jaargang 54 /januari 2011 / nummer 1

nhg

1

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap

# Huisarts en Wetenschap


- Patiëntcontacten op de huisartsenpost 5
  Paul Giesen et al.
- Kinderen met koorts en ernstige infecties 6
  Wil van den Bosch
- Klinische signalen van ernstige infecties bij kinderen 7
  Ann van den Bruel et al.
- Zool of brace bij mediale gonartrose? 12
  Tom van Raaij et al.
- Euthanasieverzoeken voor en na de Euthanasiewet 18
  Jojanneke van Alphen et al.
- Psychologische interventies 23
  Peter Verhaak et al.
- Een jong meisje met verkleefde schaamlippen 29
  Karlijn Overeem / Barbera van Duijn
- Mariëlle van Avendonk: 'Iedere patiënt verdient dat je goed overweegt of insuline bij hem of haar wel nodig is' 34
- NHG-nieuws nhg-1


H&W

H&W 11 01.indb 1 20-12-10 11:23

**Huisarts en Wetenschap**
www.henw.org

**Redactie**
Dr. H.C.P.M. van Weert, hoofdredacteur
Dr. L.E. Bröker
Dr. J.W.L. Cals
Dr. H.C.A.M. van Rijswijk
Dr. H.J. Schers
Dr. W.E.M. Spinnewijn
Prof. Dr. Th.J.M. Verheij
Dr. J.C. van der Wouden

**Redactiesecretariaat**
H. Helsloot, M.N. Oosterom,
A. Stalenhoef, S.H. Umans
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 50 F (030) 282 35 01
E-mail redactie@nhg.org

**Basisvormgeving**
Helfrich ontwerpbureau, Deventer

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

**Uitgeverij/advertentie-exploitatie**
Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van
Springer Uitgeverij.
Postbus 246, 3990 GA Houten
Hafize Guven-Onder (030) 638 39 75, h.guven@bsl.nl
Paul Bakker (030) 638 39 28, paul.bakker@bsl.nl
Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie.
Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

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

**Nieuwe abonnementen**
Abonnementen kunnen op ieder gewenst moment worden aangegaan en worden stilzwijgend met telkens een jaar verlengd tot wederopzegging. Een abonnement wordt eenmaal per jaar bij vooruitfacturering voor het aankomende jaar berekend. Een studentenabonnement loopt gelijk met het studiejaar, van 1 september t/m 31 augustus, en wordt stilzwijgend met telkens 1 jaar verlengd tot wederopzegging. Een studentenabonnement heeft een maximale looptijd van 2 jaar en wordt dan automatisch omgezet in een regulier abonnement.
Bij wijziging van de tenaamstelling en/of het adres verzoeken wij u de adreswikkel met de gewijzigde gegevens op te sturen naar Bohn Stafleu van Loghum.
Beëindiging van het abonnement kan uitsluitend schriftelijk en dient uiterlijk 2 maanden voor afloop van het lopende abonnementsjaar te zijn ontvangen.

**Abonnementsprijzen**
Jaarabonnement (incl. verzend- & administratiekosten)
particulieren: € 157,-
studenten: € 78,50
losse nummers: € 17,25
jaarabonnement online: € 125,-
jaarabonnement online + folie: € 172,50
Prijswijzigingen voorbehouden
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

*Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Uitgeverij, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernr.* 32107635 *op* 1 *januari* 2008. *De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of worden de koper op diens verzoek toegezonden.*

ISSN 0018-7070

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.
De artikelen uit H&W zijn voor NHG-leden, abonnees van de online-editie van H&W en abonnees van de gecombineerde folio/online-editie van H&W ook toegankelijk via de vakbibliotheek van Bohn Stafleu van Loghum: www.h&w.bsl.nl.

HOI 2011 PRINT

Nederlandse Uitgeversverbond
Groep uitgevers voor vak en wetenschap



# Nieuwigheden

In de eerste plaats een goed nieuwjaar toegewenst. We hopen dat u de donkere dagen weer prettig en een beetje klimaatneutraal bent doorgekomen. Mogelijk zijn zelfs de schaatsen uit de kast gehaald, maar daarover was bij het schrijven van dit stukje nog niets bekend. Wel is zeker dat in 2011 grote veranderingen voor de deur staan.

## Nieuwe series

In de loop van het jaar komt het NHG met een standpunt over generalistische zorg. Het leek de redactie een aardig idee om een aantal bekende en iets minder bekende Nederlanders – al dan niet afkomstig uit de gezondheidszorg en al dan niet arts of patiënt – daarover hun mening te vragen. In deze H&W treft u de eerste bijdrage aan, geschreven door Louise Gunning, voorzitter van de Gezondheidsraad.
In H&W 4 beginnen vier nieuwe series. In de aanloop naar het NHG-Congres publiceren we een serie nascholingsartikelen over ontwikkelingen in de oncologie. Iedere huisarts heeft patiënten in zijn praktijk die met de besproken behandelingen worden geconfronteerd. Uit onderzoek is echter gebleken dat patiënten met kanker de inbreng van hun huisarts in deze fase van de behandeling node missen en wij vinden dan ook dat huisartsen hierover beter geïnformeerd moeten zijn. Een pittig onderwerp, met elementen uit de biochemie, moleculaire biologie en genetica, maar H&W dicht de kloof.
De drie andere nieuwe series zijn toegankelijker: genante kwalen, spoedzorg op de huisartsenpost en communicatie met patiënten. Daarnaast vervangt de nieuwe rubriek CATS de oude rubriek POEM.

## Nieuwe column

Verder staat in dit nummer de eerste column van Anne Hermans. NRC-lezers weten dat Anne basisarts werd en dat ze haar carrière voortzet als huisarts. Anne schrijft dit jaar een column over de opleiding in H&W. We denken dat haar verhalen voor veel aios herkenbaar zijn en verwachten dat ze praktizerende collega's een leuke inkijk in de huisartsopleiding bieden.

## Nieuwe vormen

De grootste verandering in 2011 is de nieuwe vormgeving, waarbij drie doelstellingen van belang zijn: we willen H&W graag indexeren (met opname in PubMed en op termijn een impactfactor), het lezen van het blad accrediteren en de toegankelijkheid verder vergroten. De eerste stappen daartoe hebben we vorig jaar gezet met het sterk inkorten van dubbelpublicaties. We gaan verder op de ingeslagen weg en daarbij is een grotere rol weggelegd voor onze website.

## Afscheid

Dan rest mij nog om afscheid te nemen. Ik start het nieuwe jaar als hoogleraar Huisartsgeneeskunde in het AMC. Drie jaar lang heb ik H&W met veel plezier mede vorm gegeven, gesteund door een loyale en deskundige redactie en ondersteund door een fantastische staf. Ik stop er mee, maar zie om in voldoening. Er is weinig leuker dan het maken van een tijdschrift. Mijn eerste redactioneel ging over u, lezer, en in mijn laatste wil ik u bedanken. U hebt ons gelezen, gemaakt en bekritiseerd – en daar doen we het voor.

*Henk van Weert*

**Rubrieken in dit nummer**


| | |
|---|---|
| Huisartsenzorg in cijfers | 5 |
| Generalisme | 33 |
| Import | 36 |
| Columns | 38, 42 |
| Kennistoets | 39 |
| CATS | 40 |
| PEARLS | 41 |
| Ingezonden | 43 |
| Boeken | 44 |




H&W 11 01.indb 1 20-12-10 11:23

# Stoppen met zuurremmers

**Ongeveer 1 op de 10 Nederlanders slikt chronisch een zuurremmer. Dat is veel. Zuurremmers zijn hiermee verantwoordelijk voor circa 10% van het farmaceutisch budget. De indicaties voor chronisch gebruik zijn echter veel minder ruim. Agis probeerde het aantal prescripties van zuurremmers terug te dringen. Dit blijkt niet eenvoudig.**

Smeets et al. onderzochten het effect van een interventie om het gebruik van zuurremmers (protonpompremmers en H2-antagonisten) te verminderen. Zij nodigden 559 huisartsen uit 61 huisartsengroepen in het midden van het land uit deel te nemen aan een onderzoek om het gebruik van zuurremmers terug te dringen. De huisartsen kregen informatie over indicaties van chronisch gebruik van zuurremmers en een overzicht met chronische gebruikers uit hun praktijk. Daarnaast kregen zij patiënteninformatie waar in verschillende talen in staat hoe patiënten de zuurremmer af zouden kunnen bouwen. Aan deelname was een financiële tegemoetkoming voor de extra tijdinvestering verbonden. De controlegroep bestond uit 434 huisartsen (51 huisartsengroepen) uit dezelfde regio, die geen informatie kregen. Na een half jaar gebruikte 14% van de chronisch gebruikers in de interventiegroep tenminste de helft minder zuurremmers. In de controlegroep was dit percentage echter vergelijkbaar: 13,7%.

Ondanks alle inspanningen leverde deze interventie weinig op. Het lijkt niet effectief om alleen huisartsen te benaderen om patiënten te laten stoppen met medicijnen waar ze waarschijnlijk best tevreden over zijn. Mogelijk is het effectiever om zowel patiënt als huisarts actief te betrekken bij een dergelijke interventie. In de tussentijd kan het geen kwaad eens twee keer na te denken voordat we overgaan tot chronisch voorschrijven van een zuurremmer.

*Linda Bröker*

*Smeets HM, et al. A health insurance company-initiated multifaceted intervention for optimizing acid-suppressing drug prescriptions in primary care; a randomized controlled trial. Arch Intern Med* 2010;170:1264-8.

# Bij de kapper

**Regelmatige bloeddrukcontrole bij de kapper loont de moeite, zo blijkt uit onderzoek in Texas.**

Hoe kun je een populatie bereiken die niet of nauwelijks bij de huisarts komt, maar mogelijk wel een hoge bloeddruk heeft? In de Verenigde Staten is dit al enige jaren een hot item, met name als het gaat om het zwarte volksdeel. Kerken lijken een mooie ingang, maar mannen zijn daar ondervertegenwoordigd, terwijl onontdekte hypertensie juist bij mannen het meest voorkomt. Victor et al. voerden een *cluster randomised trial* uit in zeventien kapperszaken in Texas. In alle zaken werd gedurende tien weken een bloeddrukmeting aangeboden aan alle klanten. Daarna werden de kappers gerandomiseerd: acht zaken deelden folders uit met informatie over hoge bloeddruk, negen zaken gingen door met het aanbieden van bloeddrukmetingen met, indien geïndiceerd, doorverwijzing naar een echte dokter. Zowel de kappers als hun klanten ontvingen een beloning per uitgevoerde bloeddrukcontrole of verwijzing. De follow-upduur was 10 maanden; de primaire uitkomstmaat was het percentage mannen bij wie de bloeddruk onder controle was. Per kapperszaak werden 75-77 patiënten geïncludeerd. In de interventiegroep bleek na 10 maanden follow-up bij meer patiënten de bloeddruk onder controle te zijn dan in de controlegroep (20% versus 11% verbetering, verschil 9%, p = 0,03 na correctie voor covariaten). De onderzoekers berekenden opbrengsten en kosten en stelden vast dat de interventie zeer kosteneffectief is. Wie bedenkt een goede Nederlandse variant?

*Hans van der Wouden*

*Victor RG, et al. Effectiveness of a barber-based intervention for improving hypertension control on black men. Arch Intern Med* 2010; October 25. Doi:10.1001/*archinternmed*.2010.390

*Foto: Shooting Star/Hollandse Hoogte*



H&W 11 01.indb 2 20-12-10 11:23

# Zuurstof in de palliatieve fase

**Het is verleidelijk om benauwde patiënten in de palliatieve fase zuurstof te geven. Soms helpt het, maar vaak valt het effect tegen. Zuurstoftoediening brengt een verhoogd risico op brand met zich mee, en is thuis niet altijd realiseerbaar. Het is een kostbare behandeling en het aanvragen bij leverancier en zorgverzekeraar is tijdrovend. De belangrijkste vraag is echter of zuurstoftoediening zinvol is bij een normale zuurstofspanning in het bloed.**

De CBO-richtlijn Zuurstofbehandeling thuis adviseert zuurstof in de palliatieve fase te geven op geleide van de klachten. De palliatieve richtlijn Dyspneu adviseert eerst een bloedgasanalyse te doen. Abernethy et al. onderzochten het effect van zuurstof bij benauwde patiënten in een palliatieve setting. Patiënten hadden ernstige COPD, longkanker of longmetastasen, maar een relatief normale zuurstofspanning in het bloed ($PaO_2$ > 7,3 kPa/50 mmHg). Zij kregen gedurende een week zuurstof of gewone 'kamerlucht' via een neusbrilletje. Patiënten en hun artsen wisten niet welke behandeling ze kregen. Vier op de tien patiënten hadden er een beetje baat bij, maar dit was onafhankelijk van welke behandeling ze kregen. Het gevoel van kortademigheid nam gemiddeld met 9% af in beide groepen. Mogelijk komt dit doordat een extra luchtstroom door de neus de perceptie van benauwdheid beïnvloedt. Ook kan het dragen van een neusbrilletje een gevoel van controle geven, dat de kortademigheid beter draaglijk maakt. Het effect van kamerlucht of zuurstof was vergelijkbaar met dat van morfine in eerdere onderzoeken.

Dit onderzoek laat zien dat het goed is terughoudend te zijn met het geven van zuurstof aan patiënten die geen hypoxemie hebben. Als patiënten tijdens bijvoorbeeld een ziekenhuisopname toch baat hebben bij een neusbrilletje, kan het reden zijn om dit thuis te continueren.

*Linda Bröker*

Foto: Shutterstock/Fred Goldstein

*Abernethy* AP, *et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. Lancet* 2010;376:784-93.

# Supplementen werken niet bij artrose

**Reeds herhaaldelijk besteedde H&W aandacht aan glucosamine en chondroitine bij artrose. Nederlands onderzoek vond geen effect bij artrose van de heup. Met de negatieve uitkomsten van een network meta-analyse lijkt nu toch definitief het doek gevallen.**

Network meta-analyses vergelijken de resultaten van verschillende behandelingen onderling, waarbij ook de resultaten van niet direct vergelijkend onderzoek kunnen worden meegewogen. Voor de liefhebbers is het artikel van Wandel et al. een aanrader (vrij toegankelijk via www.bmj.com). Deze onderzoekers vergeleken het effect van glucosamine, chondroïtine en de combinatie van beide middelen met placebo. Zij vonden een maximaal mogelijk verschil in pijnintensiteit van -0,5 cm op een schaal van 10 cm en een maximaal verschil van -0,2 mm van de gewrichtruimte met placebo. Dergelijke verschillen zijn klinisch niet relevant, maar kunnen natuurlijk door de grote aantallen patiënten die zijn betrokken in een meta-analyse wel een statistisch significant verschil opleveren.

Behalve deze globale uitkomsten zochten de auteurs verklaringen voor de gevonden variatie in uitkomsten. Zij onderzochten het effect van de kwaliteit van de individuele onderzoeken, de kwaliteit van de gebruikte preparaten (dat leek in een eerdere Cochrane-review wel degelijk een rol te spelen), het soort gewricht (knie of heup) en het type glucosamine. Geen ervan had een statistisch significant effect ($p \geq 0,20$ voor interactie). Wel bleek dat door de fabrikant gesponsord onderzoek een 0,5 cm groter verschil opleverde wat betreft de pijn dan onafhankelijk onderzoek (en dat is even groot als het maximaal mogelijke effect).

Er loopt nog een grote trial, onafhankelijk van industriële sponsoring. Het lijkt onwaarschijnlijk dat daar plotseling een groot verschil zal worden aangetoond. Tot de uitkomsten daarvan bekend zijn koopt uw patiënt een potje pilletjes voor tussen 15 en 50 euro per maand, waarvan de werkzaamheid hoogst twijfelachtig is. Dat is een beetje duur voor geloof of (valse) hoop.

*Henk van Weert*

*Wandel* S, *et al. Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis.* BMJ 2010;341:c4675. Doi: 10.1136/bmj.c4675.



H&W 11 01.indb 3 20-12-10 11:23

# Subklinische hypothyreoïdie en hart- en vaatziekten

**Er is een relatie tussen subklinische hypothyreoïdie en het overlijden aan hart- en vaatziekten, maar die relatie is alleen significant bij TSH-spiegels boven de 10 mU/l. De totale sterfte is echter niet verhoogd, ook niet bij TSH-spiegels boven de 10 mU/l. Behandeling van subklinische hypothyreoïdie op grond van de relatie met hart- en vaatziekten lijkt dus niet geïndiceerd.**

Een internationaal gezelschap van onderzoekers zette nog eens al het onderzoek op een rijtje waarin de relatie tussen subklinische hypothyreoïdie en hart- en vaatziekten werd onderzocht. Ze vonden 11 prospectieve cohortonderzoeken met in totaal ruim 55.000 patiënten. Van hen had 6% subklinische hypothyreoïdie. Het risico op hart- en vaatziekten was alleen significant verhoogd bij een kleine minderheid van de patiënten met TSH-spiegels boven de 10 mU/l (hazard ratio 1,89 (95%-BI 1,28-2,80)), en datzelfde gold voor het risico op cardiovasculair overlijden (hazard ratio 1,58 (95%-BI 1,10-2,27)). De *overall* mortaliteit verschilde echter niet tussen personen met of zonder subklinische hypothyreoïdie, ook niet bij de hoge TSH-spiegels. De conclusie moet dus zijn dat er op dit moment geen reden is om subklinische hypothyreoïdie te behandelen; ook niet vanwege de geringe relatie met hart- en vaatziekten.

*Henk Schers*

*Rodondi N, et al. Subclinical hypothyroidism and the risk of coronary heart disease and mortality.* JAMA 2010;304:1365-74.

