JAARGANG 58 / DECEMBER 2015

H&W 12

Huisarts en Wetenschap

2015

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

ONDERZOEK

Stoornissen botmineraalhuishouding bij chronische nierschade

ONDERZOEK

Invloeden op de zorgconsumptie op de huisartsenpost

BESCHOUWING

De huisartsopleider als positief rolmodel

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP nhg

12

WETENSCHAP

630 ONDERZOEK Stoornissen botmineraalhuishouding bij chronische nierschade
Ellen Huijbers, Jos Dijkmans, Wim de Grauw, et al.

634 Invloeden op de zorgconsumptie op de huisartsenpost
Marleen Smits, Yvonne Peters, Sanne Broers, et al.

638 BESCHOUWING De huisartsopleider als positief rolmodel
Ria Jochemsen-van der Leeuw, Margreet Wieringa-de Waard, Nynke van Dijk

642 COMMENTAAR IKSOEP: past de SOEP nog bij deze tijd?
Roelf Norg

643 IKSOEP? Laten we even roeren voor we gaan eten
Annet Sollie

663 SOLK hoeft niet naar de psycholoog
Juul Houwen, Tim olde Hartman

KLINISCHE PRAKTIJK

641 PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE Geen bewijs of bewezen niet effectief?
Lidewij Broekhuizen, Marissa Scherptong-Engbers

644 (VER)STAND VAN ZAKEN Ondansetron bij kinderen met acute gastro-enteritis
Freek Fickweiler

645 HUISARTSENZORG IN CIJFERS Patiënten zoeken luisterend oor bij POH-ggz
Janneke Noordman, Sandra van Dulmen

646 NASCHOLING Diagnostiek en behandeling van epilepsie
Richard Molenaar, Sophie Ponten

651 CASUÏSTIEK Cataractoperatie en het risico op ablatio retinae
Siebrig Saris-de Vries, Nicole Sinnema

654 KLINISCHE LES Huidaandoeningen na terugkeer uit de tropen
Marlous Grijsen, Jim Zeegelaar, Henry de Vries

660 IMPORT Diagnose ADHD: stigma of opluchting?
Priska Israel

661 Slaapapneu: iets om wakker van te liggen?
Bèr Pleumeekers

662 PEARLS Psychofarmaca weinig zinvol bij SOLK
Juul Houwen, Tim olde Hartman

662 Beperkt effect psychologische behandeling bij SOLK
Juul Houwen, Tim olde Hartman

664 CATS Screenen soa tijdens plaatsing spiraaltje
Lester du Perron, Marleen de Lange

627 JOURNAAL
652 INTERVIEW
659 KENNISTOETS
666 INGEZONDEN
667 BOEKEN
668 COLOFON H&W

45 HET NHG

Stevig in het zadel

Eind jaren zeventig namen we het SOAP-systeem over van de Britse collega's. De A van assessment werd bij ons vervangen door de E van evaluatie. Vijfentwintig jaar geleden noteerde je een consult op de groene kaart S/keelpijn; O/lichte roodheid, klieren; E/keelpijn; P/exp. Dat paste met een beetje mazzel op één regel. Met de introductie van de computer, maakte ruimte niet veel meer uit en werden ook ander eisen aan het noteren van een consult gesteld. De E-regel moest met ICPC worden gecodeerd. Probleemlijsten moesten actueel zijn en episodegewijs registreren deed zijn intrede. Na een voorzichtige introductie heeft het SOEP-systeem zijn plaats geheel bewezen. Aan de S, O, E en de P werd niet getornd. Stevig in het zadel, zou je zeggen...

Tot nu dan. In deze H&W begint Roelf Norg een discussie. Voldoet de SOEP nog wel aan de eisen van deze tijd? De huisartsgeneeskunde is de laatste decennia sterk veranderd. Moet er in de SOEP geen ruimte worden vrijgemaakt zodat ook andere aspecten van het consult systematisch een plek krijgen in het HIS? Hij wil het SOEP-systeem uitbreiden met een (I) ingang en een (K) kernregel. Redactielid, aiotho en informaticus Annet Sollie noemt in haar commentaar nog een paar letters die er aan toegevoegd zouden kunnen worden, zoals (D) doel consult en (T) triageverslag. En moet er ook plek gemaakt worden voor nieuwe consultvormen, zoals het e-consult? Het zal niet lang meer duren voordat patiënten inzage krijgen in hun dossier en zelf ook informatie in het HIS kwijt willen. Annet Sollie roept u op om mee te denken over wat er nodig is om het SOEP-systeem toekomstbestendig te maken. Heeft u wensen of ideeën? Laat het ons weten!

H&W eerste plaats Nederlandstalige Google Scholar

In een eerder redactioneel noemde ik de h-index als kwaliteitsmeter voor onderzoekers. Er bestaat ook zo'n kwaliteitsmeter voor tijdschriften: Google Scholar. Dit is een internetzoekmachine die de volledige tekst van wetenschappelijke artikelen van verschillende disciplines doorzoekbaar maakt. Het bevat de meeste online peerreview-tijdschriften van de grootste Europese en Noord-Amerikaanse wetenschappelijke uitgevers van Europa, plus wetenschappelijke boeken en andere tijdschriften die niet met peerreview werken. *Huisarts en Wetenschap* staat bij de Nederlandstalige Google Scholar op de eerste plaats. De Engelstalige top drie bestaat uit *Nature, New England Journal of Medicine* en *Science*. De ranking is tot stand gekomen op basis van de meest geciteerde artikelen in de laatste vijf jaar. Bij de totstandkoming van deze score kun je allerlei kritische vragen stellen, zo ook wat deze ranking precies zegt. Wij staan dan ook niet te juichen, maar zijn wel blij verrast. Het betekent in elk geval dat mensen onze artikelen weten te vinden en ze waardevol vinden om als referentie gebruiken. Ondertussen gaan we gewoon door met het maken van een goed en toegankelijk blad. ■

Just Eekhof

Telefoon!

Hoe vaak gebeurt het niet dat tijdens het spreekuur de telefoon gaat? Hoogst vervelend, maar beïnvloedt zo'n interruptie ook het consult? De verassende uitkomst is dat patiënten de onderbreking over het algemeen minder storend vinden dan artsen en praktijkverpleegkundigen zelf. Het zijn dan ook met name de zorgverleners die zich realiseren dat een onderbreking kan leiden tot medische fouten.

Onderzoekers uit Singapore hebben focusgroepdiscussies gehouden met patiënten en praktijkmedewerkers over hoe zij een telefonische onderbreking van het consult ervaren. Patiënten ervoeren weinig hinder, met name als de zorgverlener zich verontschuldigde voordat hij opnam, hij zijn vaste lijn gebruikte en niet zijn mobiel en het gesprek zo kort mogelijk hield.

Artsen en andere praktijkmedewerkers die tijdens hun consult werden onderbroken, ervoeren dit vaak als storend maar vonden de onderbrekingen wel nuttig. Zij ervoeren dat de onderbrekingen de efficiëntie van hun consulten konden verminderen en maakten zich zorgen over de patiëntveiligheid.

De auteurs concluderen dat onderbrekingen zo kort mogelijk gehouden moeten worden. Ook moet de professional zich bewust zijn van de risico's van een onderbreking, zoals verder werken in het verkeerde dossier. Verder adviseren zij om patiënten bewuster te maken van het risico van een onderbreking. Wellicht kunnen deze resultaten ons aan het denken zetten over ons eigen praktijkbeleid. ■

Jurgen Damen

Koong AYL, et al. When the phone rings - factors influencing its impact on the experience of patients and healthcare workers during primary care consultation: a qualitative study. BMC Fam Pract 2015;16:114.

Foto: Dan Talson 123RF

E-health werkt voor cardiovasculaire preventie

Uit nieuw onderzoek blijkt dat vier sms'jes met leefstijladviezen per week het cholesterol, de bloeddruk en het gewicht meer doen dalen dan reguliere zorg. Leefstijlverandering speelt een grote rol bij cardiovasculair risicomanagement, maar tot op heden ontbrak het bewijs dat e-health effectief is om patiënten te motiveren tot leefstijlverandering.

Australische onderzoekers wilden weten of het bij patiënten met een hartinfarct in de voorgeschiedenis effectief is om sms-berichten te sturen om hun leefstijl te veranderen. Ze randomiseerden 710 patiënten die gedurende 6 maanden ofwel 4 sms'jes per week kregen, ofwel reguliere zorg. De berichten waren gebaseerd op richtlijnen en betroffen stoppen met roken, beweging en algemene informatie over hart- en vaatziekten en dieet. Bijvoorbeeld: 'Probeer het toevoegen van zout aan uw eten te vermijden, gebruik andere kruiden.' In de sms-groep (n = 352) daalden het LDL-cholesterol (–0,12 mmol/l), de systolische bloeddruk (–8 mmHg) en het BMI (–1,3 kg/m^2) significant meer dan in de controlegroep, die reguliere zorg kreeg. Ook stopte 20% meer mensen met roken in de sms-groep dan in de controlegroep.

Er zijn tot nu toe meer dan 100.000 gezondheids-apps ontwikkeld, maar onderzoek naar de effectiviteit hiervan is schaars. Dit onderzoek laat zien dat e-healthinterventies effectief kunnen zijn om risicofactoren voor hart- en vaatziekten te beïnvloeden. Helaas duurde dit onderzoek maar 6 maanden. Het zou goed zijn om de langetermijneffecten van e-healthinterventies te onderzoeken. Meer dan 80% van de Nederlanders heeft een smartphone, die vaak dagelijks gebruikt wordt. Huisartsen kunnen hiervan profiteren door een evidence based CVRM-leefstijl-app te ontwikkelen. ■

Tobias Bonten

Chow CK, et al. Effect of lifestyle-focused text messaging on risk factor modification in patients with coronary heart disease: a randomized clinical trial. JAMA 2015;314:1255-63.

Zinvolle bijdrage casemanagers aan palliatieve zorg

Zorg voor palliatieve patiënten is een uitdagende en vaak dankbare taak van de huisarts. Met gemiddeld 12 tot 13 sterfgevallen per huisarts per jaar kan de werkbelasting soms flink oplopen. Nederlands onderzoek laat zien dat inzet van casemanagement bijdraagt aan wat beschouwd wordt als palliatieve zorg van hoge kwaliteit: een hoog aantal overlijdens thuis en weinig ziekenhuisopnames.

Huisartsen werken vaak al samen met casemanagers in de psychiatrie en ouderenzorg. Steeds vaker worden casemanagers ook ingezet in de palliatieve zorg en vormen zij de spil in de samenwerking tussen patiënt, mantelzorgers en verschillende professionals. De in palliatieve zorg geschoolde casemanager inventariseert de zorgbehoefte van de patiënt en voorziet de betrokkenen van up-to-date informatie, geeft advies en zet zo nodig extra zorg in.

Het onderzoek is gebaseerd op twee studies. Het retrospectieve Sentimelc-onderzoek bekeek bij 280 patiënten de standaard palliatieve huisartsenzorg in de laatste 3 maanden voorafgaand aan het sterven. In het Capalca-onderzoek werden prospectief 167 patiënten gevolgd bij wie een casemanager was ingezet voor de palliatieve zorg. De onderzoeken betreffen verwachte overlijdens bij patiënten met kanker. Bij inzet van casemanagement was in vergelijking met standaardhuisartsenzorg de voorkeursplek van overlijden vaker bekend voor de huisarts (94% versus 72%; OR 7,06; 95%-BI 3,47 tot 14,36). Waarschijnlijk stierven patiënten hierdoor vaker thuis (82% versus 69%; OR 2,16; 95%-BI 1,33 tot 3,51) en minder vaak in het ziekenhuis (7% versus 20%; OR 0,26; 95%-BI 0,13 tot 0,52). Ook waren er minder ziekenhuisopnames in de laatste 30 dagen voorafgaand aan overlijden (geen opname: 79% versus 69%; OR 1,99; 95%-BI 1,12 tot 3,56). Een groot deel van de patiënten stierf op de plek van voorkeur (88% versus 91%), maar er was geen significant verschil tussen beide groepen.

Om goede palliatieve zorg in een vergrijzende samenleving te blijven garanderen, is het wenselijk om de niet-complexe zorg voornamelijk in de eerste lijn te laten plaatsvinden. Casemanagement kan hierin het werk van de huisarts ondersteunen. ■

Chris Walinga

Van der Plas AGM, et al. Involvement of a case-manager in palliative care reduces hospitalisations at the end of life in cancer patients; a mortality follow-back study in primary care. PloS ONE 2015. Doi: 10.1371/journal.pone.0133197.

NSAID's en maagprotectie

Steeds vaker krijgen ouderen een maagbeschermer in combinatie met een NSAID voorgeschreven. Dat is van belang om maagbloedingen bij risicopatiënten te voorkomen. Het komt echter nog regelmatig voor dat dit vergeten wordt. Het wel of niet combineren van een NSAID met maagprotectie hangt onder andere samen met het type HIS en de praktijkvoering.

Voor de periode 2005-2010 werd in de NIVEL Eerstelijnszorgregistratie bij 77 huisartsenpraktijken nagegaan hoe vaak er, naast een NSAID, bij een persoon van 65 jaar of ouder maagbescherming werd voorgeschreven in de vorm van een protonpompremmer of misoprostol. Bij ruim 91.000 huisartsconsulten werd een NSAID voorgeschreven aan patiënten van 65 jaar of ouder. Prescriptie vond plaats met behulp van een van de 6 gebruikelijke huisartsinformatiesystemen (HIS). De combinatie van een NSAID met een maagbeschermer steeg van 27% in begin 2005 naar 55% in 2010 en was gemiddeld 43% over de hele periode. Het HIS dat het best scoorde liet over de hele periode een gemiddelde zien van 54% ten opzichte van 38% bij het laagst scorende HIS. In solopraktijken werd gemiddeld in 45% van de gevallen een combinatie van een PPI en een NSAID voorgeschreven, in duopraktijken 43%. In groepspraktijken en gezondheidscentra was dat gemiddeld 38%.

Een belangrijke beperking is dat in het onderzoek een leeftijd van 65 jaar als uitgangspunt is genomen en niet, zoals de NHG-Standaard, 70 jaar. Dit zal leiden tot een onderschatting van het aantal juiste voorschriften op basis van de NHG-Standaard maar is niet van invloed op de correlatie tussen HIS en praktijkorganisatie enerzijds en het aantal correcte voorschriften anderzijds.

Al voor 2005 was bekend dat maagprotectie een aanzienlijke daling van het risico op maagbloedingen geeft bij ouderen die NSAID's gebruiken. Ondanks de duidelijke richtlijnen die het gebruik van NSAID's veiliger moeten maken, wordt in bijna 50% van de gevallen geen maagbeschermer voorgeschreven. Sommige HIS'sen blijken de huisarts hierin beter te ondersteunen dan andere. Door aanpassing van enkele HIS'sen is op eenvoudige wijze vooruitgang te boeken. Daarnaast moet iedere huisarts en apotheker bij het voorschrijven van een NSAID de noodzaak van maagprotectie overwegen. ■

Bèr Pleumeekers

Opondo D, et al. Quality of co-prescribing NSAID and gastroprotective medications for elders in The Netherlands and its association with the electronic medical record. PLoS One 2015;10:e0129515.

Het aardse slijk

Wanneer je mensen wilt aanzetten tot ander gedrag, kun je ze voorlichten, proberen over te halen of te trainen, maar je kunt ze natuurlijk ook proberen om te kopen. En dat werkt weleens.

In een onlangs herziene Cochrane-review werd nagegaan of financiële prikkels (vergoedingen) helpen bij het beïnvloeden van voorschrijfgedrag van artsen. De auteurs waren bovendien geïnteresseerd in het overige gezondheidszorggebruik, de gezondheid van patiënten en de kosten.

Er werden achttien onderzoeken gevonden die voldeden aan de inclusiecriteria, veertien ervan gingen over het beperken van budgetten voor geneesmiddelen, en drie onderzoeken gingen over 'pay for performance'. Het ging niet alleen om gerandomiseerd onderzoek, ook andere onderzoeksopzetten werden geaccepteerd.

Elf onderzoeken waren uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk en één in Nederland. De conclusie van de review is dat er maar beperkt bewijs is voor de effectiviteit van financiële prikkels, en dat er nauwelijks werd gekeken naar het effect op gezondheidsuitkomsten.

In het Nederlandse onderzoek uit 2001, uitgevoerd in Maastricht, kregen huisartsen in de interventiegroep allemaal een vergoeding en werd hun gevraagd zich te houden aan de voorschrijfadviezen van de standaarden, die waren samengevat op een A-4tje. In de controlegroep gebeurde niets.

Er werden tien geneesmiddelgroepen onderscheiden, voornamelijk antibiotica en middelen tegen maagklachten. Voor vijf van de tien groepen werden statistisch significante veranderingen gevonden, vier hiervan waren in de verwachte richting. In één geval deed de controlegroep het beter. De verbeteringen van de eenmalige interventie bleken van korte duur. Overigens leek deze wel kosteneffectief.

Leuk, zo'n onderwerp waarvan iedereen op zijn klompen aanvoelt dat het wel zal werken, maar wat dan toch weer tegenvalt. ■

Hans van der Wouden

Foto: stylephotographs 123RF

Rashidian A, et al. Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers. Cochrane Database Syst Rev 2015;8:CD006731.
Martens JD, et al. Effects of a behaviour independent financial incentive on prescribing behaviour of general practitioners. J Eval Clin Pract 2007;13:369-73.

Zoekstrategieën van aios in de praktijk

Huisartsen-in-opleiding hebben in de praktijk bij 1 op de 5 patiënten een klinische zoekvraag. Vaak gaan zij hier actief mee aan de slag om antwoorden te vinden. Recent onderzoek laat zien dat dit in de meeste gevallen lukt, vooral door het consulteren van de huisarts-opleider of een collega (bij diagnostische vragen). Bij therapeutische vragen raadplegen zij met name de NHG-Standaarden.

Het is bekend uit eerdere onderzoeken dat artsen regelmatig klinische vragen hebben. Marlous Kortekaas en haar collega's uit Utrecht onderzochten hoe vaak en hoe huisartsen-in-opleiding (aios) omgaan met het hebben van klinische vragen en hoe ze daarop antwoorden vinden. Zij vroegen 76 aios om gedurende 8 opeenvolgende praktijkdagen een logboek bij te houden bij elk consult (geen telefonische consulten) over het opkomen van zoekvragen, hun zoekacties en de eventueel gevonden antwoorden.

De 76 aios rapporteerden 1533 zoekvragen bij 7300 patiënten, dit komt neer op 0,2 zoekvraag per patiënt, ofwel 1 zoekvraag op 5 patiënten. Bij 80% van de zoekvragen probeerden aios actief antwoorden te vinden, meestal tijdens het consult (61%). Gemiddeld kostte dit 4 minuten per zoekvraag. De zoekacties leverden in 80% van de gevallen een antwoord op, waarmee in 26% van de gevallen de klinische besluitvorming werd verbeterd en in 23% van de gevallen het genomen besluit werd bevestigd.

Meestal consulteerden de aios een collega (35% van de zoekvragen) of raadpleegden zij de NHG-Standaarden (26%) of andere richtlijnen (11%). Ondanks de aandacht in het curriculum van de studie Geneeskunde voor effectief zoeken via PubMed en andere online databases, gebruikten aios deze strategieën weinig (2%). ■

Annet Sollie

Kortekaas MF, et al. General practice trainees' information searching strategies for clinical queries encountered in daily practice. Fam Pract 2015;32:533-7.

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).

Ellen Huijbers, Jos Dijkmans, Wim de Grauw, Jack Wetzels, Stijn Konings

ONDERZOEK

Stoornissen botmineraalhuishouding bij chronische nierschade

Samenvatting

Huijbers PMJF, Dijkmans J, De Grauw WJC, Wetzels JFM, Konings CJAM. Stoornissen botmineraalhuishouding bij chronische nierschade. Huisarts Wet 2015;58(12):630-3.

ACHTERGROND De prevalentie van chronische nierschade in de Nederlandse huisartsenpraktijk is hoog, met name bij diabetespatiënten en bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico. Chronische nierschade verhoogt de kans op hart- en vaatziekten, onder andere doordat er stoornissen optreden in het calcium-fosfaatmetabolisme. Een verhoogde concentratie parathormoon (PTH) is een vroeg signaal van zo'n stoornis en vitamine-D-suppletie is een mogelijk effectieve behandeling. Wij onderzochten hoe vaak stoornissen in de botmineraalhuishouding voorkomen bij patiënten met een verlaagde geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) in de huisartsenpraktijk.

METHODE Observationeel onderzoek in een ketenzorgprogramma van 46 samenwerkende huisartsenpraktijken in Zuidoost-Brabant. In het kader van dit programma wordt de nierfunctie van diabetespatiënten en patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico jaarlijks gecontroleerd. Met ingang van 2012 wordt, conform de landelijke transmurale afspraak, aan patiënten met een verlaagde eGFR (minder dan 60 ml/min/1,73 m^2 bij patiënten van 65 jaar en jonger; minder dan 45 ml/min/1,73 m^2 bij 65-plussers) een screening van de botmineraalhuishouding aangeboden. Daarbij wordt gekeken naar afwijkingen in PTH, calcium, fosfaat, albumine en vitamine D. Wij analyseerden de testresultaten voor de kalenderjaren 2012 en 2013.

RESULTATEN In 2012 en 2013 werden 370 patiënten met een verlaagde eGFR gescreend en bij 73% werden afwijkingen in de botmineraalhuishouding vastgesteld: een verhoogd PTH bij 60,3%, een verlaagd vitamine D bij 38%, een verhoogd calcium bij 8% en een verhoogd fosfaat bij 0,8%.

CONCLUSIE Patiënten met een bekend risicoprofiel en een niet-fysiologisch verlaagde eGFR hebben vaker dan verwacht stoornissen in de botmineraalhuishouding. Een verhoogd PTH komt daarbij het vaakst voor. Mogelijk kan vitamine-D-suppletie, zo nodig in overleg met de nefroloog, het cardiovasculair risico voor deze patiënten verminderen. In de huisartsenpraktijk zal het screenen van patiënten met chronische nierschade leiden tot een groot aantal nieuwe behandelingen.

INLEIDING

Chronische nierschade (CNS) wordt gekenmerkt door een verminderde nierfunctie en/of het optreden van (micro)albuminurie. Patiënten met CNS hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en op nierfalen.[1] Een tijdige aanpak van de cardiovasculaire risicofactoren kan dit risico verkleinen,[2] daarom is het belangrijk patiënten met CNS al in een vroeg stadium te controleren en te behandelen.

Het aantal patiënten met CNS is omvangrijk en neemt toe. De Landelijke Transmurale Afspraak Chronische nierschade schat de prevalentie van CNS in Nederland rond de 10%.[3] In de huisartsenpraktijk is CNS vastgesteld bij 21% van de patiënten met hypertensie en 28% van de patiënten met diabetes mellitus.[4,5] Bij zulke aantallen zal de zorg voor mensen met CNS voor een belangrijk deel op de eerste lijn aankomen, een gevolgtrekking die ook gemaakt wordt in de transmurale afspraak en in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement.[3,6]

Het verhoogde risico op hart- en vaatziekten van patiënten met CNS wordt niet alleen bepaald door de traditionele cardiovasculaire risicofactoren, maar ook door stoornissen in de botmineraalhuishouding. Deze kunnen al optreden bij een relatief geringe afname van de geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) tot onder de 60 ml/min/1,73 m^2 (nierschade stadium III). Bij patiënten met CNS zijn zowel een verhoogde concentratie parathormoon (PTH) als afwijkende concentraties fosfaat, calcium en vitamine D in het bloed geassocieerd met het optreden van hart- en vaatziekten. Onderzoek liet zien dat een verhoogd PTH, zelfs binnen het normale bereik, het risico op cardiovasculaire mortaliteit met 38% verhoogde.[5]

Vitamine D speelt een belangrijke rol bij de regulatie van PTH. In de nieren wordt het inactieve vitamine D3 (25-hydroxycolecalciferol) door hydroxylering omgezet naar het actieve hormoon 1,25-dihydroxycolecalciferol. Dit actieve vitamine D3 zorgt onder andere voor de calciumopname in de darm en regelt hierdoor mede de hoogte van de PTH-spiegel. Een tekort

Wat is bekend?

- De prevalentie van chronische nierschade is hoog, met name onder diabetespatiënten en patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico.
- Patiënten met chronische nierschade hebben vaak een verstoorde botmineraalhuishouding en daardoor een (extra) verhoogd risico op hart- en vaatziekten.
- De parathormoonspiegel is een goede indicator voor dit risico.
- Vitamine D kan het cardiovasculair risico wellicht beperken doordat het de botmineraalhuishouding verbetert.

Wat is nieuw?

- Patiënten met een verlaagde glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) hebben vaker dan verwacht een stoornis in de botmineraalhuishouding en daarmee een verhoogd cardiovasculair risico.
- In de huisartsenpraktijk zal het screenen van risicopatiënten op PTH, calcium, fosfaat en vitamine D zeer veel nieuwe kandidaten opleveren voor vitamine-D-suppletie.

Zorggroep De Ondernemende Huisarts, Postbus 704, 5600 AS Eindhoven: P.M.J.F. Huijbers, kaderhuisarts hart- en vaatziekten; J. Dijkmans, huisarts. Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Nijmegen: dr. W.J.C. de Grauw, huisarts. Radboudumc, afdeling Nierziekten: prof.dr. J.F.M. Wetzels, internist-nefroloog, hoogleraar Nefrologie. Catharina Ziekenhuis, afdeling Nierziekten, Eindhoven: dr. C.J.A.M. Konings, internist-nefroloog • Correspondentie: e.huijbers@doh-huisarts.nl
• Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Parathormoon
Een verhoogde concentratie parathormoon (PTH) in het bloed is vermoedelijk geassocieerd met verhoogde cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Patiënten met een verlaagde eGFR hebben vaak verhoogde PTH-waarden, maar in de eerste lijn is daar weinig onderzoek naar gedaan. Men mag verwachten dat de huisarts die patiënten met een verlaagde eGFR gaat screenen, veel patiënten met een verhoogd PTH zal vinden. Of het zin heeft die patiënten te behandelen voor een verhoogd cardiovasculair risico, staat nog ter discussie: de correlatie tussen de hoogte van het PTH en het cardiovasculaire risico is aangetoond, het nut van behandeling nog niet.

aan actief vitamine D3 kan het gevolg zijn van een tekort aan de inactieve vorm of van een stoornis in de hydroxylering. De kans op dat laatste stijgt bij een verminderde nierfunctie.

Hoewel er nog steeds discussie is over de noodzaak van vroegtijdige behandeling van deze metabole stoornissen, en met name over vitamine-D-suppletie bij secundaire hyperparathyreoïdie, lijkt daarmee wel het ontstaan van hart- en vaatziekten, en ook het overlijden hieraan, te kunnen worden voorkomen.[7-9] Vitamine-D-suppletie wordt aanbevolen in de transmurale afspraak.[3] De prevalentie van metabole stoornissen bij patiënten met een verlaagde eGFR in de eerste lijn is echter slechts sporadisch onderzocht.

Wij onderzochten de prevalentie van metabole stoornissen bij deze patiënten in de huisartsenpraktijk, bepaald aan de hand van PTH, calcium, fosfaat, albumine en vitamine D. Het onderzoek werd uitgevoerd bij patiënten met een niet-fysiologisch verlaagde eGFR die bij de huisarts bekend waren met diabetes mellitus type 2, een hart- en vaatziekte of een verhoogd vasculair risicoprofiel.

METHODE

Deelnemers

Wij verzamelden gegevens in 46 huisartsenpraktijken die samenwerken in zorggroep De Ondernemende Huisarts (DOH) in Zuidoost-Brabant, met een gezamenlijke patiëntenpopulatie van 104.683 in 2012. De zorggroep coördineert voor de deelnemende praktijken de zorg voor diabetespatiënten en voor patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico of een bekende hart- en vaatziekte (doorgemaakt hartinfarct, angina pectoris, TIA, CVA, perifeer vaatlijden, hartfalen, aneurysma abdominalis of cardiomyopathie). Conform de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement verricht de DOH bij deze patiënten jaarlijks bloedonderzoek naar lipidenspectrum, serumcreatinine, glucose, kalium en nierfunctie (met de MDRD-formule), en urineonderzoek op (micro) albuminurie. Vanaf 1 januari 2012 werden patiënten die bij minimaal twee bepalingen een niet-fysiologisch verlaagde e-GFR hadden in verhouding tot hun leeftijd, bovendien jaarlijks gescreend op stoornissen in de botmineraalhuishouding. Zoals bekend daalt de e-GFR met de leeftijd; de transmurale afspraak hanteert daarom leeftijdsafhankelijke grenswaarden. De screening volgde deze verdeling: patiënten ≤ 65 jaar werden gescreend bij een eGFR < 60 ml/min/1,73 m^2; patiënten > 65 jaar bij een eGFR < 45 ml/min/1,73 m^2.

Screening

De screening bestond aanvankelijk uit bloedonderzoek op calcium, fosfaat, PTH en albumine. Vanaf medio 2012 werd daaraan 25-hydroxycolecalciferol toegevoegd conform de toen uitgekomen regionale transmurale afspraak. Twee laboratoria die identieke referentiewaarden hanteerden, voerden de bepalingen uit. Als bovengrens voor de PTH-bepaling (intact-PTH-test van Abbott) hielden zij 7,0 pmol/l aan, waar de transmurale afspraak een bovenwaarde van 7,7 pmol/l aanhoudt.

Alle aanvangsbepalingen in dit onderzoek werden gedaan tussen 1 januari 2012 en 31 december 2013.

Analyse

De statistische analyse werd uitgevoerd door Meetpunt Kwaliteit te Eindhoven. In de onderzoekspopulatie werd de frequentie van screening op stoornissen in de botmineraalhuishouding en de proportie van waarden buiten het referentiegebied van de betreffende meting nagegaan. Getoetst werd of er verschillen waren tussen wel of niet gescreende patiënten en tussen patiënten met een wel of niet verhoogd PTH.

De analyses werden uitgevoerd met behulp van frequentieverdelingen, kruistabellen en het vergelijken van gemiddelden. Om na te gaan of de gevonden verschillen statistisch significant waren ($p < 0,05$), gebruikten we voor dichotome variabelen de chikwadraattoets en voor continue variabelen

Abstract

Huijbers PMJF, Dijkmans J, De Grauw WJC, Wetzels JFM, Konings CJAM. Disorders of calcium and phosphate homeostasis in chronic kidney disease. Huisarts Wet 2015;58(12):630-3.

BACKGROUND The prevalence of chronic kidney disease in general practice is high, and especially among patients with diabetes and patients with a raised cardiovascular risk. Chronic kidney disease increases the risk of cardiovascular diseases, in part because of disorders of calcium and phosphate metabolism. A raised concentration of parathyroid hormone (PTH) is an early sign of such disorders, and vitamin D supplementation is a potentially effective treatment. We investigated whether it is useful to screen patients with a low estimated glomerular filtration rate (eGFR) for disorders of calcium and phosphate homeostasis.

METHOD Observational study within the framework of a care programme involving 45 general practices in South-East Brabant (the Netherlands). In this programme, the renal function of patients with diabetes or an increased cardiovascular risk is monitored annually. In 2012, in accordance with national agreements, patients with a low eGFR (< 60 ml/min/1.73 m^2 in patients aged ≤ 65 years and < 45 ml/min/1.73 m^2 in patients aged ≥ 65 years) are eligible for screening of calcium and phosphate homeostasis, with a view to detecting abnormalities in PTH, calcium, phosphate, albumin, and vitamin D levels. We analysed the data for 2012.

