskunde en dan kun je voor overleg of advies terecht bij de Laego. Ik zou zeggen: maak daar gebruik van, dan hoeft je het niet allemaal alleen uit te zoeken. Er is daar genoeg kennis waar je uit kunt putten!' (AS)

Redactie NHG-nieuws

Yvonne Buitenhuis, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef, eindredacteur

Colofon

Contact

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

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

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