# Patiënten met kanker vragen hulp van hun huisarts

*Foto: Roel Visser/Hollandse Hoogte*

**Patiënten met kanker zien de oncoloog als de primaire en belangrijkste behandelaar, behalve in een vergevorderd stadium van hun ziekte of tijdens de palliatieve fase. Dan komt de huisarts weer volop in beeld.**

In een mooi prospectief onderzoek volgden Canadese onderzoekers anderhalf jaar lang 395 patiënten met longkanker. Bijna alle patiënten gaven bij de start van het onderzoek aan dat zij een vaste huisarts hadden. De patiënten bleven hun huisarts bezoeken gedurende alle fasen van hun ziekte, maar slechts een minderheid besprak keuzes met betrekking tot diagnostiek of behandeling met hun huisarts en bij slechts een minderheid was de huisarts min of meer intensief betrokken bij hun ziekte. In de diagnostische fase was er volgens slechts 15% van de patiënten sprake van *'shared care'* en was het oncologisch team hoofdbehandelaar, maar gedurende de ziekte nam de rol van de huisarts toe. In de terminale fase vond 70% dat de huisarts de hoofdbehandelaar was.

Hoewel de patiënten tevreden waren met de zorg van hun huisarts, vertelt een groot gedeelte dat ze meer inbreng en betrokkenheid van de huisarts op prijs zouden stellen. Dat geldt voor alle aspecten van zorg en zowel voor psychologische begeleiding als voor organisatie van zorg, zoals bijvoorbeeld steun bij behandelkeuze en medicatie.

Eerder schreven we in H&W over de behoefte van Nederlandse kankerpatiënten aan ondersteuning en begeleiding, vooral in de chronische fase. Dit onderzoek laat zien dat het geen typisch Nederlands probleem betreft. Canadese patiënten zien een belangrijke rol voor de huisarts in alle fasen van de ziekte. Deze onderzoeksbevindingen vragen om gezamenlijke zorg door huisarts en oncoloog. Huisartsen zouden zich wat actiever kunnen opstellen; hun zieke patiënten vragen dat van ze.

*Henk van Weert*

*Aubun M, et al. Family physician involvement in cancer care follow-up: the experience of a cohort of patients with lung cancer.* Ann Fam Med 2010;8:526-32.

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).



H&W 11 01.indb 4 20-12-10 11:23

# Patiëntcontacten op de huisartsenpost

*Paul Giesen, Linda Huibers, Maarten Krol*

De laatste jaren lijkt de werkdruk op huisartsenposten (HAP's) toe te nemen. Huisartsen en triagisten klagen over een toename van het aantal patiëntcontacten die ze als weinig spoedeisend ervaren. We onderzochten of dit ook blijkt uit objectieve gegevens over de periode 2004-2010.

## Toenemende contactfrequentie

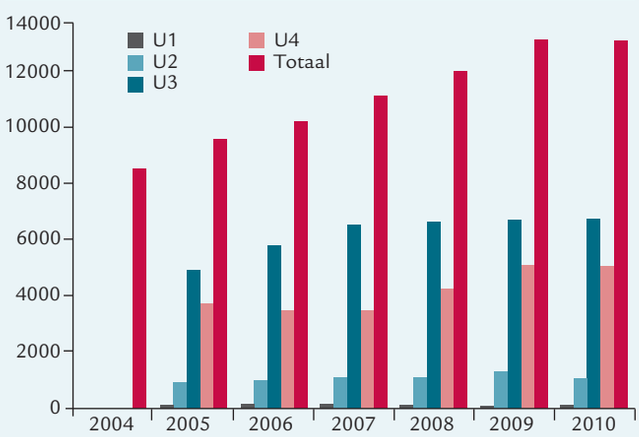
We deden onderzoek in verschillende regio's en zagen steeds dezelfde trend als bij onderstaand voorbeeld. De Stichting Dienstenstructuur Huisartsen IJssel-Vecht-Flevoland heeft posten in Emmeloord, Hardenberg, Lelystad, Zwolle, Dronten en Elburg en levert zorg buiten kantoortijd voor 567.431 inwoners. We deden een trendanalyse over de periode 2004-2010 en beperkten ons steeds tot het eerste halfjaar. We onderzochten contactfrequentie, urgentie en verdeling over telefoon, consult en visite.

Het aantal contacten is toegenomen van 51.051 in 2004 tot 78.669 contacten in 2010, een gemiddelde groei van 7,5% per jaar (*figuur* 1). In het eerste halfjaar van 2010 hebben we echter geen groei waargenomen.

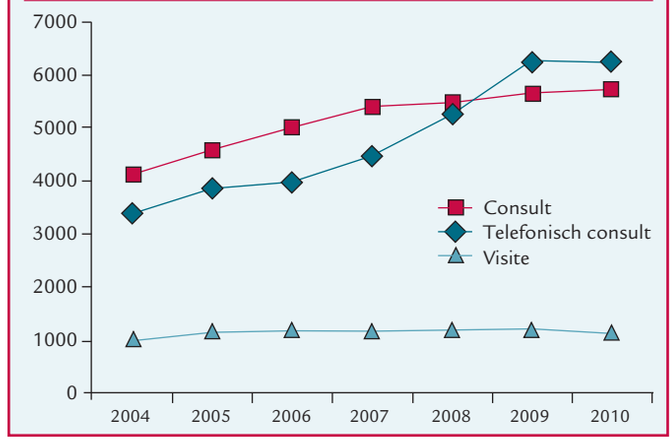
## Vooral laagurgente contacten

Hulpverleners op HAP's schatten met telefonische triage in welke hulp een patiënt nodig heeft. Ze gebruiken daarvoor de urgentieclassificatie van de NHG-TelefoonWijzer, waarbij U1 de hoogste en U4 de laagste urgentie is. In de categorie U1 (= levensbedreigend) lijkt er een lichte daling van het gemiddelde aantal contacten per jaar te zijn over de periode 2005-2010 (2004 laten we hier buiten beschouwing omdat toen een andere urgentieclassificatie werd gebruikt). Het aantal U1-contacten per jaar fluctueerde echter behoorlijk. In de categorie U2 (= dringend) was er een lichte groei van 4,9%, terwijl in categorie U3 en U4 de gemiddelde groei per jaar respectievelijk 6,9% en 7,3% bedroeg (zie voor absolute getallen www.henw.org). Weinig patiënten werden als hoogurgent geclassificeerd: gemiddeld 0,6% voor U1 en 9,1% voor U2. De meeste patiënten werden als U3 (54,1%) of U4 (36,2%) geclassificeerd.

Figuur 1 Gemiddeld aantal contacten per maand, per urgentiecategorie (2004-2010), huisartsenposten regio IJssel-Vecht-Flevoland




Figuur 2 Gemiddeld aantal contacten per maand, per soort contact (2004-2010), huisartsenposten regio IJssel-Vecht-Flevoland




## Type contact

De percentuele verdeling tussen telefonisch consult, consult en visite is in de periode 2004-2010 veranderd (zie *figuur* 2). Het aantal telefonisch afgehandelde contacten is maar liefst met 85% toegenomen. Het aantal consulten is met 39% toegenomen en het aantal visites is min of meer gelijk gebleven. In 2010 bedroeg de percentuele verdeling telefonisch consult, consult en visite respectievelijk 47,7%, 43,7% en 8,6%. In 2004 was deze verdeling respectievelijk 39,8%, 48,7% en 11,5%.

## Conclusie en aanbevelingen

Het aantal contacten is sterk gegroeid: in 2010 waren er ruim 1,5 keer zoveel contacten als in 2004. De groei betreft voornamelijk laagurgente klachten (U3 en U4) en wordt grotendeels opgevangen met telefonische consulten. Een aanzienlijk deel van deze hulpvragen zou kunnen wachten tot het spreekuur van de eigen huisarts. Patiënten ervaren de hulpvragen echter meestal als terecht. Angst, onrust en informatiebehoefte blijken belangrijke motieven. Hulpverleners moeten daarom vooral de hulpvraag achterhalen en zorgen, angsten of mispercepties bespreekbaar maken. Vervolgens kunnen ze de patiënt stimuleren tot meer zelfvertrouwen en meer zelfzorg. Een eenzijdige medische benadering is af te raden: die geeft schijnzekerheid en versterkt de afhankelijkheid van patiënten. Ten slotte blijkt dat 20% van het aantal hulpvragen op de HAP ontstaat omdat de eigen huisarts overdag niet bereikbaar of beschikbaar is. Hier is dus winst te boeken.

De hier beschreven analyses zijn uitgevoerd met gegevens die afkomstig zijn van de Stichting Dienstenstructuur Huisartsen (SDH) IJssel-Vecht-Flevoland.
Correspondentie: p.giesen@iq.umcn.nl



H&W 11 01.indb 5 20-12-10 11:23

# Kinderen met koorts en ernstige infecties

*Wil van den Bosch*

Koorts bij kinderen wijst bijna altijd op een onschuldige virale infectie. De huisarts ziet van al deze koortsepisoden maar een topje van de ijsberg. Ouders kunnen in het algemeen goed inschatten of het om iets onschuldigs gaat of niet. Zo niet, dan bellen ze de dokter en die moet alert zijn op ernstige infecties.

## De huisartsenpraktijk

De prevalentie van ernstige (bacteriële) infecties is laag. De meest gevreesde aandoening in dit verband – de meningitis/meningokokkensepsis – is in de huisartsenpraktijk nog zeldzamer dan gewoonlijk wordt aangenomen. In de data van het Transitieproject zijn in een totale populatie van 14.500 patiënten in de periode 1995-2008 bij kinderen van 0 tot 14 jaar 6500 episoden met koorts beschreven, waarbij in 6 gevallen een meningitis/meningokokkensepsis werd vastgesteld (persoonlijke mededeling). Toch gaat het bij deze ernstige infecties vaak fout met soms desastreuze gevolgen. Fouten rond de diagnostiek van ernstige bacteriële infecties vormen een belangrijk percentage van tuchtzaken rond kinderen. Het is geen wonder dat artsen overal ter wereld zoeken naar (combinaties van) signalen die een voorspellende waarde hebben om ernstige bacteriële infecties bij kinderen vast te stellen of uit te sluiten. In deze H&W staan daarover twee onderzoeken.[1,2]

## Het wetenschappelijk onderzoek

Australische onderzoekers volgden op de spoedeisende hulp (SEH) van een kinderziekenhuis prospectief 15.781 kinderen jonger dan 5 jaar met koorts. Ze zochten naar alle mogelijke factoren die het beloop zouden kunnen voorspellen, waaronder ook contextuele factoren zoals de mate van ongerustheid van de ouders. De onderzoekers ontwikkelden een model dat de sensitiviteit voor de diagnose van ernstige bacteriële infectie verhoogt.

Het tweede onderzoek is een systematisch literatuuronderzoek van onze Vlaamse collega's dat eerder werd gepubliceerd in de *Lancet*. Afhankelijk van de prevalentie van de ernstige infecties vonden zij verschillende factoren met een voorspellende waarde voor het meer of minder waarschijnlijk maken van een ernstige infectie. In een populatie met een zeer lage prevalentie van ernstige infecties, zoals in onze praktijken en op huisartsenposten, is de kans daarop bij een temperatuur boven de 40 graden bijvoorbeeld vijf maal groter. De kans op een ernstige infectie is daarentegen minimaal als er in een populatie met een hoge prevalentie geen koorts wordt vastgesteld.

In de beschouwingen van beide artikelen noemen de auteurs de belangrijkste beperkingen van de onderzoeken al. De resultaten van onderzoeken op de SEH van een ziekenhuis kunnen niet zomaar worden gegeneraliseerd naar de huisartsenpraktijk. Uitgebreide vragenlijsten met een computermatig rekenmodel lenen zich niet voor de dagelijkse praktijk of de SEH. Zelfs met het meest doelmatige model zullen we nog steeds ernstige infecties missen.

## Lessen voor de huisarts

Duidelijk is dat ongerustheid van ouders en een 'niet-pluisgevoel' van de dokter een voorspellende waarde hebben. Ouders zijn vaak ongerust als het kind anders is dan anders, minder alert, anders van kleur, slapper en minder actief. Ook voor de dokter kunnen die verschijnselen tot een 'niet-pluisgevoel' leiden. Als alle mogelijke gegevens over de toestand van het kind in een computerprogramma worden gewogen, kunnen we de uitkomsten gebruiken om het aantal fout-positieven en fout-negatieven op gebied van ernstige infecties te verminderen. Dat biedt echter geenszins de garantie dat we alle ernstige infecties zullen diagnosticeren. De Vlaamse onderzoekers adviseren dan ook om alarmsignalen voor ernstige infecties systematischer aan te pakken. De richtlijnen in de NHG-Standaard Koorts bij kinderen kunnen in die richting worden aangescherpt. Zo zouden we systematischer kunnen kijken naar capillary refill om een indruk te krijgen van de perifere circulatie en zouden we de ademhalingsfrequentie kunnen tellen omdat tachypneu een belangrijke voorspeller is voor ernstige luchtweginfecties. Vooral in situaties waar meer dokters bij de zorg van het kind zijn betrokken, dienen deze bevindingen ook in maat en getal te worden vastgelegd. Ook zou de standaard een grotere rol kunnen toekennen aan de ongerustheid van ouders, waarbij het voor de huisarts en de assistente belangrijk is om na te vragen waarop de ongerustheid is gebaseerd.

Het zou toe te juichen zijn om in de Nederlandse eerstelijnszorg te onderzoeken of een gestandaardiseerde anamnese en een gestandaardiseerd onderzoek bij kinderen met koorts meerwaarde kunnen hebben bij het vaststellen van ernstige infecties en of een dergelijke werkwijze ook toepasbaar zou zijn. De huisartsenpost zou voor een dergelijk onderzoek een uitstekende omgeving zijn.

**Auteursgegevens**

UMC St Radboud, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: prof.dr. W. van den Bosch, huisarts en hoogleraar Zorginnovatie in de huisartsenpraktijk.

Correspondentie: w.vandenbosch@elg.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

**Literatuur**

1 Van den Bruel A, Haj-Hassan T, Thompson M, Buntinx F, Mant D. Klinische signalen van ernstige infecties bij kinderen. Huisarts Wet 2011;54: 7-11.

2 Elshout G, Ernstige infecties bij kinderen met koorts. Huisarts Wet 2011;54:36.



H&W 11 01.indb 6 20-12-10 11:23

# Klinische signalen van ernstige infecties bij kinderen

*Ann van den Bruel, Tanya Haj-Hassan, Matthew Thompson, Frank Buntinx, David Mant*; ERNIE-*onderzoekers*

## Inleiding

Ernstige infecties zijn ook in ontwikkelde landen belangrijke oorzaken van morbiditeit en mortaliteit bij kinderen. Infecties zijn verantwoordelijk voor 20% van de kindersterfte, en treffen vooral kinderen van 1 tot 4 jaar oud.[1] Nu komen zelflimiterende acute ziekten bij kinderen vaak voor. In een drie weken durend onderzoek bij Nederlandse ouders bleek dat 60% van de kinderen een acute ziekte en 4% een koortsepisode doormaakte in die drie weken.[2] In het Verenigd Koninkrijk zijn acute infecties per persoonsjaar verantwoordelijk voor 4 contacten met de gezondheidszorg bij kinderen jonger dan 1 jaar, en voor 1,3 contacten bij kinderen van 1 tot 15 jaar.[3] Daarbij zijn koortsepisodes verantwoordelijk voor 20% van alle kinderconsulten op de spoedeisende hulp.[4]

Het is dus zaak ernstige infecties bij kinderen snel en accuraat te diagnosticeren. Dit is echter niet eenvoudig vanwege hun lage prevalentie en omdat bij presentatie vaak nog niet duidelijk is hoe ernstig de infectie is. Van de kinderen die naar de huisartsenpraktijk komen, heeft minder dan 1% een ernstige infectie.[5] De arts of praktijkmedewerker moet dan een snelle triage uitvoeren zodat hij de ouders kan geruststellen als het kind niet ernstig ziek is, maar ook de juiste diagnose stellen als er wél een ernstige ziekte in het spel is.[6] Die triage gebeurt soms in een drukke omgeving of per telefoon, en door medewerkers met een beperkte pediatrische ervaring. Als gevolg hiervan kan de diagnose mak-


## Samenvatting

**Van den Bruel A, Haj-Hassan T, Thompson M, Buntinx F, Mant D; ERNIE-onderzoekers. Klinische signalen van ernstige infecties bij kinderen. Huisarts Wet 2011;54(1):7-11.**

**Doel** Achterhalen welke klinische tests men in ontwikkelde landen zou kunnen gebruiken om in een ambulante setting ernstige infecties bij kinderen aan te tonen of uit te sluiten.

**Methode** Systematische review van onderzoeken, gevonden in Medline, Embase, DARE, CINAHL en referentielijsten, en na consultatie van deskundigen. De onderzoeken voldeden aan zes criteria: design (onderzoeken naar diagnostische accuratesse of predictieregels); deelnemers (verder gezonde kinderen tussen 1 maand en 18 jaar); setting (ambulante zorg); uitkomst (ernstige infectie); tests (uitvoerbaar in een ambulante setting); en voldoende data gerapporteerd. Tests met een positieve likelihood ratio (LR+) groter dan 5 beschouwden wij als alarmsignalen; tests met een negatieve likelihood ratio (LR–) kleiner dan 0,2 als uitsluiters.

**Resultaten** Wij includeerden dertig onderzoeken, waarvan één gedaan in de huisartsenpraktijk. De betrouwbaarste alarmsignalen voor een ernstige infectie waren cyanose, snelle ademhaling, slechte perifere circulatie en petechiën. In de huisartsenpraktijk zijn ook ongerustheid bij de ouders (LR+ 14) en een 'niet-pluisgevoel' bij de arts (LR+ 23) sterke alarmsignalen, en in settings met een lage prevalentie is een temperatuur boven 40 °C eveneens een alarmsignaal. Geen enkele klinische test bleek een ernstige infectie te kunnen uitsluiten, maar enkele eenvoudige combinaties kunnen dit wel – bijvoorbeeld pneumonie is erg onwaarschijnlijk (LR– 0,07) als het kind niet kortademig is en de ouders niet ongerust zijn. De Yale Observation Scale stelt teleur zowel voor het aantonen (LR+ 1,1-6,7) als voor het uitsluiten van ernstige infecties (LR– 0,16-0,97).