RESULTS In 2012, 370 patients were screened and calcium and phosphate homeostasis was abnormal in 73% of these individuals: levels of PTH were raised in 60.3% of the patients, levels of vitamin D were low in 38%, levels of calcium were raised in 8%, and levels of phosphate were raised in 0.8%.

CONCLUSION Patients with a high-risk profile and a non-physiological decrease in eGFR have disorders of calcium and phosphate homeostasis more often than expected. A raised level of PTH is the most common abnormality. There is consensus that vitamin D supplementation, if necessary in consultation with a nephrologist, can diminish the cardiovascular risk of these patients. Screening patients with chronic kidney disease in general practice will substantially increase the number of treatments.

Tabel 1 Kenmerken van patiënten met risico op een stoornis in de botmineraalhuishouding en een verlaagde eGFR

	DM	Vasculair risico*	Hart- en vaatziekte†
Aantal patiënten	299	390	323
Gemiddelde leeftijd, jaren	77	68	79
Geslacht man, n (%)	110 (37%)	145 (37%)	135 (42%)
Gemiddelde eGFR, ml/min/1,73 m²	39	47	39
Rokers, n (%)	29 (10%)	49 (13%)	39 (12%)
Gemiddelde BMI (kg/m²)	28	28	27

* Risicoscore ≥ 10% en hypertensie of hypercholesterolemie, of een absolute indicatie tot medicamenteuze behandeling: systolische bloeddruk > 180 mmHg of TC/HDL-ratio > 8.
† Angina pectoris, hartinfarct, TIA, CVA, aneurysma abdominalis, perifeer vaatlijden of hartfalen.

eenwegvariantieanalyse. Voor de verdere analyse van de gegevens werden de drie groepen patiënten (diabetes, hart- en vaatziekte, vasculair risico) samengenomen.

RESULTATEN

Binnen de populatie van de zorggroep voldeden 16.162 patiënten aan de inclusiecriteria: 4036 patiënten met diabetes mellitus type 2, 5604 patiënten met een hart- en vaatziekte en 6522 patiënten met een verhoogd vasculair risico. In deze groep hadden 1012 patiënten (6,3%) een eGFR die te laag was voor hun leeftijd (< 60 ml/min/1,73 m² indien 65 jaar of jonger; < 45 ml/min/1,73 m² indien ouder dan 65 jaar). [**Tabel 1**] geeft de kenmerken van deze laatste subgroep.

[**Tabel 2**] toont de verdeling van risicopatiënten naar eGFR en leeftijdsgroep, en het aantal dat gescreend werd. Van de 1012 patiënten die in aanmerking kwamen, werden er in de onderzoeksperiode 370 (36,6%) gescreend op een stoornis in de botmineraalhuishouding. Dit was geen geselecteerde groep. In vergelijking met de niet-gescreende groep was de gemiddelde leeftijd iets hoger, waren er minder mannen en lag het percentage rokers iets lager. Verder werden er geen verschillen gevonden.

Bij 270 (73%) van de 370 onderzochte patiënten werd een stoornis in de botmineraalhuishouding vastgesteld. De meestvoorkomende afwijking was een verhoogd PTH. Dit betrof in totaal 60,3% van de gescreenden: 38,7% van de patiënten met een eGFR 45-60 ml/min/1,73 m², 66,8% van de patiënten met een eGFR van 30-45 ml/min/1,73 m² en 63,3% van de patiënten met een eGFR < 30 ml/min/1,73 m². Een verhoogd calcium (> 2,55 mmol/l) werd gevonden bij 8,1% van de gescreenden en een verlaagd vitamine D (< 50 nmol/l) werd gevonden bij 37,8% van de patiënten bij wie die bepaling werd verricht.

[**Tabel 3**] toont de kenmerken van de gescreende patiënten met of zonder verhoogd PTH, en de significante verschillen. De tabel laat zien dat een verhoogd PTH geassocieerd is met hogere leeftijd, lagere eGFR en vitamine-D-deficiëntie.

BESCHOUWING

Niet alle patiënten die in aanmerking kwamen, konden worden gescreend in het jaar dat ons onderzoek duurde, want de aanpassingen aan het oproepsysteem en de uitvoering zelf zijn tijdrovend. Wel is de gescreende groep representatief voor de nog niet gescreende patiënten en de grote lijn komt duidelijk naar voren.

Ons onderzoek toont aan dat de prevalentie van stoornissen in de bot- en mineraalhuishouding bij patiënten in de eerste lijn met een niet fysiologisch verlaagde eGFR hoog is. Een PTH > 7,0 pmol/l werd bij ruim 60% van de patiënten gevonden, een verlaagd vitamine D bij 38% (daarbij merken we overigens op dat we niet iedereen hebben kunnen screenen). Het PTH is vooral vaak verhoogd bij een niet-fysiologisch verlaagde eGFR. Zou men in een normpraktijk alle patiënten met een niet-fysiologisch verlaagde eGFR screenen, dan zou men ongeveer 22 patiënten met een verhoogd PTH vinden.

Vergelijking met ander onderzoek

In eerder Nederlands onderzoek naar de prevalentie van stoornissen in de botmineraalhuishouding bij 174 patiënten met CNS in de eerste lijn werd bij 40% een verhoogd PTH gevonden; wij vonden dat bij 60%.[10,11] Het betreffende onderzoek omvatte ook patiënten met een fysiologisch verlaagde eGFR (74% had een eGFR van 45-60 ml/min/1,73 m²); de gemiddelde eGFR was dan ook hoger dan in ons onderzoek (50 versus 40 ml/min/1,73 m²). Bovendien waren dit patiënten die aan een onderzoek deelnamen, terwijl ons onderzoek een retrospectieve analyse was.

Buiten Nederland vonden we geen onderzoek dat de eerste lijn betrof. Het best vergelijkbaar was een Noord-Amerikaans cross-sectioneel onderzoek naar metabole afwijkingen onder 1814 poliklinische patiënten met CNS stadium III-V, van wie 71% afkomstig uit eerstelijnspraktijken. In dit onderzoek werd bij 50% van de patiënten met een eGFR < 60 ml/min/1,73 m² een verhoogd PTH gevonden, iets minder dan de 60% in ons onderzoek. De gemiddelde eGFR in dit onderzoek was 40 ml/min/1,73 m², vergelijkbaar met onze bevindingen.[12]

In Amerikaans onderzoek buiten de eerste lijn, op basis van een screeningsprogramma in de algemene bevolking (Kidney Early Evaluation Program) en van epidemiologische gegevens (National Health and Nutrition Examination Survey), is aan-

Tabel 2 Verdeling van risicopatiënten naar eGFR en leeftijd, en aantal gescreenden, n (%)

	Leeftijd ≤ 65 jaar	Gescreend	Leeftijd > 65 jaar	Gescreend
Totaal	6423		9739	
eGFR < 60 ml/min/1,73 m²	342 (5,3%)		2496 (25,6%)	
45-60 ml/min/1,73 m² (nierschade stadium IIIa)	303	80 (26%)	1826	–*
30-45 ml/min/1,73 m² (nierschade stadium IIIb)	32	15 (47%)	544	226 (42%)
< 30 ml/min/1,73 m² (nierschade stadium IV-V)	7	0	126	49 (39%)

* Volgens de Landelijke Transmurale Afspraak Chronische nierschade komt deze groep niet in aanmerking voor een screening op metabole stoornissen.[3]

getoond dat bij een eGFR van 30 ml/min/1,73 m² het serumcalcium lager is en de concentraties fosfaat en PTH hoger zijn dan bij een eGFR van 60 ml/min/1,73 m².[13] Ander Amerikaans onderzoek heeft laten zien dat zowel dialysepatiënten als niet-dialysepatiënten met nierschade meer risico hebben op het ontstaan van of overlijden aan hart- en vaatziekten wanneer hun PTH-spiegel verhoogd is.[8,9]

Als de verhoogde PTH-spiegel het gevolg is van een tekort aan inactief vitamine D3 is de standaardbehandeling suppletie van inactief vitamine D (colecalciferol 1 ml à 50.000 IE, drie maanden lang eenmaal per week, daarna eenmaal per maand). De hyperparathyreoïdie kan echter ook het gevolg zijn van een stoornis in de hydroxylering, de PTH-spiegel blijft dan te hoog. In dat geval wordt de behandeling uitgebreid met suppletie van actief vitamine D3 (alfacalcidol of calcitriol 0,25 µg driemaal per week, maximale dosering 0,50 µg per dag). Beide behandelingen kunnen worden uitgevoerd in de eerste lijn, eventueel na consultatie van de specialist.[14] We moeten ons daarbij realiseren dat de vitamine-D-suppletie weliswaar wordt aanbevolen in de transmurale afspraak, maar dat er nog geen overtuigend bewijs is dat vroegtijdige behandeling door de huisarts de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit vermindert. Anderzijds heeft vitamine D een positief effect op veel aandoeningen:[15] het remt inflammatie, proliferatie, autoimmuunreacties en het renine-angiotensinesysteem, en het stimuleert differentiatie, afgifte van insuline en afweer tegen infecties. Onduidelijk is echter of suppletie van extra vitamine D ook deze effecten heeft. Omgekeerd lijkt er geen enkele reden te zijn om suppletie op indicatie te ontraden.

CONCLUSIE

Als huisartsen de aanbeveling in de transmurale afspraak opvolgen en patiënten met een verlaagde eGFR jaarlijks gaan screenen op metabole stoornissen, zullen zij bij zeer veel patiënten afwijkingen vinden. De testresultaten zullen vaak de vraag oproepen in hoeverre ze klinisch relevant zijn en hoe nu te handelen. Overleg met de nefroloog, eventueel via telenefrologie, kan daarbij behulpzaam zijn.

Er is op dit moment geen wetenschappelijk bewijs dat de behandeling van secundaire hyperparathyreoïdie in de huisartsenpraktijk het risico op hart- en vaatziekten reduceert, maar de gedachte lijkt wel logisch in het licht van de gevonden associaties.

Wij pleiten er dan ook voor, in navolging van de Landelijke Transmurale Afspraak Chronische nierschade, om patiënten met CNS en een verhoogd PTH in de eerste lijn te behandelen met colecalciferol en als dit onvoldoende effect heeft, met calcitriol. Daarbij is onderzoek nodig naar de langetermijneffecten van deze behandeling in relatie tot het optreden van hart- en vaatziekten. ■

Tabel 3 Kenmerken van de gescreende patiënten met een verlaagde eGFR (n = 370)

	PTH > 7 pmol/l	PTH normaal	Significant verschil
Aantal (% totaal)	223 (60%)	147 (40%)	
Diabetes mellitus type 2, n (%)	63 (28%)	38 (26%)	
Cardiovasculair risico, n (%)	160 (72%)	109 (74%)	
Leeftijd, jaren (SD)	78 (11)	72 (12)	p < 0,01
Gemiddelde eGFR, ml/min/1,73 m² (SD)	38 (8)	44 (9)	p < 0,01
eGFR, n (%)			
■ 45-60 ml/min/1,73 m²	31 (38%)	51 (62%)	p < 0,01
■ 30-45 ml/min/1,73 m²	161(64%)	90 (36%)	p < 0,01
■ < 30 ml/min/1,73 m²	31 (84%)	6 (16%)	p < 0,01
Geslacht man, n (%)	82 (37%)	50 (34%)	p < 0,01
Rokers, n (%)	20 (9%)	16 (11%)	
Gemiddelde BMI, kg/m² (SD)	29 (5) (SD)	29 (5)	
Vitamine D verlaagd, n (%)*	104 (49%)	36 (26%)	p < 0,01
Calcium verhoogd, n (%)	15 (7%)	15 (10%)	
Fosfaat verhoogd, n (%)	1 (1%)	2 (1%)	
Serumalbumine verlaagd, n (%)	5 (2%)	4 (3%)	

* De vitamine-D-bepaling is uitgevoerd bij 211, respectievelijk 137 patiënten.

LITERATUUR

1 Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium; Matsushita K, Van der Velde M, Astor BC, Woodward M, Levey AS, De Jong PE, et al. Association of estimated glomerular filtration rate and albuminuria with all-cause and cardiovascular mortality in general population cohorts: a collaborative meta-analysis. Lancet 2010;375:2073-81.
2 Sarnak MJ, Greene T, Wang X, Beck G, Kusek JW, Collins AJ, et al. The effect of a lower target blood pressure on the progression of kidney disease: long-term follow-up of the modification of diet in renal disease study. Ann Intern Med 2005;142:342-51.
3 De Grauw WJC, Kaasjager HAH, Bilo HJG, Faber EF, Flikweert S, Gaillard CAJM, et al. Landelijke Transmurale Afspraak Chronische nierschade. Huisarts Wet 2009;52:586-97.
4 Van der Meer V, Wielders HP, Grootendorst DC, De Kanter JS, Sijpkens YW, Assendelft WJ, et al. Chronic kidney disease in patients with diabetes mellitus type 2 or hypertension in general practice. Br J Gen Pract 201;60:884-90.
5 Hagstrom E, HellmanP, Larsson TE, Ingelsson E, Berglund L, Sundstrom J, et al. Plasma parathyroid hormone and the risk of cardiovascular mortality in the community. Circulation 2009;119:2765-71.
6 NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:14-28.
7 Melamed ML, Hellman P, Larsson TE, Ingelsson E, Berglund L, Sundstrom J, et al. Changes in serum calcium, phosphate, and PTH and the risk of death in incident dialysis patients: a longitudinal study. Kidney Int 2006;70:351-7.
8 Shoben AB, Rudser KD, De Boer IH, Young B, Kestenbaum B. Association of oral calcitriol with improved survival in nondialyzed CKD. J Am Soc Nephrol 2008;19:1613-9.
9 Kovesdy CP, Ahmadzadeh S, Anderson JE, Kalantar-Zadeh K. Association of activated vitamin D treatment and mortality in chronic kidney disease. Arch Intern Med 2008;168:397-403.
10 Scherpbier-de Haan ND. Optimising chronic kidney disease management in primary care [proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2013.
11 Scherpbier-de Haan ND, Vervoort GMM, Van Weel C, Mulder J, Wetzels JFM, De Grauw WJC. Abnormal serum parathyroid hormone, calcium or phosphate in patients with chronic kidney disease in primary care. Austin J Nephrol Hypertens 2014;1:1027.
12 Levin A, Bakris GL, Molitch M, Smulders M, Tian J, Williams LA, et al. Prevalence of abnormal serum vitamin D, PTH, calcium, and phosphorus in patients with chronic kidney disease: results of the study to evaluate early kidney disease. Kidney Int 2007;71:31-8.
13 Vassalotti JA, Uribarri J, Chen SC, Li S, Wang C, Collins AJ, et al.; Kidney Early Evaluation Program Investigators. Trends in mineral metabolism: Kidney Early Evaluation Program (KEEP) and the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004. Am J Kidney Dis 2008;51:S56-68.
14 Scherpbier-de Haan ND, Van Gelder VA, Van Weel C, Vervoort GMM, Wetzels JFM, De Grauw WJC. Initial implementation of a web-based consultation process for patients with chronic kidney disease. Ann Fam Med 2013;11:151-6.
15 Gezondheidsraad. Evaluatie van de voedingsnormen voor vitamine D. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012; publicatienr. 2012/15.

Marleen Smits, Yvonne Peters, Sanne Broers, Ellen Keizer, Michel Wensing, Paul Giesen

ONDERZOEK

Invloeden op de zorgconsumptie op de huisartsenpost

Samenvatting

Smits M, Peters Y, Broers S, Keizer E, Wensing M, Giesen P. Invloeden op de zorgconsumptie op de huisartsenpost. Huisarts Wet 2015;58(12):634-7.

INLEIDING Huisartsenpraktijken verschillen sterk in de mate waarin hun patiënten gebruikmaken van de huisartsenpost. Deze variatie in zorgconsumptie is deels te verklaren aan de hand van verschillen in populatiekenmerken, maar ook van praktijkkenmerken, zoals de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenpraktijk overdag. We hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen populatie- en praktijkkenmerken van de huisartsenpraktijk en de zorgconsumptie op de huisartsenpost.

METHODE We hebben een dubbelzijdig geblindeerd observationeel cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd in honderd huisartsenpraktijken, die zijn aangesloten bij vijf huisartsenposten verspreid over Nederland. Per huisartsenpost hebben we een selectie gemaakt van de tien huisartsen(praktijken) met de hoogste zorgconsumptie en de tien met de laagste zorgconsumptie per duizend patiënten. Via vragenlijsten, interviews met huisartsen, gegevensextracties en een belonderzoek hebben we praktijk- en populatiekenmerken verkregen. Om te onderzoeken welke praktijkkenmerken samenhangen met het zorggebruik op de huisartsenpost hebben we logistische regressieanalyses uitgevoerd (lage versus hoge zorgconsumptie), waarbij we hebben gecorrigeerd voor populatiekenmerken.

RESULTATEN De gemiddelde zorgconsumptie van de praktijken in de hogezorgconsumptiegroep verschilde een factor 1,8 met die in de lagezorgconsumptiegroep (369 versus 204 contacten per 1000 patiënten per jaar). Praktijken met meer jonge kinderen en allochtonen in hun patiëntenpopulatie en praktijken met een kortere afstand tot de huisartsenpost hadden een hogere zorgconsumptie, evenals praktijken met een langere wachttijd aan de telefoon en minder persoonlijke beschikbaarheid voor palliatieve patiënten. Ook was de zorgconsumptie op de huisartsenpost groter als praktijken meer diagnostische en therapeutische verrichtingen uitvoerden en gedurende meer dagdelen assistentes inzetten.

CONCLUSIE Behalve patiëntkenmerken hangen ook organisatiekenmerken van de huisartsenpraktijk samen met de zorgconsumptie op de huisartsenpost. Verbetering van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de praktijken overdag kan onnodig gebruik van de huisartsenpost verminderen.

Radboud Institute for Health Sciences, IQ healthcare, Radboudumc, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. M. Smits, postdoc-onderzoeker; Y. Peters MSc, onderzoeksmedewerker; S. Broers MSc, basisarts; E. Keizer MSc, junior onderzoeker; prof.dr. M. Wensing, hoogleraar implementatieonderzoek; dr. P. Giesen, huisarts, projectleider onderzoek huisartsenposten en spoedzorg • Correspondentie: marleen.smits@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van: Smits M, Peters Y, Broers S, Keizer E, Wensing M, Giesen P. Association between primary care practice characteristics and use of out-of-hours GP cooperatives. BMC Fam Pract 2015;16:52. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

INLEIDING

Een aanzienlijk deel van de patiënten op de huisartsenpost heeft laagurgente klachten die zouden kunnen wachten tot het spreekuur van de eigen huisarts. Onnodig gebruik van de huisartsenpost maakt de zorg duurder, want de kosten van een huisartsenconsult in de avond-, nacht- en weekenduren zijn hoger dan die binnen kantoortijden.[1]

Huisartsenpraktijken verschillen sterk in de mate waarin hun patiënten gebruikmaken van de huisartsenpost. Dit kan te maken hebben met verschillen in de gezondheid en het gedrag van de patiënten. Zo zal een praktijk met veel chronisch zieke patiënten een hoger zorggebruik hebben. Ook is bekend dat ouders van jonge kinderen,[2] allochtonen,[3,4] patiënten met een lage sociaaleconomische status[5,6] en patiënten die op korte afstand tot de zorg wonen[5,7] relatief vaak gebruikmaken van acute zorg, bijvoorbeeld op de spoedeisende hulp en huisartsenpost. De variatie in het gebruik van de huisartsenpost kan echter ook voortkomen uit verschillen in bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenpraktijken overdag.[8,9] Wanneer patiënten de praktijkassistente telefonisch niet kunnen bereiken kan het zijn dat zij 112 bellen of wachten tot de huisartsenpost opengaat. Bovendien zullen ze eerder elders hulp zoeken wanneer ze niet op korte termijn een afspraak in de huisartsenpraktijk kunnen krijgen. Er zijn in het buitenland onderzoeken gedaan naar de relatie tussen de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en het gebruik van acute zorg, maar de meeste daarvan zijn gebaseerd op zelfrapportage van patiënten en bovendien zijn de afstanden meestal groter dan in Nederland.[3,10-15] Wij wilden onderzoeken of naast populatiekenmerken ook aspecten van de organisatie van de huisartsenpraktijk overdag gerelateerd zijn aan de zorgconsumptie op de huisartsenpost.

Wat is bekend?

- Huisartsenpraktijken verschillen sterk in de mate waarin hun patiënten gebruikmaken van de huisartsenpost.
- Deze variatie in zorgconsumptie is deels te verklaren aan de hand van verschillen in populatiekenmerken, maar mogelijk ook van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenpraktijken.

Wat is nieuw?

- Huisartsenpraktijken met meer jonge kinderen en allochtonen in hun patiëntenpopulatie en praktijken met een kortere afstand tot de huisartsenpost hadden een hogere zorgconsumptie op de huisartsenpost.
- Patiënten maken vaker gebruik van de huisartsenpost als de telefonische wachttijd van de praktijk langer is en als de huisarts niet persoonlijk beschikbaar is voor palliatieve patiënten.

METHODE

Onderzoeksontwerp en -populatie

In het kader van ons cross-sectionele onderzoek keken we naar kenmerken van honderd huisartsenpraktijken, waarvan de ene helft een lage zorgconsumptie op de huisartsenpost had en de andere helft een hoge consumptie. De praktijken waren aangesloten bij vijf huisartsenposten, verspreid over Nederland. Per huisartsenpost selecteerden we de tien praktijken met de hoogste en de tien praktijken met de laagste zorgconsumptie. Het onderzoek was dubbel geblindeerd: de onderzoekers en huisartsen wisten tijdens de gegevensverzameling niet of de praktijk in de groep met een hoge of in de groep met een lage zorgconsumptie viel.

Procedure

Onderzoekers brachten een bezoek aan de honderd huisartsenpraktijken. Ze gebruikten verschillende meetinstrumenten, zoals vragenlijsten, interviews met huisartsen en gegevensextracties uit het huisartsinformatiesysteem. Ook vond een belonderzoek plaats, waarbij we de praktijken op tien verschillende momenten op het reguliere nummer belden. De afstand tot de huisartsenpost en het percentage allochtone patiënten hebben we verkregen via de website van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) op basis van postcodes.

We hebben de gegevens verzameld tussen augustus 2011 en november 2012. De zorgconsumptiecijfers waren gebaseerd op één kalenderjaar (2010 of 2011). De patiënt- en zorgkenmerken hadden betrekking op dezelfde periode, behalve het belonderzoek, dat we acht tot elf maanden later hebben uitgevoerd.

Statistische analyse

De onderzoekseenheid was de huisartsenpraktijk, omdat de zorgconsumptiecijfers op dat niveau waren geregistreerd. Wanneer een huisartsenpraktijk meer dan een huisarts telde (n = 25), zijn de scores op de kenmerken van de afzonderlijke huisartsen gemiddeld. Aantallen contacten, verrichtingen en werkdagen hebben we getransformeerd tot aantallen per duizend patiënten. In de vergelijkende analyses was de afhankelijke variabele dichotoom: lage of hoge zorgconsumptie. De onafhankelijke variabelen waren populatie- en praktijkkenmerken. Verschillen in populatiekenmerken hebben we getoetst met t-toetsen. Verschillen in praktijkkenmerken hebben we getoetst met logistische regressieanalyses, waarbij we hebben gecorrigeerd voor drie populatiekenmerken: 1) de afstand van de praktijk tot de huisartsenpost, 2) het percentage patiënten tussen 0 en 4 jaar, en 3) het percentage allochtonen. De gegevens hebben we met behulp van IBM SPSS 20 geanalyseerd. We beschouwden verschillen als significant bij $p < 0{,}05$.

RESULTATEN

Zorgconsumptie

De zorgconsumptie op de huisartsenpost in de lageconsumptiegroep varieerde van 94 tot 333 contacten per 1000 patiënten per jaar. In de hogeconsumptiegroep lag deze tussen 277 en 539. In de laatste groep was de gemiddelde zorgconsumptie 1,8 keer hoger dan die in de lageconsumptiegroep (369 versus 204 contacten per 1000 patiënten per jaar; $p < 0{,}001$).

Foto: Joost van den Broek/HH

Kenmerken van de patiëntenpopulatie

In praktijken met een hoge zorgconsumptie op de huisartsenpost was het gemiddelde percentage allochtonen (27,7%) en kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar (5,6%) hoger dan in de praktijken met een lage zorgconsumptie (respectievelijk 9,8% en 4,8%). Bovendien lagen de praktijken met een hoge zorgconsumptie dichter bij de huisartsenpost (gemiddeld 3,4 km) dan praktijken met een lage zorgconsumptie (13,4 km) [**tabel**].

Telefonische bereikbaarheid

De telefonische wachttijd in de praktijk overdag was langer in de hogeconsumptiegroep (gemiddeld: 1,97 minuten; mediaan: 0,88 minuten) dan in de lageconsumptiegroep (gemiddeld: 1,04 minuten; mediaan: 0,41 minuten). Het aantal telefoonlijnen en het aantal uren waarop persoonlijk telefonisch contact mogelijk was met een assistente (geen antwoordapparaat) waren niet gerelateerd aan de zorgconsumptie op de huisartsenpost [**tabel**].

Beschikbaarheid voor afspraken

Huisartsen in praktijken met een hoge zorgconsumptie op de huisartsenpost waren minder vaak persoonlijk beschikbaar voor palliatieve patiënten (49%) dan huisartsen in praktijken met een lage zorgconsumptie (83,7%). Bovendien waren er meer niet-significante trends die duidden op een beperktere beschikbaarheid van de hogeconsumptiegroep dan de lageconsumptiegroep: langere wachttijden voor niet-spoedconsulten (1,02 versus 0,78 dagen), een beperktere mogelijkheid tot een consult na 17.00 uur (15,7% versus 28,6%), minder vaak een telefonisch spreekuur (45,1% versus 63,3%) en minder vaak geopend tijdens vakanties (31,3% versus 54,5%) [**tabel**].

Tabel Patiënt- en praktijkkenmerken en samenhang met zorgconsumptie op de huisartsenpost

Variabele	Lage consumptie		Hoge consumptie			
	Gemiddelde (of %)	Spreiding	Gemiddelde (of %)	Spreiding	Oddsratio	95%-BI
Kenmerken patiëntenpopulatie						
■ Percentage allochtonen*	9,8	1,6-26,4	27,7	3,8-82,2	–	–
■ Percentage patiënten tussen 0 en 4 jaar†	4,8	2,5-9,7	5,6	3,0-9,9	–	–
■ Afstand praktijk tot huisartsenpost (km)*	13,4	3,0-30,8	3,4	0,9-11,0	–	–
Telefonische bereikbaarheid						
■ Telefonische wachttijd (minuten), gemiddelde†	1,04	0-10	1,97	0-10	1,26	1,09-1,46
■ Telefonische wachttijd (minuten), mediaan*	0,41	0-10	0,88	0-10	–	–
■ Assistente aan de telefoon (uur/week)	36,1	9-45	35,3	14-45	1,06	0,97-1,15
■ Telefoonlijnen (per 1000 patiënten)	1,3	0,3-4,6	1,4	0,4-6,4	1,51	0,44-5,25
Beschikbaarheid voor afspraken						
■ Wachttijd voor niet-urgente afspraak (dagen)	0,76	0-5	1,02	0-5	1,54	0,67-3,53
■ Afspraak na 17.00 uur mogelijk	28,6%	–	15,7%	–	0,42	0,08-2,05
■ Telefonisch spreekuur	63,3%	–	45,1%	–	0,26	0,05-1,34
■ Geopend tijdens vakanties (met waarneming)	54,5%	–	31,3%	–	0,42	0,08-2,33
■ Persoonlijk beschikbaar voor palliatieve patiënten‡	83,7%	–	49,0%	–	0,22	0,06-0,76
■ Spreekuren per huisarts per week (per 1000 patiënten)	11,1	2,0-30,2	12,6	5,1-24,1	0,98	0,81-1,17
Kenmerken huisarts						
■ Leeftijd (jaren)	51,9	34-63	53,6	36-65	1,00	0,89-1,12
■ Geslacht: vrouw	12,2%	–	17,6%	–	2,38	0,19-30,07
■ Jaren werkzaam als huisarts	19,8	5-34	21,6	3-39	1,00	0,92-1,09
■ Werktevredenheid (rapportcijfer 1-10)	7,8	7-9	8,0	4-10	2,41	0,80-7,23
■ Hoge ervaren werkdruk	53,1%	–	74,5%	–	2,18	0,40-11,90
■ Patiënten aanspreken bij onnodig contact HAP	18,8%	–	25,5%	–	1,29	0,21-7,86
Algemene organisatie						
■ Solopraktijk	65,3%	–	52,9%	–	0,95	0,19-4,85
■ Praktijkgrootte (aantal patiënten)	2459	464-4103	2511	1295-4556	1,00	1,00-1,00
■ Training in telefonische triage	16,7	–	35,3	–	1,87	0,39-8,98
■ Aantal contacten: (telefonische) consulten + visites (per patiënt)	4,4	1,7-10,7	5,2	2,3-8,4	1,44	0,85-2,44
■ Aantal verrichtingen (per 1000 patiënten)[b†]	74,4	5,1-304,8	119,6	4,4-935,4	1,02	1,01-1,04
Personele bezetting (halve dagen per week, per 1000 patiënten)						
■ Huisartsen	4,1	2,1-8,8	4,2	1,9-10,5	1,34	0,66-2,75
■ Praktijkassistentes‡	4,9	2,1-14,4	5,5	2,7-11,0	1,71	1,07-2,73
■ Praktijkondersteuner ggz	0,2	0,0-5,2	0,3	0,0-4,2	4,61	0,35-61,24
■ Praktijkondersteuner somatiek	1,1	0,0-5,2	1,6	0,0-4,7	2,07	0,99-4,32
■ Huisartsen in opleiding	0,5	0,0-3,1	0,5	0,0-3,9	0,94	0,38-2,40

*$p < 0,001$; † $p < 0,01$; ‡ $p < 0,05$.

[a] *Oddsratio's gecorrigeerd voor: 1) afstand van de praktijk tot de huisartsenpost, 2) percentage patiënten tussen 0 en 4 jaar en 3) percentage allochtonen.*

[b] *Som van zes diagnostische en therapeutische verrichtingen: spirometrie, ecg, dopplertest, tapen, spiraal en chirurgie.*

Kenmerken en werkstijl huisartsen

De huisartsen in beide groepen verschilden niet van elkaar in leeftijd, geslacht, aantal jaren werkervaring, werktevredenheid, ervaren werkdruk en het aanspreken van patiënten op onnodig gebruik van de huisartsenpost. Wel voerden huisartsen in de hogeconsumptiegroep meer diagnostische en therapeutische verrichtingen uit per 1000 patiënten (119,6) dan huisartsen in de lageconsumptiegroep (74,4) [**tabel**].

Algemene organisatie van de praktijk

In praktijken met een hoge zorgconsumptie werkten praktijkassistentes gemiddeld meer dagdelen in de week (5,2 halve dagen) dan in de lageconsumptiegroep (4,8 halve dagen). De groepen verschilden niet van elkaar in de personele bezetting van huisartsen, huisartsen in opleiding en praktijkondersteuners, en evenmin in praktijkgrootte, praktijktype (solo of meer huisartsen) en training in telefonische triage [**tabel**].

BESCHOUWING

Huisartsenpraktijken met meer jonge kinderen en allochtonen in hun patiëntenpopulatie, en praktijken met een kortere afstand tot de huisartsenpost hadden een hogere zorgconsumptie op de huisartsenpost. Onze hypothese was dat een beperktere bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenpraktijken overdag ook zou samenhangen met een hoge zorgconsumptie. Een aantal van onze bevindingen bevestigt

deze hypothese. Patiënten maakten meer gebruik van de huisartsenpost als de huisartsenpraktijken langere telefonische wachttijden hadden en als de huisartsen niet persoonlijk beschikbaar waren voor palliatieve patiënten. Bovendien waren er verschillende niet-significante, maar wel relevante trends, zoals langere wachttijden voor niet-spoedconsulten in de hogeconsumptiegroep, een kleinere mogelijkheid tot een consult na 17.00 uur, minder frequent een telefonisch spreekuur en minder vaak geopend zijn tijdens vakanties. Verder was de zorgconsumptie op de huisartsenpost hoger in praktijken waar huisartsen veel diagnostische en therapeutische verrichtingen uitvoerden. De hogere personele bezetting van doktersassistentes in deze praktijken lijkt hiermee samen te hangen. Dit kan erop wijzen dat de gezondheidstoestand van de patiënten in deze praktijken minder goed was. We beschikten wat dit betreft helaas niet over betrouwbare gegevens. Het gedrag van de huisartsen kan echter ook een belangrijke rol spelen: door medische verrichtingen uit te voeren bevestigen de huisartsen wellicht de noodzaak van een consult en stimuleren zij de patiënt om in de toekomst weer medische hulp te zoeken.

Onze resultaten liggen in lijn met bevindingen uit buitenlandse onderzoeken naar de zorgconsumptie op de spoedeisende hulp.[3,10-15] Vanwege de uitgebreidheid en de intensiteit van de gegevensverzameling, waarbij alle huisartsenpraktijken door de onderzoekers zijn bezocht, was het niet mogelijk om meer dan honderd praktijken in het onderzoek te betrekken. Met honderd onderzoekseenheden is de statistische *power* echter relatief laag. Mogelijk zouden we bij een onderzoek met een groter aantal huisartsenpraktijken meer significante relaties vinden.

We hebben geen causale verbanden aangetoond, maar associaties. Bij toekomstige onderzoeken zou het causale effect van verbeteringen van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg overdag kunnen worden getest, bij voorkeur in de vorm van een *randomised controlled trial*. Zo zouden huisartsenpraktijken kunnen experimenteren met het verbeteren van de telefonische bereikbaarheid overdag, bijvoorbeeld door een continu open telefoonlijn en meer assistentes aan de telefoon. Wanneer dit niet mogelijk is, kan opschaling door een gezamenlijke telefonische triage met meer praktijken, op HAGRO- of huisartsenpostniveau een oplossing zijn. Tevens zouden huisartsen meer persoonlijke continuïteit kunnen bieden, vooral voor palliatieve patiënten. Van alle contacten met de huisartsenpost betreft weliswaar slechts een klein percentage palliatieve zorg, maar mogelijk speelt hier een indirect effect: wanneer deze huisartsen in de dagelijkse praktijk voor andere patiënten ook meer persoonlijke continuïteit in de zorg bieden, wachten patiënten met hun hulpvraag liever tot het spreekuur van de eigen huisarts.

CONCLUSIE

Naast patiëntkenmerken hangen organisatiekenmerken van de huisartsenpraktijk samen met een intensiever gebruik van de huisartsenpost. Het verbeteren van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg overdag kan een positieve invloed hebben op het doelmatig gebruik van de huisartsenpost. ■

LITERATUUR

1 Giesbers S, Smits M, Giesen P. Zelfverwijzers jagen zorgkosten op. Med Contact 2011;66:587-9.
2 Verheij R, Van den Hoogen H. Vooral kinderen op de huisartsenpost. Huisarts Wet 2006;49:233.
3 Lowe R, Localio A, Schwarz D, Williams S, Tuton L, Maroney S, et al. Association between primary care practice characteristics and emergency department use in a medicaid managed care organization. Med Care 2005;43:792-800.
4 Padela A, Punekar I. Emergency medical practice: advancing cultural competence and reducing health care disparities. Acad Emerg Med 2009;16:69-75.
5 Zielinski A, Borgquist L, Halling A. Distance to hospital and socioeconomic status influence secondary health care use. Scand J Prim Health Care 2013;31:83-8.
6 Hunt K, Weber E, Showstack J, Colby D, Callaham M. Characteristics of frequent users of emergency departments. Ann Emerg Med 2006;48:1-8.
7 Lee J, Sung J, Ward W, Fos P, Lee W, Kim J. Utilization of the emergency room: impact of geographic distance. Geospat Health 2007;1:243-3.
8 Kellerman A, Weinick R. Emergency departments, medicaid costs, and access to primary care – understanding the link. N Eng J Med 2012;366:2141-3.
9 Giesen P, Hammink A, Mulders A, Oude Bos A. Te snel naar de huisartsenpost. Med Contact 2009;64:239-43.
10 Rust G, Ye J, Baltrus P, Daniels E, Adesunloye B, Fryer GE. Practical barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. Arch Intern Med 2008;168:1705-10.
11 Harris M, Patel B, Bowen S. Primary care access and its relationship with emergency department utilization: an observational, cross-sectional, ecological study. Br J Gen Pract 2011;6:e787-93.
12 Cowling T, Harris M, Watt H, Gibbons D, Majeed A. Access to general practice and visits to accident and emergency departments in England: cross-sectional analysis of a national patient survey. Br J Gen Pract 2014;64:e434-9.
13 Baker R, Bankart MJ, Rashid A, Banerjee J, Conroy S, Habiba M, et al. Characteristics of general practices associated with emergency-department attendance rates: a cross-sectional study. BMJ Qual Saf 2011;20:953-8.
14 Zhou Y, Abel G, Warren F, Roland M, Campbell J, Lyratzopoulos G. Do difficulties in accessing in-hours primary care predict higher use of out-of-hours GP services? Evidence from an English National Patient Survey. Emerg Med J 2015;32:373-8.
15 Cowling T, Cecil EV, Soljak MA, Lee JT, Millett C, Majeed A, et al. Access to primary care and visits to emergency departments in England: a cross-sectional, population-based study. PLoS One 2013;8:e66699.

Ria Jochemsen-van der Leeuw, Margreet Wieringa-de Waard, Nynke van Dijk

De huisartsopleider als positief rolmodel

Samenvatting

Jochemsen-van der Leeuw HGA, Wieringa-de Waard M, Van Dijk N. De huisartsopleider als positief rolmodel. Huisarts Wet 2015;58(12):638-40.

In de opleidingspraktijk is de huisartsopleider een rolmodel voor de aios. Dat is hij echter niet alleen in het kader van de opleiding zelf, maar ook tijdens de patiëntenzorg, in de praktijkorganisatie en zelfs in persoonlijke aangelegenheden. Veel opleiders zijn zich er niet van bewust dat zij ook dan een rolmodel zijn, en dat kan leiden tot overdracht van negatief rolmodelgedrag op de aios. De eerste auteur onderzocht in haar proefschrift welke eigenschappen kenmerkend zijn voor een positief rolmodel, en bij welke eigenschappen de informatieoverdracht het best verloopt. In de keten van onderwijs naar opleider naar aios naar patiënt blijkt informatie – in de vorm van kennis, houding, vaardigheden – niet altijd netjes, gelijkelijk en stapsgewijs te worden overgedragen zoals het ideaal wil. Daarom is er winst te behalen door in het onderwijs aan huisartsopleiders meer aandacht te besteden aan positief rolmodelgedrag en aan de specifieke factoren die de overdracht naar aios beïnvloeden. Ook feedback op het rolmodelgedrag levert een positieve bijdrage.

INLEIDING

Het onderwijs aan huisartsopleiders wordt gegeven in de verwachting dat zij het geleerde in de opleidingspraktijk toepassen en bespreken, en het op die manier doorgeven aan aios.[1] De opleiders fungeren daarmee als rolmodel voor de aios, die hun gedrag observeren, overnemen en vervolgens zelf toepassen in het contact met de patiënt.[2,3] De verwachting hierachter is dat informatie trapsgewijs, als een cascade, omlaag stroomt van het onderwijs via de opleider en de opleidingspraktijk naar de aios, en vandaar naar de patiënt. De opleider is echter niet alleen tijdens de onderwijsmomenten een rolmodel, maar juist ook wanneer hij of zij met andere dingen bezig is dan opleiden, bijvoorbeeld wanneer de focus ligt op patiëntenzorg, praktijkorganisatie of zelfs persoonlijke zaken.[3]

Op momenten dat de opleider zich er niet van bewust is als rolmodel geobserveerd te worden, bestaat het gevaar dat hij niet alleen positief, maar ook negatief rolmodelgedrag vertoont en dat de aios dat laatste overneemt.[2-4] Opleiders die gezien worden als excellente rolmodellen zijn zich er dan ook voortdurend van bewust dat zij een rolmodel zijn.[5]

Huisartsopleiding AMC-UVA, Amsterdam, Postbus 22700, 1100 DE, Amsterdam: dr. H.G.A. Jochemsen-van der Leeuw, huisarts, stafdocent; prof.dr. M. Wieringa-de Waard, emeritus hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. N. van Dijk, senior onderzoeker, hoofd van de onderzoeksgroep Kwaliteit van Onderwijs en Opleiding • Correspondentie: h.g.jochemsen@amc.uva.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Deze beschouwing is een verkorte versie van Jochemsen-van der Leeuw HGA. Role modeling in clinical practice: a whirlpool around master and apprentice in lifestyle interventions for obesity in general practice [proefschrift]. Amsterdam: AMC-UvA, 2014.

PROBLEEMSTELLING

In het proefschrift *Role modeling in clinical practice* beschrijven we de resultaten van onderzoek naar de volgende vragen:

- Kunnen positief en negatief rolmodelgedrag van elkaar worden onderscheiden en zijn er eigenschappen die dit onderscheid karakteriseren?
- Is een huisartsopleider zich ervan bewust dat hij of zij altijd en overal een rolmodel voor de aios is en dat de aios voorbeeldgedrag, positief of negatief, overneemt?
- Kan het rolmodelgedrag van de opleider zo nodig verbeterd worden door het aangeboden onderwijs?

ONDERZOEKSRESULTATEN

Op basis van een systematisch literatuuronderzoek stelden we een lijst van zeventien eigenschappen samen die kenmerkend zijn voor een positief rolmodel [**tabel**].[6,7] Met deze Role Model Apperception Tool (RoMAT) kunnen aios het rolmodelgedrag van hun opleiders beoordelen. In praktijktests is de RoMAT onderscheidend en betrouwbaar gebleken. De RoMAT onderscheidt drie typen eigenschappen die een positief rolmodel moet hebben, de 3 H's. Hoofd staat voor de vaardigheden als docent, Hart staat voor persoonlijke kwaliteiten en Hands-on staat voor het toepassen van klinische expertise in de dagelijkse patiëntenzorg. Dit overzicht bevestigt dat aios hun opleiders juist ook buiten de onderwijsmomenten als rolmodel zien. Aios die de lijst invulden, gaven de laagste score aan het rolmodelbewustzijn van hun opleiders.

Om vast te stellen of onderwijs aan huisartsopleiders het rolmodelgedrag kan verbeteren, hebben we op basis van eerder onderzoek een onderwijsinterventie ontwikkeld en geëvalueerd waarin een medisch en een onderwijskundig onderwerp werden gecombineerd. In genoemd onderzoek bleek dat zo'n combinatie tijd bespaart en bovendien de motivatie verhoogt.

De kern

- De huisartsopleider fungeert als rolmodel voor de aios. Opleiders die zich daarvan bewust zijn, tonen meer positief rolmodelgedrag.
- Een positief rolmodel verenigt kwaliteiten als persoon, arts en docent. Deze kenmerken worden samengevat in de Role Model Apperception Tool (RoMAT).
- De informatiestroom van onderwijs via opleiders naar aios en patiënt verloopt niet per se trapsgewijs (als een cascade) maar eerder grillig (als een draaikolk).
- De kennisoverdracht in de opleidingspraktijk is onder andere afhankelijk van de interactie tussen opleider, aios en patiënt en van de mogelijkheid het geleerde direct te implementeren.
- Door factoren als deze te gebruiken als aandachtspunten zou de effectiviteit van het onderwijs aan huisartsopleiders verhoogd kunnen worden.

De docentvaardigheden van klinische opleiders in de praktijk verbeterden inderdaad, maar voor het rolmodelgedrag was dit nog niet bekend.[1,8]

Onze onderwijsinterventie bestond uit een medisch deel, de behandeling van obesitas, en een onderwijskundig deel, het kijken naar de eigen attitude en voorbeeldgedrag. We evalueerden het onderwijsdeel door de opleiders, die de training gevolgd hadden, en hun aios, die niet bij de training waren geweest, een kennistoets en een attitudelijst te laten invullen. Het rolmodelgedrag evalueerden we door de aios voor en na de training de RoMAT te laten invullen over hun eigen opleider. Uit deze drie evaluaties bleek dat alleen de medische kennis van de opleiders was toegenomen. De attitude en het rolmodelgedrag van de opleiders veranderden niet. Ook de kennis en de attitude van de aios verbeterden niet.[9]

Rolmodelgedrag is dus niet zo eenvoudig te verbeteren en kennis vloeit niet zo automatisch cascadegewijs naar de aios als verwacht. Om er achter te komen welke factoren van invloed zijn op deze overdracht, hebben we de huisartsopleiders en hun aios gevraagd naar de redenen waarom het in de training geleerde al dan niet werd toegepast of doorgegeven in de opleidingspraktijk. Vooral de enthousiasmering die van het onderwijs uitgaat, het bewustzijn een rolmodel te zijn, de interactie tussen opleider, aios en patiënt, de toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk en de mate waarin het onderwerp aansluit bij de fase van opleiding en praktijkvoering bleken van belang.[10]

CONSEQUENTIES VOOR DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

Het is te verwachten dat het onderwijs aan opleiders effectiever zal worden als we de zojuist geïdentificeerde factoren vertalen naar de volgende aandachtspunten.

Bewustwording

Opleiders kunnen alleen een positief rolmodel zijn als ze zich ervan bewust worden dat ze overal en altijd een rolmodel zijn en weten welke gedragingen gezien worden als positief rolmodelgedrag. De RoMAT kan hierbij een hulpmiddel zijn. Vervolgonderzoek met de RoMAT heeft inmiddels laten zien dat opleiders beter gaan functioneren als rolmodel wanneer ze persoonlijk feedback krijgen van de aios.[11]

Omdat aios vaak worden ingezet als begeleider van coassistenten, kunnen ze dit rolmodelbewustzijn al vroeg ontwikkelen door de coassistent, bijvoorbeeld met behulp van de RoMAT, feedback te laten geven op hun rolmodelgedrag.

Amplificatie

De opbrengst van onderwijsinterventies die gericht zijn op het versterken van positief rolmodelgedrag kan worden vergroot door een onderwerp te kiezen dat belangrijk is voor de gezondheid van de patiënt. Extra aansprekend is een onderwerp dat, liefst in dezelfde periode, deel uitmaakt van het curriculum van de aios. Ook helpt het als de docent die het onderwijs geeft, enthousiast en kundig is, en zelf als positief rolmodel voor de opleider fungeert. Bij voorkeur wordt het onderwijs ondersteund met materiaal dat eenvoudig toegankelijk is voor de opleider en de aios, en dat bruikbaar is in het consult met de patiënt. Oefenen met collega-opleiders hoe het geleerde over te dragen op de aios versterkt de effectiviteit van deze overdracht in de opleidingspraktijk.

Tabel Role Model Apperception Tool (RoMAT)

De 3 H's	Eigenschappen die een positief rolmodel karakteriseren
Hoofd	positieve houding
	begrip, vertrouwen en respect
	toegankelijkheid
	rolmodelbewustzijn
	inspireert tot leren
	gerichtheid op leerbehoefte en groei
Hart	vriendelijk
	geduldig
	eerlijk en integer
	zelfvertrouwen
	leiderschapskwaliteiten
Hands-on	empathie
	enthousiasme
	goede communicatie
	goed contact met zorgverleners
	zeer goed in klinisch redeneren
	professioneel in moeilijke klinische situaties

Toepasbaarheid

Onderwijs beklijft alleen als het meteen, liefst de volgende morgen, in de praktijk geïmplementeerd en vervolgens in de dagelijkse gang van zaken in de opleidingspraktijk geïntegreerd kan worden. Mogelijkheden hiervoor kunnen het best besproken worden met collega-opleiders. Het trainingsprogramma moet daarom ruimte bieden om de implementatie, integratie en overdracht op aios te bespreken met collega-opleiders. Andere middelen om de effectiviteit van het onderwijs aan de opleiders te vergroten, zijn het combineren van onderwerpen en het gebruiken van verschillende werkvormen.

De overdracht wordt ook effectiever als de opleider leert 'hardop te denken', zodat het rolmodel zijn impliciete handelen expliciet maakt voor de aios. Het onderwijs aan opleiders zou daar aandacht aan moeten besteden.

Abstract

Jochemsen-van der Leeuw HGA, Wieringa-de Waard M, Van Dijk N. The general practitioner as positive role model. Huisarts Wet 2015;58(12):638-40.

The general practitioner is a role model for GP trainees during their GP placement, not only with regard to education but also with regard to patient care, practice organization, and personal aspects. Many clinical trainers are not aware that they function as role model, which can lead to them passing on negative behaviour to trainees. In her PhD thesis, the first author investigated the characteristics of a positive role model, and which characteristics facilitate the best transfer of information. After educating GP trainees, information – in the form of knowledge, attitude, and skills – is not always passed from clinical trainer to trainees to patient in an ideal ordered fashion. This is why, during the training of GP trainers, it would be a good idea to pay attention to the positive behaviour of role models and to factors that influence knowledge transfer to trainees. In addition, it is also helpful to provide feedback on role model behaviour.

To look, to see, to be...

Interactie

De interactie tussen opleider, aios en patiënt is een belangrijke factor in de overdracht. Zij kan deze versterken, of juist verzwakken door als een filter te werken. Als de opleider een nascholing over de behandeling van overgewicht heeft gevolgd en de aios komt de volgende dag met een vraag over een obese patiënt, dan wordt het geleerde al snel overgedragen. Worden de gedachten van de aios echter in beslag genomen door een palliatieve patiënt, dan is die overdracht minder waarschijnlijk.

Leren door observatie is een krachtig onderwijsmiddel. Aios meten het rolmodelgedrag van hun opleiders vooral af aan hoe de opleiders hun patiënten behandelen. Dat zijn bij uitstek momenten waarop de opleider zich concentreert op de patiënt en zich er niet van bewust is een rolmodel te zijn. Als opleider en aios feedback vragen aan elkaar en ook aan anderen met wie zij samenwerken, zoals in multi-source feedback, groeit het bewustzijn van rolmodelgedrag en wordt positief rolmodelgedrag versterkt.

Overdracht

Voor de gehele huisartsopleiding is het van belang een continu leerproces op gang te houden zodat de overdracht van kennis en gedrag optimaal blijft. Dat begint bij het onderwijs aan opleiders, waarin de overdracht versterkt kan worden door de docenten te trainen zodat zij opleiders kunnen enthousiasmeren en als rolmodel voor de opleiders kunnen dienen. Door vervolgens opleiders en aios samen te trainen en daarbij oog te hebben voor de behoeften van de aios kunnen filters worden omzeild en de onderlinge informatie-uitwisseling kan worden vergroot.[12]

CONCLUSIES

Een speciaal ontwikkelde training voor huisartsopleiders leidde niet tot verbetering van hun rolmodelgedrag, wel tot kennistoename. Ook werd het geleerde niet aantoonbaar overgedragen op de aios. De overdracht tussen opleider en aios wordt beïnvloed door een aantal factoren, waaronder de interactie tussen opleider, aios en patiënt en de mogelijkheid het geleerde direct te implementeren. Op elk overdrachtsmoment in de informatiestroom van docent via opleider naar aios en in de dagelijkse praktijk werken deze factoren als filters die de effectiviteit van het aangeboden onderwijs aantasten. Deze factoren beïnvloeden elkaar wederzijds, wat doet vermoeden dat de informatieoverdracht vanuit het onderwijs via de opleider naar de aios en uiteindelijk de patiënt niet zozeer het model volgt van een cascade als wel het model van een draaikolk, waarin verschillende stromingen de overdracht steeds van richting doen veranderen.

Door deze draaikolk van alle kanten tegelijk te beïnvloeden kan de invloed van onderwijs op het rolmodelgedrag van de opleider en daarmee de overdracht naar aios en de dagelijkse praktijk vergroot worden. De in dit artikel geïdentificeerde aandachtspunten kunnen daarbij helpen. ■

LITERATUUR

1 Steinert Y, Mann K, Centeno A, Dolmans D, Spencer J, Gelula M, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. Med Teach 2006;28:497-526.
2 Passi V, Johnson S, Peile E, Wright S, Hafferty F, Johnson N. Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. Med Teach 2013;35:e1422-36.
3 Maudsley RF. Role models and the learning environment: Essential elements in effective medical education. Acad Med 2001;76:432-4.
4 Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Role modeling: Making the most of a powerful teaching strategy. BMJ 2008;336:718-21.
5 Wright SM, Carrese JA. Excellence in role modeling: insight and perspectives from the pros. CMAJ 2002;167:638-43.
6 Jochemsen-van der Leeuw HGA, Van Dijk N, Van Etten-Jamaludin FS, Wieringa-de Waard M. The attributes of the clinical trainer as a role model: a systematic review. Acad Med 2013;88:26-34.
7 Jochemsen-van der Leeuw HGA, Van Dijk N, Wieringa-de Waard M. Assessment of the clinical trainer as a role model; a role model apperception tool (RoMAT). Acad Med 2014;89:671-7.
8 Karg A, Boendermaker PM, Brand PL, Cohen-Schotanus J. Integrating continuing medical education and faculty development into a single course: Effects on participants' behaviour. Med Teach 2013;35:e1594-7.
9 Jochemsen-van der Leeuw HGA, Van Dijk N, De Jong W, Wieringa-de Waard M. Educating the clinical trainer: Professional gain for the trainee? A controlled intervention study in General Practice. Perspect Med Educ 2014;3:455-73.
10 Jochemsen-van der Leeuw HGA, Buwalda N, Wieringa-de Waard M, Van Dijk N. Learning from a role model: A cascade or whirlpool effect? Med Teach 2015;37:482-9.
11 Jochemsen-van der Leeuw HGA, Wieringa-de Waard M, Van Dijk N. Feedback on role model behaviour: effective for clinical trainers? Perspect Med Educ 2015;4:153-7.
12 Rubak S, Mortensen L, Ringsted C, Malling B. A controlled trial of the short- and long-term effects of a Train the Trainer course. Med Educ 2008;42:693-702.

Lidewij Broekhuizen, Marissa Scherptong-Engbers

Geen bewijs of bewezen niet effectief?

PRAKTIJKPROBLEEM

Conform de NHG-Standaard schrijven we bij vrouwen met een ongecompliceerde urineweginfectie gedurende 5 dagen nitrofurantoïne voor. De optimale lengte van de antibioticakuur bij blaasontsteking is echter nooit onderzocht: vijf of zeven dagen, of zou twee dagen ook voldoende zijn?

Voor veel behandelingen die we dagelijks inzetten, bestaat weinig of geen wetenschappelijk bewijs. Op basis van de pathofysiologie geven we bij zweepslag van de kuit het advies om rust te houden, maar het is nooit onderzocht welke rustperiode de beste genezing geeft. En wat is de maximaal getolereerde dosis paracetamol per leeftijdscategorie bij kinderen met koorts? Ondanks lacunes in de wetenschappelijke onderbouwing staan er heldere adviezen in bijsluiters en richtlijnen. Deze adviezen berusten vaak op gezond verstand, consensus, expert opinion en klinisch redeneren.

ACHTERGROND

Wanneer is het effect van een behandeling voldoende bewezen? In de eerste plaats moet het gunstige effect van de behandeling op pathofysiologische gronden aannemelijk zijn. Ten tweede willen we het liefst dat het effect van de behandeling is aangetoond in een of meer vergelijkende, experimentele onderzoeken (met een controlegroep). In het ideale geval is het effect van de behandeling bewezen in de samengevoegde data van een systematische meta-analyse: de hoogste vorm van bewijs. Er zijn inmiddels meer dan 6000 Cochrane-reviews geschreven.

UITWERKING

Nu terug naar de vraag: wanneer is er gebrek aan bewijs voor een behandeling? Dit is overigens iets anders dan een behandeling die 'bewezen niet effectief' is. Een voorbeeld van dit laatste is bedrust bij lagerugpijn.[1] Voldoende onderzoeken hebben aangetoond dat bedrust niet beter is dan gewoon blijven bewegen. Daarom stellen we niet dat er voor bedrust bij lagerugpijn geen bewijs is, maar dat er voldoende bewijs is dat bedrust niet effectief is.

Een voorbeeld van een behandeling waarvoor bewijs ontbreekt, is preventieve maatregelen voor postnatale psychose.[2] Daarover bestaat een Cochrane-review, maar die is nog 'leeg': er zijn geen gecontroleerde onderzoeken van voldoende kwaliteit voorhanden. Desondanks worden vrouwen met een hoog risico op een postnatale psychose vaak intensief begeleid in de tweede lijn. Het is immers aannemelijk dat preventieve maatregelen, zoals begeleiding en monitoring, zinvol zijn bij deze vrouwen met een hoog risico. Dit komt ten eerste, omdat risicofactoren voor een postnatale psychose makkelijk te identificeren zijn, zoals een eerdere psychose of psychiatrische comorbiditeit. Bovendien is het aannemelijk dat het begeleiden van moeder en kind de veiligheid van beiden vergroot. Deze 'lege' Cochrane-review is trouwens geen uitzondering, bijna 10% van de Cochrane-reviews is 'leeg'.

Bij het bespreken van mogelijke behandelingen met de patiënt is het belangrijk om aan te geven in welke mate die behandelingen bewezen effectief zijn. Wanneer er bewijs is dat een bepaalde behandeling niet effectief is (bedrust bij lagerugpijn) heeft de huisarts een reden mensen deze te ontraden. Wanneer er geen onderzoek naar een behandeling is gedaan, is dat over het algemeen een reden om een behandeling niet te geven. Je mag als arts immers pas een behandeling starten als je de onderbouwing hebt dat deze beter is dan het natuurlijk beloop (primum non nocere). Een uitzondering op deze werkwijze is als er naar een behandeling geen onderzoek is gedaan (preventieve behandeling postnatale psychose), maar het wel aannemelijk is dat de behandeling kan helpen. In dat geval kan de huisarts uitleggen dat er voor de behandeling weliswaar geen bewijs is, maar dat op basis van de huidige inzichten, gebaseerd op pathofysiologie of consensus, een bepaalde behandeling de voorkeur lijkt te hebben.

BETEKENIS

Veel van de adviezen en behandelingen die de huisarts geeft, zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, maar een groot deel ook niet. Het is belangrijk om aan de patiënt uit te leggen dat een behandeling bewezen niet effectief is, of als er geen bewijs is voor de effectiviteit van een behandeling, dat een reden is om de behandeling niet te geven. In principe moet de behandeling dan niet worden toegepast. Wanneer bewijs voor een behandeling ontbreekt, maar de behandeling op basis van gezond verstand zinvol lijkt, kunnen de huisarts en de patiënt overeenkomen om toch voor de behandeling te kiezen. Het is goed om motivaties voor deze keuzes in het dossier te noteren. Evidence-based medicine bestaat er immers uit dat de huisarts op basis van klinisch redeneren, beschikbaar bewijs en omstandigheden, samen met de patiënt de beslissing neemt die op dat moment het best is. ■

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

LITERATUUR

1 Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low-back pain and sciatica. Cochrane Database Syst Rev 2004;4:CD001254.
2 Essali A, Alabed S, Guul A, Essali N. Preventive interventions for postnatal psychosis. Cochrane Database Syst Rev 2013;6:CD009991.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. B.D.L. Broekhuizen, huisarts en onderzoeker. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: M.J. Scherptong-Engbers LUMC, aiotho • Correspondentie: b.d.l.broekhuizen@umcutrecht.nl

Roelf Norg

COMMENTAAR

IKSOEP: past de SOEP nog bij deze tijd?

Het gestructureerd vastleggen van patiëntcontacten in het huisartsinformatiesysteem (HIS) heeft ons veel gebracht. We behouden gemakkelijker het overzicht en ontdekken sneller een rode draad of dwarsverband in de medische levensloop van een patiënt door de duidelijke structuur en het clusteren van verwante contacten in episodes. Het HIS faciliteert adequate gegevensuitwisseling en is inmiddels een basiskwaliteitsnorm volgens de keurmerken. Ook de tuchtrechter wijst geregeld op het belang van goede dossiervoering, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen hetgeen de patiënt vertelt (Subjectief) en de bevindingen van de huisarts (Objectief), gevolgd door een duidelijke (differentiaal)diagnose met overwegingen (Evaluatie) en een beleid (Plan) – de SOEP-structuur.

DE INGANGSKLACHT (I)

De gezondheidszorg verandert. Bij het maken van afspraken met de patiënt vindt triage plaats. De assistente vraagt de klacht uit en beoordeelt de reden van komst: de ingangsklacht (I). Deze triagegegevens moeten aan het consultverslag van de huisarts (en de daarbij geformuleerde episode) worden gekoppeld. De huidige inrichting van de HIS-sen ziet deze echter als een apart (deel)contact, waardoor het koppelen van deze informatie omslachtig is en gemakkelijk achterwege blijft. Een tweede fenomeen is dat het initiatief voor een patiëntcontact steeds vaker uitgaat van de huisartsenpraktijk of andere hulpverleners binnen de ketenzorg. Denk aan het begeleiden van patiënten met chronische ziekten, aan polyfarmaciespreekuren of aan multidisciplinaire overleggen. Aanleiding, aard en verloop van dit soort patiëntcontacten verschillen van het klassieke consultformat. Dat vraagt om een andere manier van registreren.

DE KERN VAN HET CONSULT (K)

Sinds jaar en dag wijzen de huisartsopleidingen op het nut van het uitvragen en expliciteren van de hulpvraag. Deze geeft richting aan het consult en het beleid. Bij de consultevaluatie wordt bekeken of de hulpvraag afdoende is beantwoord. De hulpvraag is een instrument om patiënttevredenheid te vergroten, het consult doelgerichter te laten verlopen én een middel om het beleid te kunnen verantwoorden. De hulpvraag kan het afwijken van het (NHG-)'Standaard'-beleid rechtvaardigen. De hulpvraag markeert de kern (K) van het consult. In een klassiek consult kan deze op het eind van de S-regel worden geplaatst. Bij de nieuwe consultvormen is dit lastiger. Denk daarbij aan het evalueren van behandeldoelen bij chronische ziekten en zelfmanagementprogramma's. De kern wordt dan niet meer bepaald door de hulpvraag alleen, maar ook door de doelen van de huisarts of praktijkondersteuner, die voortkomen uit de zorgprotocollen van de DBC en de in eerdere contacten gemaakte afspraken. Zulke patiëntcontacten kennen een andere agendasetting.

VAN SOEP NAAR IKSOEP

Ik zie aanleiding om een tweetal regels aan het journaal toe te voegen: ingang (I) en kern (K) van het consult. S-O-E-P wordt dan: I-K-S-O-E-P. Belangrijk element is dat de IKSOEP-regels als één geheel worden gegroepeerd in het journaal, ook als deze regels niet op hetzelfde moment (of dezelfde dag) zijn ingevuld.