**Conclusie** Huisartsen moeten bij een ziek kind altijd bedacht zijn op alarmsignalen voor ernstige infecties, maar zullen nooit alle ernstige infecties tijdig signaleren. Een goede vangnetstrategie is daarom noodzakelijk, met inschakeling van de ouders. De arts zou daarbij explicieter moeten aangeven bij welk risiconiveau hij tot actie overgaat.


University of Oxford, Department of Primary Health Care, Old Rd Campus, Oxford OX3 7LF, Verenigd Koninkrijk: A. van den Bruel, MD PhD, clinical lecturer; M. Thompson, MRCGP, MPH, DPhil, senior clinical scientist; T. Haj-Hassan, BA, MSc, medical student; D. Mant, FRCGP, FRCP, professor. Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, België: F. Buntinx, MD PhD, hoogleraar. ERNIE is een acroniem voor het European Research Network on Recognising Serious Infection. De belangrijkste onderzoekers zijn Ann Van den Bruel, Matthew Thompson, Frank Buntinx, David Mant, Tanya Haj-Hassan, Rianne Oostenbrink, Henriette Moll, Bert Aertgeerts en Monica Lakhanpaul.

Correspondentie: ann.vandenbruel@dphpc.ox.ac.uk.

Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd gefinancierd door het NIHR Health Technology Assessment programme (Project 07/37/05, Systematic review and validation of clinical prediction rules for identifying children with serious infections in emergency departments and urgent-access primary care) en de NIHR National School for Primary Care Research.

Dit is een ingekorte vertaling van: Van den Bruel A, Haj-Hassan T, Thompson M, Buntinx F, Mant D; ERNIE investigators. Diagnostic value of clinical features at presentation to identify serious infection in children in developed countries: a systematic review. Lancet 2010;375:834-45. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.



H&W 11 01.indb 7 20-12-10 11:23

**Wat is bekend?**

- De WHO heeft voor ontwikkelingslanden aangegeven welke klinische signalen bij zieke kinderen kunnen wijzen op een ernstige infectie.
- Ernstige infecties zijn, bij een veel lagere prevalentie, echter ook in ontwikkelde landen belangrijke oorzaken van kindersterfte.
- De juiste diagnose kan gemakkelijk worden gemist bij het eerste contact, met fatale gevolgen.

**Wat is nieuw?**

- Verschillende (combinaties van) klinische kenmerken zijn bruikbaar als alarmsignaal voor een ernstige infectie bij kinderen.
- Geen enkel klinisch kenmerk kan echter een ernstige infectie met zekerheid uitsluiten.
- In de huisartsenpraktijk zijn ongerustheid bij de ouders en een 'niet-pluisgevoel' bij de arts de beste voorspellers gebleken.
- Het is aan te bevelen om een vangnetstrategie te ontwikkelen en daarbij de ouders in te schakelen.

kelijk gemist worden bij het eerste contact,[7] en dat heeft soms catastrofale gevolgen.[8]

Onze betrokkenheid bij het ontwikkelen van richtlijnen in het Verenigd Koninkrijk, België en Nederland onthulde dat diagnostiek en beleid bij kinderen met een acute infectie in deze landen wetenschappelijk nauwelijks onderbouwd zijn. In ontwikkelingslanden heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) grootschalig onderzoek gesponsord,[9,10] maar in ontwikkelde landen, die een ander spectrum van infecties kennen, is het beschikbare onderzoek beperkter en gefragmenteerder. De zeer lage prevalentie van ernstige infecties maakt de diagnostische uitdaging nog groter. Om die redenen hebben wij alle evidence uit de ontwikkelde landen verzameld in een systematische review.

## Methode

We beperken ons hier tot de hoofdzaken van de gebruikte methoden. Voor een volledige beschrijving verwijzen we naar de oorspronkelijke publicatie. Alle vertaalde tabellen zijn beschikbaar via de website (www.henw.org).

### Selectie van onderzoeken

Wij doorzochten de databases Medline, Embase, DARE en CINAHL op diagnostisch onderzoek over ernstige infecties bij kinderen. We raadpleegden ook de referentielijsten van de geïncludeerde artikelen en informeerden bij experts of er nog onderzoeken ontbraken. De onderzoeken moesten voldoen aan de volgende zes criteria.

- Design: onderzoeken naar diagnostische accuratesse of het ontwikkelen van predictieregels.
- Deelnemers: kinderen tussen 1 maand en 18 jaar oud.
- Setting: onderzoeken, uitgevoerd in de ambulante zorg (gedefinieerd als algemene of huisartsgeneeskunde, pediatrische ambulante diensten, pediatrische wachtdiensten of spoedgevallendiensten) in Europa, Canada, Verenigde Staten, Australië, Nieuw-Zeeland en Japan.
- Uitkomst: ernstige infectie, dat wil zeggen sepsis (inclusief bacteriëmie), meningitis, pneumonie, osteomyelitis, cellulitis, gastro-enteritis met dehydratie, gecompliceerde urineweginfectie (positieve urinekweek en systemische effecten zoals koorts) en virale luchtweginfecties met hypoxie (zoals bronchiolitis).
- Diagnostische tests: de geëvalueerde tests moesten geschikt zijn als triagetest in de ambulante zorg, dus onderzoeken naar beeldvorming, microbiologie en invasieve tests zoals lumbaal- of gewrichtspuncties vielen af. Onderzoeken die laboratoriumtests evalueren werden wel geselecteerd, maar vallen buiten het kader van dit artikel.
- Datarapportage: voldoende gegevens om de reconstructie van 2×2-tabellen mogelijk te maken.

De kwaliteit van de gevonden artikelen beoordeelden wij met behulp van QUADAS (Quality of Diagnostic Accuracy Studies).[11] Uiteindelijk includeerden wij 36 onderzoeken, gepubliceerd tussen 1975 en 2007. De details zijn te raadplegen in *tabel* 1.

### Bewerking en analyse van gegevens

Wij brachten de gegevens uit de geïncludeerde onderzoeken over naar 2×2-tabellen. Als een tabel een lege cel bevatte, voegden wij aan elke cel 0,5 toe.

Van alle diagnostische tests bepaalden wij vervolgens de waarde als alarmsignaal dan wel uitsluiter, door de likelihood ratio te berekenen voor de aanwezigheid (LR+) dan wel afwezigheid (LR–) van een ernstige infectie. Ook de vooraf- en achterafkansen op die uitkomst bepaalden we. Een test gold als geschikt alarmsignaal wanneer een positieve uitslag samenhing met een wezenlijk grotere kans op ernstige infectie (LR+ > 5), en als uitsluiter wanneer een negatieve uitslag samenhing met een wezenlijk geringere kans op ernstige infectie (LR– < 0,2).[12] Als een test bij verschillende afkapwaarden meer dan één resultaat kon hebben, namen we de afkapwaarden met de hoogste LR+ of laagste LR–.

Tevens bepaalden wij voor ieder geïncludeerd onderzoek de prevalentie van ernstige infecties: < 5% (laag), 5-20% (intermediair) of > 20% (hoog).

## Resultaten

Zes geïncludeerde onderzoeken richtten zich op laboratoriumtests; deze hebben wij voor dit artikel buiten de analyses gehouden.[13-18] De kwaliteit van de onderzoeken was over het algemeen matig; slechts vier ervan vermeldden expliciet dat de referentiestandaard geblindeerd geïnterpreteerd was.

De onderzoeken hadden in meerderheid betrekking op afdelingen Spoedeisende hulp. Vier onderzoeken waren uitgevoerd op afdelingen Kindergeneeskunde[19-22] en slechts één in de huisartsenpraktijk.[5]

De mediane prevalentie van ernstige infecties was 15,4% (interkwartielafstand 8,0-23,2%). Vijftien onderzoeken gebruikten een



H&W 11 01.indb 8 20-12-10 11:23

samengestelde uitkomstmaat, waarbij als ernstige infecties golden: sepsis, bacteriëmie, meningitis, pneumonie en urineweginfectie met systemische effecten. Zes onderzoeken rapporteerden specifiek over bacteriëmie, drie over meningitis en telkens twee over pneumonie, meningokokkeninfectie en gastro-enteritis met dehydratie.

#### Temperatuur

Voor temperatuurmeting vonden wij de hoogste LR+ in de onderzoeken met de laagste prevalenties. Een temperatuur > 40 °C deed in deze onderzoeken de kans op een ernstige infectie met ruim een factor zes toenemen, van 0,8% naar 5%. Daarentegen had een temperatuur < 38,5-38,9 °C de grootste waarde als uitsluiter (laagste LR–) juist in een onderzoek met hoge prevalentie (29,1%). In de vijf andere onderzoeken met hoge prevalentie had temperatuur echter geen waarde als uitsluiter, en in geen van de zes was het een alarmsignaal.

#### Alarmsignalen voor ernstige infectie

In settings met een lage prevalentie zijn zowel ongerustheid van de ouders omdat de ziekte anders is dan eerdere ziekten (LR+ 14) als het gevoel van de arts dat er iets niet klopt (LR+ 23) belangrijke alarmsignalen, zoals *tabel* 2 laat zien. Ook veranderd huilgedrag is een mogelijk alarmsignaal in een setting met lage prevalentie (LR+ 10,5), maar paradoxaal genoeg geldt dat niet in situaties met een hoge prevalentie.

De sterkste cardiovasculaire en respiratoire alarmsignalen zijn cyanose, snelle ademhaling, dyspneu en verminderde perifere circulatie (*tabel* 3). Ook meningeale prikkeling, petechiën en verminderd bewustzijn zijn belangrijke alarmsignalen (*tabel* 4).

#### Uitsluiters van ernstige infectie

Er zijn diverse beslisregels geformuleerd om ernstige infecties bij kinderen aan te tonen of uit te sluiten. Het vaakst onderzocht is de Yale Observation Scale, die uitgaat van huilen, reactie, wekbaarheid, kleur, hydratatie en sociale respons. Getuige de zeven geanalyseerde onderzoeken presteert deze regel echter niet erg goed als uitsluiter. Twee onderzoeken vonden een LR– < 0,2,[19,23] maar de vijf overige vonden waarden tussen 0,68 en 0,94,[24-28] met achterafkansen tussen 10% en 28% (*tabel* 5). Meta-analyse van de zeven onderzoeken toonde sterke heterogeniteit, die verdween na exclusie van de twee eerstgenoemde onderzoeken. De gepoolde sensitiviteit van de vijf resterende onderzoeken was 32,5% (95%-BI 21,7 tot 45,5), en de specificiteit 78,9% (95%-BI 73,9 tot 83,1), wat correspondeert met een LR+ van 2,9 en een LR– van 0,86.

De beste beslisregel voor het uitsluiten van ernstige infecties (LR– 0,04) bleek een beslisboom met vijf trappen: 'niet-pluisgevoel' arts; dyspneu; temperatuur > 39,5 °C; diarree; leeftijd 15-29 maanden. Deze regel doet de kans op een ernstige infectie dalen tot 0,03% bij een negatieve score (alles 'nee'), maar is gebaseerd op slechts één onderzoek[5] en classificeert, bij een prevalentie van minder dan 1%, 10% van de kinderen als potentieel ernstig ziek bij ten minste één 'ja' (90% fout-positieven). Twee andere beslisregels om pneumonie uit te sluiten bij afwezigheid van dyspneu en geen ongerustheid van ouders of arts presteren vergelijkbaar (LR– 0,07, achterafkans < 0,01%).

#### Minder nuttige tests

*Tabel* 6 toont de kenmerken die weinig diagnostische waarde hebben als alarmsignaal of uitsluiter van een willekeurige infectie. Daaronder zijn veelvoorkomende symptomen zoals hoesten, hoofdpijn, buikpijn, braken, diarree, verminderde eetlust en neusverkoudheid. Niet meer lachen (LR+ 4,2) en een veranderd ademhalingspatroon (LR+ 4,4) hebben een LR+ net onder ons arbitraire afkappunt van 5, dus zouden waarde kunnen hebben als alarmsignaal. Deze symptomen hebben echter geen waarde als uitsluiter (LR– > 0,6)

Ook reactiviteit (beweeglijk zijn, grijpen naar voorwerpen, rondkijken) of prikkelbaarheid zeggen weinig over de kans op een ernstige infectie, zoals bleek in een onderzoek met hoge prevalentie. Zelfs een abnormale huidskleur, beschreven als cyanotisch, bleek of gebloemd, bleek in drie onderzoeken van weinig waarde, hoewel cyanose en slechte perifere circulatie wel degelijk alarmsignalen zijn.

Kenmerken die weinig diagnostische waarde hebben als men op zoek is naar specifieke infecties, zijn bijeengebracht in *tabel* 7. In veel gevallen zijn het dezelfde als in *tabel* 6. Ademhalingsfrequentie is nog het betrouwbaarste klinische teken van pneumonie (LR+ 2,7-4,0, afhankelijk van het afkappunt), maar dyspneu en afwijkingen bij auscultatie (verminderd ademhalingsgeruis, crepitaties, wheezing) wijzen niet per se op pneumonie en eerder op een willekeurige infectie. Ook de verschillende tekenen van dehydratie door gastro-enteritis (lage urineproductie, diepliggende ogen, droge slijmvliezen, tachycardie, abnormale ademhaling) hadden matige likelihood ratio's (LR+ 1,8-3,8).

## Discussie

In ontwikkelde landen is het diagnosticeren van een ernstige infectie bij een kind als het zoeken naar een naald in een hooiberg. Zelfs alarmsignalen met een likelihood ratio van 5-10 (bijvoorbeeld, temperatuur > 40 °C) doen de kans op een ernstige infectie in de eerste lijn niet boven de 5% stijgen. Men kan al die kinderen moeilijk naar het ziekenhuis verwijzen zonder de ziekenhuizen te overstelpen, maar hoe leg je de ouders uit dat je het kind niet doorstuurt, ondanks de kans van één op twintig op een ernstige infectie?

De andere kant van het verhaal, en mogelijk de belangrijkste bevinding voor Nederlandse en Belgische huisartsen, is dat een ernstige infectie niet goed uit te sluiten is op basis van individueel klinisch onderzoek. Zoals ook uit onze review blijkt, moet een goede uitsluitstrategie uitgaan van een combinatie van klinische symptomen. De bekendste beslisregel op dit vlak, de Yale Observation Scale, presteert echter teleurstellend.



H&W 11 01.indb 9 20-12-10 11:23

Foto: *Shutterstock/greenland*

**Robuustheid van de bevindingen**

Veel van de vastgestelde tekortkomingen van de onderzoeken zijn moeilijk te vermijden gegeven de klinische situatie. Zo is het niet mogelijk om een bepaalde combinatie van ernstige infecties bij alle kinderen op uniforme wijze te diagnosticeren, want dan zou men bij elk kind een lumbaalpunctie, thoraxfoto, bloedafname enzovoort moeten uitvoeren. Verder zijn sommige klinische bevindingen opgenomen in de definitie van sepsis, zodat de referentiestandaard niet geblindeerd voor de indextest geïnterpreteerd kon worden.

Slechts enkele onderzoeken waren uitgevoerd in settings met een lage prevalentie, en er was belangrijke heterogeniteit tussen een aantal onderzoeken. In veel gevallen was deze heterogeniteit verklaarbaar op basis van setting, inclusiecriteria of afkapwaarden. Sommige onderzoeken, waaronder het artikel waarin de Yale Obervation Scale werd beschreven,[23] dateren van vóór de vaccinatie tegen H*aemophilus influenzae* of pneumokokken. Dit verklaart mogelijk de betere resultaten van de schaal in dit onderzoek.

Met name de gegevens over koorts lieten zich moeilijk interpreteren, omdat sommige onderzoeken koorts als inclusiecriterium gebruikten. Het feit dat in een aantal onderzoeken met hoge prevalentie kinderen zonder koorts uitgesloten werden, kan echter de lagere diagnostische waarde van de lichaamstemperatuur in deze onderzoeken niet voldoende verklaren.

Het onderzoek waarin ongerustheid van de ouders en het 'niet-pluisgevoel' van de arts goede voorspellers bleken, werd uitgevoerd in de huisartsenpraktijk en had een prevalentie van slechts 0,78%. Het is onwaarschijnlijk dat dit toevalsbevindingen zijn: het was een groot onderzoek (3981 kinderen, 113 huisartsen) en het belang van de globale klinische indruk werd ook in andere onderzoeken gevonden.

**Beperkingen van alarmsignalen**

Alarmsignalen hebben in ontwikkelde landen niet alleen minder diagnostische waarde dan in ontwikkelingslanden, maar ze worden ook minder frequent opgemerkt, zelfs bij kinderen met een ernstige infectie. In de huisartsenpraktijk bijvoorbeeld stelden de onderzoekers bij slechts 3,4% van de kinderen ongerustheid van de ouders vast, en hadden de ouders bij de helft van de ernstig zieke kinderen een dergelijke ongerustheid niet geuit.[5] Een ander voorbeeld: artsen rapporteerden bij 0,3% van de kinderen een verminderde perifere circulatie, maar spoorden daarmee slechts 10% van de ernstig zieke kinderen op. Dit toont aan dat het zoeken naar alarmsignalen niet voldoende is. Kinderen met een ernstige infectie die bij presentatie geen alarmsignalen vertonen, zullen gemist worden als er geen effectieve vangnetstrategie voorhanden is.[29]

**Grensgevallen**

Verschillende tests voldeden net niet aan onze vooraf gedefinieerde drempels maar kunnen toch nuttige informatie leveren in combinatie met andere verschijnselen. Voorbeelden zijn droge slijmvliezen als aanwijzing voor dehydratie (LR+ 4,1),[30] of diarree als teken van willekeurig welke ernstige infectie.[5,31] De meest effectieve beslisregel was gebaseerd op twee alarmsignalen (het 'niet-pluisgevoel' van de arts en dyspneu), en drie 'borderline kenmerken': temperatuur, diarree en leeftijd.[5] Het voorbeeld van de Yale Observation Scale laat echter zien dat het combineren van verschillende borderline alarmsignalen, zoals lachen, reactiviteit en huidskleur, niet noodzakelijk tot een goede beslisregel leidt. Mogelijk komt dit doordat de Yale-schaal aan elk kenmerk een even groot gewicht toekent.