De I-regel bevat bij nieuwe klachten het telefonisch triageverslag. Bij vervolgcontacten of chronische zorgprogramma's staat hier de aanleiding, bijvoorbeeld: 'Controle na pneumonie', 'Derde driemaandelijkse controle diabetes' of 'Evaluatie nieuwe bloeddrukmedicatie'. Een podotherapeut kan dan noteren: 'Beoordeling drukplekken in het kader van DM2'. Kenmerk van de I-regel is dat de ingang/aanleiding al bij het plannen van de afspraak wordt geformuleerd én dat deze regel dus gedateerd kan worden op een andere datum dan het geplande patiëntcontact. Ook als de afspraak (ruim) tevoren wordt gepland, blijft de inhoudelijke samenhang bewaard.

De K-regel bevat bij nieuwe klachten de geëxpliciteerde hulpvraag ('Heb ik kanker?') of doelvraag ('Kan ik een antibioticum krijgen?' of 'Verzoek machtiging incontinentiemateriaal'). Bij vervolgcontacten staat hier de evaluatie binnen het zorgplan (bijvoorbeeld 'Bloeddruk op streefwaarde?') of het doel van de huisarts als die de initiator was (bijvoorbeeld bij een polyfarmaciespreekuur 'Stoppen benzodiazepine bespreken').

NUTTIG?

Goede verslaglegging is geen doel op zich, maar moet ten dienste staan van de praktijkvoering.

Uiteraard leidt het consequent gebruik van IKSOEP in plaats van SOEP tot twee extra regels per patiëntcontact in het toch al uitdijende journaal. Het globale overzicht lijkt daardoor wellicht juist beperkt te worden. Toch denk ik dat dit wel zal meevallen. Het is zeker niet altijd nodig om alle regels in te vullen (net als nu al geldt voor SOEP). Voor een deel gaat het om een verschuiving, geen toevoeging. Het samenvoegen van de triage van de assistente en het consultverslag van de huisarts leidt tot (tijd)winst. De IKSOEP-structuur biedt naar mijn mening de vrijheid van een overzichtelijke registratie van meer verschillende soorten patiëntcontacten. Een duidelijker agendasetting maakt de patiëntcontacten efficiënter. Ook als meer disciplines met verschillende manieren van werken in hetzelfde dossier hun verslagen noteren, blijft helder wie wanneer wat heeft genoteerd en waarom. ■

Norg en Norg-Schulpen, huisartsen. Kerkplein 7, 6081 BA Haelen; mr.dr. R.J.C. Norg, huisarts • Correspondentie: roelfnorg@meditta.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Annet Sollie

IKSOEP? Laten we even roeren voor we gaan eten

Collega Norg onderstreept het belang van het SOEP-systeem, maar geeft ook aan dat het hoog tijd is voor uitbreiding. Reden: de gezondheidszorg verandert en dit zorgt voor nieuwe informatie die niet in de SOEP-structuur past. Hij stelt voor om de SOEP-structuur uit te breiden met twee regels, namelijk een I-regel voor het noteren van de Ingangsklacht, de reden van komst of de aanleiding voor het consult, en met een K-regel voor de Kern van het consult, het doel of de hulpvraag. Het is echter de vraag of dat een verbetering is.

VOORGESTELDE OPLOSSING NIET OPTIMAAL

Norg heeft zeker een punt, en daarbij heeft hij het nog niet eens over door de patiënt ingevoerde informatie (e-consult of online afspraak), maar zijn oplossing is niet optimaal. De informatie die opgeslagen zou moeten worden in de I- en K-regels is niet eenduidig: de registratie van Subjectieve (wat de patiënt beschrijft) en Objectieve (wat de huisarts vindt) gegevens loopt door elkaar. Norg geeft zelf aan dat dit onderscheid ook voor de tuchtrechter belangrijk is. In zijn voorstel gaat de I-regel de ingangsklacht bevatten, die bepaald kan zijn door de assistente aan de telefoon, door de huisarts of praktijkassistente tijdens het consult of, doorredenerend, door de patiënt bij het maken van een online afspraak. Ook zou het triageverslag van de assistente bij de I-regel moeten worden genoteerd. De K-regel kan de hulpvraag bevatten, zoals de huisarts die destilleert uit wat de patiënt hem vertelt, of zoals de patiënt deze intypt bij een online consult, maar kan ook het doel van het consult bevatten, zoals bloeddruk of streefwaarde bij een CVRM-controle. Samenvattend: verschillende typen informatie, subjectief en objectief, verkregen uit verschillende bronnen, worden hier gecombineerd. Dit is vanuit ict-perspectief onwenselijk.

WELKE INFORMATIE KUNNEN WE NIET KWIJT?

Er zijn nu geen aparte velden voor: het registreren van de ingangsklacht, de reden van komst, het triageverslag, de hulpvraag, het doel van het consult en het soort patiëntcontact. De SOEP-structuur is echter zodanig globaal van opzet dat deze informatie daar in principe binnen past. Een deel van de huisartsen zal deze informatie ook nu al noteren, maar niet altijd even expliciet, juist omdat er geen aparte velden voor bestaan. Het maken van separate velden voor gegevens is vooral nuttig wanneer er specifiek moet worden gezocht of gefilterd op die informatie of wanneer deze apart moet worden gerapporteerd, bijvoorbeeld in een brief.

INGANGSKLACHT EN SOORT PATIËNTCONTACT

Vanuit dit perspectief kan het nuttig zijn de ingangsklacht en het soort patiëntcontact apart vast te leggen. De ingangsklacht zou dan gecodeerd geregistreerd moeten worden, zodat deze later gerelateerd kan worden aan de gestelde diagnose. Dit is vooral vanuit wetenschappelijk oogpunt interessant, en voor het verkrijgen van managementinformatie, maar minder voor de dagelijkse zorg. Wat betreft het registreren van het soort patiëntcontact: dit gebeurt nu al door te kiezen voor een C (consult), een TC (telefonisch consult) of een V (visite). Dit lijstje zou eenvoudig kunnen worden uitgebreid met zaken als e-consult, diabetescontrole en polyfarmaciebeoordeling.

Persoonlijk vind ik het zinvol om zo mogelijk vóór het consult informatie te hebben over de reden van komst en/of de ingangsklacht (door triage of door de patiënt ingetypt). Sommige huisartsen zullen echter de voorkeur geven aan het blanco aangaan van het patiëntcontact.

Overigens verwacht men in Engeland dat patiënten hun huisartsendossier binnen een aantal jaren digitaal kunnen inzien en er zelf ook notities in kunnen maken.[1] Hoe huisartsen willen omgaan met door de patiënt ingevoerde gegevens is een persoonlijke keus. Dit geldt ook voor de gegevens die assistentes hebben ingevoerd, bijvoorbeeld via hun eigen korte SOEP-registratie. In het HIS moet het wel duidelijk zijn wie welke informatie heeft ingevoerd, zeker als de patiënt ook informatie intypt.

HULPVRAAG EN DOEL CONSULT

De hulpvraag, die lang niet altijd dezelfde is als de ingangsklacht en soms pas aan het eind van het consult helder wordt, ook voor de patiënt, wordt nu vaak binnen de S-regel genoteerd. Dit systeem functioneert, maar er zijn argumenten om de hulpvraag apart te noteren en daarmee expliciet te verwoorden. Het vastleggen van het doel van het consult zou, als dat nog nodig is wanneer de soorten patiëntcontacten worden uitgebreid, apart moeten gebeuren en niet in één veld met de hulpvraag. In de ADEPD-richtlijn geeft het NHG aan dat programmatische zorg voorlopig in Episodes moet worden opgeslagen en dat voor het vastleggen van het doel van een consult inderdaad nog geen optie beschikbaar is.

Al met al kan ik concluderen dat collega Norg met zijn bijdrage een discussie opstart die nodig gevoerd moet worden. Wat vindt u er eigenlijk van? Reacties zie ik graag tegemoet op de website! ■

LITERATUUR

1 https://www.gov.uk/government/publications/personalised-health-and-care-2020/using-data-and-technology-to-transform-outcomes-for-patients-and-citizens.

VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Postbus 7507, 1007 MB Amsterdam: ir. J.W. Sollie, huisarts-in-opleiding en e-redactielid H&W • Correspondentie: annetsollie@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Freek Fickweiler

Ondansetron bij kinderen met acute gastro-enteritis

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

Acute gastro-enteritis (AGE) komt veel voor bij kinderen. Uit een tweedelijnsonderzoek blijkt dat ondansetron een effectieve en veilige behandeling is voor kinderen met AGE en (veelvuldig) braken. Geldt dat ook voor de eerste lijn en is de behandeling (kosten)effectief?

HUIDIG BELEID

De NHG-Standaard Acute Diarree adviseert bij kinderen met AGE en (een verhoogd risico op) dehydratie, zoals bij braken, voorlichting te geven over het vaak gunstige beloop. Daarnaast adviseert de huisarts het kind meer water te laten drinken en het in kleine hoeveelheden aan te bieden. Hij adviseert ook de inname van vruchtensappen, vooral appelsap, en (light) frisdranken te beperken, omdat deze de hoeveelheid diarree stimuleren. Borst- en flesvoeding zijn geen probleem. Tot slot geeft de huisarts voorlichting over het voorkomen van verspreiding van AGE in het gezin en de omgeving, zoals handhygiëne bij verzorging en toiletbezoek van het kind met diarree. Bij dehydratie kan hij ORS voorschrijven. De huisarts verwijst indien rehydratie met ORS thuis niet lukt, zoals bij frequent braken of ernstige dehydratie. De standaard ontraadt anti-emetica bij kinderen met AGE en braken vanwege gebrek aan overtuigend bewijs van de effectiviteit en het risico op (ernstige) bijwerkingen.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

De laatste jaren neemt het aantal verwijzingen en ziekenhuisopnames in Nederland van kinderen met AGE gemiddeld met 3% per jaar toe.[1] Opmerkelijk is dat tot 45% van de opgenomen kinderen thuis behandeld had kunnen worden. Deze kinderen kregen in het ziekenhuis geen specifieke behandeling, zoals intraveneuze rehydratie of anti-emetica, en werden binnen 24 uur ontslagen. De totale kosten van AGE in Nederland stijgen jaarlijks gemiddeld 4% en worden geschat op zo'n 610 miljoen euro per jaar.[1] Een ander beleid zou veel kosten kunnen besparen.[2] Het verwijspercentage vanuit de praktijk is ongeveer 4% en verdubbelt tijdens het werken op de huisartsenpost tot 9%.[1] De gedachte is dat anti-emetica het braken stoppen, zodat het kind meer vocht en ORS kan innemen, en daarmee dehydratie, verwijzing en ziekenhuisopname voorkomt. Ondansetron (€ 0,44 per gift) is de laatste jaren veel onderzocht voor deze indicatie in de tweede lijn en geeft veelbelovende resultaten.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

De 'oudere' generatie anti-emetica, zoals domperidon, heeft potentieel ernstige bijwerkingen en de effectiviteit is niet bewezen. De 'nieuwere' generatie, zoals ondansetron, is in eerste instantie ontwikkeld voor oncologische patiënten. Deze heeft minder ernstige bijwerkingen, hoewel verlenging van het QT-interval op het ecg is beschreven. Het gebruik in de eerste lijn wordt op dit moment nog ontraden vanwege gebrek aan ervaring en ontbrekend bewijs van (kosten)effectiviteit.

Uit een recent onderzoek naar de effectiviteit van anti-emetica bij kinderen met acute AGE bleek bij een onderlinge (in)directe vergelijking dat orale ondansetron het effectiefst was en dat 89% van de kinderen kort na inname stopte met braken. Vier RCT's (n = 574) toonden de effectiviteit van een eenmalige dosis orale ondansetron ten opzichte van placebo aan. De onderzoekers constateerden een toename van het aantal patiënten dat stopte met braken (RR 1,41; 95%-BI 1,29 tot 1,61), vermindering van ziekenhuisopnames (RR 0,40; 95%-BI 0,19 tot 0,83) en vermindering van intraveneuze rehydratie (RR 0,41; 95%-BI 0,29 tot 0,59), met een NNT tussen de 4 en 13.[3] Deze trials rapporteerden geen ernstige bijwerkingen van ondansetron. De effectiviteit in de eerste lijn van het toevoegen van ondansetron aan de gangbare behandeling (ORS) vergeleken met alleen ORS is niet aangetoond, noch is de doelmatigheid in deze setting aangetoond.

CONCLUSIE

Orale ondansetron zou een (kosten)effectieve behandeling kunnen zijn bij kinderen met AGE om het braken te stoppen, effectiever ORS-gebruik te faciliteren, de kans op succesvolle rehydratie thuis te vergroten en daarmee het aantal verwijzingen en gerelateerde kosten in de eerste lijn te verlagen.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Wat is de (kosten)effectiviteit van orale ondansetron en ORS ten opzichte van alleen ORS bij het aantal verwijzingen naar de spoedeisende hulp bij kinderen van 6 maanden tot 6 jaar met AGE en braken op de huisartsenpost? ■

LITERATUUR

1 Friesema IH, Lugner AK, Van Duynhoven YT, GEops Working Group. Costs of gastroenteritis in the Netherlands, with special attention for severe cases. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2012;31:1895-1900.
2 Ozuah PO, Avner JR, Stein RE. Oral rehydration, emergency physicians, and practice parameters: a national survey. Pediatrics. 2002;109:259-61.
3 Carter B, Fedorowicz Z. Antiemetic treatment for acute gastro-enteritis in children: an updated Cochrane systematic review with meta-analysis and mixed treatment comparison in a Bayesian framework. BMJ Open 2012;2:e000622.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen: F. Fickweiler, aiotho • Correspondentie: f.fickweiler@umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: geen.

Janneke Noordman, Sandra van Dulmen

Patiënten zoeken luisterend oor bij POH-ggz

In de meeste huisartsenpraktijken (83-91%) is tegenwoordig een praktijkondersteuner huisartsenzorg geestelijke gezondheidszorg (POH-ggz) werkzaam. De POH-ggz ondersteunt de huisarts bij de begeleiding en behandeling van patiënten met (lichte) psychische, psychosociale of psychosomatische klachten. Wanneer de huisarts of POH-ggz de patiënt niet kan helpen wordt deze doorverwezen naar de basis- of gespecialiseerde ggz. Sinds 1 januari 2014 is de module POH-ggz uitgebreid, zoals vastgelegd in het *Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ*, waardoor meer uren voor de inzet van de POH-ggz worden vergoed.

Het NIVEL onderzocht waaraan patiënten die de POH-ggz bezoeken behoefte hebben en welke behandeling of begeleiding de POH-ggz inzet bij patiënten met psychische, psychosociale of psychosomatische klachten. Aan dit onderzoek namen 15 POH's-ggz en 110 patiënten deel.

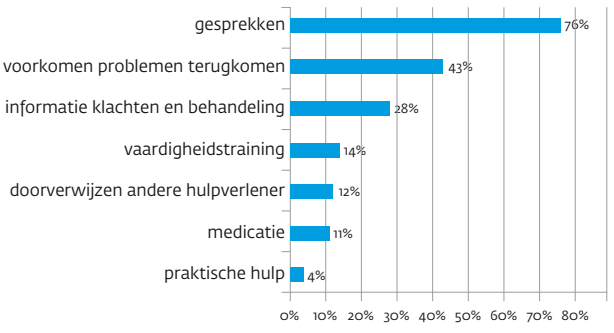
VOORAL BEHOEFTE AAN GESPREKKEN

De meeste patiënten geven aan dat zij de POH-ggz bezoeken vanwege overspannenheid, stress, neerslachtigheid of depressieve klachten. Daarnaast worden bijvoorbeeld rouwverwerking, onzekerheid, omgaan met emoties, angst- en paniekklachten en problemen op het werk genoemd. Gemiddeld hebben zij 5 tot 7 gesprekken met de POH-ggz. Zevenenveertig procent van de patiënten kon binnen een week (na verwijzing door de huisarts) terecht bij de POH-ggz en 38% binnen een tot twee weken.

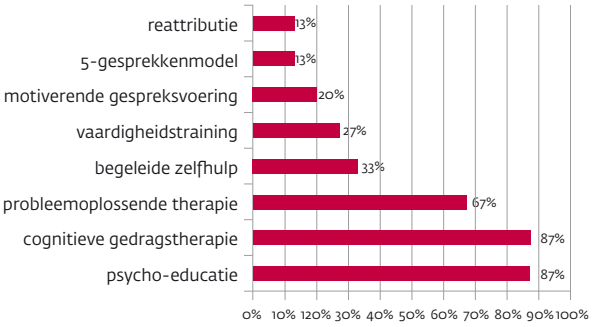
Patiënten die de POH-ggz bezoeken hebben vooral behoefte aan gesprekken over hun klachten en hoe hiermee om te gaan (76%), zie [**figuur 1**]. Ook geeft 44% aan dat zij willen leren om te voorkomen dat hun problemen terugkomen. Aan praktische hulp, zoals hulp bij financiële problemen, is nauwelijks behoefte. Mogelijk kloppen patiënten hiervoor eerder aan bij bijvoorbeeld Algemeen Maatschappelijk Werk dan bij de POH-ggz.

Patiënten geven de POH-ggz direct na afloop van het consult gemiddeld een rapportcijfer 8,4 voor de manier waarop deze hen heeft geholpen bij hun klachten. Na 3 maanden is wederom aan patiënten gevraagd een cijfer te geven voor de manier waarop deze hen de afgelopen tijd heeft geholpen. Dit

Figuur 1 **Behoeften van patiënten die de POH-ggz bezoeken (n = 110)**



Figuur 2 **Type behandeling of begeleiding door de POH-ggz (n = 15)**



resulteerde, volgens 50% van de patiënten, in een gemiddeld rapportcijfer 7,7.

PSYCHO-EDUCATIE

Naast probleemverheldering of diagnostiek (100%), geeft 87% van de POH's-ggz aan dat zij bij hun behandeling of begeleiding psycho-educatie of cognitieve gedragstherapeutische technieken inzetten. [**Figuur 2**] geeft een overzicht van de typen behandeling of begeleiding door de POH-ggz. Naast behandeling of begeleiding verwijst de POH-ggz patiënten bijvoorbeeld ook naar een externe cursus als 'In de put, uit de put' (20%), fysiotherapie (40%) of e-health, zoals een online cursus (47%).

CONCLUSIE

Patiënten met psychische, psychosociale of psychosomatische klachten die de huisartsenpraktijk bezoeken hebben vooral behoefte aan gesprekken met de POH-ggz over hun klachten en hoe hiermee om te gaan. POH's-ggz geven aan dat zij tijdens deze gesprekken met name psycho-educatie of cognitieve gedragstherapeutische technieken inzetten, naast probleemverheldering of diagnostiek. Onduidelijk is of deze behandeling of begeleiding aansluit op de behoeften van patiënten. Wel geven zij de POH-ggz een hoog rapportcijfer voor de manier waarop ze zijn geholpen met hun klachten. Bovendien kunnen patiënten snel terecht bij de POH-ggz. In 2016 wordt het aantal uren voor de POH-ggz waarschijnlijk verder uitgebreid (naar 1 fte/36 uur per normpraktijk). ■

De resultaten zijn gebaseerd op vragenlijstgegevens, verzameld in het kader van de NIVEL Databank Communicatie in de zorg. In 2014 (maart-december) zijn vragenlijsten afgenomen bij 110 patiënten en 15 POH's-ggz uit Noord-, West- en Zuidoost-Nederland. De deelnemende POH's-ggz hadden een achtergrond als sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), eerstelijnspsycholoog of gespecialiseerde ggz-verpleegkundige. Zij hebben vervolgens de opleiding tot POH-ggz gevolgd en zijn gemiddeld 1 jaar en 9 maanden werkzaam als POH-ggz.

Richard Molenaar, Sophie Ponten

NASCHOLING

Diagnostiek en behandeling van epilepsie

Samenvatting

Molenaar RPG, Ponten SC. Diagnostiek en behandeling van epilepsie. Huisarts Wet 2015;58(12):646-50.

Epilepsie is de meestvoorkomende serieuze aandoening van de hersenen. De diagnose epilepsie is te stellen op basis van een nauwkeurige aanvalsbeschrijving en daarom is de heteroanamnese van een ooggetuige zeer belangrijk. De belangrijkste differentiaaldiagnostische overwegingen zijn cardiale en vasovagale syncopes, en psychogene non-epileptische aanvallen. Voor de neuroloog blijft het eeg onmisbaar bij de diagnostiek en classificatie van epilepsie. Het maken van een eeg heeft geen toegevoegde waarde als de kans op epilepsie zeer klein is. Na een eerste epileptische aanval vindt men bij ongeveer 50% van de patiënten epileptiforme afwijkingen, bij 90% van de epilepsiepatiënten ziet men bij herhaalde eeg's uiteindelijk afwijkingen, maar bij 10% van de patienten blijft het eeg normaal. De medicamenteuze behandeling van epilepsie is gericht op het onderdrukken van de aanvallen met anti-epileptica. Gebruik van medicatie is alleen aan te raden als de diagnose vrijwel zeker is en de kans op herhaling daarmee groot. Er is nog steeds geen ideaal eerstekeus-anti-epilepticum voor alle patiënten. Eerstekeus-anti-epileptica zijn momenteel valproaat, lamotrigine, levetiracetam, carbamazepine en oxcarbazepine, afhankelijk van de epilepsieclassificatie. Ruim tweederde van de patiënten met epilepsie wordt aanvalsvrij als ze eenmaal met anti-epileptica zijn begonnen. Als patiënten twee jaar aanvalsvrij zijn, kan men overwegen de medicatie af te bouwen. Bijwerkingen kunnen een belangrijke beperkende factor vormen bij de medicamenteuze behandeling. Bij de begeleiding van patiënten moet er voldoende aandacht zijn voor de psychosociale impact die de diagnose epilepsie kan hebben. Onder bepaalde voorwaarden kan de neuroloog een stabiele epilepsiepatiënt die anti-epileptica gebruikt, terugverwijzen naar de huisarts. Meer dan een kwart van de patiënten blijft ondanks medicatie aanvallen houden. Voor hen zijn steeds meer niet-medicamenteuze, waaronder neurochirurgische, behandelopties voorhanden, maar die worden uiteindelijk slechts bij een klein deel van deze groep toegepast. Als een tonisch-clonische aanval langer duurt dan 5 minuten, is de kans groot dat de aanval niet meer spontaan stopt en moet men medicamenteus ingrijpen. Voorkeursmedicijn is nasaal of intramusculair toegediend midazolam.

INLEIDING

Epilepsie is de meestvoorkomende serieuze aandoening van de hersenen. We spreken van epilepsie als er één of meer niet-geprovoceerde epileptische aanvallen hebben plaatsgevonden en de kans aanzienlijk is dat de komende jaren nieuwe aanvallen zullen optreden (bijvoorbeeld bij een afwijkend eeg), of als er sprake is van een epilepsiesyndroom, zoals we bij kinderen en adolescenten zien. De prevalentie van epilepsie is in ontwikkelde landen 5,8 per 1000 mensen.[1] In 2011 was de prevalentie in de Nederlandse huisartsenpraktijk 4,1 per 1000 patiënten. Epilepsie heeft belangrijke maatschappelijke gevolgen vanwege de kosten van de medische zorg, de psychosociale impact en het verhoogde risico op handicaps en voortijdige dood.[2]

We zullen ons in dit artikel richten op kenmerken van epileptische en niet-epileptische aanvallen, en de behandeling na de diagnose. We geven aan wanneer men aan epilepsie kan denken en wat de rol van de huisarts kan zijn bij de begeleiding. We proberen zoveel mogelijk aan te sluiten bij de hernieuwde landelijke richtlijn Epilepsie, die in 2013 online is verschenen.[3]

EPILEPTISCHE EN NIET-EPILEPTISCHE AANVALLEN

Een eerste aanval van epilepsie betreft meestal een wegraking met schokken door een gegeneraliseerde tonisch-clonische aanval of partiële aanvallen met veranderd gedrag, die de patiënt zich niet herinnert. De differentiaaldiagnose van epilepsie is uitgebreid en omvat cardiale syncopes, orthostatische hypotensie, vasovagale wegrakingen, aanvalsgewijze vertigo, slaapstoornissen, *transient global amnesia*, migraine, TIA's, dissociatieve stoornissen, paniekaanvallen en psychogene non-epileptische aanvallen. De diagnose epilepsie is te stellen op basis van een nauwkeurige aanvalsbeschrijving en daarom is de heteroanamnese van een ooggetuige essentieel. Tegenwoordig zijn tevens waardevolle video's beschikbaar die getuigen met hun mobiele telefoon hebben gemaakt. Het is belangrijk dat de beoordelaar van de heteroanamnese of vi-

De kern

- Een goede aanvalsbeschrijving via een ooggetuige is essentieel voor het stellen van de diagnose epilepsie en is ook van belang voor de huisarts om tot een juiste verwijzing naar de neuroloog te komen.
- Bij epilepsie wijkt het eeg niet altijd af. Het is vooral belangrijk voor classificatie van de epilepsie en is niet geïndiceerd als de voorafkans op epilepsie laag is.
- Medicamenteuze behandeling van epilepsie is gericht op het controleren van aanvallen en beïnvloedt het beloop van de epilepsie niet. Ze wordt alleen gestart als de diagnose epilepsie (vrijwel) zeker is en de patiënt zo goed is voorgelicht dat hij kan meebeslissen.
- Onder bepaalde omstandigheden en voorwaarden kan de neuroloog een stabiele patiënt die anti-epileptica gebruikt terugverwijzen naar de huisarts.
- Bij een gegeneraliseerde, tonisch-clonische aanval die langer dan 5 minuten duurt, behoort de huisarts midazolam intramusculair of nasaal toe te dienen.

Alrijne Ziekenhuis Leiden (voorheen Diaconessenhuis Leiden), vakgroep Neurologie, Houtlaan 55, 2334 CK Leiden: R.P.G. Molenaar, neuroloog; dr. S.C. Ponten, neuroloog • Correspondentie: rpgmolenaar@diaconessenhuis.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

deoregistratie op de hoogte is van de betekenis van kenmerken van verschillende soorten aanvallen. We zullen daarom de semiologie van verschillende aanvallen bespreken.

Syncopes

Vasovagale syncopes zijn bewustzijnsdalingen na een trigger, zoals pijn, emotie, urineren, bloedprikken en lang staan op dezelfde plek, met snel herstel van bewustzijn. Er kan dan korte tijd sprake zijn van verschijnselen die we bij epilepsie zien, zoals schokken, naar boven draaiende geopende ogen, hallucinaties, depersonalisatie, automatismen en urine-incontinentie. De voorafgaande trigger geeft de doorslag bij de diagnose. Na een duidelijke (hetero)anamnese kan de huisarts volstaan met geruststelling en adviezen. Een verwijzing naar de cardioloog voor onderzoek naar een cardiale syncope is zinvol bij wegrakingen zonder duidelijke aanleiding, zeker bij wegrakingen tijdens inspanning en bij een patiënt met een cardiale voorgeschiedenis of een afwijkend ecg.

Epileptische aanvalsvormen

Bij een tonisch-clonische epileptische aanval ontstaat gedurende minimaal 20 seconden verkramping met daarna schokken van het lichaam, gevolgd door een postictale fase met langzaam herstel van het bewustzijn, soms gepaard gaande met verwardheid, agressie, braken of neurologische uitvalsverschijnselen. Een laterale tongbeet is zeer verdacht, maar niet pathognomonisch voor een tonisch-clonische aanval. Urine-incontinentie is niet onderscheidend.

Symptomen van complex partiële epileptische aanvallen zijn lastiger te herkennen. Initieel is er een aura, gevolgd door een (partiële) bewustzijnsdaling met automatismen. Het aura kan bestaan uit een opstijgend gevoel vanuit de maag, een déjà vu-gevoel, depersonalisatie, sensore verschijnselen, visuele, olfactorische of auditieve hallucinaties, afhankelijk van de locatie in de cortex waar zich de epileptische focus bevindt. Bij de fase met bewustzijnsdaling reageert de patiënt verminderd op zijn omgeving, maar valt niet op de grond. De automatismen bestaan uit smakken met de mond, het strekken van een arm, friemelen met de handen, trappelen met de benen tot zelfs rondjes lopen. Achteraf kunnen woordvindstoornissen voorkomen. Partiële epilepsie kan zich sporadisch uiten in recidiverende episodes met acuut geheugenverlies en afwijkend gedrag (*transient epileptic amnesia*), zonder dat er andere duidelijke epilepsiesymptomen zijn.

Absences komen voor bij kinderen en adolescenten, duren gemiddeld 10 seconden en kunnen vele malen per dag optreden. Tijdens een absence pauzeert het kind bijvoorbeeld kort met lezen of praten en reageert niet meer op de omgeving. Als de aanvallen frequent op school voorkomen, kunnen de leerprestaties achteruitgaan.

Bij baby's is het belangrijk zogenaamde 'salaamkrampen' in het kader van het syndroom van West te herkennen. Deze epileptische aanvallen lijken soms op klachten van gastro-intestinale reflux. Tijdige behandeling door de kinderneuroloog geeft een betere prognose.

Myoklonieën zijn korte schokken van de ledematen of het lichaam en treden vooral op bij de in de adolescentie beginnende juveniele myoklonische epilepsie (JME). Naast tonisch-clonische aanvallen, is JME vooral herkenbaar aan korte schokken van de armen in de ochtend, zich uitend in 'onhandigheid'. Naar myoklonieën moet men specifiek vragen omdat patiënten de betekenis ervan niet kennen.

Psychogene non-epileptische aanvallen

Uit een prospectief onderzoek bleken dat drie symptomen de krachtigste voorspellers van psychogene aanvallen zijn: een (deels) bewaard bewustzijn, knipperen van de ogen en de mogelijkheid van omstanders om de intensiteit van de symptomen te beïnvloeden.[4] Andere verdachte verschijnselen zijn aanvallen met gesloten ogen waarbij de patiënt zijn ogen dichtknijpt bij een poging deze te openen, een langzaam begin van de aanval en een fluctuerend beloop van de symptomen. Tijdens een psychogene aanval veranderen vitale parameters nauwelijks. Postictaal is er geen sprake van verwardheid of somnolentie, maar van emotioneel gedrag, zoals huilen. Psychogene aanvallen treden meestal op bij stress of in aanwezigheid van anderen, of zijn tijd- dan wel plaatsgebonden. De verschijnselen variëren per aanval. Geregeld blijft er twijfel bestaan over de diagnose. Dan zal men een met video gecombineerde elektro-encefalogramregistratie verrichten in een van de epilepsiecentra, waar men ruime ervaring heeft met deze aanvallen.

Abstract

Molenaar RPG, Ponten SC. Diagnosis and treatment of epilepsy. Huisarts Wet 2015;58(12):446-50.

Epilepsy is the most common serious brain disease. As seizure semiology is important for diagnosing epilepsy, the report of an eyewitness is essential. The most important differential diagnoses are cardiac or vasovagal syncope and psychogenic non-epileptic seizures. The EEG is of great value for diagnosing and classifying epilepsy, but should only be used if there are good grounds to suspect epilepsy. After a first seizure, nearly 50% of patients have epileptic discharges on EEG, and abnormalities are seen in 90% of patients on repeat EEG; however, in 10% of patients with epilepsy, repeated EEGs will not show any epileptic discharges. The aim of anti-epileptic drug (AED) treatment is to achieve seizure control. Treatment should be started only if the diagnosis is established and there is a risk of repeat seizures. There is still not an ideal first-line AED for all patients, but currently used first-line AEDs are valproate, lamotrigine, levetiracetam, carbamazepine, and oxcarbazepine, depending on the epilepsy classification. More than two-thirds of patients become seizure free after starting an AED, and if a patient is seizure-free for 2 years, then tapering of the AED can be considered. Side effects can be an important factor limiting treatment, and attention should be paid to the psychosocial impact of the diagnosis. Under certain conditions, the neurologist can refer a stable epilepsy patient on AED treatment back to the general practitioner. More than a quarter of patients continue to have seizures despite adequate AED treatment, and for these patients non-drug treatment options, such as neurosurgery, are available, although only a small subset of patients are eligible for treatments. If a generalized seizure lasts longer than 5 minutes, it is likely that the seizure will not stop spontaneously and that medication will be necessary. The first-line AED in this situation is intra-nasal or intra-muscular midazolam.

DIAGNOSTIEK BIJ EPILEPSIE

Bij een reëel vermoeden van epilepsie is een verwijzing naar de neuroloog of kinderarts/kinderneuroloog altijd aangewezen. Het is redelijk om te verwachten dat een patiënt in het algemeen binnen twee weken op de polikliniek wordt gezien. Bedenk dat het tijdstip waarop de patiënt met anti-epileptica begint geen invloed heeft op de prognose van de epilepsie. Voor de neuroloog is het eeg (elektro-encefalogram) bij de diagnostiek nog altijd onmisbaar. Het eeg is vooral bruikbaar voor classificatie van de epilepsie. Het registreert zelden de aanvallen zelf, maar wel interictale afwijkingen die met epilepsie samenhangen, zoals pieken of piekgolfcomplexen. Bij een eerste epileptische aanval vinden we deze afwijkingen bij ongeveer 50% van de patiënten.[5] Herhaling van de registratie (eventueel na slaapdeprivatie) vergroot de kans op resultaat. Ongeveer 10% van de patiënten met epilepsie heeft geen afwijkingen op het eeg. Bij keuringen van piloten is gebleken dat 0,5% van de gezonde jonge mensen met epilepsie samenhangende afwijkingen op het eeg vertoont. Mede daarom heeft het maken van een eeg geen toegevoegde waarde als het vermoeden van epilepsie laag is. Na een symptomatisch insult, bijvoorbeeld bij koortsconvulsies, drugsgebruik, hyponatriëmie of alcoholonthouding, is eeg-diagnostiek niet nodig, omdat de aanval geprovoceerd is en we niet spreken van epilepsie.

Naast het eeg is beeldvormende diagnostiek geïndiceerd, bij voorkeur een MRI-scan van de hersenen. Hierop zoekt men naar een focus voor de epilepsie. Ondanks een lage sensitiviteit voor belangrijke afwijkingen, zoals het verlengde QT-tijdsyndroom, is het zinvol om een ecg te maken bij alle aanvallen met bewustzijnsverlies, omdat dat goedkoop en weinig belastend is.

BEHANDELING EN BEGELEIDING

Starten met medicatie

De medicamenteuze behandeling van epilepsie is gericht op het onderdrukken van de aanvallen met anti-epileptica (*anti-epileptic drugs*, AED). Medicatie wordt alleen geadviseerd als de diagnose vrijwel zeker is en de kans op herhaling daarmee groot. Het wordt afgeraden om een proefbehandeling te geven om het vermoeden op epilepsie te bevestigen. De nadelen van het ten onrechte voorschrijven van AED zijn vermoedelijk groter dan de gevaren van afwachten tot de diagnose zeker is. Het tijdstip waarop de patiënt met medicatie start, heeft geen invloed op de prognose van de epilepsie. Keuzes worden bepaald door zowel patiëntgebonden factoren (leefpatroon, eigen ideeën, comorbiditeit, levensverwachting) de epilepsieclassificatie, frequentie van de aanvallen en resultaten van het aanvullend onderzoek. Als het eeg geen specifieke afwijkingen laat zien, kan men na een eerste aanval afwachten. Wanneer een structurele oorzaak aanwezig is, spreekt men na een eerste aanval van epilepsie en anders na twee aanvallen, gescheiden door ten minste 24 uur. In deze situaties is het meestal gerechtvaardigd om met de behandeling te starten. Soms zijn er argumenten voor zowel starten als afwachten. De huisarts kan een rol spelen bij het besluit door samen met de patiënt de argumenten af te wegen. De huisarts beschikt vaak over belangrijke patiëntinformatie over een mogelijke aversie tegen medicatie en bij therapietrouw.

Keuze van anti-epilepticum

Er is nog steeds geen ideaal eerstekeus anti-epilepticum voor alle patiënten. Onlangs zijn lacosamide, retigabine, zonisamide en perampanel beschikbaar gekomen, maar nieuwere AED zijn niet bewezen effectiever dan de oudere middelen. Wel verschilt het bijwerkingen- en interactieprofiel, en patiënten verdragen nieuwe AED meestal iets beter. De epilepsieclassificatie, het bijwerkingenprofiel en patiëntfactoren bepalen dus de medicatiekeuzes.[6] Valproaat wordt naast lamotrigine en levetiracetam aangemerkt als eerstekeusmiddel voor idiopathisch gegeneraliseerde epilepsie. Topiramaat is het middel van tweede keus. Valproaat geeft een hogere kans op teratogeniciteit dan andere eerstekeus-AED en is minder geschikt voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd.[7] Bij kinder-absence-epilepsie bestaat een voorkeur voor valproaat of ethosuximide en bij JME voor een lage dosis valproaat. Voor lokalisatiegebonden epilepsie zijn carbamazepine en lamotrigine eerste keus, vervolgens oxcarbazepine, levetiracetam en valproaat. Kenmerken van de meest voorgeschreven AED staan in de [**tabel**].

Na start van de medicamenteuze behandeling

Ruim tweederde van de patiënten met epilepsie wordt aanvalsvrij na aanvang met AED. Wanneer de aanvallen aanhouden, kan men de dosis verhogen naar de hoogst getolereerde dosis. Als er onvoldoende effect is, kan men langzaam omschakelen naar een andere AED. Patiënten met moeilijk instelbare epilepsie behoeven soms snel in het beloop een combinatie van medicijnen. De kans dat een volgend AED succesvol is als een eerder gegeven middel in adequate dosering faalt, wordt helaas snel kleiner.

Bijwerkingen kunnen een belangrijke beperkende factor vormen bij de medicamenteuze behandeling. Ze kunnen een reden vormen om het AED te wijzigen, ondanks goede controle van de aanvallen. Belangrijke bijwerkingen staan in de [**tabel**]. Er is geen indicatie voor routinematige laboratoriumcontroles om bijwerkingen op te sporen. Voor de huisarts is het belangrijk om te weten dat de oudere enzyminducerende AED (fenytoïne, carbamazepine, fenobarbital) en valproaat een verhoogde kans geven op osteoporose.[8] Adviseer patiënten met deze medicijnen om voldoende aan lichaamsbeweging te doen en voeding te gebruiken die genoeg calcium en vitamine D bevat om het fractuurrisico te beperken. Het beleid is conform de richtlijn Osteoporose en factuurpreventie.

Bij succes kan men na twee jaar aanvalsvrijheid overwegen de medicatie in enkele maanden tijd af te bouwen. Het eeg heeft bij het nemen van deze beslissing bij volwassenen geen prognostische waarde. Ongeveer de helft van de patiënten krijgt na staken recidief aanvallen.

Tabel Anti-epileptica

Medicijn	Indicatie	Belangrijkste bijwerkingen	Interacties	Andere indicaties
Eerstekeus-AED				
Valproaat	IGE, LE	Teratogeniciteit, gewichtstoename, osteoporose, leverschade, parkinsonisme, haaruitval, slaperigheid, cognitieve stoornissen	Veel via remming CYP2C9, onder andere met lamotrigine en OAS, niet met OAC	Bipolaire stoornis, migraine
Carbamazepine Oxcarbazepine	LE, tweede keus bij IGE zonder ABS en MYO	Huidreacties, hyponatriëmie, osteoporose, duizeligheid, ataxie, dubbelzien, leverstoornissen, bloedbeeldafwijkingen, slaperigheid, cardiale geleidingsstoornissen	Veel via inductie CYP2C9, CYP3A en CYP1A2, onder andere met OAS, OAC minder betrouwbaar	Bipolaire stoornis, trigeminusneuralgie, centrale diabetes insipidus
Levetiracetam	IGE, LE	Agressie, depressie, angst, hoofdpijn, nasofaryngitis, slaperigheid	Geen	
Lamotrigine	IGE zonder MYO, LE	Huidreacties (onder andere stevens-johnsonsyndroom), hoofdpijn, slaperigheid, psychiatrische symptomen	Beperkt, onder andere met andere AED, schommelingen spiegel in zwangerschap, bij dosis > 300 mg OAC mogelijk minder betrouwbaar	Bipolaire stoornis
Tweedekeus-AED				
Topiramaat	IGE met of zonder MYO, LE	Cognitieve problemen, woordvindstoornissen, tintelingen, gewichtsverlies, nierstenen, glaucoom, teratogeniciteit, slaperigheid	Beperkt, via remming CYP2C19, onder andere met andere AED, bij dosis > 200 mg OAC minder betrouwbaar	Migraine
Zonisamide	LE, adjuvant bij IGE	Cognitieve klachten, gewichtsverlies, nierstenen, *rash*, hyperthermie, slaperigheid, duizeligheid, anorexie, agitatie, depressie, ataxie, dubbelzien	Beperkt, via CYP3A4, onder andere met andere AED, niet met OAC	
Lacosamide	Adjuvant bij LE	Duizeligheid, hoofdpijn, dubbelzien, misselijkheid, depressie, ritmestoornissen	Beperkt, onder andere met middelen die PR-interval verlengen, niet met OAC	
Clobazam	IGE (LE)	Slaperigheid, vermoeidheid, duizeligheid, ataxie en gedragsstoornissen	Geen	Angst
Oudere AED				
Fenytoïne	IGE zonder MYO en ABS, LE	*Rash*, misselijkheid, duizeligheid, ataxie, slaperigheid, apathie, verwardheid, tandvleeshyperplasie, hirsutisme, tremor, osteoporose, neuropathie	Veel via inductie CYP3A4, CYP2C19 en CYP2C9, onder andere met andere AED, OAC minder betrouwbaar	
Fenobarbital	Geen, obsoleet	Sufheid, lusteloosheid, cognitieve stoornissen, verwardheid, depressie, duizeligheid, misselijkheid, diplopie, osteoporose	Veel via inductie CYP3A en CYP2C, onder andere met OAS, OAC minder betrouwbaar	

IGE = idiopathische gegeneraliseerde epilepsie; LE = lokalisatiegebonden epilepsie; ABS = absences; MYO = myoklonieën; OAS = orale antistolling; OAC = orale anticonceptiepil.

Begeleiding bij epilepsie door de huisarts

De huisarts heeft de taak om bij de begeleiding van de epilepsiepatiënt te letten op interacties en contra-indicaties van anti-epileptica met andere voorgeschreven medicatie, de psychosociale impact op de patiënt en het gezin, en de therapietrouw. Vooral stress en alcoholgebruik hebben invloed op de aanvalsfrequentie, de invloed van andere comorbiditeit is kleiner. Farmacokinetische interacties kunnen de spiegels van AED verhogen of verlagen, vooral via het cytochroom P450-systeem, wat soms meer bijwerkingen of een toename van aanvallen veroorzaakt. Bij een vrouw in de vruchtbare leeftijd is het belangrijk te weten dat er veelal een dubbele dosering van de orale anticonceptiepil (bijvoorbeeld 2 tabletten microgynon 30 per dag) wordt geadviseerd bij enzyminducerende AED. Zelfs dan zijn echter OAC minder betrouwbaar. Ook is het aan te raden dat een epilepsiepatiënte met een zwangerschapswens een afspraak maakt met de behandelend neuroloog om eventueel medicatiegebruik tijdens de zwangerschap te bespreken.

Iedere patiënt met actieve epilepsie behoort minimaal eens

per jaar een controleafspraak te hebben bij de specialist. Men spreekt van actieve epilepsie als een patiënt AED gebruikt of de laatste vijf jaar meer dan één aanval heeft gehad. Als een patiënt die AED gebruikt een aantal jaren aanvalsvrij is en de neuroloog en de patiënt besluiten tot onbeperkt continueren van de medicatie, of wanneer er een geaccepteerde aanvalsfrequentie is en er geen verdere therapeutische opties meer zijn, kan de specialist de patiënt terugverwijzen naar de huisarts. Vrouwen met actieve epilepsie in de vruchtbare leeftijd behoren altijd onder controle te blijven bij de neuroloog. Belangrijk is dat de neuroloog de huisarts verzoekt om verdere controles te laten doen en daarnaast relevante informatie overdraagt. Een andere randvoorwaarde is dat de huisarts op de hoogte is van de langetermijnbijwerkingen van de medicatie en potentiële interacties met andere medicijnen. Wanneer de huisarts vragen heeft, moet hij daarover laagdrempelig overleg voeren met de neuroloog. Als er duidelijke veranderingen optreden bij de patiënt moet de huisarts de patiënt terugverwijzen naar de neuroloog. De huisarts hoeft spiegels niet standaard te bepalen, behalve als er mogelijk sprake is van interacties, bijwerkingen en therapieontrouw. Bij fenytoïne moet de huisarts de spiegel jaarlijks bepalen, vanwege een non-lineaire kinetiek. Als een patiënt in het verleden is gestopt met een medicijn en toch een nieuwe aanval krijgt, is het verstandig als de huisarts de patiënt binnen enkele weken opnieuw naar de neuroloog verwijst. Het is niet noodzakelijk direct het gestaakte AED te hervatten, want soms zijn er redenen om met een ander (nieuwer) AED te starten.

Poliklinische begeleiding

Desgevraagd hebben epilepsiepatiënten aangegeven dat de behandeling in het ziekenhuis zich vooral richt op het controleren van de aanvallen met medicatie, terwijl de aandacht voor de psychosociale gevolgen van de epilepsie achterblijft en ze te weinig invloed hebben op behandelbeslissingen. Epilepsieorganisaties hebben daarom een model voor optimale epilepsiezorg ontwikkeld. Centraal daarin staat *shared decision making* van een team, dat bestaat uit neurologen met een affiniteit voor epilepsie, een epilepsieconsulent en de goed geïnformeerde en actieve patiënt, die de regie zo veel mogelijk in eigen hand houdt. Hiervoor is op initiatief van de Epilepsie Vereniging Nederland, het Nationaal Epilepsie Fonds en de Stichting Epilepsie Instellingen Nederland het project Epilepsieconsulent gestart. De epilepsieconsulent behoort vroeg in het behandeltraject met de patiënt te bespreken welke impact de diagnose epilepsie kan hebben. In Nederland zijn momenteel vijftien epilepsieconsulenten werkzaam op zogenaamde StartPoli's.

Medicatieresistentie

Ondanks medicamenteuze behandeling blijft meer dan een kwart van de patiënten aanvallen krijgen. Voor deze patiënten zijn niet-medicamenteuze behandelingen beschikbaar, zoals epilepsiechirurgie, het ketogene dieet, nervusvagusstimulatie en diepe hersenstimulatie.[9] De belangrijkste ontwikkeling is de epilepsiechirurgie, waarbij de epileptogene focus in de hersenen operatief wordt weggehaald. Postoperatief wordt 34 tot 74% van de patiënten aanvalsvrij.[10] Het traject naar epilepsiechirurgie is helaas intensief en daarom vallen er geregeld patiënten af.

Acute behandeling van een aanval

Als de huisarts met spoed naar de patiënt gaat vanwege een gegeneraliseerde epileptische aanval, is de kans groot dat de aanval bij aankomst voorbij is, terwijl de patiënt postictaal suf is. De huisarts hoeft dan geen medicatie te geven. Als de schokken continueren (langer dan 5 minuten), moet de arts conform de nieuwe richtlijn intramusculair midazolam geven (bij kinderen 0,2 mg/kg, maximaal 10 mg; bij volwassenen 10 mg). Eventueel kan de patiënt ook midazolam-neusspray krijgen, in dezelfde dosering.[11] Men moet voorkomen dat de patiënt zichzelf tijdens de schokken beschadigt (bescherm het hoofd, haal scherpe voorwerpen weg, maak strakke kleding los, enzovoort) en men dient de patiënt in stabiele zijligging te leggen als de aanval is gestopt. Na stabilisatie moet de arts onderzoeken of de patiënt letsel heeft opgelopen (bijvoorbeeld een hoofdwond, schouderluxatie, een heupfractuur). Als de patiënt na de aanval goed ontwaakt en er geen sprake is van relevant letsel, is acute ziekenhuisopname vaak niet nodig, vooral niet als de patiënt al epilepsie heeft. ■

LITERATUUR

1 Ngugi AK, Bottomley C, Kleinschmidt I, Sander JW, Newton CR. Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: a meta-analytic approach. Epilepsia 2010;51:883-90.
2 Ryvlin P, Cucherat M, Rheims S. Risk of sudden unexpected death in epilepsy in patients given adjunctive antiepileptic treatment for refractory seizures: a meta-analysis of placebo-controlled randomised trials. Lancet Neurol 2011;11:961-8.
3 http://epilepsie.neurologie.nl.
4 Syed TU, LaFrance WC Jr, Kahriman ES, Hasan SN, Rajasekaran V, Gulati D, et al. Can semiology predict psychogenic nonepileptic seizures? A prospective study. Ann Neurol 2011;6:997-1004.
5 McGonigal A, Russell AJ, Mallik AK, Oto M, Duncan R. Use of short term video EEG in the diagnosis of attack disorders. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004;5:771-2.
6 Glauser T, Ben-Menachem E, Bourgeois B, Cnaan A, Guerreiro C, Kälviäinen R, et al. Updated ILAE evidence review of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes. Epilepsia 2013;3:551-63.
7 Tomson T, Battino D, Bonizzoni E, Craig J, Lindhout D, Sabers A, et al. Dose-dependent risk of malformations with antiepileptic drugs: an analysis of data from the EURAP epilepsy and pregnancy registry. Lancet Neurol 2011;7:609-17.
8 Pack AM, Morrell MJ, Marcus R, Holloway L, Flaster E, Doñe S, et al. Bone mass and turnover in women with epilepsy on antiepileptic drug monotherapy. Ann Neurol 2005;2:252-7.
9 Moshé SL, Perucca E, Ryvlin P, Tomson T. Epilepsy: new advances. Lancet 2015;9971:884-98.
10 Jobst BC, Cascino GD. Resective epilepsy surgery for drug-resistant focal epilepsy: a review. JAMA 2015;3:285-93.
11 Silbergleit R, Durkalski V, Lowenstein D, Conwit R, Pancioli A, Palesch Y, et al. Intramuscular versus intravenous therapy for prehospital status epilepticus. N Engl J Med 2012;7:591-600.

Siebrig Saris-de Vries, Nicole Sinnema

Cataractoperatie en het risico op ablatio retinae

Casus

Een 57-jarige man, met in de voorgeschiedenis een herpes-zoster-infectie OS (1999), een cataractoperatie ODS (2011) en myopie (S-8) meldt zich op het spreekuur. Sinds een dag heeft hij momenten waarop hij met zijn rechteroog wazig ziet, maar dit herstelt steeds weer. Bij veel knipperen ziet de patiënt ook een zwarte vlek aan de nasale zijde van dit rechteroog. Deze vlek trekt vervolgens weer weg. Hij heeft geen last van lichtflitsen. Bij het lichamelijk onderzoek blijkt de patiënt met correctie een normale visus te hebben (OD 1,0 en OS 1,25). Zijn oogvolgbewegingen zijn ongestoord. In het centrum ziet hij dubbel na knipperen, maar dit herstelt direct weer. Omdat de huisarts op dat moment geen objectiveerbare afwijkingen constateert, besluit zij een afwachtend beleid te voeren. Zij instrueert de patiënt bij aanhoudende klachten of bij veranderingen terug te komen.

Drie dagen later, op een zaterdag, wordt de patiënt wakker en ziet duidelijk een vlek aan de binnenzijde van zijn rechteroog. Deze vlek wordt in de volgende uren groter. Hij besluit contact te zoeken met de poli oogheelkunde. De oogarts adviseert hem om maandag op het spreekuur te komen. Zijn gezichtsveld rechts is die maandag verder verslechterd. De oogarts constateert een ablatio retinae van 4 tot 12 uur aan zijn rechteroog. Door de uitgebreide netvliesloslating is ook zijn macula afliggend. Dit verklaart zijn slechte visus, die op dat moment OD 0,1 is. De dag daarop krijgt de patiënt in een academisch ziekenhuis een vitrectomie. Het herstel van zijn visus duurt maanden, maar is uiteindelijk verbeterd tot OD 0,8. Daarnaast blijft hij een vervormd beeld zien ter plaatse van de vlek, maar dit hindert hem weinig.

BESCHOUWING

Cataractoperaties komen in Nederland zeer frequent voor, zo'n 140.000 maal per jaar. Ablatio retinae is een relatief zeldzame (0,7%), maar serieuze complicatie in de vroege of late postoperatieve fase. De casus laat zien hoe belangrijk het is deze complicatie vroeg te onderkennen.

Andere risicofactoren voor ablatio retinae zijn: middelbare leeftijd (tussen 50 en 65 jaar), myopie, trauma en het mannelijk geslacht. Het spreekt voor zich dat een combinatie van risicofactoren de kans op het krijgen van een netvliesloslating verder vergroot.

Bij een klassieke loslating bemerkt de patiënt mouches volantes die enigszins vertraagd meebewegen met de blikrichting. Lichtflitsen kunnen in 50% van de gevallen ontstaan als tractie wordt uitgeoefend op het netvlies. Uitval of verandering van het gezichtsveld ontstaat pas als er glasvocht via de randen van het netvliesdefect in de subretinale ruimte komt.

De huisarts onderzoekt bij vermoedelijke netvliesloslating de visus en let op beeldvertekening door middel van de Amslerkaart. Het gezichtsveldonderzoek geeft inzicht in eventuele perifere uitval. Een geoefend huisarts kan funduscopie doen.

Als een patiënt met een eerdere cataractoperatie, mouches volantes, lichtflitsen of een veranderd gezichtsveld bij de huisarts komt, is acute verwijzing naar de oogarts geïndiceerd. Er zijn verschillende soorten behandelingen mogelijk. De oogarts behandelt een netvliesdefect met een poliklinische laser- of cryocoagulatie. Als er een daadwerkelijke loslating is, kiest hij in de meeste gevallen voor een netvliesoperatie. Gecompliceerde netvliesloslatingen vormen een indicatie voor vitrectomie. Hierbij verwijdert de oogarts het glasvocht en plaatst er gas of siliconenolie voor in de plaats. De prognose is afhankelijk van de mate en de duur van de loslating en eventuele betrokkenheid van de macula. Herstel van visus en gezichtsveld zijn nog tot maanden na de operatie mogelijk. ■

LITERATUUR

1 La Heij EC, Hendrikse F. Netvliesloslatingen en netvlieschirurgie. Stand van zaken. Ned Tijdschr Geneeskd 1999;143:781-5.
2 Haug SJ, Bhisitkul RB, Riskfactors for retinal detachtment following cataract surgery. Curr opin ophthalmol 2011;23:7-11.
3 Kang HK, Luff AJ. Management of retinal detachment: a guide for non-ophtalmologists. BMJ 2008;336:1235-40.

Karel de Grote praktijk, Karel de Grotestraat 53, 3962 CK, Wijk bij Duurstede: S. Saris-de Vries, huisarts; N.C.A. Sinnema, oogarts Diakonessenhuis Zeist • Correspondentie: siebrigsaris@gmail.com

INTERVIEW

‘Het is goed om alert te zijn op cognitieve problemen bij álle diabetespatiënten’

Dit voorjaar promoveerde Paula Koekkoek op haar proefschrift *Cognitive dysfunction in type 2 diabetes. Detection and treatment in primary care*. In een interview vertelt ze over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Aanloop naar het onderzoek

‘Ik deed mijn wetenschappelijke stage bij Guy Rutten en vond dat erg leuk’, vertelt Koekkoek op de vraag naar de aanloop tot haar onderzoek. ‘Ik wist al dat ik huisarts wilde worden, maar nu bleek dat ook het doen van onderzoek me erg aansprak. Ik vroeg dus aan Guy of hij onderzoeksmogelijkheden voor me had, en dat bleek zo te zijn. Korte tijd later werd ik toegelaten tot de huisartsopleiding en kwam ik in een aiotho-traject terecht.’

En hoe is de onderwerpkeuze van het onderzoek verlopen? ‘Tijdens mijn stage “rolde” ik in de diabetes, maar de invalshoek van cognitieve tekorten vond ik heel interessant. Vooral ook omdat er maar weinig over bekend is in de huisartsenpraktijk.’

Eigen termen

Om te verduidelijken waar het om gaat bij cognitieve tekorten bij diabetes heeft Koekkoek een speciale terminologie ontwikkeld. Waarom was dat nodig? ‘We kwamen erachter dat er twee groepen zijn: mensen met lichte cognitieve tekorten maar een gunstige prognose en mensen met dementie of *mild cognitive impairment*. Voor de lichte cognitieve tekorten – die vaak voorkomen bij diabetes – was nog geen bestaande term voorhanden. Daarvoor hebben we dus de term “diabetes-geassocieerde cognitieve tekorten” verzonnen. Daartoe behoren de tekorten die een langzame progressie hebben, die voorkomen op alle leeftijden en die niet voldoen aan bestaande criteria.’

Diabetes en cognities

Koekkoek baseerde zich op gegevens uit het *Addition*-onderzoek, waarbij een groot aantal diabetespatiënten was verdeeld in een interventiegroep die intensieve behandeling kreeg en een controlegroep met een normale behandeling. ‘Bij een deel van de patiënten werd de cognitie gemeten – in de *Addition Cognition Study*. Dat was dus waar mijn onderzoek zich op richtte: wat doet een intensieve behandeling met de cognitie van diabetespatiënten? We wisten al dat diabetes invloed heeft op het cognitief functioneren, maar nieuw was dat er vervolgens weinig effect is op de snelheid van de achteruitgang in cognitieve functies. Bovendien bleek dat een al dan niet intensieve behandeling niets uitmaakt. Bij dat laatste is wel een kanttekening te maken; we hebben in Nederland al een heel goede “normale” diabeteszorg en bovendien kwam tijdens mijn onderzoek de herziene standaard uit met strengere criteria. Daardoor verkleinde het verschil tussen een normale en intensieve behandeling en dat vertroebelde onze uitkomsten een beetje.’

Twee groepen

Koekkoek vervolgt: ‘Er is sprake van twee verschillende groepen. Enerzijds zijn er diabetespatiënten met lichte cognitieve tekorten die misschien wel wat klachten hebben maar geen problemen ondervinden in het dagelijks functioneren. De tweede groep betreft mensen met dementie, iets wat ook veel voorkomt bij diabetes.’

Is misschien bekend hoe het komt dat diabetes het cognitief functioneren negatief beïnvloedt? Koekkoek: ‘Nee, dat weten we niet precies. Het is geen geleidelijk proces; cognitieve tekorten komen ook al voor bij prediabetes. En het is onbekend of bijvoorbeeld de instelling van de diabetes of andere aan de ziekte gerelateerde factoren, zoals een hoge bloeddruk, het risico verhogen. Daarnaar is meer onderzoek nodig. We weten dus ook nog niet hoe we het kunnen voorkomen.’

Problemen bij dementie

‘Dementie komt tweemaal zo veel voor bij diabetespatiënten’, vertelt Koekkoek. ‘Maar helaas kunnen we die subgroep er nog niet uitvissen. Dat zou wel wenselijk zijn, want bij de combinatie diabetes en dementie ontstaan er problemen. Bij deze patiënten komen vaker hypoglykemieën voor en ook meer ziekenhuisopnames. Dat zouden we wellicht kunnen voorkomen door een betere instelling van de diabetes, maar dat moet nog nader worden onderzocht. Bovendien zijn deze patiënten moeilijker in te stellen. Ook gebruiken ze vaker insuline, maar dat is juist gevaarlijk bij deze groep. Maar ja, als je niet weet dat een verminderde cognitie ten grondslag ligt aan de problemen, doe je er dus niets mee.’

MMSE, TYM en SAGE

Koekkoek heeft vervolgens gekeken of het haalbaar is voor huisartsen om cognitieve achteruitgang bij diabetespatiënten op te sporen. ‘De veelgebruikte *Mini Mental State Examination* is niet erg gevoelig voor lichtere cognitieve problemen. Als die flink afwijkend is, is er ook echt wel wat mis. Maar als de MMSE een positief resultaat geeft, betekent dat bepaald niet dat er niets aan de hand is. We gingen dus op zoek naar een andere test, maar wilden niet dat het te belastend werd in de praktijk. Het best is dan dus een test die de patiënt zelf kan invullen, zodat het de huisarts

of praktijkondersteuner geen tijd kost. We vonden als eerste de *Test Your Memory*-test; deze was al wel onderzocht in de geheugenpoli maar nog niet in de huisartsenpraktijk. We keken of die test het ook goed zou doen in een eerstelijnspopulatie en bij lichte cognitieve tekorten. Dat bleek het geval en daarom besloten we deze "TYM" verder te onderzoeken, ook in vergelijking met de inmiddels verschenen *Self Administered Gerocognitive Examination* die evenmin was onderzocht in de huisartsenpraktijk.'

Goede eerste stap

'Om de tests te valideren includeerden we 225 diabetespatiënten van 70 jaar en ouder. Die lieten we beide vragenlijsten invullen, maar ook bezochten we hen en hebben we bij hen de MMSE afgenomen. Maar liefst 25% van hen bleek een cognitief probleem te hebben wat nog niet was opgemerkt. Ze waren niet met klachten naar de huisarts gegaan en er bestond dus nog geen vermoeden van de problematiek.'

Dat zijn nogal opmerkelijke aantallen! Pleit Koekkoek er dus voor dat er actiever wordt gescreend op cognitieve achteruitgang bij diabetespatiënten? 'Tja, maar wat doe je vervolgens met die opgespoorde patiënten? De behandeling veranderen? De ondersteuning verbeteren? We zijn op dit moment aan het bedenken hoe we hiernaar vervolgonderzoek kunnen doen. In elk geval lijken die vragenlijsten goed als eerste stap; ze sluiten problematiek goed uit. Maar als blijkt dat er wel wat speelt, dan moet de huisarts of praktijkondersteuner die patiënten wel zien. Bij ons was er sprake van vermoeden van cognitieve problemen bij maar liefst 50% van de 225 geïncludeerde patiënten. En zoals gezegd bleek bij bijna de helft daar weer van dat er inderdaad sprake was van cognitieve problematiek.'

Samenhang met depressie

Koekkoek onderzocht bij de cognitieve tekorten ook de samenhang met of beïnvloeding door depressie. 'Dat speelt ernaast of erdoorheen, dat weten we niet precies. De domeinen die worden aangedaan door diabetes en depressie overlappen elkaar. Maar we zagen bij de diabetespatiënten geen beïnvloeding van depressie op cognitie; bij niet-diabeten was dat wel het geval. Toch komt depressie vaker voor bij diabetes. En als er sprake was van een échte cognitieve stoornis, dan waren er ook vaker depressieve klachten. Dan gaat dat dus toch samen, maar mogelijk komt dat door de ernst van de problemen.'

Koekkoek vult aan: 'De meeste huisartsen weten wel dat depressie vaker voorkomt bij diabetes. Dan is het natuurlijk goed om dat te behandelen, al is het maar omdat het niet goed mogelijk is om een gedegen oordeel te geven over de cognitie voor je de depressieve klachten hebt opgelost.'