H&W 11 01.indb 10 20-12-10 11:23

## Conclusie

Bestaande richtlijnen, waaronder de NHG-Standaard Kinderen met koorts,[32] besteden – terecht – veel aandacht aan alarmsignalen zoals nekstijfheid en verminderde perifere circulatie. De waarde van die alarmsignalen wordt ook in deze review bevestigd, maar toch zullen ze nooit *alle* kinderen met een ernstige infectie kunnen identificeren. In de richtlijnen is te weinig aandacht voor het veilig uitsluiten van ernstige infecties.

De meeste alarmsignalen die de WHO aanbeveelt voor een eerste beoordeling van kinderen in ontwikkelingslanden zijn ook bruikbaar in de ambulante zorg in ontwikkelde landen. Er zou in het diagnostisch proces meer systematische aandacht moeten komen voor ongerustheid van de ouders. Klinische tests, in welke combinatie ook, zijn echter tamelijk slecht in staat om een ernstige infectie effectief uit te sluiten. We moeten dus een vangnetstrategie ontwikkelen waaraan ook de ouders actief deelnemen door het monitoren van alarmsignalen en het treffen van voorzorgsmaatregelen. Daarbij moet ook beter worden aangegeven bij welk risiconiveau de arts tot actie zal overgaan.


### Dankbetuiging

Wij danken prof. Paul Glasziou (Centre for Evidence Based Medicine, Oxford) voor zijn advies over de tabellen en figuren.


### Literatuur


1 CEMACH. Why children die: A pilot study 2006. London: Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH), 2008.
2 Bruijnzeels MA, Foets M, Van der Wouden JC, Van den Heuvel WJ, Prins A. Everyday symptoms in childhood: occurrence and general practitioner consultation rates. Br J Gen Pract 1998;48:880-4.
3 Fleming DM, Smith GE, Charlton JR, Charlton J, Nicoll A. Impact of infections on primary care: Greater than expected. Commun Dis Public Health 2002;5:7-12.
4 Armon K, Stephenson T, Gabriel V, MacFaul R, Eccleston P, Werneke U, et al. Determining the common medical presenting problems to an accident and emergency department. Arch Dis Child 2001;84:390-2.
5 Van den Bruel A, Aertgeerts B, Bruyninckx R, Aerts M, Buntinx F. Signs and symptoms for diagnosis of serious infections in children: A prospective study in primary care. Br J Gen Pract 2007;57:538-46.
6 Kai J. What worries parents when their preschool children are acutely ill, and why: A qualitative study. Br Med J 1996;313:983-6.
7 Riordan FA, Thomson AP, Sills JA, Hart CA. Who spots the spots? Diagnosis and treatment of early meningococcal disease in children. BMJ 1996;313:1255-6.
8 Thompson MJ, Ninis N, Perera R, Mayon-White R, Phillips C, Bailey L, et al. Clinical recognition of meningococcal disease in children and adolescents. Lancet 2006;367:397-403.
9 Young Infants Clinical Signs Study Group. Clinical signs that predict severe illness in children under age 2 months: a multicentre study. Lancet 2008;371:135-42.
10 Duke T, Oa O, Mokela D, Oswyn G, Hwaihwanje I, Hawap J. The management of sick young infants at primary health centres in a rural developing country. Arch Dis Child 2005;90:200-5.
11 Whiting P, Rutjes AWS, Reitsma JB, Bossuyt PMM, Kleijnen J. The development of QUADAS: A tool for the quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews. BMC Med Res Methodol 2003;3:25.
12 Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL. Users' guides to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test. B. What are the results and will they help me in caring for my patients? The Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA 1994;271:703-7.
13 Bachur RG, Harper MB. Predictive model for serious bacterial infections among infants younger than 3 months of age. Pediatrics 2001;108:311-6.
14 Bonadio WA, Hagen E, Rucka J, Shallow K, Stommel P, Smith D. Efficacy of a protocol to distinguish risk of serious bacterial infection in the outpatient evaluation of febrile young infants. Clin Pediatr (Phila) 1993;32:401-4.
15 Lacour AG, Zamora SA, Gervaix A. A score identifying serious bacterial infections in children with fever without source. Pediatr Infect Dis J 2008;27:654-6.
16 Garra G, Cunningham SJ, Crain EF. Reappraisal of criteria used to predict serious bacterial illness in febrile infants less than 8 weeks of age. Acad Emerg Med 2005;12:921-5.
17 Baker MD, Bell LM, Avner JR. Outpatient management without antibiotics of fever in selected infants. N Engl J Med 1993;329:1437-41.
18 Baker MD, Bell LM, Avner JR. The efficacy of routine outpatient management without antibiotics of fever in selected infants. Pediatrics 1999;103:627-31.
19 Nademi Z, Clark J, Richards CG, Walshaw D, Cant AJ. The causes of fever in children attending hospital in the north of England. J Infect 2001;43:221-5.
20 Thayyil S, Shenoy M, Hamaluba M, Gupta A, Frater J, Verber IG. Is procalcitonin useful in early diagnosis of serious bacterial infections in children? Acta Paediatr 2005;94:155-8.
21 Thompson MJ, Coad N, Harnden A, Mayon-White R, Perera R, Mant D. How well do vital signs identify children with serious infections in paediatric emergency care? Arch Dis Child 2009;94:888-93.
22 Nielsen HE, Andersen EA, Andersen J, Bottiger B, Christiansen KM, Daugbjerg P, et al. Diagnostic assessment of haemorrhagic rash and fever. Arch Dis Child 2001;85:160-5.
23 McCarthy PL, Sharpe MR, Spiesel SZ, Dolan TF, Forsyth BW, DeWitt TG, et al. Observation scales to identify serious illness in febrile children. Pediatrics 1982;70:802-9.
24 Andreola B, Bressan S, Callegaro S, Liverani A, Plebani M, Da Dalt L. Procalcitonin and C-reactive protein as diagnostic markers of severe bacterial infections in febrile infants and children in the emergency department. Pediatr Infect Dis J 2007;26:672-7.
25 Baker MD, Avner JR, Bell LM. Failure of infant observation scales in detecting serious illness in febrile, 4- to 8-week-old infants. Pediatrics 1990;85:1040-3.
26 Galetto-Lacour A, Zamora SA, Gervaix A. Bedside procalcitonin and C-reactive protein tests in children with fever without localizing signs of infection seen in a referral center. Pediatrics 2003;112:1054-60.
27 Galetto-Lacour A, Gervaix A, Zamora SA, Vadas L, Lombard PR, Dayer JM, et al. Procalcitonin, IL-6, IL-8, IL-1 receptor antagonist and C-reactive protein as identificators of serious bacterial infections in children with fever without localising signs. Eur J Pediatr 2001;160:95-100.
28 Hsiao AL, Chen L, Baker MD. Incidence and predictors of serious bacterial infections among 57- to 180-day-old infants. Pediatrics 2006;117:1695-701.
29 Almond S, Mant D, Thompson M. Diagnostic safety-netting. Br J Gen Pract 2009;59:872-4.
30 Gorelick MH, Shaw KN, Murphy KO. Validity and reliability of clinical signs in the diagnosis of dehydration in children. Pediatrics 1997;99:E6.
31 Trautner BW, Caviness AC, Gerlacher GR, Demmler G, Macias CG. Prospective evaluation of the risk of serious bacterial infection in children who present to the emergency department with hyperpyrexia (temperature of 106 degrees F or higher). Pediatrics 2006;118:34-40.
32 Berger MY, Boomsma LJ, Albeda FW, Dijkstra RH, Graafmans TA, Van der Laan JR, et al. NHG-Standaard Kinderen met koorts (Tweede herziening). Huisarts Wet 2008:51:287-96.





H&W 11 01.indb 11 20-12-10 11:23

# Zool of brace bij mediale gonartrose?

*Tom van Raaij, Max Reijman, Reinoud Brouwer, Sita Bierma-Zeinstra en Jan Verhaar*

## Inleiding

Gonartrose is een van de meest voorkomende gewrichtsaandoeningen en veroorzaakt aanzienlijke pijn en functieverlies.[1] Veel patiënten hebben voornamelijk mediale compartimentsartrose.[2] De primaire behandeling is conservatief en bestaat uit voorlichting, afvallen, fysiotherapie en zo nodig een medicamenteuze behandeling. Pijnstillers bestrijden slechts de symptomen van de aandoening en werken vaak niet afdoende. Orthesebehandeling kan echter de belasting van de knie veranderen en speelt wellicht een remmende rol bij het ontstaan en de progressie van gonartrose.[3,4]

Vooral bij patiënten met symptomatische mediale gonartrose zien we een significante verbetering van pijn, functie en belasting van de knie dankzij het gebruik van een valgiserende kniebrace.[5] Een prospectief gerandomiseerd onderzoek (RCT) toonde een significante functieverbetering aan door het gebruik van een brace bij patiënten met varusgonartrose.[6] Veel patiënten in dit onderzoek hielden zich echter niet trouw aan de behandeling omdat de brace huidirritaties veroorzaakte en slecht paste. Wellicht zorgt dat op termijn voor een slechter resultaat.

Net als een kniebrace ontlast een steunzool met laterale wigverhoging waarschijnlijk het aangedane mediale compartiment van de knie. Een steunzool zou bovendien de varusbeenas corrigeren.[7] Een recent crossover-onderzoek kon echter geen effect van een steunzool met wigverhoging aantonen bij een oudere patiëntenpopulatie met gevorderde gonartrose.[8] Bij patiënten met milde tot matige gonartrose zag men eerder wel een significante verbetering van de symptomen dankzij het gebruik van een steunzool met wigverhoging.[9] Uit een ander onderzoek bleek dat patiënten met gonartrose dankzij steunzolen minder NSAID's gingen gebruiken.[10] Een Cochrane-review concludeerde dat voetortheses een toegevoegde waarde hebben bij de behandeling van symptomatische gonartrose.[11] Steunzolen met een laterale wigverhoging zijn veilig en goedkoper dan kniebraces. Bovendien zijn ze makkelijk aan te meten en blijken patiënten ze trouw te gebruiken.[8,9] Wij vroegen ons af of steunzolen met laterale wigverhoging net zoveel pijnvermindering en functieverbetering geven bij patiënten met mediale gonartrose als een kniebrace. Daarnaast bekeken we of beide interventies een standsverandering van de knie in het frontale vlak konden bewerkstelligen.


## Samenvatting

**Van Raaij TM, Reijman M, Brouwer RW, Bierma-Zeinstra SMA, Verhaar JAN. Zool of brace bij mediale gonartrose? Huisarts Wet 2011;54(1):12-7.**

**Doel** Er bestaat enig bewijs dat patiënten met symptomatische mediale gonartrose baat hebben bij een kniebrace of voetorthese. Patiënten verdragen een kniebrace echter vaak niet goed. Wij vroegen ons af of steunzolen met laterale wigverhoging net zoveel pijnvermindering en functieverbetering geven bij patiënten met mediale gonartrose als een kniebrace.

**Methode** Bij patiënten met symptomatische mediale gonartrose deden we een prospectief gerandomiseerd onderzoek naar het effect van een steunzool met een laterale wigverhoging. We includeerden 91 patiënten met symptomatische mediale gonartrose. Van hen voorzagen we 45 patiënten van een steunzool met een 10 millimeter laterale wigverhoging en vergeleken het beloop met een controlegroep van 46 patiënten die we behandelden met een valgiserende kniebrace. De primaire uitkomstmaat was kniepijn, die we hebben gemeten met een visueel analoge schaal (VAS). Secundaire uitkomstmaten waren de WOMAC-kniefunctiescore en varusalignement van de knie.

**Resultaten** Na 6 maanden zagen we tussen beide groepen geen verschil wat betreft kniepijn- en kniefunctiescore. Noch de brace, noch de steunzool veranderde de varusstand van de knie. Patiënten in de steunzoolgroep hielden zich significant vaker aan de behandeling ($p = 0,015$). Volgens de OMERACT-OARSI-richtlijnen reageerde 17% van alle patiënten op de hen toegewezen behandeling. Een subgroepanalyse liet een beter effect van de steunzool zien bij patiënten met milde gonartrose, maar dit verschil was niet significant, wat mogelijk kwam door de geringe omvang van de patiëntengroep.

**Conclusie** De resultaten van ons onderzoek suggereren dat een steunzool met laterale wigverhoging een alternatief kan zijn voor een kniebrace bij de conservatieve behandeling van mediale gonartrose.


Martini Ziekenhuis, afdeling Orthopedie, Van Swietenplein 1, 9728 NT Groningen: dr. T.M. van Raaij, orthopedisch chirurg; dr. R.W. Brouwer, orthopedisch chirurg. Erasmus MC Rotterdam, afdeling Orthopedie: dr. M. Reijman, fysiotherapeut; prof.dr. J.A.N. Verhaar, orthopedisch chirurg. Erasmus MC Rotterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde, prof.dr. S.M.A. Bierma-Zeinstra, bijzonder hoogleraar Artrose en gerelateerde aandoeningen.

Correspondentie: t.m.vanraaij@mzh.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek is een bewerkte vertaling van: Van Raaij TM, Reijman M, Brouwer RW, Bierma-Zeinstra SMA, Verhaar JAN. Medial knee osteoarthritis treated by insoles or braces. Clin Orthop Relat Res 2010;468:1926-32. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.



H&W 11 01.indb 12 20-12-10 11:23

**Wat is bekend?**

- Er is geen eenduidig bewijs dat een steunzool of een kniebrace pijnverlichting, functieverbetering of standsverbetering bewerkstelligt bij patiënten met symptomatische mediale gonartrose.
- Een zool is veilig en goedkoper dan een brace.

**Wat is nieuw?**

- Een steunzool is net zo effectief als een brace en kan een alternatief zijn in de behandeling van mediale gonartrose.
- Bij beginnende artrose is de steunzool mogelijk zelfs effectiever.

## Methode

We voerden een prospectief open-label (niet geblindeerd) parallel gerandomiseerd onderzoek (registratienummer: ISCRTN92527149) uit op de polikliniek Orthopedie van een academisch ziekenhuis. We randomiseerden de deelnemers aan de hand van een computergegenereerde procedure (blokrandomisatie, met verschil in de grootte van de blokken). Een onafhankelijke onderzoeker (MR) bewaarde de code van de randomisatie. Een andere onderzoeker (TMR) includeerde de patiënten. We randomiseerden de deelnemers nadat we hen voorlichting hadden gegeven, schriftelijke toestemming hadden verkregen en de basisgegevens hadden verzameld.

### Patiënten

Alle patiënten waren in eerste instantie behandeld volgens de NHG-Standaard: voorlichting, fysiotherapie en zo nodig pijnstilling. We stelden de diagnose varusgonartrose als de patiënt aangaf dat hij pijn en drukpijn aan de binnenzijde van de knie had en een radiologische afwijking vertoonde over het mediale compartiment van de knie, passend bij een Kellgren-Lawrence (K-L) score groter of gelijk aan 1.[12] We maten de radiologische score op een digitale staande standaardröntgenfoto van de knie. Patiënten met symptomen die niet bij varusgonartrose pasten, jonger dan 35 jaar waren, de Nederlandse taal onvoldoende beheersten of geen varusmalalignement hadden, sloten we uit van deelname.
De mate van varusalignement van de knie bepaalden we aan de hand van de heup-knie-enkelhoek (HKE-hoek). Deze hoek maten we op een digitale staande langebeenopname. In een eerder artikel hebben we de hoge betrouwbaarheid van deze meetmethode beschreven.[13] De HKE-hoek definieerden we als de hoek tussen een lijn getrokken van het midden van de heupkop naar het hoogste punt tussen de femurcondylus (de *notch*) en een lijn getrokken van het midden van de tibia eminentia en het midden van de enkel. Een positieve waarde van de hoek betekende een varusmalalignement. Patiënten met een hoek van ≤ 0° konden niet deelnemen aan het onderzoek.

### Interventies

De deelnemers kregen een leren steunzool met laterale wigschoring van 10 millimeter (mm) kurk over de hele lengte van de laterale voetrand (interventiegroep) (*figuur* 1) of een kniebrace (controlegroep). De valgiserende kniebrace was verkrijgbaar in vier verschillende maten (MOS Genu®, Bauerfeind, Duitsland). De brace bestond uit een dij- en een kuitschaal, die met aluminium scharnieren aan de binnen- en buitenzijde met elkaar verbonden waren (*figuur* 2). Een orthopedisch instrumentmaker legde de brace aan en liet de mate van valgisatie afhangen van de mate van varusgonartrose en van wat de deelnemer kon verdragen. We verzochten de deelnemers de orthese zo veel mogelijk te gebruiken en vroegen hen bij te houden hoeveel uren per week ze de orthese droegen.