Ook vond Koekkoek nog een verband met de gezondheidstoestand van de patiënt. 'Juist mensen met niet-gediagnosticeerde cognitieve klachten hebben vaker een minder goede gezondheidstoestand. Kennelijk rommelt er dan dus al wat meer dan wij in de gaten hebben. Die groep kan best wat extra aandacht gebruiken!'

De eigen spreekkamer

Denkt Koekkoek dat zij door haar onderzoek een andere aanpak heeft in de eigen spreekkamer dan andere huisartsen? 'Ik weet natuurlijk niet hoe andere huisartsen het doen, maar ik denk dat ik me misschien wat eerder bewust ben van mogelijke cognitieve problematiek bij diabetespatiënten en ook wat meer alert ben op lichte problematiek. In elk geval vraag ik altijd door op zelfmanagement en therapietrouw, want cognitieve problemen kunnen daarbij een rol spelen.'

En heeft Koekkoek gezien haar onderzoeksresultaten nog adviezen voor de huisarts? 'Als een diabetespatiënt niet goed is in te stellen, is het misschien goed om aan de cognitie te denken. Blijken er cognitieve problemen te zijn, dan kun je daar alert op zijn. Maar op dit moment zeggen we nog niet dat je alle diabetespatiënten van 70 jaar en ouder actief moet onderzoeken, want het is nog niet duidelijk wat dat concreet oplevert.'

Mogelijk vervolgonderzoek

Zoals bij elk onderzoek zijn er ook nu diverse aspecten die nader moeten worden onderzocht. Heeft Koekkoek daartoe ook suggesties? 'Zoals gezegd is er een subgroep van diabetespatiënten bij wie de cognitieve tekorten wél achteruitgaan. Het zou goed zijn als we een manier vinden om die groep eruit te vissen. Onlangs is een risicoscore uitgebracht voor het ontwikkelen van dementie in de komende 10 jaar bij diabetespatiënten van 60 jaar en ouder. Dat kan een manier zijn om mensen te identificeren, maar dat moet nog worden uitgezocht in de praktijk.

Verder is er allerlei onderzoek gaande naar biomarkers, maar dat ligt nog in de toekomst. Bovendien is het de vraag of we het wel willen weten als we x% kans hebben om binnen 10 jaar dement te worden. Daar komt vast nog heel veel discussie over!

Ook is er nog vervolgonderzoek nodig naar wat het allemaal oplevert. We weten nu hoe we cognitieve problemen kunnen opsporen met zo min mogelijk tijd en middelen, maar wat kun je vervolgens doen? Wat voor behandeling kun je geven zodat je patiënt een betere kwaliteit van leven en minder complicaties krijgt?'

En tot slot: het onderzoek met vragenlijsten had een follow-up na 6 en 24 maanden, waarbij we keken naar depressie en de gezondheidsstatus. Wat waren de ontwikkelingen in die tijd? Daar wordt nu naar gekeken en dat komt in een volgend proefschrift.'

Na de promotie

De promotie was in mei een feit; waar heeft Koekkoek zich daarna op gericht? 'In juni ben ik gestart met het derde jaar van de opleiding en daar focus ik me nu vooral op. Daarnaast is er een tweede kindje op komst, dus ook mijn gezin krijgt nu meer aandacht.'

En zou Koekkoek ooit nog weer onderzoek willen doen? 'Ja, het idee is wel om mijn werk als huisarts met onderzoek te combineren. Dat is natuurlijk een hele uitdaging; de tijd zal leren hoe dat uitpakt. Maar ik vind onderzoek wel heel leuk, dus wil het graag proberen!' ■

Ans Stalenhoef

Marlous Grijsen, Jim Zeegelaar, Henry de Vries

KLINISCHE LES

Huidaandoeningen na terugkeer uit de tropen

INLEIDING

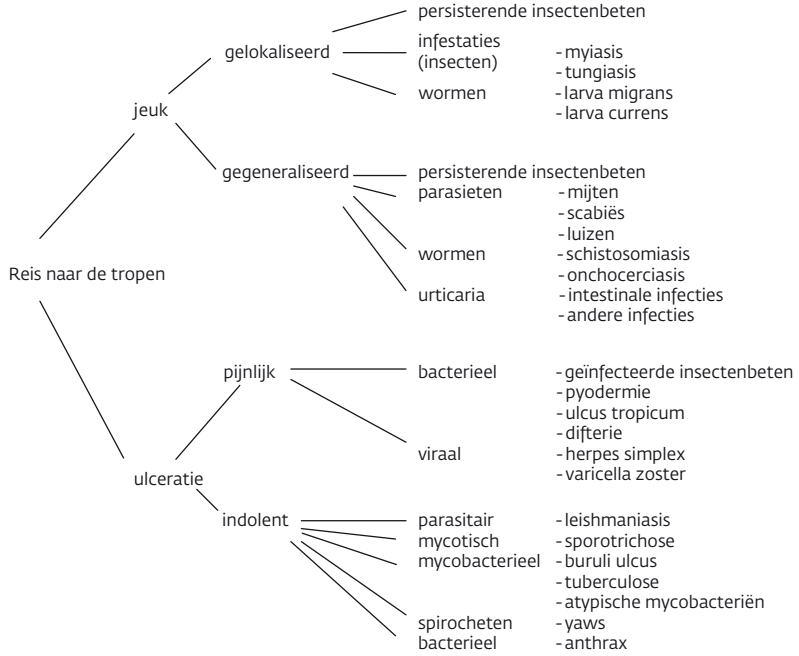
Huidziekten komen geregeld voor onder immigranten en reizigers die uit de (sub)tropen terugkeren, en staan in de top-3 van meestvoorkomende ziekten bij zogenaamde *travel clinic*-bezoekers.[1] In de meeste gevallen gaat het om huidinfecties die jeuken of ulcereren [**figuur 1**]. [**Tabel 1**] geeft een overzicht van veelvoorkomende huidziekten en laat zien in welke landen de infectie endemisch is.[1] In deze klinische les zullen we aan de hand van casuïstiek de meestvoorkomende huidziekten bij reizigers uit de tropen bespreken.

Samenvatting

Grijsen ML, Zeegelaar JE, De Vries HJC. Huidaandoeningen na terugkeer uit de tropen. Huisarts Wet 2016;58(12):654-8.

Importdermatosen komen geregeld voor onder immigranten en terugkerende reizigers uit de (sub)tropen. Ze staan in de top-3 van meestvoorkomende ziekten bij reizigers en huisartsen zullen er steeds vaker mee te maken krijgen. De meestvoorkomende huidziekten zijn larva migrans, insectenbeten, pyoderma, myiasis, tungiasis, cutane leishmaniasis, urticaria, allergische reacties, koorts met huiduitslag, scabiës en oppervlakkige schimmelinfecties. In dit artikel geven wij een overzicht van een aantal veelvoorkomende importdermatosen aan de hand van casuïstiek.

Figuur 1 Stroomdiagram voor differentiaaldiagnostiek van jeukende en ulcererende huidaandoeningen bij reizigers na een bezoek aan de (sub)tropen[8,16]



LUMC, afdeling Dermatologie, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: M.L. Grijsen, dermatoloog i.o. Flevoziekenhuis, afdeling Dermatologie, Almere: J.E. Zeegelaar, dermatoloog. AMC, afdeling Dermatologie, Amsterdam/Soa-polikliniek, cluster Infectieziekten, GGD Amsterdam: H.J.C. de Vries, dermatoloog • Correspondentie: m.l.grijsen@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casus 1

Een 38-jarige gezonde vrouw heeft sinds enkele maanden jeuk op haar linkervoetrug, die kort na een verblijf in Suriname is ontstaan. Bij lichamelijk onderzoek ziet de huisarts op de linkervoetrug een erythemateuze slingerende lineaire laesie, met een lengte van 7 cm [**figuur 2**]. De huisarts stelt na overleg met de dermatoloog de diagnose larva migrans.

Figuur 2 Larva migrans op de linkervoetrug na bezoek aan Suriname

BESPREKING VAN CASUS 1

Larva migrans, of *creeping eruption*, wordt veroorzaakt door penetratie van larven van hoofdzakelijk hond- en katmijnwormen in de epidermis (opperhuid). Deze aandoening komt voornamelijk voor bij reizigers uit Sub-Sahara-Afrika, Azië, Noord- en Zuid-Amerika en de Caribische eilanden. De larven bevinden

De kern

- Huidziekten staan in de top-3 van meestvoorkomende ziekten bij reizigers die uit de (sub)tropen zijn teruggekeerd.
- De meestvoorkomende huidafwijkingen zijn larva migrans, insectenbeten, cutane leishmaniasis, pyoderma, myiasis, tungiasis, urticaria, allergische reacties, koorts met huiduitslag, scabiës en oppervlakkige schimmelinfecties.
- Cutane leishmaniasis manifesteert zich meestal enkele weken na terugkomst. De Zuid- en Midden-Amerikaanse leishmaniasis kunnen destructie van de nasofarynx veroorzaken. Bij een vermoeden van cutane leishmaniasis moet de patiënt een verwijzing krijgen naar een ervaren dermatoloog.
- Lepra ziet men zelden bij patiënten uit endemische gebieden. De aandoening wordt vaak te laat herkend, waardoor er al onomkeerbare zenuwschade is opgetreden.
- Reizigers die naar de (sub)tropen gaan, moeten het advies krijgen goede preventieve maatregelen te treffen ter voorkoming van insectenbeten, zoals gebruik van DEET en beschermende kleding.

Tabel 1 **Overzicht van geregeld voorkomende huidziekten bij reizigers, symptomen en werelddelen waar zij de huidinfectie kunnen oplopen**

Diagnose	Symptomen	Werelddelen
Larva Migrans	Sterk jeukende, migrerende, erythemateuze slingerende laesie op voeten, romp, nates of bovenbenen	Zuidoost-Azië, Sub-Sahara-Afrika, Midden- en Zuid-Amerika en de Caraïben
Leishmaniasis	Niet-pijnlijk, granulerend ulcus met soms opgeworpen rand	Midden- en Zuid-Amerika, Middellandse zeegebied, Midden- en Nabije Oosten
Myiasis	Furunkelachtige huidafwijkingen met insteekopening	Zuid-Amerika, de Caraïben, Zuidoost-Azië en Sub-Sahara-Afrika
Tungiasis	Furunkelachtige huidafwijkingen, vooral aan de voetzool/tenen	Zuid-Amerika, de Caraïben, Sub-Sahara-Afrika en Azië
Lepra	Variërend van solitaire huidafwijking/zenuwlaesie tot multipele huidafwijkingen (gehypopigmenteerde maculae, erythemateuze plaques/nodi) en polyneuropathieën	Midden- en Zuid-Amerika, de Caraïben, Sub-Sahara-Afrika en Azië

De gegevens zijn onder andere afkomstig van GeoSentinel Surveillance (www.geosentinel.org).

zich in door honden- of kattenfeces gecontamineerde grond, waarin zij onder gunstige omstandigheden lange tijd kunnen overleven.[2] Na contact met gecontamineerde grond kunnen de larven de huid binnendringen en in de epidermis verder migreren (enkele centimeters per dag). Omdat de larven de basaalmembraan van de epidermis niet kunnen passeren, blijven ze epidermaal, totdat ze na enkele maanden sterven en desintegreren.[3] Voorkeurslocaties op het lichaam zijn de voeten, romp, nates en bovenbenen.[4] Zonder behandeling kan larva migrans veel jeuk en irritatie veroorzaken, met excoriaties en secundaire impetiginisatie. Differentiaaldiagnostisch is larva migrans soms lastig van scabiës of larva currens te onderscheiden. De laatstgenoemde aandoening wordt veroorzaakt door *Strongyloides stercoralis* en geeft een vergelijkbare urticariële eruptie. Hoewel het merendeel van deze infecties asymptomatisch verloopt, kunnen *Strongyloides*-larven echter wel de basaalmembraan passeren, inwendige organen infesteren en aspecifieke systemische klachten veroorzaken (buikpijn, diarree en/of hoesten).

Casus 2

Een negenjarige jongen heeft sinds tien dagen last van jeukende plekken aan zijn onderbenen. De klachten zijn begonnen tijdens een vakantie in Paramaribo, Suriname. Hij heeft geen koorts en is niet ziek. Bij lichamelijk onderzoek ziet de huisarts aan beide onderbenen verschillende pijnlijke ulcera en bullae gevuld met pus [**figuur 3**]. De huisarts laat kweken van de pus maken, waaruit *Streptococcus pyogenes* (HS-groep A) en *Staphylococcus aureus* komen. Hij stelt de diagnose secundair geïmpetiginiseerde insectenbeten.

Figuur 3 **Pyoderma bij een kind na vakantie in Suriname**

BESPREKING VAN CASUS 2

Impetiginisatie (pyodermie) is een veelvoorkomende oorzaak van ulcera bij reizigers uit de tropen.[5] Het klinisch beeld kan variëren van folliculitiden tot ulcera. Pyodermieën lijken meer voor te komen in de tropen dan in gematigde klimaten en zijn vaak moeilijker te genezen.[5] Pyodermieën treden vaak op als secundaire infectie van jeukende aandoeningen, zoals (persisterende) insectenbeten, scabiës, larva migrans of constitutioneel eczeem. De voornaamste verwekkers zijn *S. aureus* en groep A β-hemolytische streptokokken. Men dient rekening te houden met *community-acquired* methicillineresistente *S. aureus*, die wereldwijd in toenemende mate problemen oplevert.

Casus 3

Een 22-jarige gezonde man heeft een pijnlijke en jeukende zwelling aan zijn linkeronderbeen.[6] Deze is acht weken eerder ontstaan na een insectenbeet tijdens een vakantie in Mexico. De patiënt vertelt dat hij onderhuids iets voelt bewegen. Bij lichamelijk onderzoek ziet de huisarts op de linkerkuit een erythemateuze zwelling van 3,5 cm met een centrale opening. Na pressie komt er seropurulent vocht uit [**figuur 4a**]. De huisarts verwijst de patiënt na telefonisch overleg naar de dermatoloog. Op basis van de reisanamnese en het klinisch beeld vermoedt de laatste dat er sprake is van cutane myiasis. De insteekopening wordt gebiopteerd om het verwijderen van de larve te vergemakkelijken. De diagnose myiasis door een *Dermatobia hominis*-larve wordt bevestigd [**figuur 4b**].

Abstract

Grijsen ML, Zeegelaar JE, De Vries HJC. Skin diseases in travellers returning from the tropics. *Huisarts Wet 2016;58(12):654-8.*

Imported skin diseases are common among immigrants and travellers returning from tropical or subtropical areas and are in the top three most common diseases seen in travellers. As such, general practitioners will encounter them more often. The most common skin diseases are larva migrans, insect bites, pyoderma, myiasis, tungiasis, cutaneous leishmaniasis, urticaria, allergic reactions, fever with rash, scabies, and superficial fungal infections. This article provides an overview, based on case histories, of a number of common imported skin diseases.

Figuur 4a **Furunkelachtige huidafwijking passend bij myiasis ontstaan na een vakantie in Mexico**[7]

BESPREKING VAN CASUS 3

Bij furunkelachtige huidafwijkingen die zijn ontstaan na een bezoek aan de (sub)tropen moet men bedacht zijn op cutane myiasis, die wordt veroorzaakt door infestatie met larven van *Diptera*-vliegen.[7] De belangrijkste verwekkers voor de mens

Figuur 4b **Dermatobia hominis-larve. Let op de rij zwarte haakjes op de kop van de larve waarmee deze zich stevig kan innestelen en moeilijk te exprimeren is. Deze haakjes zijn afwezig bij de Cordylobia anthropophaga-larve.**

Figuur 4c **Tungiasis (jiggers)**

zijn *Cordylobia anthropophaga* (*Tumbu fly*, *Putsi fly* of *Mango fly*) in Sub-Sahara-Afrika en Zuid-Spanje, en *Dermatobia hominis* (*human botfly*), die voornamelijk in de tropische regenwouden van Centraal- en Zuid-Amerika voorkomt.[8]

De vrouwelijke *Cordylobia*-vlieg legt haar eieren op met urine of feces gecontamineerde zandgrond of op vochtig wasgoed dat te drogen hangt. Wanneer het wasgoed niet (heet genoeg) gestreken is, kunnen de larven de huid penetreren. Na gemiddeld twee weken verlaten de larven de gastheer om zich te verpoppen in de zandgrond.[9]

De larven van de *Dermatobia*-vlieg kunnen de gastheer infecteren doordat de vlieg zelf de eitjes op de huid legt of door gebruik te maken van een vector, zoals muskieten. In dit geval klampt de *Dermatobia*-vlieg zich tijdens het vliegen vast aan een mug en legt haar eieren op zijn buik.[8] Wanneer de muskiet vervolgens de gastheer steekt, krijgt de reeds ontwikkelde larve de kans om de huid van de gastheer te penetreren en ontstaat er een furunkeloïde laesie met een centrale opening. Na ongeveer twee maanden is de larve volgroeid (18-25 mm) en verlaat hij de gastheer om zich te verpoppen [**figuur 4b**]. In de differentiaaldiagnose staat tungiasis (*jiggers*). Tungiasis wordt veroorzaakt door de vrouwelijke zandvlo *Tunga penetrans* en geeft vergelijkbare huidafwijkingen aan de voetzool en tenen [**figuur 4c**].

Casus 4

Een immuuncompetente vrouw van 64 jaar heeft twee weken na thuiskomst van een vakantie in Peru een niet-genezend pijnlijk ulcus op de rechterknie ontwikkeld. Ze heeft onder andere het Amazonegebied bezocht en is veelvuldig door muggen gestoken. Ze heeft geen koorts of andere systemische klachten. Bij lichamelijk onderzoek ziet de huisarts een grillig geïndureerd ulcus van 2 x 2 cm, met een livide opgeworpen rand [**figuur 5**]. De regionale lymfeklieren zijn niet palpabel. Na verwijzing laat histologisch onderzoek van een huidbiopt door de dermatoloog het beeld van leishmaniasis zien. PCR-onderzoek toont aan dat er sprake is van een *Leishmania braziliensis*-speciescomplex. De patiënte krijgt behandeling en het ulcus geneest geleidelijk.

Figuur 5 **Cutane leishmaniasis veroorzaakt door *L. braziliensis*, opgelopen in Peru**

BESPREKING VAN CASUS 4

Leishmaniasis wordt veroorzaakt door de intracellulaire parasiet *Leishmania* en wordt overgebracht door de vrouwelijke zandvlieg. Afhankelijk van het type kan de parasiet een infectie van de huid (cutane leishmaniasis), slijmvliezen (mucocutane leishmaniasis) of inwendige organen (viscerale leishmaniasis, kala azar = zwarte dood) veroorzaken. Wereldwijd zijn er meer dan twintig verschillende *Leishmania*-species die pathogeen zijn voor de mens. Leishmaniasis komt voor in 88 landen in de tropen, de subtropen en rond de Middellandse zee.[10] Negentig procent van de infecties zien we in Afghanistan, Algerije, Brazilië, Pakistan, Peru, Saoedi-Arabië en Syrië.[11] De afgelopen decennia is er sprake van een duidelijke stijging van het aantal cutane leishmaniasis-gevallen onder terugkerende westerse reizigers, met een verdubbeling tijdens de afgelopen tien jaar. Deze stijging is onder andere veroorzaakt door de Nederlandse militairen, die in 2005 waren uitgezonden naar Noord-Afghanistan. Bijna 20% van hen had cutane leishmaniasis opgelopen door het ontbreken van de juiste preventieve maatregelen.[12]

De huidziekte begint als een kleine, niet-pijnlijke papel op de plek van de insectensteek en ontwikkelt zich binnen vier tot twaalf weken tot een ulcus, soms met korstvorming. Vaak zien we regionale lymfadenitis en lymfadenopathie. De combinatie van klinische presentatie (ulcera, lymfadenitis) en een anamnese waarin sprake is van een recente reis (enkele weken tot maanden geleden) naar een endemisch gebied moet het vermoeden doen rijzen dat het om een cutane leishmaniasis kan gaan. Verwijzing naar een gespecialiseerd centrum voor diagnostiek en speciesdeterminatie is van groot belang voor de therapiekeuze en de prognose.[13]

Casus 5

Een 41-jarige Braziliaanse vrouw komt op het spreekuur met vurige rode bulten in het gelaat [**figuur 6**] en op het lichaam. Ze heeft de afgelopen 21 jaar als expat veel in het buitenland gewoond, onder meer in Oman, Rusland, Engeland, Maleisië en India. Ze klaagt verder over pijn in haar vingers en tenen. Ze heeft eerder dermatologen bezocht die geen bevredigende verklaring voor het huidbeeld konden vinden. Zij zagen ook geen sensibiliteitsverlies rond de huidafwijkingen, noch andere neurologische afwijkingen. Uiteindelijk toont histopathologisch onderzoek van een huidbiopt in een Universitair Centrum aan dat er sprake is van een granulomateuze ontsteking met zuurvaste staven. Het PCR-onderzoek is positief voor *Mycobacterium leprae*.

Figuur 6a **Borderline lepromateuze lepra voor behandeling**

Figuur 6b **Borderline lepromateuze lepra zes weken na start van de combinatietherapie, met als gevolg een leprareactie**

BESPREKING VAN CASUS 5

Lepra is een van de vroegst gedocumenteerde ziekten die gepaard gaan met huidafwijkingen en beschadiging van perifere zenuwen. Hierbij treedt neuropathie op, met verlies van sensibiliteit en paresen. Daardoor kunnen neuropathische ulcera, charcotvoetdeformaties en osteomyelitis optreden, die uiteindelijk amputaties van ledematen en ernstige invaliditeit tot gevolg kunnen hebben. Complicaties zijn bij een snelle start van behandeling nog omkeerbaar. Lepra komt nog veel voor in Brazilië, India en Nepal, en is endemisch in veel tropische landen. De infectie wordt overgedragen van mens op mens en de incubatietijd is lang, tot vele jaren. Waarschijnlijk heeft onze patiënte al tijdens haar jeugd in Brazilië lepra opgelopen. In Nederland zien we jaarlijks naar schatting vijf tot tien nieuwe gevallen. Het betreft dan altijd importinfecties die elders zijn opgelopen. Doordat lepra hier nog maar zo zelden voorkomt wordt de ziekte helaas vaak pas laat gediagnosticeerd, waardoor er veelal reeds onomkeerbare zenuwschade is opgetreden.[14]

Lepra veroorzaakt een scala aan verschillende huidafwijkingen, van gehypopigmenteerde vlekken met gestoorde sensibiliteit tot rode plaques/nodi. Daarnaast kunnen perifere zenuwen verdikt en pijnlijk zijn, en kan er sprake zijn van krachtverlies in handen en voeten. Ook kunnen oogklachten (lagoftalmie) en perifere neurologische verschijnselen aanwezig zijn. Aangezien lepra heel veel verschillende vormen kan aannemen, is het niet goed te vangen in het stroomdiagram. De behandeling van lepra bestaat uit drie antibiotica: dapson, clofazimine en rifampicine (combinatietherapie). De behandeling en het verloop van de ziekte kunnen gecompliceerd worden door leprareacties [**figuur 6b**]. Dit zijn immunologische reacties die vooral optreden kort na de start van de behandeling en worden uitgelokt door het massaal vrijkomen van bacteriële antigenen ten gevolge van de antibiotische therapie.

CONCLUSIE

Dermatologische aandoeningen komen vaak voor onder reizigers uit de (sub)tropen. De meestvoorkomende huidziekten zijn larva migrans en insectenbeten (beide soms secundair geïmpetiginiseerd), pyoderma, cutane leishmaniasis, myiasis, tungiasis, urticaria, allergische reacties, koorts met huiduitslag, scabiës en oppervlakkige schimmelinfecties.[1] Myiasis zien we vooral onder terugkerende reizigers uit Midden- en Zuid-Amerika, en Sub-Sahara-Afrika. Cutane leishmaniasis is een van de meestvoorkomende oorzaken van tropische ulcera onder reizigers uit Afghanistan, Algerije, Iran, Saoedi-Arabië, Brazilië, Peru en Syrië, maar komt ook in toenemende mate voor in de mediterrane landen. Bij patiënten afkomstig uit tropische gebieden met onbegrepen huid- en neurologische klachten moet men denken aan lepra.

Voorkomen is beter dan genezen, wat met relatief eenvoudige maatregelen kan. De meeste van de hierboven beschreven huidafwijkingen worden overgedragen of veroorzaakt door steken van muggen en zandvliegen. Reizigers kunnen zich relatief eenvoudig tegen insectenbeten beschermen door in endemische gebieden bedekkende kleding en dichte schoenen te dragen en ten minste 30% diethyltoluamide (DEET)-bevattende insectenwerende middelen enkele malen per dag op de onbedekte huid aan te brengen.[15] Deze maatregelen zijn vooral rond de schemering van belang, wanneer deze insecten het actiefst zijn. Daarnaast luidt het advies geen donkere kleding te dragen, omdat die muggen aantrekt. De meeste van deze aandoeningen kan de huisarts goed diagnosticeren en behandelen. Indien twijfel bestaat over de huidafwijkingen kan de huisarts laagdrempelig overleggen met of verwijzen naar een dermatoloog die ervaring heeft met tropische huidaandoeningen. ■

Deze nascholing is een aflevering in de serie Dermatologie.

LITERATUUR

1 Leder, K, Toressi J, Libman MD, Cramer JP, Castelli F, Schlagenhauf P, et al. Geo-Sentinel surveillance of illness in returned travelers, 2007-2011. Ann Intern Med 2013:158:456-68.
2 Wieder S, Levitt J. Intensely pruritic eruption in a college student. JAMA 2014;312:1458-9.
3 Heukelbach J, Feldmeier H. Creeping eruption (cutaneous larva migrans). In: Faber WR, Hay RJ, Naafs B (eds). Imported skin diseases, 2nd edition. Maarssen: Wiley-Blackwell, 2013.
4 Heukelbach J, Feldmeier H. Epidemiological and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. Lancet Infect Dis 2008;8:302-9.
5 Zeegelaar JE, Faber WR. Imported tropical infectious ulcers in travelers. Am J Clin Dermatol 2008;9:219-32.
6 Baerda Bakker-Wensveen CAH, Baerda Bakker HBB, Lavrijsen APM. Dermatobia hominis, de 'hitch hiking' larve. Ned Tijdschr Dermat Venerol 2002;12:251-3.
7 Francesconi F, Lupi O. Myiasis. Clin Microbiol Rev 2012;25:79-105.
8 Van Hees CLM. Terug uit de tropen: jeukende dermatosen. Ned Tijdschr Dermat Venerol 2014;24:84-8.
9 McGraw TA, Turiansky GW. Cutaneous myiasis. J Am Acad Dermatol 2008;58:907-26.
10 Faber WR, Hoekzema R, Bart A, Zeegelaar JE, De Vries HJ. Cutaneous leishmaniasis acquired in Jura, France. Emerg Infect Dis 2012;18:183-4.
11 Reithinger R, Dujardin JC, Louzir H, Pirmez C, Alexander B, Brooker S. Cutaneous leishmaniasis. Lancet Infect Dis 2007;7:581-96.
12 Bart A, Van Thiel P, De Vries HJ, Hodiamont C, Van Gool T. Imported leishmaniasis in the Netherlands from 2005 to 2012: epidemiology, diagnostic techniques and sequence-based species typing from 195 patients. Euro Surveill 2013;18:20544.
13 Hodiamont CJ, Kager PA, Bart A, De Vries HJ, Van Thiel PP, Leenstra T, et al. Species-directed therapy for leishmaniasis in returning travellers: a comprehensive guide. PLoS Negl Trop Dis 20141;8:e2832.
14 De Groot R, Van Brakel WH, De Vries HJ. Social implications of leprosy in the Netherlands – stigma among ex-leprosy patients in a non-endemic setting. Lepr Rev 2011;82:168-77.
15 RIVM. LCI-richtlijn Leishmaniasis en Malaria. Utrecht: RIVM, 2011.
16 Faber WR, Hay RJ, Naafs B. Clinical problems. In: Faber WR, Hay RJ, Naafs B (eds). Imported Skin Diseases, 2nd edition. Maarssen: Wiley-Blackwell, 2013.

KENNISTOETS: VRAGEN

1. **Mevrouw van Walsum, 34 jaar, komt op het spreekuur, omdat zij een wegraking heeft gehad. Zij beschrijft dat ze voorafgaand aan de wegraking heftig was geëmotioneerd, omdat haar kat was aangereden. De huisarts legt uit dat de emotie de 'trigger' was voor het optreden van de wegraking. Aan welke type wegraking gaat vaak een 'trigger' vooraf?**
   - **a.** Vasovagale syncope.
   - **b.** Psychogene non-epileptische aanval.
   - **c.** Cardiale syncope.
   - **d.** Epilepsie.

2. **Op grond van de beschrijving van moeder denkt de huisarts dat Willem, 8 jaar, een epileptische aanval heeft doorgemaakt. Willem heeft nooit eerder zo'n aanval gehad. De huisarts zegt tegen zijn moeder dat hij naar de neuroloog moet om een eeg te laten maken. Hoe groot is de kans dat er afwijkingen op het eeg van Willem worden gevonden?**
   - **a.** 25%.
   - **b.** 50%.
   - **c.** 75%.
   - **d.** 100%.

3. **De huisarts arriveert met spoed bij mevrouw Houben. Zij is 63 jaar en heeft epilepsie. De familie vertelt dat ze weer een aanval heeft en dat het schokken al zeker 5 minuten aan de gang is. De huisarts stelt de diagnose gegeneraliseerde epileptische aanval en besluit tot medicamenteuze behandeling. Welke medicament is in dit geval eerst aangewezen?**
   - **a.** Clonazepam.
   - **b.** Diazepam.
   - **c.** Midazolam.

4. **Smits et al. beschrijven de zorgconsumptie op de huisartsenpost. Een hogere zorgconsumptie op de huisartsenpost blijkt samen te hangen met de organisatie van de aangesloten huisartsenpraktijken. Welke van de onderstaande praktijkkenmerken is het sterkst geassocieerd met hogere zorgconsumptie op de huisartsenpost?**
   - **a.** Wachttijd aan de telefoon in de praktijk.
   - **b.** De grootte van de praktijk.
   - **c.** Het type praktijk (solo of meer huisartsen).
   - **d.** De training in telefonische triage.

5. **Welke praktijkopbouw is in het onderzoek van Smits et al. geassocieerd met een hogere zorgconsumptie op de huisartsenpost?**
   - **a.** Veel jonge kinderen en veel ouderen in de praktijk.
   - **b.** Veel jonge kinderen en veel allochtonen in de praktijk.
   - **c.** Veel ouderen en veel allochtonen in de praktijk.
   - **d.** Veel jongeren en veel chronisch zieken in de praktijk.

6. **In het onderzoek van Huibers et al. over jaarlijkse screening op metabole stoornissen bij patiënten met een verlaagde eGFR in de huisartsenpraktijk, komen ook vaak afwijkende waarden van andere parameters voor. Welke afwijkende parameter wordt daarbij het meest aangetroffen?**
   - **a.** Verhoogd calcium.
   - **b.** Verhoogd fosfaat.
   - **c.** Verhoogd PTH.
   - **d.** Verlaagd vitamine D.