### Uitkomsten

Na 6 maanden nam een niet-geblindeerde orthopedisch chirurg (TMR) standaardvragenlijsten af. Verder vroeg hij naar het

Figuur 1 Linkervoet met leren zool en laterale kurkwig van 10 mm (6° wig)

Figuur 2 Linkerknie met MOS Genu® kniebrace

H&W 11 01.indb 13 20-12-10 11:23

gebruik van pijnstillers en het aantal uren per week dat de patiënt de orthese droeg, en verrichtte hij lichamelijk onderzoek. De primaire uitkomstmaat was pijn, gemeten met een VAS-score (0-10; waarbij een lagere score duidt op minder pijn). De secundaire uitkomstmaten waren functie van de knie, gemeten met een WOMAC-functiescore (0-100; waarbij een hogere score een beter resultaat aangeeft) en varuscorrectie gemeten aan de hand van de HKE-hoek. We gingen ervan uit dat patiënten met ≥ 20% verbetering van de pijn en functie van de knie (definitie van OMERACT-OARSI)[14] positief reageerden op de behandeling. Hoe lang de patiënt een steunzool of een kniebrace gedurende de dag moet dragen, is onbekend. Wij definieerden a priori patiënten als therapietrouw wanneer ze de orthese meer dan 42 uur per week (7 dagen x 6 uur, ofwel 75% van een werkdag) droegen.

## Statistiek

We baseerden de berekening van het benodigde aantal deelnemers op een gemiddelde pijnscore van 6,0, met een standaarddeviatie (sd) van 2,2 (VAS-schaal van 0-10), bij patiënten met varusgonartrose die deelnamen aan een eerder onderzoek van Brouwer et al.[6] Een punt verschil op de VAS-schaal tussen beide groepen, wat neerkomt op 15% verschil met de basisscore, levert een klinisch relevant verschil op. Om dit aan te tonen hadden we met tweezijdig toetsen ($\alpha$ = 0,05 en een power van 80%) 40 patiënten in elke groep nodig. Met een geschatte uitval van 15% moesten we 92 patiënten includeren.

De primaire analyse gebeurde volgens het intention-to-treatprincipe, waarbij we alle gerandomiseerde deelnemers meenamen, ook als ze niet de toegewezen behandeling hadden gekregen. We voerden alleen een secundaire analyse uit voor 73 deelnemers die de behandeling hadden gekregen (en therapietrouw waren) die hen toegewezen was (per protocolanalyse). Een subgroepanalyse verrichtten we voor patiënten met milde gewrichtsslijtage (K-L-graad < 2) ten opzichte van patiënten met matige mediale gonartrose (K-L-graad < 2), omdat een steunzool met laterale wigschoring mogelijk effectiever is bij milde artrose van het mediale compartiment van de knie.[15] Een p-waarde kleiner dan 0,05 beschouwden we als statistisch significant. De grootte van het effect berekenden we door het verschil in gemiddelde resultaten tussen de zoolgroep en de bracegroep te delen door de standaarddeviatie van de resultaten in de bracegroep.[16]

Allereerst bepaalden we met behulp van de Shapiro-Wilk-test of de variabelen een normale verdeling hadden. Op basis van deze analyses presenteren we de resultaten als gemiddelden met standaarddeviatie. Het behandelingseffect analyseerden we aan de hand van lineaire regressie voor de continue uitkomstmaten (VAS-pijnscore, WOMAC-functiescore en HKE-hoek) en met logistische regressie voor de binaire uitkomstmaten (reagerend op de behandeling ja of nee). Alle analyses corrigeerden we voor medicijngebruik, omdat dit niet was gestandaardiseerd. Daarnaast hebben we ook gecorrigeerd voor geslacht omdat dit een onevenwichtige covariaat was. Voor ontbrekende gegevens van de patiënten die we niet konden vervolgen gebruikten we de last-observation-carried-forward-methode. Voor de statistische bewerking van de gegevens maakten we gebruik van versie 15.0 van SPSS (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

## Resultaten

Van januari 2006 tot september 2007 randomiseerden we 92 opeenvolgende patiënten. Een patiënt met mediale gonartrose en klinisch een varusbeen sloten we uit van deelname in verband met een valgusbeenas op de langebeenopname. Dit leidde tot een groep van 91 patiënten. *Tabel* 1 laat de karakteristieken zien van de patiëntenpopulatie. Er zaten 45 patiënten in de zoolgroep en 46 patiënten in de bracegroep; 4 patiënten in de zoolgroep en 4 patiënten in de bracegroep konden we niet vervolgen. Vier patiënten in de zoolgroep en 6 patiënten in de bracegroep veranderden gedurende de 6 maanden van behandeling (zowel conservatief als chirugisch). De belangrijkste reden was dat de behandeling geen effect sorteerde (4 van de 4 patiënten in de zoolgroep en 3 van de 6 patiënten in de bracegroep). Andere redenen waren slecht passende braces of zolen, vermindering van de klachten en toename van het crepiteren van de knie. *Figuur* 3 vat het onderzoeksverloop samen.

In beide groepen verbeterden de scores voor pijn en WOMAC-functie ten opzichte van de nulmeting (*tabel* 2), maar het verschil tussen beide groepen was niet significant. Voor pijn was het verschil tussen beide groepen in VAS 0,06 (95%-BI −1,05-0,93; effectgrootte 0,03) en voor WOMAC-functiescores 0,15 (95%-BI

Tabel 1 Nulmeting voor de gehele onderzoekspopulatie en de zool- en bracegroepen

| | Onderzoekspopulatie (n = 91) | Zoolgroep (n = 45) | Bracegroep (n = 46) |
|---|---|---|---|
| Leeftijd in jaren, gemiddelde (sd) | 54,7 (7,0) | 54,4 (6,5) | 54,9 (7,4) |
| Geslacht, % vrouw | 49 | 65 | 35 |
| BMI (kg/m$^2$), gemiddelde (sd) | 29,2 (4,5) | 29,4 (4,9) | 29,0 (4,2) |
| Artrosegraad (mediaal), % | | | |
| – 1 | 41 | 32 | 48 |
| – 2 | 19 | 23 | 15 |
| – 3 | 39 | 42 | 37 |
| – 4 | 1 | 3 | 0 |
| Artrosegraad (lateraal), % | | | |
| – 0 | 74 | 76 | 72 |
| – 1 | 24 | 22 | 26 |
| – 2 | 2 | 2 | 2 |
| Analgeticagebruik, % | | | |
| – geen | 48 | 45 | 52 |
| – zo nodig | 23 | 24 | 22 |
| – dagelijks | 29 | 31 | 26 |
| Pijn (VAS, 0-10) | 5,6 (2,6) | 5,7 (3,0) | 5,6 (2,2) |
| Functie (WOMAC, 0-100) | 46,6 (18,4) | 46,5 (± 18,9) | 46,8 (± 18,2) |
| HKE-hoek* (°), gemiddelde (sd) | 6,9 (3,6) | 6,9 (3,6) | 7,0 (3,6) |

* Een positieve hoek betekent varusalignement.



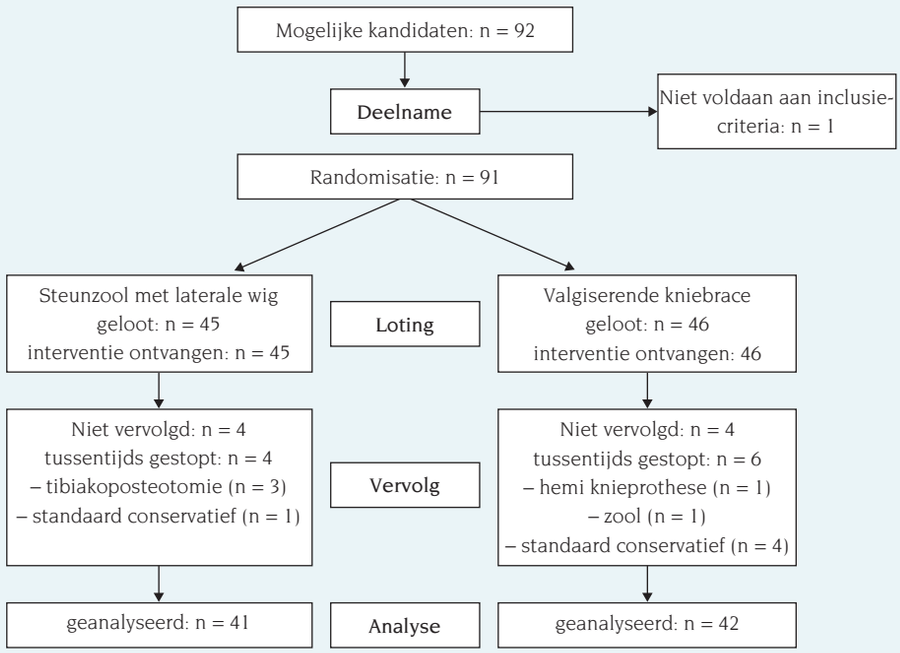
H&W 11 01.indb 14 20-12-10 11:23

**Tabel 2** Primaire en secundaire uitkomstmaten vergeleken met de nulmeting

| Uitkomstmaat | Zoolgroep*† (n = 45) | Bracegroep*† (n = 46) | Verschil tussen beide groepen‡ | Effectgrootte |
|---|---|---|---|---|
| Pijn (VAS, 0-10) | –0,9 (2,4) | –1,0 (2,2) | 0,06 (–1,05, 0,93) | 0,03 |
| Functie (WOMAC, 0-100) | 4,2 (16,9) | 4,0 (18,9) | 0,15 (–7,95, 7,65) | 0,008 |
| HKE-hoek (°) | 0 (0,9) | –0,3 (1,0) | –0,22 (–0,68, 0,25) | 0,22 |

* Vier patiënten konden we niet vervolgen.
† Waarden zijn gemiddeld met de standaarddeviatie tussen haakjes.
‡Waarden zijn gemiddeld met het 95%-BI tussen haakjes, gecorrigeerd voor geslacht en het gebruik van pijnstillers tijdens de nulmeting en na 6 maanden.
VAS = visueel analoge schaal
HKE = heup-knie-enkelhoek

**Figuur 3** Stroomdiagram van het onderzoeksverloop




–7,95-7,65, effectgrootte 0,008). De intention-to-treat- en per-protocolanalyses lieten geen verschil zien tussen beide groepen in percentage patiënten (13% versus 20% en 14% versus 18%) die reageerden op de behandeling (≥ 20% verbetering van de pijn en functie van de knie).

Het varusalignement, gemeten met behulp van de HKE-hoek, was voor de zoolgroep op de nulmeting 6,9° (sd 3,6°) en bij het dragen van de steunzool 6,9° (sd 4,1°). De gemiddelde HKE-hoek voor de bracegroep zonder de brace was 7,0° (sd 3,6°) en met de brace 6,7° (sd 3,2°). De standsverandering van het been door het dragen van de zool of de brace was gelijk in beide groepen (–0,22; 95%-BI –0,68 - 0,25, effectgrootte 0,22). De patiënten droegen de steunzool met laterale wigschoring significant (p = 0,006) langer (57,8 (sd 28,8) uur per week), dan de kniebrace (38,8 (sd 32,2) uur per week). Een subgroepanalyse gestratificeerd voor patiënten met milde varusgonartrose (K-L-graad 1) liet voor de zoolgroep een bijna significant (p = 0,068) hoger percentage patiënten zien dat meer dan 20% verbeterde op pijn en functie in vergelijking met de bracegroep (46% versus 15%).

Huidirritaties zagen we in de bracegroep het meest (n = 10) en 2 patiënten kregen blaren, wat zonder gevolgen bleef. Zeven patiënten vonden de brace niet goed passen. Vijf patiënten konden de steunzool niet in verschillende schoenen dragen.

## Beschouwing

De steunzool met laterale wigschoring en een kniebrace zorgden beide voor een verbetering van de pijn met 1 eenheid (op een schaal van 10) en de functie met 4 eenheden (op een schaal van 100) ten opzichte van de nulmeting. In overeenstemming met de OMERACT-OARSI-regels stelden we dat een patiënt op de behandeling reageerde als deze 20% of meer verbetering op de pijn- en functiescores realiseerde.[14] Wij vonden geen verschil tussen de zool en de brace (zool 13% en brace 20%). Geen van beide interventies corrigeerde de stand van de knie in het frontale vlak. De zool werd wel beter gedragen dan de brace. Een subgroepanalyse liet een groter effect van de steunzool zien bij patiënten met milde gonartrose, maar dit verschil was niet statistisch significant.

Ons onderzoek kent enige beperkingen. De behandelaar was tegelijkertijd onderzoeker en voorlichter. Hoewel de behandeling geblindeerd onderzoek onmogelijk maakte, hadden we de methodiek kunnen verbeteren door een onafhankelijke onderzoeker in te zetten bij de meting van de klinische functiescores. Onze berekening voor het benodigde aantal patiënten voor dit onderzoek maakte dat we 15% verschil in pijnscore als een significant verschil konden aanmerken. Achteraf was dit wellicht te optimistisch, omdat een recent onderzoek niet meer dan 10% verschil tussen een steunzool met en zonder wigschoring kon aantonen.[8] De zool en de brace hebben slechts kleine veranderingen in de belasting van de knie veroorzaakt.[4] Door deze kleine effecten vonden we waarschijnlijk geen significante verschillen tussen de zool- en de bracegroepen. Ook was het onderzoek niet voldoende groot van omvang om een subgroepanalyse uit te voeren. Deze



H&W 11 01.indb 15 20-12-10 11:23

resultaten moet men dan ook met enige terughoudendheid interpreteren. Ten slotte voerden we het onderzoek in een academisch verwijzingscentrum uit, waardoor we de resultaten misschien niet direct naar de huisartsenpraktijk kunnen vertalen.

Kirkely et al. beschreven een verbetering van 9% op de WOMAC-pijnscore bij 41 patiënten die ze behandeld hadden met een ontlastende valgiserende brace. Dit was significant beter dan een groep patiënten die geen brace hadden gekregen.[17] Brouwer et al. vonden in een groep van 95 patiënten met symptomatische mediale gonartrose een verbeterde kniefunctie (4 eenheden op een schaal van 100) na behandeling met een valgiserende brace, in vergelijking met een behandeling zonder brace.[6] Een recent cross-overonderzoek concludeerde dat een steunzool met laterale wigschoring geen effect had in vergelijking met een neutrale zool, die wellicht pijnverlichting geeft door schokabsorptie.[18] Pham et al. vonden ook lage percentages patiënten (27% voor pijnscore en 29% voor functiescore) die na 12 maanden op de behandeling met een steunzool met laterale wigschoring reageerden.[10] Misschien is het te veel gevraagd om een verbetering van 20% of meer van de kniefunctie te verwachten. Vooral als men bedenkt dat een geaccepteerde operatieve behandeling, zoals de tibiakoposteotomie, na 1 jaar slechts 12% verbetering geeft van de kniefunctie.[19]

De zool en de brace zorgden niet voor een standsverandering van de knie. Steunzolen met laterale wigschoring en kniebraces zouden het mediale kniecompartiment ontlasten door valgusstress te geven.[7,20] Omdat een grotere wig niet comfortabel is, gebruikten wij een kurkwig van 1 cm, wat staat voor een valgus van 6 graden.[21] Een orthopedisch instrumentmaker legde de brace aan en liet de mate van valgisatie afhangen van wat de deelnemer kon verdragen. Onze analyse liet geen verschil zien in varusalignement met of zonder gebruik van de steunzool met laterale wigschoring. Alignement is een statische weergave en een correctie in het frontale vlak hoeft geen effect te sorteren op de korte termijn. Ramsey et al. lieten zien dat een brace die het alignement niet corrigeert net zo goed, zo niet beter werkt dan een valgiserende brace.[22] De belasting in de knie wordt voornamelijk bepaald door het adductiemoment in de knie.[4] Onderzoeken naar het looppatroon bij kleine aantallen patiënten laten zien dat een steunzool en een kniebrace het adductiemoment in de knie significant verlagen.[7] De pijnvermindering in beide groepen komt wellicht door de afname van de belasting tijdens het lopen. Steunzolen zorgen mogelijk voor vermindering van de kniebelasting door schokabsorptie, terwijl propriocepsis misschien een grote invloed heeft op de werking van een brace.[17,18]

Het is niet bekend wat de optimale draagtijd van een zool of brace is. Onze definitie van therapietrouw (6 uur per dag dragen van de interventie) was arbitrair. Hoewel de patiënten de zool trouwer droegen dan de brace, vonden we na 6 maanden geen verschil in klinische uitkomst. Een onderzoek suggereerde dat pijnvermindering door een brace veroorzaakt wordt door de afname van spier-co-contracties.[22] Deze afname gaat misschien ook door als de patiënt de brace of zool niet draagt, waardoor een langetermijneffect ontstaat. Wellicht is het na een bepaalde tijd niet langer zinvol om de zool of brace te dragen.

Ogata et al. suggeerden eerder dat een steunzool met laterale wigschoring het effectiefste is bij patiënten met lichte mediale gonartrose.[15] Een subgroepanalyse toonde aan dat bijna de helft van de patiënten met milde mediale gonartrose (K-L < grade 2) na 6 maanden goed op de steunzool reageerde.

Tot nu toe heeft men weinig goede onderzoeken over het effect van een zool of brace in de behandeling van mediale gonartrose gepubliceerd. Verder beschikken we niet over eenduidig bewijs dat een steunzool of een kniebrace pijnverlichting, functieverbetering of standsverbetering bewerkstelligt bij patiënten met symptomatische mediale gonartrose. Een zool is veilig en goedkoper dan een brace. Bovendien bestaan er maar weinig goede alternatieve behandelingen. Een valgiserende tibiakoposteotomie levert een goed resultaat bij de actieve patiënt,[23] maar een operatie brengt altijd risico's met zich mee. Wij vonden dat patiënten een steunzool met een laterale wigschoring van 1 cm goed verdragen en dat deze een bijna significant beter resultaat ($p = 0,068$) geeft dan een valgiserende brace bij patiënten met graad 1 K-L-mediale gonartrose. Misschien is de zool vooral een goed alternatief voor een kniebrace voor patiënten met milde symptomatische mediale gonartrose. Toekomstig onderzoek zou zich hierop kunnen richten.