7. **De Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) Chronische nierschade bepaalt nierschade op grond van de aanwezigheid van (micro)albuminurie en/of een verlaagde nierfunctie. De LTA koppelt aan elk stadium van nierfalen een specifiek beleidsadvies voor de huisarts. Voor verschillende leeftijdsgroepen gelden verschillende GFR-grenswaarden. Bij welke nierfunctie is, bij patiënten > 65 jaar (zonder albuminurie), consultatie van een nefroloog aangewezen?**
   - **a.** Bij een GFR tussen 60-90 ml/min.
   - **b.** Bij een GFR tussen 45-60 ml/min.
   - **c.** Bij een GFR tussen 30-45 ml/min.
   - **d.** Bij een GFR tussen 15-30 ml/min.

8. **Welke bevolkingsgroep(en) wordt geadviseerd dagelijks extra vitamine D te nemen?**
   - **a.** Mensen die buiten altijd een sluier of boerka dragen.
   - **b.** Vrouwen vanaf 50 jaar.
   - **c.** Mannen vanaf 70 jaar.
   - **d.** Alle bovenstaande bevolkingsgroepen.

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 668.

Priska Israel

IMPORT

Diagnose ADHD: stigma of opluchting?

INLEIDING

De NHG-Standaard ADHD gaat over kinderen. Naar schatting heeft 50 tot 60% van de kinderen met de diagnose ADHD op volwassen leeftijd nog steeds hinderlijke klachten. Volwassenen met ADHD hebben een ander klachtenpatroon dan kinderen of adolescenten. Ze hebben vooral een gebrek aan organisatievermogen en planningsvaardigheden. Dit geeft problemen bij het beheer van financiën en administratie, in het functioneren in het verkeer, op school, het werk, in relaties en ouderschap. Meestal gaat het bij volwassenen om opgelopen psychiatrische comorbiditeit, waaronder verslaving. In de NHG-Standaard ADHD bij kinderen is het voornaamste doel van de behandeling een dusdanige beïnvloeding van het gedrag dat een kind zich goed kan ontwikkelen en psychiatrische comorbiditeit wordt voorkomen. Wat betekent het als de diagnose ADHD op volwassen leeftijd wordt gesteld? Mede gezien de genetische kwetsbaarheid wordt de diagnose nogal eens overwogen als bij een eigen kind, of in de familie, de diagnose wordt gesteld. Heeft het vanuit patiëntperspectief meerwaarde om op volwassen leeftijd alsnog de diagnose te krijgen? Of heeft het stellen van de late diagnose juist negatieve effecten?

ONDERZOEK

Design Bovenstaande vragen vormen de basis van een kwalitatief onderzoek, waarbij volwassen patiënten van een Zweedse psychiatrische polikliniek, met een recent gestelde diagnose ADHD, thuis een uur lang werden geïnterviewd. De interviews werden geanalyseerd met een fenomenografische benadering. De geïnterviewden waren tussen de 20 en 35 jaar (gemiddeld 32,2 jaar), de tijdsduur na het stellen van de diagnose liep uiteen van 3 maanden tot 15 maanden (gemiddeld 7,5 maand).
Resultaten Van de 23 geselecteerde patiënten deden er 21 mee aan het interview, 11 vrouwen en 10 mannen. De letterlijke tekst van de interviews werd geanalyseerd en gecategoriseerd, gericht op de diagnose ADHD, de identiteit en het leven van de geïnterviewde. De diagnose werd vaak als een verklaring voor opgedaan leed en disfunctioneren ervaren. Voor de patiënten zelf en hun omgeving was het minder naar dat het ging om symptomen, dan om vermeende persoonlijkheidskenmerken. Tegelijk gaf dit verwarring over de eigen identiteit en de persoonlijkheid: 'ben ik het of heb ik het?' Patiënten hadden het gevoel zichzelf beter te leren kennen, en dit verbeterde hun zelfbeeld. De lijdensdruk nam af en patiënten waren minder boos op zichzelf als er dingen misgingen. Er was verdriet dat de diagnose pas zo laat gesteld werd: 'Hoe zou mijn leven zijn verlopen met adequate diagnostiek en behandeling op kinderleeftijd?' Patiënten waren gemotiveerd goed op te letten en pedagogisch te handelen bij hun eigen kinderen. Er was ook vrees voor stigmatisering en een levenslang gedocumenteerd oordeel. Een aantal was bang zich naar de diagnose te blijven gedragen en daardoor beperkt te blijven. Patiënten verwachtten een behandeling na de gestelde diagnose en dit viel soms tegen.
Conclusies De auteurs concluderen dat er vanuit patiëntperspectief belangrijke positieve gevolgen zijn als je op volwassen leeftijd gediagnosticeerd wordt met ADHD ten opzichte van onwetendheid. Ze vinden het belangrijk dat behandelaars de individuele positieve en negatieve ervaringen na het stellen van de diagnose kennen, omdat ze het welbevinden en de behandeling kunnen beïnvloeden.

INTERPRETATIE

Wat betekent dit voor de Nederlandse huisarts? De huidige teneur is een anti-hype in de media om minder stigmatiserende stickers te plakken. Dit onderzoek bevestigt dit niet. Het gaat hierbij niet om een huisartsenpopulatie of kinderen, maar om een geselecteerde groep volwassen Zweden die dusdanig veel klachten en problemen ondervonden in hun leven dat ze zich gemotiveerd lieten verwijzen naar een poli psychiatrie. Deze patiënten waren overwegend positief over de gestelde diagnose ADHD.

Dit onderzoek spreekt tegen dat etiketteren meer kwaad dan goed doet. Voor de huisarts betekent dit dat we extra alert moeten zijn bij probleemgedrag van kinderen met prognostisch ongunstige factoren: bij ernstige gedragskenmerken en ernstige mate van beperking alert zijn op de diagnostiek, om deze latere ellende te voorkomen.

Het moment van het interview na het stellen van de diagnose, met al dan niet al gestarte behandeling, was relatief kort. Het uiteindelijk effect op het verdere leven moet nog blijken. Toch waren de meeste patiënten gemotiveerd om (zelf) aan de slag te gaan met hun ADHD-kenmerken, omdat ze deze als minder egosyntoon ervoeren door de gestelde diagnose. Hetzelfde gold voor de reacties uit hun omgeving. Dat geeft de burger moed, en rechtvaardigt diagnostiek, ook op latere leeftijd. Diagnose ADHD op volwassen leeftijd: voor de Zweden vooral een opluchting. ■

LITERATUUR

1 Hansson Halleröd S, Anckarsäter H, Råstam M, Hansson Scherman M. Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult – a qualitiative study. BMC Psychiatry 2015;15:31.

Huisartsenpraktijk Nazareth, Kemenadeplein 2-4, 6222 VE Maastricht: P. Israel, kaderhuisarts ggz • Correspondentie: p.israel@maastrichtuniversity.nl

Bèr Pleumeekers

Slaapapneu: iets om wakker van te liggen?

INLEIDING

Als kortdurende periodes van nachtelijke apnoe het slaapritme ontregelen, spreken we van een slaapverstorende ademhaling of slaapapneu. Als hierbij tevens klachten optreden van concentratiestoornissen of moeheid overdag, dan spreken we van een slaapapneusyndroom. Dit kan een obstructieve (OSAS) of centrale (CSAS) oorzaak hebben en wordt in verband gebracht met een verhoogd cardiovasculair risico. Slaapapneu wordt op arbitraire gronden onderverdeeld aan de hand van het aantal onderbrekingen in de ademhaling per uur in gering (5-15 onderbrekingen), matig (15-30 onderbrekingen) en ernstig (meer dan 30 onderbrekingen per uur). Voor het stellen van de diagnose maken we onder andere gebruik van polysomnografisch onderzoek. Sinds enkele jaren worden nieuwe, meer sensitieve, registratietechnieken gebruikt. Hiermee is het niet alleen mogelijk om beter vast te stellen of er sprake is van een slaapverstorende ademhaling, maar is ook de ernst beter te bepalen. Het is onduidelijk wat het gevolg is van deze verbetering in de diagnostiek voor de prevalentie van patiënten met een slaapapneu of het slaapapneusyndroom, en de relatie met mogelijke gezondheidsschade.

ONDERZOEK

Het HypnoLaus-onderzoek is een onderzoek naar de prevalentie van slaapverstorende ademhaling bij een random sample uit de bevolking van Lausanne (Zwitserland) van 40 jaar en ouder. De onderzoekers nodigden ruim 3000 personen uit om deel te nemen aan een slaaponderzoek: 71% accepteerde de uitnodiging, de gemiddelde leeftijd was 57 jaar. Naast polysomnografisch onderzoek inventariseerden zij klachten en onderzochten zij bloeddruk, BMI, alcoholgebruik, lipidenspectrum, diabetes mellitus en depressie. Slaapapneu blijkt als een continuüm in de gehele bevolking voor te komen: van gering tot ernstig, al dan niet gepaard gaand met klachten van slaperigheid of vermoeidheid overdag. Bij ongeveer 84% van de mannen en 61% van de vrouwen is er sprake van 5 of meer apneu-episodes per uur. Ongeveer 8% van de mannen en 5% van de vrouwen heeft naast 5 of meer apneus per uur ook klachten, zodat er gesproken kan worden van een slaapapneusyndroom. Slaapverstorende ademhaling neemt toe naarmate de deelnemers ouder worden, het slaapapneusyndroom is evenredig verdeeld over alle leeftijdsgroepen. De prevalentie neemt ook toe bij obesitas en als er sprake is van snurken. Er kan geen verband aangetoond worden tussen een slaapverstorende ademhaling en de aanwezigheid van slaperigheid overdag. Bij deelnemers met een score van 20 of meer apneu-episodes per uur was er na correctie voor gebruikelijke cardiovasculaire risicofactoren een onafhankelijke associatie met hypertensie, diabetes type 2 en depressie.

INTERPRETATIE

Op grond van dit onderzoek lijkt slaapapneu vaker voor te komen dan tot nu toe werd aangenomen. De NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen gaat uit van de prevalentiecijfers voor de Nederlandse situatie uit onderzoek van Knuistingh-Neven uit 1996. De prevalentie van het slaapapneusyndroom bij mannen met 5 of meer apnoe-episodes per uur én klachten overdag wordt daarin geschat op ten minste 0,45%. Mogelijk is er bij de prevalentieschatting in het HypnoLaus-onderzoek sprake van overschatting. Ongeveer 30% van de oorspronkelijke steekproef heeft geen gehoor gegeven aan de oproep om aan het onderzoek deel te nemen. Het is goed voorstelbaar dat personen die klachten hebben op het gebied van slaap en snurken eerder geneigd zijn zich voor het onderzoek op te geven en er dus sprake is van een selectiebias. Het stellen van de diagnose slaapapneu kan ingrijpende gevolgen hebben voor de patiënt. Omdat lichtere vormen van nachtelijk apneu veelvuldig voorkomen en de samenhang met cardiovasculaire ziekte en klachten alleen bij de ernstige vormen van slaapapneu lijken op te treden, stellen Heinzer et al. voor om bij het stellen van de diagnose niet van een specifiek afkappunt uit te gaan, maar van een continu spectrum. Interventies worden dan afhankelijk gesteld van eventuele klachten, cardiovasculaire comorbiditeit en het aantal apneu-episodes per uur. Het moment om over te gaan op meer invasieve interventies, zoals het ontzeggen van de rijbevoegdheid, CPAP of maxillomandibulaire chirurgie, lijkt momenteel nog vrij willekeurig. Zolang er nog onvoldoende klinisch onderzoek is gedaan om hoogrisicogroepen te identificeren die mogelijk baat hebben bij meer agressieve interventies en slaapapneu meer regel dan uitzondering is, moeten de resultaten van polysomnografisch onderzoek kritisch geïnterpreteerd worden. ■

LITERATUUR

1 Heinzer R, Vat S, Marques-Vidal P, Marti-Soler H, Andries D, Tobback N, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. Lancet Respir Med 2015;3:310-18.
2 NHG-Werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. Huisarts Wet 2014;57:352-61.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 1000 CA Rotterdam: dr. H.J.C.M Pleumeekers, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: pleumo24@planet.nl

Juul Houwen, Tim olde Hartman

PEARLS

Psychofarmaca weinig zinvol bij SOLK

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

Context Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) zijn klachten waarvoor geen medische verklaring kan worden gevonden. Een somatoforme stoornis kenmerkt zich door chronische SOLK. Dokters schrijven vaak verschillende medicijnen voor als onderdeel van de behandeling.
Klinische vraag Welke farmacologische interventies zijn effectief in het behandelen van SOLK bij volwassenen?
Conclusie auteurs Tricyclische antidepressiva (TCA) zijn niet effectiever dan placebo in het verminderen van de ernst van de klachten (SMD CV −0,13; 95%-BI −0,39 tot 0,13).[1] De nieuwe generatie antidepressiva, zoals SSRI's, lijkt wel effectief in het verminderen van klachten ten opzichte van placebo (SMD −091; 95%-BI −1,36 tot −0,46). De kwaliteit van dit bewijs is echter zeer laag. De onderzoekers vonden geen verschil tussen de nieuwe generatie antidepressiva en TCA's (SMD −0,16; 95%-BI −0,55 tot 0,23) noch tussen de nieuwe generatie antidepressiva onderling (SMD −0,16; 95%-BI −0,45 tot 0,14). Wel lijkt er enig effect te zijn van natuurproducten, zoals Sint Janskruid (SMD −0,74; 95%-BI −0,97 tot −0,51) en het combineren van een SSRI met een antipsychoticum (SMD 0,77; 95%-BI 0,32 tot 1,22). Ook hiervoor is echter de kwaliteit van het bewijs erg laag. Het soort middel dat werd voorgeschreven, had geen effect op de uitval van patiënten. De auteurs concluderen dat psychofarmaca geen plaats lijken te hebben in de behandeling van SOLK.
Beperkingen In deze review vonden de onderzoekers voornamelijk onderzoeken met antidepressiva. Het risico op bijwerkingen van deze medicatie is hoog. De heterogeniteit van de geïncludeerde onderzoeken is aanzienlijk, het risico op bias is bij veel onderzoeken groot en slechts een minderheid van de onderzoeken beschrijft de psychiatrische comorbiditeit van de geïncludeerde patiënten. Langdurige follow-upgegevens ontbreken. De maximale duur van de onderzoeken betrof slechts 3 maanden. ■

LITERATUUR

1 Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, Van Marwijk H, Hiller W, Lambert MJ. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. Cochrane Database Syst Rev 2014;11:CD010628.

Beperkt effect psychologische behandeling bij SOLK

Context Er zijn veel verschillende psychologische behandelingen voor patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen.
Klinische vraag Wat is het effect van niet-farmacologische interventies bij SOLK en somatoforme stoornissen bij volwassenen vergeleken met gebruikelijke zorg, gestructureerde zorg of andere psychologische behandelingen?
Conclusie auteurs Psychologische behandelingen hebben een klein tot matig effect op het verminderen van klachten in vergelijking met de *gebruikelijke zorg* (SMD −0,34; 95%-BI −0,53 tot −0,16).[1] Na 1 jaar is dit effect minder, maar nog steeds aanwezig (SMD −0,24; 95%-BI −0,37 tot −0,11). Patiënten die een psychologische behandeling krijgen, stoppen wel significant vaker met de behandeling (7% meer uitval). Bij vergelijking van psychologische behandelingen met *gestructureerde zorg* valt op dat er aan het eind van de behandeling geen significant verschil is in de ernst van de klachten tussen beide behandelgroepen (SMD −0,19; 95%-BI −0,43 tot 0,04). Een jaar na de behandeling wordt er echter wel een klein significant verschil gemeten ten gunste van patiënten die een psychologische behandeling kregen (SMD −0,21; 95%-BI −0,40 tot −0,02). Ook hier was de uitval hoger onder patiënten die de psychologische behandeling ondergingen. De effectiviteit van psychologische behandelingen voor patiënten met SOLK is beperkt. Er lijkt nauwelijks of geen meerwaarde te zijn ten opzichte van het leveren van gestructureerde zorg door de huisarts.
Beperkingen Van alle psychologische behandelingen is alleen cognitieve gedragstherapie als enkelvoudige behandeling goed onderzocht. Het aantal geïncludeerde patiënten in de onderzoeken was per onderzoeksgroep slechts 25 tot 75. Bovendien hadden de deelnemende therapeuten een verschillende achtergrond en opleidingsniveau. Patiënten die deelnamen aan de onderzoeken lijken gemiddeld een ernstiger vorm van SOLK te hebben. Bij de meeste patiënten bestonden de klachten al jaren. Omdat blindering bij de psychologische behandelingen niet mogelijk is, is het risico op bias hoog. In tegenstelling tot de dagelijkse praktijk stonden de patiënten in de onderzoeken open voor een psychologische behandeling. ■

LITERATUUR

1 Van Dessel N, Den Boeft M, Van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2014;11:CD011142.

Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: J. Houwen, aiotho; dr. T.C. olde Hartman, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: Juul.Houwen@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Juul Houwen, Tim olde Hartman

COMMENTAAR

SOLK hoeft niet naar de psycholoog

Patiënten met SOLK hoeven niet naar een psycholoog, ze kunnen gewoon worden behandeld en begeleid door de huisarts. Dat is mooi, want veel patiënten met SOLK willen helemaal niet naar een psycholoog. Ook het voorschrijven van medicijnen heeft weinig zin bij de behandeling van SOLK. Dat is de conclusie die we trekken uit twee recente Cochrane-reviews.[1,2] De onderzoekers vonden namelijk dat psychologische behandelingen bij patiënten met SOLK nauwelijks beter zijn dan gestructureerde zorg door de huisarts. Dat scheelt discussie en onbegrip in de spreekkamer, en bovendien is het goed voor de portemonnee van de SOLK-patiënt.

In de loop der jaren zijn er verschillende psychologische behandelingen ontwikkeld voor patiënten met SOLK, zoals cognitieve gedragstherapie, reattributie, problem-solving treatment, biofeedbacktherapie, ontspanningstherapie, mindfulness, acceptance and commitment therapy (ACT) en psychodynamische therapie. Er is echter nauwelijks aandacht voor lichamelijk activerende behandelingen, zoals fysiotherapie en running-therapie. Dat is vreemd omdat, vanwege de lichamelijke insteek, juist deze vormen van behandeling vaak op veel instemming van patiënten met SOLK kunnen rekenen. De aandacht voor allerlei vormen van psychologische behandeling voor SOLK kan niet anders worden gezien dan als uiting van de opvatting van behandelaars en onderzoekers dat het 'probleem' van SOLK in het hoofd van patiënten zit. Maar als dat daadwerkelijk zo zou zijn, waarom laten al deze psychologische behandelingen dan zo weinig effect zien?

In vergelijking met de gebruikelijke zorg van de huisarts lijkt psychologische behandeling een kleine meerwaarde te hebben.[1] Het geringe effect van psychologische behandelingen voor SOLK dat de onderzoekers in hun review vinden, wordt echter waarschijnlijk overschat. Immers, de meeste patiënten met SOLK in de huisartsenpraktijk staan helemaal niet open voor psychologische behandeling van hun klachten. Dat deelnemende patiënten van de onderzoeken in de Cochrane-review daarvoor wel openstonden, kan alleen maar betekenen dat deze patiënten een veel positievere attitude hadden tegenover psychologisch verklaringsmechanismen dan de gemiddelde SOLK-patiënt in de huisartsenpraktijk.

De NHG-Standaard SOLK besteedt veel aandacht aan communicatie. Serieuze medische aandacht staat voorop. Klachtexploratie en gericht lichamelijk en/of aanvullend onderzoek mondt uit in een gezamenlijke probleemdefinitie. Hierin is een concrete, acceptabele uitleg van de klachten van essentieel belang, zowel voor de huisarts als voor de patiënt. Vaak zijn hier verschillende consulten voor nodig. Maar dat is niet erg, want continuïteit van zorg is een belangrijk behandelinstrument voor patiënten met SOLK. Reden te meer voor huisartsen om patiënten nauwkeurig te monitoren en terug te vragen op het spreekuur.

Is de zorg voor patiënten met SOLK, zoals de NHG-Standaard beschrijft, dan dezelfde als de gestructureerde zorg van de huisarts uit de Chocrane-review? De onderzoekers schrijven dat gestructureerde zorg in de door hen gevonden onderzoeken bestaat uit de gebruikelijke zorg van de huisarts, aangevuld met voorlichting en advies, gestructureerde vervolgconsulten en controles, een psychiatrisch interview of een reattributietraining.[1] De standaard gaat nog een stap verder dan de gestructureerde zorg, zoals beschreven in de Cochrane-review. Het stepped-care-principe, gebaseerd op de ernst van de klachten, is hierin namelijk leidend. Daarin werkt de huisarts toe naar wederzijds begrip van de klachten en een tijdcontingent behandelplan. Hiermee wijst de standaard huisartsen de weg naar het verder vormgeven en invullen van gestructureerde zorg die nodig en effectief is voor onze SOLK-patiënten.

Voor het goed uitvoeren van gestructureerde zorg voor patiënten met SOLK dient aan een aantal voorwaarden te zijn voldaan. Allereerst moeten huisartsen hun vooroordelen over patiënten met SOLK overboord zetten of zich op zijn minst realiseren dat ze die hebben.[3,4] Ook moeten huisartsen en huisartsen-in-opleiding beter worden geschoold in het uitleggen van klachten zonder ziekte. Het loslaten van vooroordelen en het verbeteren van de uitleg zal bijdragen aan een optimale communicatie met patiënten met SOLK.[5] Stevige geruststelling, schetsen van een positieve prognose, zich verdiepen in de cognities en verwachtingen van de patiënt, geven van aandacht en ondersteuning, en empathische communicatie verminderen klachten, verbeteren de kwaliteit van leven en bevorderen patiënttevredenheid.[5] Huisartsen, pak de handschoen op, want het maakt het begeleiden en behandelen van patiënten met SOLK een stuk leuker! ■

LITERATUUR

1 Van Dessel N, Den Boeft M, Van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2014;11:CD011142.
2 Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, Van Marwijk H, Hiller W, Lambert MJ. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. Cochrane Database Syst Rev 2014;11:CD010628.
3 Lucassen P, olde Hartman TC, Borghuis MS. Somatische fixatie. Een nieuw leven voor een oud begrip. Huisarts Wet 2007;50:11-5.
4 Olde Hartman TC. Onverklaarde lichamelijke klachten. Huisarts Wet 2012;55:5.
5 Olde Hartman TC, Woutersen-Koch H, Van der Horst HE. Medically unexplained symptoms: evidence, guidelines, and beyond. Br J Gen Pract 2013;63:625-6.

Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: J. Houwen, aiotho; dr. T.C. olde Hartman, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: juul.houwen@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Lester du Perron, Marleen de Lange

CATS

Screenen soa tijdens plaatsing spiraaltje

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 Vrouwen die de huisarts of gynaecoloog bezoeken voor het plaatsen van een spiraaltje (*intrauterine device*, IUD) kunnen op basis van de anamnese in aanmerking komen voor het vooraf screenen op de aanwezigheid van een asymptomatische infectie met een seksueel overdraagbare aandoening (soa). Indien soa-screening is geïndiceerd, adviseert de huidige NHG-Standaard Anticonceptie uit 2011 om deze voorafgaand aan de plaatsing van het IUD te doen en de uitslag van de test af te wachten alvorens het IUD te plaatsen. Dit betekent in de praktijk dat patiënten een tweede afspraak nodig hebben om, al dan niet na behandeling van een eventuele soa, het IUD te laten plaatsen. In de gynaecologische praktijk blijkt echter dat soa-screening doorgaans gelijktijdig met de plaatsing van het IUD wordt verricht. Dit is overigens in strijd met de NVOG-richtlijn Anticonceptie, omdat deze sinds 2012 verwijst naar de NHG-Standaard. Wij zochten in de literatuur naar onderzoeken om na te gaan of soa-screening direct voorafgaand aan plaatsing van een IUD leidt tot een hoger risico op het krijgen van een symptomatische infectie dan wanneer de uitslag van de soa-screening eerst wordt afgewacht.

Zoekstructuur We zochten in september 2015 in PubMed met de zoekopdracht: intrauterine devices AND insertion AND testing AND infect*. Dit leverde 12 artikelen op waaruit wij 2 onderzoeken selecteerden die relevant waren voor onze vraagstelling.

Resultaten In een retrospectief cohortonderzoek werd tussen 2005 en 2009 bij bijna 58.000 IUD-plaatsingen in Amerikaanse ziekenhuizen gekeken naar het moment van soa-screening en het optreden van symptomatische infectie (Pelvic Inflammatory Disease, PID) na plaatsing van het IUD.[1] Het risico op het ontwikkelen van een PID na IUD-plaatsing was laag, met een absoluut risico van 0,54% voor de totale groep. Het screenen ten tijde van plaatsing van het IUD gaf geen hoger risico op het ontwikkelen van een PID dan vooraf screenen (AR 0,44% versus 0,75%; adjusted odds ratio 1,00; 95%-BI 0,64 tot 1,54).

In een ander retrospectief onderzoek werden gegevens uit een prospectief onderzoek bij 197 patiënten naar de veiligheid van noodanticonceptie middels een koperspiraal geanalyseerd.[2] De patiënten kregen een koperspiraal en werden tijdens plaatsing gescreend op *Chlamydia trachomatis* en *Neisseria gonorroe*. Acht van de 197 patiënten testten positief voor *C. Trachomatis*; *N. Gonorroe*-infectie kwam niet voor. Alle 8 patiënten werden direct behandeld met het IUD in situ, geen van hen ontwikkelde een PID.

Bespreking De gegevens uit deze onderzoeken wijzen erop dat het direct screenen op soa tijdens plaatsing van een IUD geen nadelen heeft ten opzichte van het vooraf screenen en afwachten van de testuitslag. Een voordeel van direct screenen is dat een patiënt geen tweede consult nodig heeft. Daarbij komt dat de testuitslag sinds de komst van de NAAT/PCR-diagnostiek snel bekend is, waardoor behandeling van een eventueel aanwezige asymptomatische infectie ook snel kan plaatsvinden, vaak ruim vóór het optreden van een PID. Het IUD hoeft daarbij volgens verschillende nationale en internationale richtlijnen ook niet meer verwijderd te worden, hoewel de NHG-Standaard Pelvic Inflammatory Disease uit 2005 dit nog wel adviseert.

Conclusie Direct screenen op de aanwezigheid van een asymptomatische soa-infectie tijdens het plaatsen van een IUD heeft voordelen boven het vooraf screenen en afwachten van de testuitslag, en leidt niet tot een verhoogd risico op een symptomatische infectie. Bij een positieve soa-test kan direct behandeling worden gestart, waarbij het IUD niet hoeft te worden verwijderd.

Betekenis Het screenen op een asymptomatische soa-infectie direct voorafgaand aan plaatsing van een IUD is veilig. Daardoor is het niet nodig om de IUD-plaatsing te laten plaatsvinden in een tweede consult, na anamnese en soa-screening. Dit maakt de zorg toegankelijker en goedkoper. ■

LITERATUUR

1 Sufrin CB, Postlethwaite D, Armstrong MA, Merchant M, Wendt JM, Steinauer JE. Neisseria gonorrhea and Chlamydia trachomatis screening at intrauterine device insertion and pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol 2012;120:1314-21.
2 Murphy P, Jacobson J, Turok DK. Criterion-based screening for sexually transmitted infection: sensitivity, specificity and predictive values of commonly used questions. J Midwifery Womens Health 2012;57:622-8.

AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam: L.J. du Perron, aios huisartsgeneeskunde; M.E. de Lange, gynaecoloog (tevens werkzaam bij Bergman Clinics Vrouwenzorg) • Correspondentie: lesterduperron@gmail.com

Ondertussen in TPO 6

In het decembernummer van de tiende jaargang aandacht voor de grote rol die praktijkondersteuners spelen bij insulinetherapie. Maar liefst 85% stelt zelf patiënten op insuline in. Minstens zo verrassend is het feit dat praktijkondersteuners daarbij vooral ondersteuningsmaterialen van de farmaceutische industrie gebruiken. Verder vindt u in dit nummer een artikel over de nieuwe NHG-Zorgmodules Leefstijl, de onderhoudsbehandeling bij jicht, een nieuwe serie over labuitslagen en interview met huisarts en oud-hoofdredacteur ad interim Ted van Essen.

GROTE ROL PRAKTIJKONDERSTEUNERS BIJ INSULINETHERAPIE

Marjolijn Hugenholtz en collega's onderzochten met een enquête in 2014 onder 1.425 praktijkondersteuners welke taken zij verrichten bij insulinetherapie, tegen welke knelpunten zij aanlopen en welke ondersteuningsmaterialen zij gebruiken. Van de 481 respondenten stelt 85% zelf patiënten in op insuline. Zij waarderen hun eigen kennis hierover met een 7,6. Een ruime meerderheid zegt geen moeilijkheden te ondervinden bij het begeleiden van patiënten die insuline gebruiken. Praktijkondersteuners blijken veelvuldig ondersteuningsmaterialen van de farmaceutische industrie te gebruiken, waarschijnlijk omdat zij onvoldoende op de hoogte zijn van het bestaan van onafhankelijk informatiemateriaal over insulinetherapie.

DE NIEUWE NHG-ZORGMODULES LEEFSTIJL

Vanuit de behoefte aan ondersteuning op het gebied van leefstijladvisering, ontwikkelde het NHG de Zorgmodules Leefstijl. Het gaat om zowel geïndiceerde als zorggerelateerde preventie en een aantal samenhangende activiteiten bij de aandachtsgebieden roken, alcohol, bewegen en voeding. Vaak ontbreekt overzicht van het lokale zorgaanbod en is er geen goede afstemming met andere eerstelijnszorgverleners. De zorgmodules omvatten: inventarisatie van de behoefte aan leefstijladviezen, voorlichting over gezondheidsrisico's, motivatie tot een gezonde leefstijl, begeleiding bij zelfmanagement, en aanbod van leefstijlinterventies. Uiteraard komt motiverende gesprekvoering aan de orde, maar ook zelfmanagement en de sociale kaart.

ONDERHOUDSBEHANDELING BIJ JICHT

Eerstekeuzemiddel bij de onderhoudsbehandeling van jicht is allopurinol, ondanks dat de werkzaamheid ervan onvoldoende is aangetoond. Factoren als langdurige ervaring en hogere kosten van het alternatieve medicijn febuxostat liggen hieraan te grondslag. Ook voor de alternatieven febuxostat en benzbromaron geldt dat de werkzaamheid hiervan niet is bewezen op harde eindpunten.

DEELS GEZAMENLIJKE OPLEIDING HUISARTS EN PRAKTIJKONDERSTEUNER

Huisarts Ted van Essen was in de begintijd van het *Tijdschrift voor praktijkondersteuning* een periode interim hoofdredacteur. Zijn naderende afscheid als huisarts is aanleiding om terug te blikken op de komst van de praktijkondersteuner en hoe de huisartsgeneeskunde zich heeft ontwikkeld. Maar Ted blikt ook graag vooruit en heeft ideeën genoeg, bijvoorbeeld over het combineren van de opleidingen voor huisartsen, praktijkondersteuners en medisch specialisten. De reden? Leest u maar.

DE WAARDE VAN LABORATORIUMBEPALINGEN

Wim Verstappen bespreekt in een serie over laboratoriumbepalingen de waarde hiervan en welke verschillende testen er zijn per chronisch ziektebeeld. Praktijkondersteuners met spreekuren voor chronisch-zieke patiënten vragen immers regelmatig laboratoriumbepalingen aan om op basis van de uitslagen beleid te maken.