## Conclusie

De resultaten van ons onderzoek suggereren dat een steunzool met laterale wigverhoging een alternatief kan zijn voor een kniebrace bij de conservatieve behandeling van mediale gonartrose.

### Literatuur


1 Felson DT, Zhang Y. An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. Arthritis Rheum 1998;41:1343-55.
2 Cooke TD, Harrison L, Khan B, Scudamore A, Chaudhary MA. Analysis of limb alignement in the pathogenesis of osteoarthritis: a comparison of Saudi Arabian and Canadian cases. Rheumatol Int 2002;22:160-4.
3 Brouwer GM, Van Tol AW, Bergink AP, Belo JN, Bernsen RMD, Reijman M, et al. Association between valgus and varus alignement and the development and progression of radiographic osteoarthritis of the knee. Arthritis Rheum 2007;56:1204-11.
4 Shelburne KB, Torry MR, Steadman JR, Pandy MG. Effects of foot orthoses and valgus bracing on the knee adduction moment and medial joint load during gait. Clin Biomech (Bristol, Avon) 2008;23:814-21.
5 Richards JD, Sanchez-Ballester J, Jones RK, Darke N, Livingstone BN. A comparison of knee braces during walking for the treatment of osteoarthritis of the medial compartment of the knee. J Bone Joint Surg Br 2005;87-B:937-39.
6 Brouwer RW, Van Raaij TM, Verhaar JAN, Coene LNJEM, Bierma-Zienstra SMA. Brace treatment for osteoarthritis of the knee: a prospective randomized multicenter trial. Osteoarthr Cartil 2006;14:777-83.
7 Krohn K. Footwear alterations and bracing as treatments for knee osteoarthritis. Curr Opin Rheumatol 2005;17:653-6.
8 Baker K, Goggins J, Xie H, Szumowski K, LaValley M, Hunter DJ, et al. A randomized crossover trial of a wedged insole for treatment of knee osteoarthritis. Arthritis Rheum 2007;56:1198-203.
9 Toda Y, Tsukimura N. A 2-year follow-up of a study to compare the efficacy of lateral wedged insoles with subtalar strapping and in-shoe




H&W 11 01.indb 16 20-12-10 11:23

lateral wedged insoles in patients with varus deformity osteoarthritis of the knee. Osteoarthr Cartil 2006;14:231-7.
10 Pham T, Maillefert J-F, Hudry C, Kieffert P, Bourgeois P, Lechevalier D, et al. Laterally elevated wedged insoles in the treatment of medial knee osteoarthritis: a two-year prospective randomized controlled study. Osteoarthr Cartil 2004;12:46-55.
11 Brouwer RW, Jakma TSC, Verhagen AP, Verhaar JAN, Bierma-Zeinstra SMA. Braces and orthoses for treating osteoarthritis of the knee. Cochrane Database Syst Rev 2005; Issue 1. Ar. No.: CD004020.
12 Kellgren JH, Lawrence JS. Radiological assessment of osteo-arthrosis. Ann Rheum Dis 1957;16:494-502.
13 Brouwer RW, Jakma TSC, Bierma-Zeinstra SMA, Ginai AZ, Verhaar JAN. The whole leg radiograph: standing versus supine for determining axial alignment. Acta Orthop Scand 2003;74:565-8.
14 Pham T, Van der Heijde D, Altman RD, Anderson JJ, Bellamy N, Hochberg M, et al. OMERACT-OARSI initiative: Osteoarthritis Research Society International set of responder criteria for osteoarthritis clinical trials revisited. Osteoarthr Cartil 2004;12:389-99.
15 Ogata K, Yasunaga M, Nomiyama H. The effect of wedged insoles on the thrust of osteoarthritic knees. Int Orthop 1997;21:308-12.
16 Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Modern Epidemiology. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
17 Kirkley A, Webster-Bogaert S, Litchfield R, Amendola A, MacDonald S, McCalden R, et al. The effect of bracing on varus gonarthrosis. J Bone Joint Surg Am 1999; 81-A:539-48.
18 Kemp G, Crossley KM, Wrigley TV, Metcalf BR, Hinman RS. Reducing joint loading in medial knee osteoarthritis: shoes and canes. Arthritis Rheum 2008;59:609-14.
19 Brouwer RW, Bierma-Zeinstra SMA, Van Raaij TM, Verhaar JAN. Osteotomy for medial compartment arthritis of the knee using a closing wedge or an opening wedge controlled by a Puddu plate: a one-year randomised, controlled study. J Bone Joint Surg Br 2006;88-B:1454-9.
20 Toda Y, Segal N. Usefulness of an insole with subtalar strapping for analgesia in patients with medial compartment osteoarthritis of the knee. Arthritis Rheum 2002;47:468-73.
21 Kerrigan DC, Lelas JL, Goggins J, Merriman GJ, Kaplan RJ, Felson DT. Effectiveness of a lateral-wedge insole on knee varus torque in patients with knee osteoarthritis. Arch Phys Med Rehabil 2002;83:889-93.
22 Ramsey DK, Briem K, Axe MJ, Snyder-Mackler L. A mechanical theory for the effectiveness of bracing for medial compartment osteoarthritis of the knee. J Bone Joint Surg Am 2007;89-A:2398-407.
23 Van Raaij TM, Reijman M, Brouwer RW, Jakma TS, Verhaar JAN. Survival of closing wedge high tibial osteotomy. Good outcome in men with low-grade osteoarthritis after 10-16 years. Acta Orthop 2008;79:230-4.

Intermezzo

# Burn-out

Vorige week zei een vrouw 'Het gaat niet goed met me'. Tissues. In één jaar had ze acht forse tegenvallers. Moeder dement, vriendin overleden, conflict met de baas, collega ziek, financiële ellende, verhuisd, puberzoon met problemen, man ontslagen. En nu was het op: burn-out, afgebrand, uitgeput. Soms duikt in zo'n verhaal oud verdriet op, oude krassen op de ziel. Dan is het lastiger, want oude zielekrassen voeden de actuele burn-out als petroleum op een kampvuur. Ik feliciteerde haar, want ze was recordbreker met acht keer ellende.

Het burn-outrecord stond in onze praktijk namelijk op zeven tegenslagen. Dat is al veel, want gemiddelde vrouwen knappen af bij vijf en mannen bij drie. Maar zij was een taaie. Nu niet meer. Nu waren tissues nodig, veel tissues. Hoe verder? Ze moest maar eens de leiding nemen over haar eigen lijden. Zij mocht beslissen wanneer ze echt zou stoppen de boel overeind te houden. Morgen? Over een paar weken? Maanden kan ook, als je even doorbijt. Meer tissues. Zij koos gisteren. En welke éne taak wil je vasthouden? Ik weet dat dit laatste nooit lukt, maar daar komt ze wel achter. Ik vertelde haar van de Burn-outwet: 'Opknappen kost twee keer zoveel tijd als afknappen'. Drie weken beroerder worden tot het dieptepunt betekent zes weken herstel daarna. Eerst veel slapen, daarna slecht slapen. Eerst huilen, daarna piekeren. Mocht ze eerder weer taken op zich willen nemen, ook goed. Wel moet ze beslissen welke taken eerst, welke het laatst en welke nooit meer. Want zij is de baas. Zij heeft de regie; niet de regie over wat ze allemaal gaat doen, maar de regie over wat ze nièt gaat doen, of nòg niet, anders, of later. Het gaat haar wel lukken. Want ze is al recordhouder afknappen. Nu wil ze recordhouder opknappen worden.

*Nico van Duijn*



H&W 11 01.indb 17 20-12-10 11:23

# Euthanasieverzoeken voor en na de Euthanasiewet

*Jojanneke van Alphen, Gé Donker en Richard Marquet*

## Inleiding

In een publicatie uit 2002 in het *British Medical Journal* vermeldden onderzoekers al eens het aantal euthanasieverzoeken in Nederlandse huisartsenpraktijken gedurende de periode 1977-2001.[1] De belangrijkste conclusie was destijds dat het aantal verzoeken stabiliseerde na een snelle stijging in de eerste twintig jaar van de registratie, vooral bij terminale kankerpatiënten. Ook concludeerde men dat de frequentie van hopeloosheid en aftakeling als reden voor een verzoek niet veranderde. Pijn en dyspneu kwamen echter geleidelijk minder vaak voor als redenen voor een euthanasieverzoek. Anderen hebben laten zien dat depressieve symptomen en afhankelijkheid naast pijn vaak aanleiding zijn tot een verzoek.[2,3] Het is bekend dat de meeste verzoeken uiteindelijk niet in een daadwerkelijke uitvoering ervan resulteren. Een deel van de patiënten overlijdt namelijk al voordat de uitvoering heeft kunnen plaatsvinden. In andere gevallen beoordeelt de arts het verzoek als niet gegrond of trekt de patiënt het verzoek in.[4,5] Opvallend is dat patiënten met depressieve symptomen en (angst voor) pijn het vaakst een verzoek intrekken.[2]

In 2002 heeft men in Nederland euthanasie en hulp bij zelfdoding onder strikte voorwaarden gelegaliseerd door invoering van de Euthanasiewet. Deze wet moest meer transparantie scheppen, maar diende er ook voor om artsen juridisch te beschermen.[6,7] Recente onderzoeken hebben laten zien dat de wet niet heeft geleid tot het gevreesde hellende vlak. In tegendeel, het aantal sterfgevallen ten gevolge van euthanasie daalde van 2,6% van alle sterfgevallen in 2001 naar 1,7% in 2005. Hulp bij zelfdoding daalde van 0,2% in 2001 tot 0,1% in 2005.[7] Verbeteringen in de palliatieve zorg, inclusief de mogelijkheid tot het gebruik van diepe continue sedatie aan het einde van het leven, vormen hiervoor een mogelijke verklaring.[8]

Het blijft een interessante vraag of de invoering van de Euthanasiewet ook het aantal verzoeken om euthanasie heeft doen afnemen en/of de redenen voor een verzoek heeft veranderd. In ons onderzoek gaan we nader op deze onderwerpen in, waarbij we rekening houden met mogelijke man-vrouwverschillen. We maken

**Samenvatting**

Van Alphen JE, Donker GA, Marquet RL. Euthanasieverzoeken voor en na de Euthanasiewet. Huisarts Wet 2011;54(1):18-22.

**Doel** Het onderzoeken van veranderingen in het aantal en de redenen voor euthanasieverzoeken bij de Nederlandse huisarts na de invoering van de Euthanasiewet (in 2002).

**Methode** We voerden een retrospectief dynamisch cohortonderzoek uit met behulp van gestandaardiseerde vragenlijsten voor het registreren van euthanasieverzoeken in de CMR-peilstations, en maakten een vergelijking tussen 5 jaar vóór (1998-2002) en 5 jaar na (2003-2007) de invoering van de Euthanasiewet. Dit netwerk van peilstations, dat bestaat uit 45 huisartsenpraktijken, is landelijk representatief wat betreft leeftijd, geslacht, geografische verdeling en bevolkingsdichtheid.

**Resultaten** De gemiddelde jaarlijkse incidentie van euthanasieverzoeken vóór invoering van de wet was 3,1 per 10.000 patiënten en erna lag deze op 2,8 per 10.000 patiënten. De trends bleken echter voor mannen en vrouwen te verschillen. Voor mannen daalde het aantal verzoeken van 3,7 naar 2,6 per 10.000 (p = 0,008), terwijl het aantal verzoeken bij vrouwen niet significant veranderde van 2,6 naar 3,1 per 10.000. Vóór en na de Euthanasiewet bleef kanker de meest voorkomende onderliggende ziekte: 82% respectievelijk 77% bij mannen, 73% respectievelijk 75% bij vrouwen. Pijn was een veel voorkomende reden voor een verzoek vóór invoering van de wet (gemiddeld 27% per jaar), maar nam als genoemde reden in de periode daarna af (gemiddeld 22% per jaar). Ook verlies van waardigheid noemde men minder vaak als reden na invoering van de wet (18% vóór en 10% na, p = 0,04), vooral door de afname bij vrouwen (van 17% naar 6%, p = 0,02).

**Conclusie** We zagen geen toename van het aantal euthanasieverzoeken in de eerste 5 jaar na invoering van de Euthanasiewet. Na invoering van de wet gaf men pijn minder frequent op als reden voor euthanasieverzoek. Vooral vrouwen noemden verlies van waardigheid na invoering minder vaak als reden. Bij het bespreken van de redenen tot euthanasieverzoek is voor de huisarts ook gendersensitiviteit van belang.

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: J.E. van Alphen, destijds medisch student, thans in opleiding tot huisarts; dr. G.A. Donker, huisarts-epidemioloog, projectleider CMR-peilstations; dr. R.L. Marquet, senior onderzoeker.
Correspondentie: g.donker@nivel.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek is een bewerkte vertaling van: Van Alphen JE, Donker GA, Marquet RL. Requests for euthanasia in general practice before and after implementation of the Dutch Euthanasia Act. Brit J Gen Pract 2010;60:263-7. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.



H&W 11 01.indb 18 20-12-10 11:23

**Wat is bekend?**

- De in 2002 aangenomen Euthanasiewet legaliseert euthanasie onder strikte voorwaarden.
- We weten niet of deze wet heeft geleid tot een toename van euthanasieverzoeken.
- Vóór invoering van de Euthanasiewet was pijn de meest voorkomende reden voor verzoeken om euthanasie.

**Wat is nieuw?**

- Gedurende de eerste vijf jaar na de invoering van de Euthanasiewet is er geen sprake van een significante toename in het aantal verzoeken om euthanasie bij ongeneeslijk zieken.
- Na invoering van de wet noemt men pijn minder frequent als reden voor euthanasieverzoek.
- Vooral vrouwen voeren verlies van waardigheid minder vaak aan als reden voor euthanasieverzoek.

een vergelijking tussen de situatie vóór en die na de invoering van de Euthanasiewet in 2002.

## Methode

We verzamelden gegevens over euthanasie en hulp bij zelfdoding die de huisartsen die sinds 1977 deel uitmaken van de Continue Morbiditeit Registratie Peilstations, hadden vastgelegd. In het vervolg nemen we euthanasie en hulp bij zelfdoding samen onder de noemer euthanasie omdat het aantal gevallen van hulp bij zelfdoding slechts klein is. Er zijn 45 Nederlandse praktijken (en 61 huisartsen) betrokken bij de CMR-peilstations. Dit betreft ongeveer 1% van de Nederlandse populatie en de peilstations zijn representatief met betrekking tot verdeling in leeftijd, geslacht, geografische spreiding en populatiedichtheid.[9-11] Jaarlijks inventariseert men de opbouw van de populatie in de verschillende praktijken, zodat duidelijk is welke populatie precies wordt onderzocht. Huisartsen van de CMR-peilstations brengen wekelijks verslag uit van de incidentie van verschillende ziekten en interventies, en van het aantal euthanasieverzoeken.[1,9,11]

We analyseerden de gegevens van de euthanasieverzoeken voor de jaren 1998 tot 2007. Huisartsen rapporteerden het aantal verzoeken en de redenen voor euthanasieverzoeken in hun praktijk. We includeerden alleen verzoeken van ongeneeslijk zieke patiënten. Verzoeken om euthanasie voor in de toekomst, niet in verband met een huidige ziekte, sloten we uit. Leeftijd, geslacht, onderliggende ziekte, reden voor het verzoek en de eventuele aanwezigheid van een euthanasieverklaring legden we vast aan de hand van een vragenlijst. We berekenden de incidentie van verzoeken als aantal verzoeken per 10.000 patiënten. Verzoeken door mannen en vrouwen analyseerden we afzonderlijk. Ziekten classificeerden we met de International Classification of Primary Care (ICPC). De redenen voor verzoeken deelden we op in verschillende subcategorieën, namelijk pijn, dyspneu, ondraaglijk lijden, hopeloosheid en verlies van waardigheid. Ook deze deelden we in als incidentie van het aantal verzoeken. De meeste patiënten noemden meer dan één reden voor een verzoek. De vijf jaar vóór de invoering van de Euthanasiewet (1998-2002) vergeleken we met de vijf jaar na de invoering ervan (2003-2007). De Euthanasiewet is in 2002 ingevoerd en voor het onderzoek zijn we ervan uitgegaan dat de implementatie de rest van het jaar in beslag heeft genomen.

Analyses van statistische verschillen tussen parameters vóór en na de invoering berekenden we met de Wilcoxon two-sample test. Trends in het aantal verzoeken en de onderliggende redenen visualiseerden we aan de hand van tweedegraads polynomen in Excel.

## Resultaten

### Aantal verzoeken om euthanasie

In de 5 jaar voorafgaand aan de invoering van de Euthanasiewet zien we een dalende trend in het aantal verzoeken om euthanasie. Na de invoering bleef het aantal verzoeken stabiel (*figuur* 1). Desondanks laat de gemiddelde jaarlijkse incidentie van euthanasieverzoeken voor en na invoering van de Euthanasiewet geen significant verschil zien. Deze bedroegen respectievelijk 3,1/10.000 en 2,6/10.000 patiënten. De trends voor mannen en vrouwen vertonen echter verschillende patronen: het gemiddelde aantal verzoeken bij mannen daalde significant van 3,7/10.000 naar 2,6/10.000 patiënten (*tabel*; p = 0,008), terwijl het gemiddelde aantal verzoeken bij vrouwen (niet significant) steeg van 2,6/10.000 naar 3,1/10.000 patiënten.

Tabel Incidentie per 10.000 patiënten en aard van de verzoeken om euthanasie (als percentage van het totale aantal) gedurende 5 jaar vóór (1998-2002) en 5 jaar na (2003-2007) invoering van de Euthanasiewet

| | mannen vóór | mannen na | vrouwen vóór | vrouwen na | totaal vóór | totaal na |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Verzoeken/10.000 | 3,7* | 2,6* | 2,6 | 3,1 | 3,1 | 2,8 |
| Onderliggende ziekte (%) | | | | | | |
| – Maligniteit | 82 | 77 | 73 | 75 | 78 | 77 |
| – Hart- en vaatziekten | | | | | 3,6 | 2,7 |
| – Ernstige depressie | | | | | 3,1 | 3,8 |
| – ALS/MS/spierdystrofie | | | | | 2,7 | 2,7 |
| – COPD | | | | | 2,3 | 3,8 |
| Redenen tot verzoek (%) | | | | | | |
| – Pijn | 23 | 23 | 32* | 22* | 27 | 22 |
| – Ondraaglijk lijden | 17 | 21 | 18 | 27 | 18 | 24 |
| – Hopeloosheid | 19 | 22 | 20 | 20 | 19 | 21 |
| – Verlies van waardigheid | 20 | 15 | 17* | 6* | 18* | 10* |
| – Dyspneu | 8 | 7 | 7 | 10 | 8 | 9 |

* = p < 0,05 met behulp van de Wilcoxon two-sample test



H&W 11 01.indb 19 20-12-10 11:23

**Onderliggende ziekte**

Zowel voor als na de invoering van de Euthanasiewet was kanker de belangrijkste onderliggende ziekte bij een verzoek om euthanasie. Het gemiddelde aandeel in het aantal verzoeken voor de gehele periode van 10 jaar van het onderzoek was 79% voor mannen (spreiding 69-89%) en 73% (spreiding 65-81%) voor vrouwen (p = 0,07). We zagen geen significante verschillen tussen de 5 jaar vóór en na de invoering van de wet, voor zowel mannen als vrouwen (zie de *tabel*).

Andere, minder belangrijke redenen voor een verzoek om euthanasie waren cardiovasculaire ziekte, COPD, neurodegeneratieve ziekten en ernstige depressie – met een gemiddeld percentage per categorie van tussen de 2% en 4% (zie de *tabel*). De resultaten suggereren dat cardiovasculaire ziekte een minder belangrijke reden is geworden voor een verzoek en dat het aandeel van COPD is toegenomen. De verschillen waren echter niet statistisch significant. Vanwege de kleine aantallen was het niet zinvol om onderscheid te maken naar geslacht.

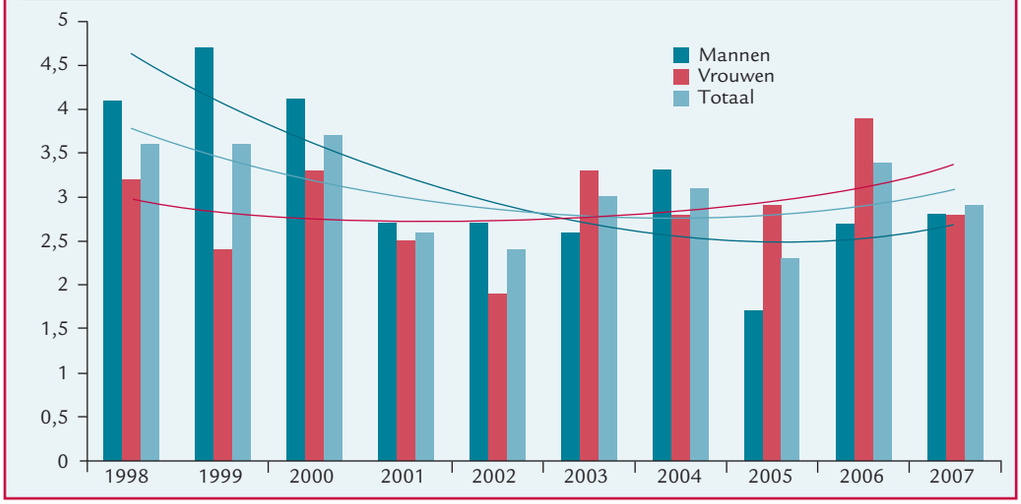
**Onderliggende redenen**

Pijn als reden voor een verzoek om euthanasie (*figuur* 2) laat een stijgende trend zien vóór de invoering van de Euthanasiewet en een dalende trend erna. Die daling hangt vooral samen met een afname in het aantal verzoeken door vrouwen (p = 0,1). De totale gemiddelde incidentie van pijn als reden vóór en na invoering bedroeg respectievelijk 27% en 22% (p > 0,05, *tabel*).

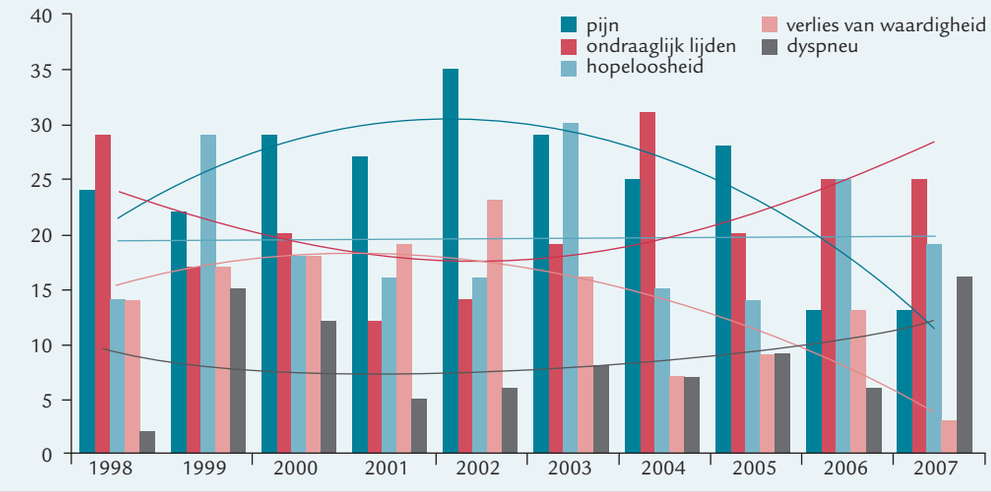
Ondraaglijk lijden en in mindere mate dyspneu lieten een opwaartse trend zien na 2002. De verschillen tussen de gemiddelde incidentie vóór en na invoering van de Euthanasiewet waren echter niet statistisch significant.

Verlies van waardigheid liet een dalende trend zien en werd een minder belangrijke reden voor een verzoek tot euthanasie, vooral voor vrouwen. De totale gemiddelde proportie daalde van 18% vóór tot 10% na de invoering van de Euthanasiewet (p = 0,04). Voor vrouwen lagen de percentages op 17% en 6% (p = 0,02) en bij mannen ging het om 20% en 15% (p > 0,05).

Figuur 1 Trends in incidentie van euthanasieverzoeken in de huisartsenpraktijk (1998-2007)




Figuur 2 Trends in redenen voor euthanasieverzoeken in de huisartsenpraktijk (1998-2007)




## Beschouwing

**Samenvatting van de belangrijkste bevindingen**

De belangrijkste bevinding van ons onderzoek is dat de invoering van de Euthanasiewet in 2002 niet heeft geleid tot significant meer verzoeken om euthanasie. In een eerder onderzoek vóór de invoering van de Euthanasiewet concludeerden Marquet et al. dat het aantal verzoeken om euthanasie tussen 1977 en 1995 geleidelijk is gestegen, maar uiteindelijk is gestabiliseerd.[1] Het huidige onderzoek geeft aan dat dit plateau na 2002 gelijk is gebleven. Zoals bekend kwam de Euthanasiewet tot stand na uitgebreide discussie in de politiek en de media, met als gevolg dat de invoering meer een al bestaande praktijk formaliseerde, dan een werkelijke attitudeverandering ten aanzien van euthanasie teweegbracht. Hoewel er in het algemeen geen opvallende verschillen waren in de verzoeken in de periode van vijf jaar vóór en na de invoering van de wet, vonden we toch enkele verrassende verschillen in geslachtsverdeling. Voorzichtigheid in interpretatie is geboden, maar het zou kunnen betekenen



H&W 11 01.indb 20 20-12-10 11:23

dat de invoering van de Euthanasiewet voor vrouwen, meer dan voor mannen, een stimulans vormde om hun wens tot euthanasie met hun huisarts te bespreken.

Kanker bleef de meest voorkomende onderliggende ziekte bij een verzoek tijdens de gehele tienjarige onderzoeksperiode. Cardiovasculaire ziekte lijkt minder vaak voor te komen als reden voor een verzoek, terwijl men COPD juist vaker als reden aanvoerde, mogelijk ten gevolge van de recente trends in de incidentie en mortaliteit van deze ziekten.[12]

Pijn was een veelvoorkomende reden voor een verzoek om euthanasie. Eerder vond men dat pijn in de vroege jaren van de registratie (1977-1987) in 50% van de gevallen de reden voor een verzoek was. Dit percentage daalde geleidelijk tot ongeveer 25% in het daaropvolgende decennium, mogelijk als een gevolg van verbeterde palliatieve zorg en pijnbestrijding.[1] In het huidige onderzoek vormt pijn als reden 25% van de redenen tot verzoek om euthanasie, hoewel de laatste jaren een iets dalende trend laten zien. Mogelijk kunnen we deze daling verklaren aan de hand van de toename van het gebruik van palliatieve sedatie voor pijn, dyspneu en angst in de terminale fase.[8,13] Deze theorie krijgt steun door de bevinding dat in Nederland de toepassing van diepe continue sedatie van 5,6% van de sterfgevallen in 2001 steeg tot 7,1% in 2005. De meeste van deze patiënten kregen een behandeling van hun huisarts.[8] De CMR-peilstations vonden echter geen stijging van de toepassing van diepe continue sedatie in recente jaren.[9]

We analyseerden ondraaglijk lijden als apart item mede omdat de huidige wet deze reden hanteert als voorwaarde voor een legale uitvoering van euthanasie. Overlap met andere redenen (zoals hopeloosheid) is echter niet denkbeeldig. We vonden geen significant verschil in de incidentie van ondraaglijk lijden als reden voor een verzoek in de vijf jaar vóór en na de invoering van de Euthanasiewet. Toch gebruikten de huisartsen de term vaker of consequenter sinds de invoering van de wet. Hopeloosheid als reden voor een verzoek noemden ze evenveel en volgde dezelfde trend als ondraaglijk lijden.

Gedurende de tienjarige onderzoeksperiode werd verlies van waardigheid als reden voor een verzoek minder belangrijk, vooral voor vrouwen. Patiënten die terminaal zijn, noemen (angst voor) verlies van waardigheid vaak, hetgeen een reden is om palliatieve zorg te optimaliseren en te zorgen voor een goede dood.[14] In Nederland zien we de laatste tien jaar veel verbetering in de palliatieve zorg.[15] Mogelijk heeft deze verbetering ervoor gezorgd dat patiënten verlies van waardigheid als reden voor euthanasieverzoek minder vaak noemen. De vraag blijft waarom deze trend duidelijker is bij vrouwen dan bij mannen – vullen mannen en vrouwen het begrip verlies van waardigheid verschillend in? Voor mannen is verlies van waardigheid mogelijk meer gerelateerd aan een verlies van controle dan voor vrouwen. Ons onderzoek suggereert dat vrouwen er in het algemeen meer van overtuigd zijn geraakt dat goede palliatieve zorg kan leiden naar een levenseindetraject met behoud van waardigheid.

#### Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

Ons onderzoek geeft een unieke beschrijving van de invloed van Euthanasiewetgeving op het aantal euthanasieverzoeken en de redenen daarvoor. Het laat zien dat er ondanks verbeterde palliatieve zorg een vraag naar euthanasie blijft bestaan. Ons onderzoek stamt uit de tijd dat er nog geen wetgeving rondom euthanasie was en we hebben alleen de verzoeken geregistreerd en niet het aantal verzoeken dat ook daadwerkelijk is uitgevoerd. Dit is een beperking van het onderzoek. Uit andere onderzoeken blijkt dat men 44% van de verzoeken uitvoert.[4,5]

#### Vergelijking met bestaande literatuur

Op grond van een andere Nederlandse evaluatie van de Euthanasiewet weten we dat er in 2000 in minder dan 6% van de gemelde uitvoeringen van euthanasie aanvullend onderzoek is verricht. In de jaren 2003-2005 bleek dat geen van deze onderzoeken tot een vervolging heeft geleid.[16] Deze evaluatie laat zien dat de strikte criteria van de Euthanasiewet in de praktijk te handhaven zijn.

#### Implicaties voor de praktijk

De Euthanasiewet levert een kader voor de ontwikkeling van professionele richtlijnen die bedoeld zijn om de criteria rond euthanasie beter te kunnen toepassen. Men implementeert de richtlijnen steeds meer in training, nascholing en beleidsrichtlijnen van instellingen.

## Conclusie

Het aantal euthanasieverzoeken neemt in de eerste vijf jaar na invoering van de Euthanasiewet niet toe. De redenen voor een verzoek veranderen met de verbetering van palliatieve zorg, maar in verschillende mate voor vrouwen en mannen. Bij het bespreken van de redenen tot euthanasieverzoek is voor de huisarts ook gendersensitiviteit van belang.

### Literatuur


1 Marquet RL, Bartelds A, Visser GJ, Spreeuwenberg P, Peters L. Twenty five years of requests for euthanasia and physician assisted suicide in Dutch general practice: trend analysis. BMJ 2003;327:201-2.

2 Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. JAMA 2000;284:2460-8.

3 Hall S, Longhurst S, Higginson I. Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes. Age Ageing 2009 May 21:1-6.

4 Jansen-Van der Weide MC, Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Wal G. Granted, undecided, withdrawn, and refused requests for euthanasia and physician-assisted suicide. Arch Int Med 2005;165:1698-704.

5 Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Heide A, Koper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens JAC, Rurup ML, et al. Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001. Lancet 2003;362:395-9.

6 Janssen A. The new regulation of voluntary euthanasia and medically assisted suicide in the Netherlands. Int J Law Policy Family 2002;16:260-9.

7 Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, Van Delden JJM, Hanssen-De Wolf JE, et al. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. N Engl J Med 2007;356:1957-65.





H&W 11 01.indb 21 20-12-10 11:23

8 Rietjens J, Van Delden J, Onwuteaka-Philipsen B, Buiting H, Van der Maas P, Van der Heide A. Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands. BMJ 2008;336:810-3.
9 Donker GA. Continuous Morbidity Registration at Dutch Sentinel Stations 2008. Utrecht: NIVEL, 2009. www.nivel.nl/peilstations.
10 Donker GA, Spreeuwenberg P, Bartelds AIM, Van der Velden K, Foets M. Hormone replacement therapy: changes in frequency and type of prescription by Dutch GPs during the last decade of the millennium. Fam Pract 2000;17:508-13.
11 Marquet RL, Bartelds AIM, Kerkhof AJFM, Schellevis F, Van der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch General Practice. BMC Family Practice 2005;6:45.
12 Van der Velden LF, Francke AL, Hingsman L, Willems DL. Dying from cancer and other chronic diseases in the Netherlands: ten year-trends derived from death certificate data. BMC Palliat Care 2009;8:4.
13 Rietjens JA, Van Delden JJ, Van der Heide A, Vrakking AM, Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Maas PJ, et al. Terminal sedation and euthanasia: a comparison of clinical practices. Arch Int Med 2006;166:749-53.
14 Agrawal M, Emanuel EJ. Death and dignity: dogma disputed. Lancet 2002;360:1997-8.
15 Gordijn B, Janssens R. Euthanasia and palliative care in the Netherlands: Analysis of the latest developments. Health Care Anal 2004;12:195-207.
16 Onwuteaka-Philipsen BD, Gevers JKM, Van der Heide A, Van Delden JJM, Pasman HRW, Rietjens JAC, et al. Evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Programma evaluatie regelgeving: deel 23. Den Haag: ZonMW, 2007.

Intermezzo

# Dementie

Foto: Shutterstock/EML

We fantaseren op de praktijk weleens over hoe wij zelf oud en dement zullen wezen. We kunnen kiezen uit hoe het allemaal kan, want we zien veel verschillende dementen. Er zijn droeve, schrijnende, aandoenlijke of grappige dementen. En genoeglijke, tevreden, onschuldige en verbaasde. Angstig overdonderd door al het onbekende, dat kan ook. Lang geleden zag ik vier oudere zussen in hun ondergoed op de bank zitten, eentje was dement, alle vier gierend van de lach. De demente zus wist niet meer hoe een jurk aan moest. Haar drie zussen losten dat op door allemaal hun jurk uit te trekken. Ze hadden pret, al kon demente zus de grap niet meer zo volgen. Zo zouden we wel willen wezen, als we drie zussen hadden.

Nare tirannen zie je ook ontstaan. We denken weleens dat die tiran er altijd al in zat en er nu uitkomt omdat de sociale remvoering versleten is. Zachtaardige mensen worden superlief, of het worden krengen als dat zachtaardige altijd al gespeeld was. We hopen dan maar dat dit zo werkt. We durven niet te denken aan een dementie die een naar mens van je maakt. Liever zien we dat goede eigenschappen extremer worden omdat de remmen stuk zijn. Slechte ook.

Over mezelf fantaseer ik dat ik op een terras zit, in de Havenkom. De ongelezen E*lsevier* voor me, gebakken visje en een glaasje. Iedereen groet me. Ik zwaai terug, maar heb geen idee naar wie. Ik ben een beetje viezig dan met vlekken op mijn hemd. En als ik ga zwerven, dan is er altijd wel iemand die me thuisbrengt. Zo zou ik best wel dement willen wezen. Als ik kon kiezen.