WETENSCHAPPELIJKE ARTIKELEN

In de serie Zicht op onderzoek bespreekt Gerjon Ikink hoe je een goed onderzoeksartikel herkent en kritisch leest. Ikink is wetenschappelijk onderzoeker bij het Antoni van Leeuwenhoek en tevens schrijver van een weblog waarin hij de wetenschap uitlegt (http://inzichtvooruitzicht.blogspot.nl/) ■

Heeft uw praktijkondersteuner al een abonnement? Zie www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl. Een jaarabonnement kost € 90,-.
Heeft u suggesties voor onderwerpen? Mail deze dan naar tpo@nhg.org of bel 030 2823500 en vraag naar Sietsche van Gunst of Susan Umans.

Diagnose van vitamine-B12-tekort

In hun commentaar 'Diagnose van vitamine-B12-tekort' rapporteren Franken et al. over de invloed van de uitslag van methylmalonzuurbepalingen (MMA-bepaling) bij vitamine-B12-spiegels tussen 100 en 200 pmol/L op de besluitvorming om al dan niet met vitamine B12 te suppleren.[1] Zij stellen daarbij vast dat er geregeld ten onrechte wordt gesuppleerd, terwijl dat gezien de uitslag van de MMA-bepaling niet noodzakelijk is.

Opmerkelijk genoeg distantiëren zij zich daarbij op verschillende plekken van het NHG-Standpunt Diagnostiek van vitamine-B12-deficiëntie, zonder dat duidelijk wordt waaruit de kritiek precies bestaat en zonder dat er empirisch materiaal wordt aangedragen om die kritiek te staven. Anders dan Franken et al. beweren, is volgens het NHG-Standpunt een vitamine-B12-uitslag onder de 148 pmol/L geen voorwaarde voor een bewezen vitamine-B12-tekort.[2] Er wordt immers gesteld dat een laagnormale vitamine-B12-spiegel een vitamine-B12-tekort niet met zekerheid uitsluit. Wel heeft het NHG-Standpunt minder vertrouwen in de uitslag van de MMA-bepaling, vooral omdat een verhoogde waarde bij mensen met aspecifieke klachten en een laagnormale vitamine-B12-spiegel onvoldoende bewijzend is voor een vitamine-B12-tekort. Waarden van meer dan 350 nmol/L komen daarvoor ook in populaties zonder klachten te veel voor. Een aanwijzing voor de matige correlatie van B12-waarden en MMA-spiegels levert ook de tabel van de auteurs zelf: het percentage mensen met verhoogde MMA-waarden is in de groep met een B12-spiegel van 100-150 pmol/L maar weinig hoger dan in de groep met een B12-spiegel van 150-200 pmol/L.

Het betoog van Franken et al. had aanzienlijk aan overtuigingskracht gewonnen als er ook was gerapporteerd over verbetering van klachten bij hun patiënten met terechte, onterechte en geen suppletie. Er blijft onzes inziens dringend behoefte aan nadere opheldering over de causale relatie tussen laagnormale B12-spiegels, MMA-waarden en aspecifieke klachten. ■

Tjerk Wiersma, Hèlen Woutersen-Koch

LITERATUUR

1 Franken P, Geutjes P, Van den Ouweland J, Zeeman M, De Kok J. Diagnose van vitamine-B12-tekort. Huisarts Wet 2015;58:530-1.
2 Wiersma Tj, Woutersen Koch H. NHG-Standpunt Diagnostiek van vitamine B12-deficiëntie. Huisarts Wet 2014;57:472-5.

ANTWOORD

Wij zijn het met collegae Wiersma en Woutersen-Koch eens dat er dringend behoefte is aan nadere opheldering over de causale relatie tussen de patienten met subklinische vitamine-B12-deficiënties en vitamine-B12- en methylmalonzuur(MMA)-waarden. De invloed van vitamine-B12-suppletie op de aspecifieke klachten en de genoemde laboratoriumuitslagen is daarbij met name interessant. Dit was echter niet de primaire vraagstelling van ons onderzoek. Het doel van het onderzoek was om meer inzicht te krijgen tussen de uitslagen van de combinatiebepalingen (vitamine-B12 en MMA) en het al dan niet suppleren van de patiënt door de huisarts, ongeacht de aanwezigheid van klinische of subklinische klachten. Uit onze bevindingen blijkt dat een uitslag lager dan de vitamine-B12-ondergrens (< 150 pmol/l) een sterke trigger voor de huisarts is om te suppleren. Dit is in veel gevallen (57%) onterecht geweest, omdat de MMA-uitslag normaal was.

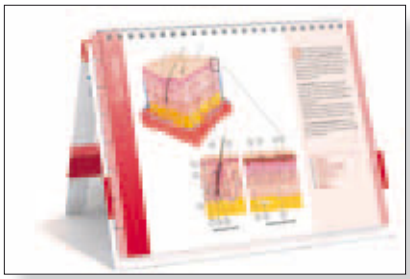
Collegae Wiersma en Woutersen-Koch zien onze discussie over het NHG-Standpunt als kritiek. Onze redenering was echter niet zo bedoeld, maar komt wel voort uit het feit dat wij moeite hebben met de kernboodschappen van het NHG-Standpunt. Hierin adviseert het standpunt suppletie met name bij patiënten met klinische verschijnselen en een serum vitamine-B12-spiegel van < 148 pmol/l. De patiënten met subklinische klachten en een vitamine-B12-uitslag tussen 100-200 pmol/l (het grijze gebied) zijn buiten beschouwing gelaten. In ons onderzoek benadrukken wij juist de voordelen van het gebruik van MMA, met name in het grijze gebied. Een normale MMA-concentratie betekent namelijk dat er géén vitamine-B12-deficiëntie op weefselniveau is en dat vitamine-B12-suppletie derhalve niet zinvol is. Dit geldt ook voor patiënten met subklinische verschijnselen. Het vervolgonderzoek naar de daadwerkelijke oorzaak van de atypische klachten kan daardoor direct worden voortgezet. Vooralsnog is er geen gouden standaard voor het vaststellen van een subklinische vitamine-B12-deficiëntie, maar een normale MMA-uitslag biedt dus de nodige aanvullende informatie om deze uit te sluiten. ■

Petra Franken, Paul Geutjes, Jody van den Ouweland, Marieke Zeeman, Jacques de Kok

TE WEINIG FOTO'S IN ZORGATLAS DERMATOLOGIE

Beljaards R. Zorgatlas Dermatologie. Beuningen: Esculaap Media BV, 2015. 36 pagina's, prijs € 49,95. ISBN 9789491984099. www.zorgatlas.com.

Doelgroep Deze zorgatlas lijkt bedoeld voor huisartsen, verpleegkundig specialisten en specialisten die hun uitleg over huidaandoeningen aan patiënten willen onderbouwen met afbeeldingen.



Inhoud Het formaat is aangepast aan het doel, namelijk uitleg geven aan patiënten. Het boek is 21 bij 30 cm en je kunt het uitgeklapt op je bureau zetten. Er zit een stift met wegveegbare inkt bij waarmee je op de afbeeldingen (aan)tekeningen kunt maken. Wanneer je het boek uitklapt, staan er aan de ene kant patiëntafbeeldingen (zonder tekst) en aan de andere kant tekst die de arts bij zijn uitleg kan gebruiken. Er is een aantal algemene pagina's over anatomie van huid, nagels en haar en daarna 15 tabbladen over specifieke, veelvoorkomende huidaandoeningen. Op de twee pagina's over huidinfecties worden impetigo, onychomycose, koortslip, hoofdluis, schaamluis en mijten besproken met behulp van tekeningen en soms foto's als illustratie.

Oordeel Dermatologie is een vak waarbij je vaak op grond van het beeld de diagnose stelt. Het huidbeeld waarmee de patiënt komt, is lang niet altijd typisch voor de aandoening. Vaak is deze nog in een beginstadium. Als bijvoorbeeld een patiënt met beginnende gordelroos (niet in deze atlas) op het spreekuur komt, google ik naar afbeeldingen van deze aandoening en leg dan aan de hand van verschillende beelden op mijn pc-scherm uit wat het typische beeld is en hoe het zich verder kan ontwikkelen. Dat mis ik in deze atlas. De tekeningen geven soms wel schematisch aan wat typisch is bij de aandoening, zoals een tekening van een jongetje met paar vlekjes rond de mond bij impetigo, maar hierbij ontbreekt dan weer een goede foto. Naar mijn idee staan er veel te weinig foto's in en bovendien zijn ze vaak niet scherp. Bij de pagina's over soa's staan heel kuis alleen maar tekeningen en geen foto's van de aangedane geslachtsdelen. Bij seborroïsch eczeem helpt een tekening met paarse bolletjes en sliertjes niet om aan de patiënt uit te leggen dat een gist (pityrosporum ovale) bij deze aandoening een rol speelt. Al met al voegt dit boek weinig toe aan de op internet vrij beschikbare beelden van de veelvoorkomende dermatologische aandoeningen. ■

Just Eekhof

Waardering: ● ●

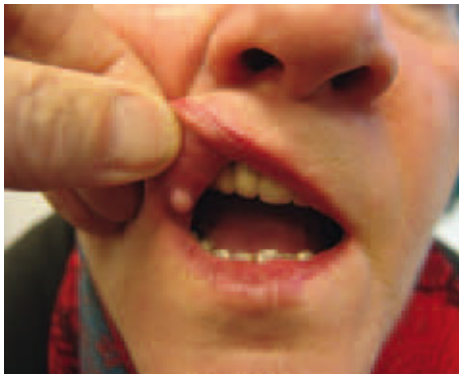
Uw diagnose

Fotoquiz van de maand december

Meneer Achterberg, 60 jaar, heeft sinds twee maanden een bobbeltje aan de binnenzijde van zijn bovenlip. Het zit in de weg en hij wil graag weten wat het is. Het bobbeltje voelt vast-elastisch aan. Wat is uw diagnose?

a. Papillaire hyperplasie
b. Lipoom
c. Bijtfibroom
d. Mucocele

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



Foto's gezocht

Elke maand staat er een nieuwe fotoquiz op onze website. Als u een bijzondere aandoening op het spreekuur ziet, denk dan aan de fotoquiz. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's (minimaal 300 dpi of 1 Mb), 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 a
Molenaar RPG, Ponten SC. Diagnostiek en behandeling van epilepsie. Huisarts Wet 2015;58(12):646-50.

2 b
Molenaar RPG, Ponten SC. Diagnostiek en behandeling van epilepsie. Huisarts Wet 2015;58(12): 646-50.

3 c
Molenaar RPG, Ponten SC. Diagnostiek en behandeling van epilepsie. Huisarts Wet 2015;58(12): 646-50.

4 a
Smits M, Peters Y, Broers S, Keizer E, Wensing M, Giesen P. Zorgconsumptie op de huisartsenpost. Huisarts Wet 2015;58(12):634-7.

5 b
Smits M, Peters Y, Broers S, Keizer E, Wensing M, Giesen P. Zorgconsumptie op de huisartsenpost. Huisarts Wet 2015;58(12): 634-7.

6 c
Huijbers PMJF, Dijkmans J, De Grauw WJC, Wetzels JFM, Konings CJAM. Stoornissen botmineraalhuishouding bij chronische nierschade. Huisarts Wet 2015;58(12):630-3.

7 c
LTA Chronische nierschade. www.nhg.org.

8 d
Gezondheidsraad. Evaluatie van de voedingsnormen voor vitamine D. www.thuisarts.nl.

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

Redactie
Just Eekhof, hoofdredacteur, Lidewij Broekhuizen, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Bèr Pleumeekers, Marissa Scherptong-Engbers, Annet Sollie, Wim Verstappen, Hans van der Wouden.

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

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

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

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

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

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

Abonnementen
H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl of door contact op te nemen met de abonnementenadministratie.
Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 231,00, online-only abonnement (enkel online toegang) € 138,60. Studenten ontvangen 50% korting.

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

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

© 2015
ISSN 0018-7070

Vertrouwen op kwaliteit

Huisartsen zijn professionals en dit betekent dat zij – net als andere artsen en advocaten – zelf verantwoordelijk zijn voor hun opleiding, richtlijnen, kwaliteitskader en tuchtrecht. Voor dit uitgangspunt moeten we ons actief hard blijven maken, zo bleek in het afgelopen jaar. Alleen dan kunnen we voorkomen dat ons werk wordt gezien als een productietraject dat je kunt vangen in lijstjes. Samen met *Het roer moet om* zijn stappen in de goede richting gezet.

Het is vanzelfsprekend dat we verantwoording afleggen aan patiënt en maatschappij. Dit doen we door ons kwaliteitsbeleid goed te beschrijven en uit te dragen. Ik durf dan ook met trots

te zeggen dat ik samen met mijn collega's het kwaliteitsbeleid goed voor elkaar heb in onze geaccrediteerde praktijk.

In 2016 bestaat het NHG 60 jaar. Ook het genootschap wordt steeds professioneler; dat is uitgegroeid van een club met alleen enthousiaste huisartsen naar een organisatie die sinds kort ook beschikt over een afdeling *Marketing en Communicatie*. Hiermee willen we onze producten en diensten optimaal laten aansluiten bij uw behoeften in de praktijk. Daarnaast zetten we ons ervoor in dat u op een zinnige en uitvoerbare manier kunt werken aan uw kwaliteit van zorg.

Patiënten mogen erop vertrouwen dat u de beste zorg levert op een wetenschappelijke basis en met optimale kennis van de patiënt en diens context. De zorgverzekeraars mogen erop vertrouwen dat u uw zaken voor elkaar hebt zonder dat zij dit hoeven te controleren aan de hand van lijstjes. En uzelf moet erop kunnen vertrouwen dat het NHG u ondersteunt bij het verlenen van zorg van de beste kwaliteit.

Rob Dijkstra

Toolkit *Zorg voor veilig* geactualiseerd

Deze toolkit voor patiëntveiligheid in de eerste lijn is weer helemaal als nieuw na een grondige aanpak op actualiteit en volledigheid. Het is dus zeker de moeite waard de toolkit weer eens te bekijken!

Wat blijft, wat verandert

Centraal staan nog steeds de negen *Zorg voor veilig*-modules met hun stappenplannen voor een betere patiëntveiligheid:

1. Meervoudige problematiek
2. Vroegsignalering dementie
3. Valpreventie
4. Kindermishandeling
5. Overdracht medicatiegegevens
6. Medicatieveiligheid achter de voordeur
7. Antistolling in de keten
8. Maagprotectie
9. VIM-module voor eerstelijnsdisciplines

De veranderingen betreffen onder meer enkele medicatiemodules. De tools voor Veilig Incident Melden (VIM) en scholing op dit gebied staan nu overzichtelijk bij elkaar. Informatie over de *Risicoscan voor huisartsen* is opgenomen in het menu *Aan de slag*. Aan *VIM-digitaal* nemen nu ook huisartsen deel. En voor de eerste lijn zijn er nu zo'n twaalf *patiëntenkaarten*, waaronder die voor huidtherapeuten. En natuurlijk is er nog veel meer!

ZORG voor VEILIG

Nieuwsgierig?

Op www.zorgvoorveilig.nl vindt u de geactualiseerde toolkit. Uw vragen of suggesties voor verbetering zijn altijd welkom via info@zorgvoorveilig.nl. Ondersteunende producten en scholing vindt u op www.nhg.org.

Inspiratie opdoen bij het NPA-Congres

Tijdens het NPA-Congres op donderdag 4 februari zult u worden uitgedaagd de kwaliteit van uw praktijk te bekijken vanuit het perspectief van uw patiënt. Kan dat uw werk aantrekkelijker maken en uw zorg nog effectiever en veiliger? Het programma en de bijzondere locatie – de Rijtuigenloods in Amersfoort – zullen u uitnodigen om verder te denken dan u gewend bent.

Hoofdlijnen programma

Tijdens het congres zijn er vijftien workshops rond de volgende vier deelthema's:

- Meer service, betere service... Is dat hetzelfde als 'u vraagt en wij draaien?
- Betere bereikbaarheid en beschikbaarheid; door meer ICT of door meer mens?
- Betere samenwerking met uw patiënt. Een gezamenlijk zorgplan? Een eigen patiëntendossier?
- Is wijkgerichte zorg doenlijk? En is de gemeente een partner in meer zorg op maat?

npa PRAKTIJK ACCREDITERING

Het congres richt zich op huisartsen, praktijkondersteuners en kwaliteitscoördinatoren. Het is natuurlijk het mooist als u met uw gehele team samen inspiratie opdoet aan het boeiende programma!
Er is accreditatie aangevraagd voor vijf punten. Meer informatie vindt u op www.praktijkaccreditering.nl; hier kunt u zich ook inschrijven.

&NHG

NHG-Ledenraadpleging 2015:

Wordt vervolgd!

Zoals u in het septembernummer van H&W* heeft kunnen lezen, hield het NHG deze zomer een ledenraadpleging om te kijken of de aansluiting bij de behoeften van de leden nog voldoende aanwezig is. De focus lag daarbij op de producten, diensten en functie van het NHG. Over het algemeen waren de uitkomsten zeer positief, maar natuurlijk zijn er ook verbeteringspunten. Wij gaan daar graag mee aan de slag en zullen u van de voortgang op de hoogte houden. Hieronder leest u over de eerste stappen als het gaat om de NHG-Standaarden en de -website.

Uw mening over de standaarden

Uit de ledenraadpleging blijkt dat zo'n 50% van de huisartsen vrijwel elke praktijkdag de standaarden gebruikt; 31% gebruikt ze enkele keren per week. Het belangrijkste aandachtspunt is dat u graag zou zien dat het NHG de standaarden inzichtelijk en werkbaar houdt. Concrete wensen zijn:

- Als het onderwerp 'in beweging' is, zou het goed zijn de standaarden tweejaarlijks te actualiseren.
- Voorlopig zijn geen nieuwe initiatieven in de richting van patiënten en consumenten nodig.
- Er moet meer aandacht komen voor het implementatietraject bij de standaarden.
- De volledige teksten van de standaarden moeten beschikbaar komen voor de telefoon-apps en de functionaliteit van de app als geheel kan nog worden doorontwikkeld.
- In de standaarden zouden figuren en tekeningen verduidelijkend kunnen werken.

Dit doet het NHG

De bovengenoemde verbeteringspunten grijpen wij aan om nader te onderzoeken wat uw ervaringen zijn in het gebruik van de standaarden. Wat werkt wel goed? Hoe kan het beter? En hoe kan zo goed mogelijk worden aangesloten bij uw dagelijks werk in de praktijk? Dit vervolgonderzoek staat gepland voor eind 2016, maar tot die tijd kunnen we al wel de eerste stappen zetten. Zo heeft de veelgehoorde wens om de producten toegankelijker, korter en bondiger te maken geresulteerd in een pilot rond de actualisering van de standaard *Kinderen met koorts*. Deze zullen we nu formuleren in 'beeldschermtaal', met andere woorden:

- We vervatten de informatie in korte, heldere zinnen.
- Om de teksten overzichtelijker te maken bundelen we de informatie in korte tekstblokken en waar mogelijk in gerangschikte opsommingen.
- Om beter zichtbaar te maken waar u zich in de tekst bevindt, voorzien we deze van meer tussenkopjes.

Ook zullen we de digitale en papieren verschijningsvormen van de standaarden nader bezien. De volledige tekst van de standaarden is inmiddels al wel beschikbaar voor de tablet-apps; helaas is dat technisch (nog) niet mogelijk bij de telefoon-apps.

Uw mening over de NHG-website

De NHG-website is door de leden met een 'rapportcijfer' van gemiddeld 7,5 positief beoordeeld. De door u genoemde verbeteringspunten zijn:

- De NHG-Standaarden vormen in uw ogen het belangrijkste onderdeel van de website en zouden derhalve een prominentere plek verdienen. Ook moeten ze via de website gemakkelijker toegankelijk zijn.
- De zoekfunctie en overzichtelijkheid kunnen beter.
- De doorklikmogelijkheden moeten verminderen en gebruiksvriendelijker worden gemaakt.
- Sommige links zijn onlogisch of werken niet.

Dit doet het NHG

Ook als het gaat om aanpassing van de website wil het NHG eerst een concreter beeld krijgen van wat wel goed werkt en hoe het precies beter kan. En ook hiervoor is dus een vervolgonderzoek gepland dat in 2016 zal plaatsvinden. Tot die tijd zijn al enkele verbeteringen in gang gezet:

- De NHG-Standaarden hebben inmiddels een prominentere plek op de website gekregen.
- De digitale leeromgeving op de website is dit jaar aangepast om tegemoet te komen aan de wensen van de leden. De digitale producten zijn nu gemakkelijker te vinden en de toegankelijkheid is vergroot.
- De webwinkel wordt op dit moment aangepakt; in het eerste kwartaal van 2016 zullen de aanpassingen zijn doorgevoerd.

Foto: Shutterstock

Uw mening is belangrijk!

Het NHG is natuurlijk afhankelijk van de bereidwilligheid van zijn leden om aan de raadplegingen mee te werken. Alleen dan kunnen we ervoor zorgen dat de producten en diensten nauw aansluiten bij uw wensen en behoeften. Daarom nodigen wij u graag uit om mee te doen aan de komende ledenraadpleging. Bent u daartoe bereid? Meld u dan aan voor het ledenpanel via info@nhg.org. (AS)

*Uw wensen en behoeften in kaart gebracht. Huisarts Wet 2015;58(9): nhg-35.

Iedereen kan zich zomaar kaderarts noemen, dus:

Kaderhuisarts, registreer je bij het CHBB!

Niet iedereen die zich 'kaderarts' noemt heeft een van de NHG-Kaderopleidingen gevolgd en dat kan verwarring geven. Daarom is het goed ervoor te zorgen dat de 'titel' kaderhuisarts herkenbaar is voor iedereen; huisartsen die een gespecialiseerde collega willen consulteren, scholing organiseren of op een andere manier een huisarts-expert willen inschakelen, weten dan zeker dat ze met een 'echte' kaderhuisarts van doen hebben. Dit kan door de CHBB-registers te raadplegen.

Bijzondere bekwaamheden

Al in 2005 richtten NHG en LHV het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden op om de kwaliteit en continuïteit van de patiëntenzorg te bevorderen. Het CHBB stelt hiertoe registers op en houdt daar toezicht op.
Kaderhuisartsen hebben een lange opleiding gevolgd en zijn bij uitstek huisartsen met een bijzondere bekwaamheid. Met een inschrijving in het CHBB-register zorgen zij ervoor dat collega-huisartsen, zorggroepen en (regionale) scholingsorganisaties weten dat ze kunnen vertrouwen op de geleverde kwaliteit. Registratie is echter niet verplicht en niet alle kaderhuisartsen hebben dat dus gedaan. Vooral bij expertisegebieden *GGZ, Palliatieve zorg, Ouderengeneeskunde* en *Supervisie en coaching* ligt de registratiegraad nog laag.

Beschermde titel

Het is jammer dat niet alle kaderhuisartsen zich registreren bij het CHBB, want alleen zo kunnen zij ervoor zorgen dat een soort 'beschermde titel' ontstaat. Het CHBB heeft geprobeerd de titel kaderhuisarts te deponeren om die bescherming formeel te regelen, maar dat bleek niet haalbaar. De enige manier om dit nu toch min of meer sluitend te regelen is CHBB-registratie. Dit is ook wenselijk met het oog op de kwaliteit, want het CHBB stelt eisen aan de (her)registratie, bijvoorbeeld voldoende scholing, werkervaring op het expertisegebied en intervisie met collega-kaderhuisartsen. Zo blijft de kwaliteit van het bijzondere aanbod van kaderhuisartsen geborgd.

Veelgehoorde argumenten

Kaderhuisartsen die zich niet hebben laten registreren bij het CHBB geven aan dat zij er de meerwaarde niet voldoende van zien. Ook vinden ze de kosten van registratie en herregistratie te hoog en is het lastig dat de termijn van de CHBB-herregistratie niet synchroon loopt aan die van de herregistratie als huisarts. Weliswaar is die herregistratietermijn in beide gevallen vijf jaar, maar het moment waaróp kan dus verschillen.

Stappen ter verbetering

Het CHBB heeft per 2015 de kosten voor herregistratie kunnen verlagen, waarmee dit struikelblok deels is weggenomen. Ook is voorgesteld om de registratie bij het CHBB op te nemen in de kosten voor de NHG-Kaderopleidingen zelf; zo zullen afgestudeerde kaderhuisartsen zich gemakkelijker laten inschrijven bij het CHBB.
Het synchroon laten verlopen van de herregistraties als huisarts en bij het CHBB blijkt echter zeer lastig, al is het maar omdat het in beide gevallen mogelijk is een verkorte registratie te verstrekken. En de overweging om de bureauorganisatie van de CHBB-registers onder te brengen bij het Bureau Registratie Commissie van de KNMG stuitte helaas op te hoge kosten.
IQ-Healthcare heeft in opdracht van LHV, NHG en CHBB een evaluatie uitgevoerd om inzicht te krijgen in de meerwaarde van kaderhuisartsen op de kwaliteit van de zorg. Uiteraard in de hoop dat die meerwaarde evident blijkt en dat daarmee aanknopingspunten worden gegeven om de inschrijving in het CHBB-register aantrekkelijker te maken. In januari staan de uitkomsten van de evaluatie centraal in een *invitational conference*. In deze kolommen houden we u op de hoogte!

Stimulans door LHV en NHG

NHG en LHV vinden het belangrijk dat alle kaderhuisartsen zich laten registreren bij het CHBB. Dit vooral omdat iedereen moet kunnen vertrouwen op de geleverde kwaliteit, maar ook om te voorkomen dat de titel wordt gevoerd door huisartsen die helemaal geen kaderopleiding hebben gevolgd of halverwege zijn gestaakt, óf door kaderhuisartsen die hun expertise hebben laten 'verlopen'. LHV en NHG besloten in elk geval zelf eisen te stellen aan de kaderhuisartsen die zij:

- vanwege hun expertise laten participeren in commissies en werkgroepen;
- de beroepsgroep laten vertegenwoordigen;
- inschakelen voor scholingsactiviteiten.

Alleen huisartsen die een NHG-kaderopleiding hebben afgerond én zijn ingeschreven in het CHBB-register, komen voor dergelijke functies in aanmerking. NHG en LHV zijn hierover ook in overleg getreden met InEen.

Eigen belang

Wellicht dat kaderhuisartsen na het lezen van bovenstaande argumenten zelf het belang inzien van hun CHBB-registratie. Het is immers goed dat huisartsen kunnen terugvallen op een register waarbij zij er zeker van kunnen zijn dat zij échte kaderhuisartsen inschakelen als zij behoefte hebben aan hun specifieke expertise. Bovendien geeft registratie – en dus bescherming van de titel kaderhuisarts – de investering van het volgen van een kaderopleiding de status en meerwaarde die het verdient.
Daarom dus deze oproep: kaderhuisarts, laat je registreren!
(AC/AS)

&NHG

Interview met Inge Mutsaers:

‘Vragen bij persoonsgerichte zorg’

Sinds een jaar werkt Inge Mutsaers als beleidsmedewerker bij het NHG, met in haar portefeuille onder meer de persoonsgerichte zorg en palliatieve zorg. Zij studeerde biologie en promoveerde in de filosofie op haar proefschrift *Het gebruik van immunologische modellen in de politieke filosofie*. In een interview vertelt ze over de voors en tegens van persoonsgerichte zorg.

Kun je je promotieonderwerp nader toelichten?
‘Sommige politieke filosofen lenen voor hun analyses het begrip “immunisering” uit de biologie. Zij menen dat onze samenleving zich niet alleen tegen virale dreigingen probeert te beschermen, maar bijvoorbeeld ook tegen terroristen en migranten. Vanuit mijn biologieachtergrond heb ik gekeken of dat hout snijdt en of er iets van te leren valt. Dat “immuniseren” is wel een beeldende metafoor, die aanspreekt omdat het om het eigen lichaam gaat. Maar die metafoor is ook heel polariserend, want die gaat uit van bescherming van het zelf tegen binnendringing van de ander. In de biologische discipline is die distinctie tussen zelf en ander niet zo scherp; het tolereren van vreemde stoffen is een belangrijke reactie van het immunologische systeem.’

Welke meerwaarde heeft jouw filosofische achtergrond voor het NHG?
‘Ik denk dat die er vooral in ligt dat ik zaken niet als vanzelfsprekend aanneem; ik stel vragen bij onderwerpen die ogenschijnlijk geen probleem in zich dragen. Zelf kom ik niet uit de huisartsenwereld, dus ik kan met een onbevangen blik kijken naar het vak en de beroepsgroep, en vanuit mijn biologische en filosofische achtergrond verdiepende vragen stellen.’

Kun je daar voorbeelden van geven?
‘Kijk je bijvoorbeeld naar de persoonsgerichte zorg, dan zie je dat iedereen het daarover heeft, van minister Schippers tot patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars, en iedereen praat elkaar na. De zorgverlener moet de rol van coach op zich nemen, het gaat om samen kiezen en gedeelde besluiten. Maar die taal heeft consequenties voor hoe we de zorg inrichten. Immers, als de huisarts coach wordt, verandert ook de rol van de zorgverleners rondom de huisarts én die van de patiënt. En als er meer verantwoordelijkheid komt te liggen bij de patiënt, gaat die dan weg bij de dokter? Daar kleven toch ook bezwaren aan? Volgens mij is het debat over persoonsgerichte zorg en eigen verantwoordelijkheid veel te optimistisch; niet alle randvoorwaarden zijn aanwezig. Bovendien, de transparantie- en registratiedruk staan haaks op persoonsgerichte zorg; die begrippen staan voor gelijkschakeling en individuele verschillen verdwijnen dan juist. Initiatieven tot het meten van het superpersoonlijke wat in de spreekkamer plaatsvindt zal nog een hele uitdaging zijn!’

Heb je nog meer kanttekeningen bij de persoonsgerichte zorg?
‘Een van de belangrijkste kanttekeningen is dat het begrip nu als nieuwigheid wordt geponeerd, maar gaat het in wezen niet om een pleonasme? Waar zou de zorg zich anders op moeten richten dan op personen? Veel huisartsen worden zelfs boos over de term; die zeggen dat ze al honderd jaar persoonsgerichte zorg verlenen en dat dit juist een van de kernwaarden van de huisarts is.’

Jij bent dus geen voorstander van persoonsgerichte zorg?
‘Natuurlijk wel, maar er zijn nog wat vragen bij te stellen. We schieten bijvoorbeeld een beetje door: het oude paternalisme en de ziektegerichte benadering worden tegenover de persoonsgerichte benadering gezet. Maar je kunt de medische zorg van de huisarts niet zomaar op de achtergrond plaatsen; voor veel huisartsen is dat de drijfveer in hun werk. Bovendien sluit het een het ander niet uit. Door de moraal van de gezamenlijke besluitvorming vergeet je soms dat je als arts wel degelijk af en toe paternalistisch moet zijn, afhankelijk van de patiënt tegenover je. Door de heiligverklaring van het begrip krijg je dan paradoxaal genoeg juist niet een betere persoonsgerichte zorg. Er mag dus wel wat meer rationalisering en nuancering komen in het debat en er mag wel een beetje een rem komen op de jubelstemming over zelfmanagement en dergelijke.’

Persoonsgerichte zorg is NHG-beleidsspeerpunt voor 2016; wat gaat de huisarts daarvan merken?
‘Op dit moment worden in sneltreinvaart producten op het gebied van de persoonsgerichte zorg ontwikkeld, van gesprekshandleidingen tot witboeken. Het NHG wil even een stapje terug zetten voor bezinning alvorens ook op die sneltrein te springen. Mede daarom schrijf ik een beschouwing op het onderwerp vanuit de huisartsgeneeskundige context. Deze moet resulteren in een visie die richting geeft aan de ondersteuning die huisartsen nodig hebben bij de implementatie van de persoonsgerichte zorg.’ (AS)

Colofon

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

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

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

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