*Nico van Duijn*



H&W 11 01.indb 22 20-12-10 11:23

# Psychologische interventies

*Peter Verhaak, Marieke Zwaanswijk en Judy ten Have*

## Inleiding

Psychische problemen komen veel voor in de algemene bevolking. Meer dan eenvijfde van de volwassen Nederlandse bevolking ervaart in een periode van één jaar voldoende symptomen om in aanmerking te komen voor de diagnose van een psychische stoornis. De meest voorkomende aandoeningen zijn angststoornissen, depressie en afhankelijkheid van of verslaving aan alcohol, drugs of medicijnen.[1]

Ongeveer de helft van de mensen met een psychische stoornis heeft daarvoor contact met een professionele hulpverlener. In veel gevallen (41% van alle mensen met angst of depressie) is dat de huisarts.[2] Deze wordt dan ook veelvuldig met klachten en hulpvragen van psychische aard geconfronteerd: in de top 20 van meest voorkomende contactdiagnoses staan drie psychische diagnoses en symptomen: depressie, slaapstoornis en het gevoel angstig/gespannen/nerveus te zijn. In 2008 had 12,4% van alle bij een huisarts ingeschreven patiënten ten minste één contact voor een psychisch probleem.[3]

Binnen het Nederlandse zorgstelsel raadplegen de meeste mensen met psychische problemen eerst, en vaak ook uitsluitend, de huisarts. De huisarts is immers de poortwachter. Het is zijn taak om de hulpvraag te verhelderen en te beoordelen of meer specialistisch onderzoek nodig is. Ook moet hij samen met de patiënt tot een oordeel komen over het gewenste vervolg: afwachten, behandeling binnen de huisartsenvoorziening of verwijzing.

De behandeling van psychische problemen is voor de gemiddelde huisarts geen vanzelfsprekende zaak. Tachtig procent van de huisartsen rekent weliswaar de diagnostiek van veelvoorkomende psychische problemen als werkgerelateerde stress, depressie, slaapstoornissen en angststoornissen tot hun takenpakket, maar al in 2001 vond minder dan de helft van de Nederlandse huisartsen dat ook de behandeling daartoe behoorde. Voor minder vaak voorkomende stoornissen als psychoses, jeugdpsychiatrische problematiek en eetstoornissen lag dit percentage nog lager.[4] Huisartsen tonen zich terughoudend in de behandeling van psychische stoornissen omdat ze onvoldoende tijd hebben om psychologische interventies uit te voeren.[5]

Patiënten met psychische problemen willen echter bij voorkeur binnen de huisartsenvoorziening behandeld worden. Ze hebben daarbij een voorkeur voor een psychologische behandeling, zoals counseling of cognitieve gedragstherapie,[6] terwijl de behandeling die huisartsen bieden voornamelijk uit farmacotherapie bestaat.[3]

In principe kan de huisarts hulp inschakelen binnen de eerste lijn. Hij kan taken delegeren aan een praktijkondersteuner ggz (POH-ggz) of een gedelegeerd sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) in zijn praktijk. Verder kan hij verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog en het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW). Psychische stoornissen die specialistische diagnostiek of behandeling vereisen kan hij naar de specialistische tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg (ggz) verwijzen. Dit alles gebeurt op basis van de principes van de *stepped care*: beginnen met de lichtste behandeling die verantwoord is en zo nodig


## Samenvatting

**Verhaak PFM, Zwaanswijk M, Ten Have JJIM. Psychologische interventies. Huisarts Wet 2011;54(1):23-8.**

Huisartsen krijgen veel hulpvragen met een psychische achtergrond, maar lopen bij de behandeling tegen barrières aan. Veel huisartsen zien behandeling van andere psychische stoornissen dan depressie en slaapstoornissen niet als hun taak, en wanneer ze behandelen doen ze dit veelal met psychofarmaca. Patiënten worden echter het liefst binnen de huisartsenpraktijk behandeld voor psychische problemen en geven de voorkeur aan een gesprekstherapie. We hebben daarom onderzocht welke signaleringsinstrumenten en psychologische interventies men kan toepassen in de huisartsenpraktijk en welke zorgverleners deze het beste kunnen gebruiken. We verzamelden mogelijke interventies aan de hand van een systematisch literatuuronderzoek. Deze hebben we vervolgens tweemaal voorgelegd aan een panel van hulpverleners en experts, met de vraag welke zorgverleners de interventies het beste kunnen uitvoeren. We hebben 14 signaleringsinstrumenten en 21 interventies opgespoord, die in 6 hoofdgroepen kunnen worden ingedeeld. Voor veel psychische aandoeningen in de huisartsenpraktijk bestaan instrumenten of interventies. In de meeste gevallen komt een praktijkondersteuner of een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige het meest in aanmerking als uitvoerder. Soms ligt het voor de hand dat de huisarts de behandeling zelf uitvoert. Maatschappelijk werkers of eerstelijnspsychologen komen pas na verwijzing in aanmerking. De gevonden interventies en de uitvoering ervan passen goed in een schema van getrapte zorg binnen de eerste lijn.


NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: prof.dr. P.F.M. Verhaak, programmaleider GGZ en eerste lijn; dr. M. Zwaanswijk, onderzoeker. Landelijke Vereniging voor de Georganiseerde eerste lijn (LVG): J.J.I.M. ten Have, beleidsmedewerker. UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde: prof. dr. P.F.M. Verhaak, buitengewoon hoogleraar.

Correspondentie: p.verhaak@nivel.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: het project is mogelijk gemaakt door ZonMw.



H&W 11 01.indb 23 20-12-10 11:23

**De kern**

- Er zijn veel psychologische interventies effectief gebleken voor opsporing en behandeling van psychische problemen.
- Een aanzienlijk deel van die interventies leent zich qua intensiteit, benodigde tijd en vereiste expertise goed voor toepassing in de huisartsenpraktijk.
- Volgens de ondervraagde eerstelijnshulpverleners en deskundigen kan een praktijkondersteuner of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige deze interventies goed uitvoeren als deze onder regie van de huisarts werkt.

een volgende, meer gespecialiseerde stap zetten.[7]
Gegeven deze situatie hebben we onderzocht welke signaleringsinstrumenten en psychologische interventies in principe toepasbaar zijn in de huisartsenvoorziening en welke uitvoerders daarvoor in aanmerking komen. Daarnaast keken we of we die uitvoerders binnen de huisartsenvoorziening of elders in de eerste lijn moeten zoeken.

## Methode

Om deze vragen te beantwoorden hebben we een literatuuronderzoek uitgevoerd, waarbij we op zoek gingen naar effectieve en veelbelovende signaleringsinstrumenten en interventies, die gezien hun kortdurende en niet-specialistische karakter bruikbaar zijn in de huisartsenvoorziening. De interventies hebben we vervolgens in een schriftelijke paneldiscussie voorgelegd aan hulpverleners (huisartsen, eerstelijnspsychologen, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, AMW'ers), vertegenwoordigers van patiënten- en hulpverlenersorganisaties, en experts vanuit opleidingen en kennisinstituten. Deze respondenten hebben zich uitgesproken over het type hulpverlener dat het meest in aanmerking komt om het signaleringsinstrument of de interventie te gebruiken.

### Literatuuronderzoek

We zochten naar publicaties die sinds 2000 verschenen zijn, waarin onderzoekers rapporteren over effectieve of veelbelovende interventies (inclusief online-interventies) die:

- zijn gericht op preventie, diagnostiek of kortdurende behandeling van psychische stoornissen;
- zijn onderzocht op effectiviteit, met ten minste vijftig personen in de interventiegroep en vijftig personen in de controlegroep;
- zodanig zijn geprotocolleerd dat de interventie gemakkelijk overdraagbaar is;
- geen specialistische psychotherapeutische kennis of ervaring vereisen;
- in beperkte tijd uitvoerbaar zijn.

We zochten in Nederlandse databanken (ZonMw ggz-projecten bank, Narcis, de onderzoeksdatabank van het Nivel, websites van het Trimbos-instituut, RIVM, NHG, College voor Zorgverzekeringen en Movisie) en in de internationale literatuurzoeksystemen PubMed, Psycinfo, Embase, Cochrane en de US National Institute of Health database. (Zie Zwaanswijk en Verhaak voor meer informatie over de gehanteerde zoekstrategie en bronnen.[8])
Onze zoektocht leverde 1395 publicaties op, waaruit we op basis van de titel en samenvatting 109 publicaties selecteerden die we nader op de inhoud hebben bestudeerd. Op basis hiervan hebben we 21 interventies en 14 signaleringsinstrumenten geselecteerd die aan bovengenoemde inclusiecriteria voldeden. Redenen om interventies niet te selecteren waren onder andere: te kleine onderzoeksgroepen, te lange duur van de interventie of het ontbreken van een duidelijk afgebakende interventie (de publicatie betrof bijvoorbeeld organisatieprincipes als stepped care of *collaborative care*).
We hebben korte beschrijvingen gemaakt van de kenmerken van de geselecteerde interventies en signaleringsinstrumenten, waarin we aandacht besteedden aan de inhoud, de duur, het doel en de doelgroep van de interventie. Ook beschreven we volgens welk achterliggend principe de interventie werkte, door wie de interventie tijdens de ontwikkeling ervan werd uitgevoerd, welke aanvullende eisen men stelde aan de uitvoerder van de interventie en wat er over de effectiviteit en de aanvaardbaarheid van de interventie bekend is.

### Schriftelijke paneldiscussie

Vervolgens legden we de beschrijvingen van de interventies voor aan aselect gekozen hulpverleners uit diverse landelijke bestanden, gericht benaderde vertegenwoordigers van patiënten- en hulpverlenersorganisaties (NHG, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Maatschappelijke Ondernemersgroep, Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkenden, Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) en andere experts (zorgverzekeraars, ggz-coördinatoren van ROSsen, aselect gekozen huisartsenopleiders, de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, kennisinstituten). In totaal zijn de interventies in twee ronden schriftelijk becommentarieerd door 36 hulpverleners (15 huisartsen, 9 eerstelijnspsychologen, 10 maatschappelijk werkers en 1 sociaal-psychiatrisch verpleegkundige), 5 vertegenwoordigers van belangenorganisaties voor patiënten en hulpverleners en 14 andere experts. Zij beantwoordden in de eerste ronde voor iedere interventie de vraag welke hulpverleners binnen de eerste lijn (huisarts, POH-ggz, SPV, AMW'er, eerstelijnspsycholoog) de betreffende interventies zouden kunnen uitvoeren. In de tweede ronde legden we de interventies met mogelijke uitvoerders opnieuw voor aan de experts, nu met de vraag de mogelijke uitvoerders te ordenen in volgorde van preferentie.

## Resultaten

### Signaleringslijsten

Er is een groot aantal vragenlijsten beschikbaar, waarmee men psychische problemen kan signaleren. Hiermee kan men specifieke problemen als eetstoornissen of alcoholproblematiek, of algemenere gevoelens van psychisch onbehagen opsporen. De signa-



H&W 11 01.indb 24 20-12-10 11:23

Tabel 1 Geselecteerde effectieve interventies en korte omschrijving

| Interventie (n interventies van dit type) | Omschrijving | Doel | Tijdsbeslag | Aanvullende eisen |
|---|---|---|---|---|
| Signaleringslijsten (14) | Korte screeningslijsten (4-17 items, eenmaal 50 items) waarmee men symptomen van angst/depressie (6), eetstoornissen (2), problematisch alcoholgebruik (2) of dementie (4) signaleert. | Opsporen of bespreekbaar maken van psychische problemen | Afname: 1 à 10 minuten<br>Bespreking: dubbel consult | |
| Reattributie (2) | Men stimuleert deelnemers om klachten toe te schrijven aan andere oorzaken dan een lichamelijke ziekte. Aspecten zijn: zich serieus genomen voelen, verbreding van de agenda van lichamelijk naar ook psychische kanten van de klacht en het leggen van een verband tussen klacht en leefsituatie. De interventie is geïndividualiseerd: welke aspecten aan bod komen is afhankelijk van de persoonlijke situatie van de deelnemer. De interventie wordt toegevoegd aan de gebruikelijke eerstelijnszorg. | Preventie en behandeling van somatisatieklachten en lichamelijk onverklaarde klachten | 3-6 sessies van 20 minuten | Training (15-20 uur) |
| Motiverende gespreksvoering (1) | Methode die gericht is op de intrinsieke motivatie van deelnemers tot het doorvoeren van een gedragsverandering. Met behulp van technieken als het gebruik van empathie en actief luisteren probeert men deelnemers te overtuigen van de noodzaak van een gedragsverandering en om een eventuele ambivalente houding te doorbreken. | Ondersteuning bij gedragsverandering | 1-2 gesprekken met eventueel telefonische follow-up | Training |
| Begeleide zelfhulp (5) | Deelnemers krijgen uitleg over de stoornis en leren eenvoudige zelfhulptechnieken. Met behulp van de handleiding brengen zij het geleerde zelf in praktijk. In vervolgsessies worden zij ondersteund en gemotiveerd in het gebruik van de handleiding. | Preventie en behandeling van diverse angst- en depressieve stoornissen | 3-8 sessies van 15-50 minuten | In een aantal gevallen beveelt men een training (± 3 uur) aan |
| Problem-solving treatment (5) | Deelnemers leren om actief en gestructureerd aan de slag te gaan met hun alledaagse problemen. De achterliggende gedachte is dat als de patiënt greep op de problemen krijgt, psychische klachten afnemen en de kwaliteit van leven verbetert. De nadruk ligt niet zozeer op het oplossen van de problemen, maar op het feit dat deelnemers actief met de problemen aan de slag gaan. | Preventie en behandeling van depressie en angst | 3-6 sessies van 30 minuten | Training van een of enkele dagen |
| Gezondheidsvoorlichting (4) | Voorlichting over gezondheid en gezond gedrag of de risico's van ongezond gedrag. Soms formuleert de patiënt in overleg met een hulpverlener ook doelen voor gedragsverandering. Een veel gebruikte techniek is in dat geval motiverende gespreksvoering. | Behandeling van alledaagse klachten<br>Preventie van ongezonde levensstijl | Geschiedt tijdens (eventueel dubbel) consult of schriftelijk | Eventueel training |
| Online-interventies (4) | De deelnemer voert deze zelf uit, eventueel met steun van een hulpverlener. Veelal een combinatie van screening en technieken ontleend aan motiverende gespreksvoering, problem-solving treatment of cognitieve gedragstherapie. | Gericht op problematisch alcoholgebruik, depressie, angst en stress | | |

leringslijsten zijn in het algemeen in enkele minuten in te vullen en moet men vooral zien als een hulpmiddel om een gesprek over mogelijke psychische problemen te beginnen.

**Interventies**

De interventies op het gebied van preventie en/of kortdurende behandeling kan men in vijf hoofdgroepen indelen (*tabel* 1):

- reattributie;
- motiverende gespreksvoering;
- begeleide zelfhulp;
- problem-solving treatment (PST);
- gezondheidsvoorlichting.

Met behulp van reattributietechnieken kan men proberen de patiënt een cognitieve *switch* te laten maken, waardoor hij symptomen binnen een psychische context kan interpreteren en aanvaarden. Motiverende gespreksvoering is erop gericht de patiënt de zin te laten inzien van belangrijke gedragsveranderingen.

Begeleide zelfhulp laat de patiënt het werk doen. Er is wel gerichte begeleiding nodig, maar deze kan men 'op afstand' geven, via de telefoon, e-mail of internet. Bij PST gaat men in op de mechanismen achter de problemen die patiënten ervaren, om deze problemen vervolgens samen met de patiënt op te lossen. Gezondheidsvoorlichting reikt de patiënt argumenten aan om negatieve gewoonten te vermijden en positief gedrag te ontwikkelen.

Voor sommige van deze interventies en signaleringsinstrumenten bestaan ook effectieve onlinevarianten, al dan niet onder supervisie van een hulpverlener.

Een aantal algemeen bekende effectieve interventies komt in *tabel* 1 niet aan de orde. Dat geldt bijvoorbeeld voor de traditionele vormen van cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie. Hoewel men de effectiviteit van deze interventies voldoende heeft aangetoond,[9-11] vergen ze in het algemeen te veel tijd en vragen ze te zeer gespecialiseerde kennis en vaardigheden voor toepassing in de huisartsenvoorziening. Voor dergelijke therapieën ligt een verwijzing binnen de eerste lijn, bijvoorbeeld naar een eerstelijnspsycholoog, meer voor de hand.

Ook counseling laten we buiten beschouwing. Hiermee doelen we op een heterogene groep behandelstrategieën die niet altijd even goed geprotocolleerd zijn.[12,13] Voor zover men deze toch onder-



H&W 11 01.indb 25 20-12-10 11:23

Tabel 2 Psychische klachten, problemen en stoornissen en de interventies die men daarbij kan inzetten

| Klacht, probleem of stoornis | Leeftijdsgroep | Interventie |
|---|---|---|
| Angst | Volwassenen | Signaleringsinstrument |
| | | Begeleide zelfhulp |
| | | PST |
| | | Online-interventie |
| Paniekstoornis of gegeneraliseerde angststoornis | Volwassenen | Begeleide zelfhulp |
| Depressie | Volwassenen | Signaleringsinstrument |
| | | Begeleide zelfhulp |
| | | PST |
| | | Online-interventie |
| | Ouderen | PST |
| Depressie bij chronisch zieken | Ouderen | PST |
| Dysthymie | Ouderen | PST |
| Postnatale depressie als gevolg van slaapproblemen van kind | Volwassenen | Begeleide zelfhulp |
| Spanningsklachten | Volwassenen | Signaleringsinstrument |
| Eetstoornis | Volwassenen | Signaleringsinstrument |
| Dementie | Ouderen | Signaleringsinstrument |
| Werkstress | Volwassenen | Online-interventie |
| Psychische klachten | Volwassenen | PST |
| Somatisatieklachten/lichamelijk onverklaarde klachten | Volwassenen | Signaleringsinstrument |
| | | Reattributie |
| Overbelasting bij mantelzorgers | Volwassenen | Motiverende gespreksvoering |
| Chronisch benzodiazepinegebruik | Volwassenen | Gezondheidsvoorlichting |
| Alledaagse klachten bij frequente bezoekers van de huisarts | Volwassenen | Gezondheidsvoorlichting |
| Ongezonde levensstijl | Jongeren | Gezondheidsvoorlichting |
| Overmatig alcoholgebruik | Volwassenen | Signaleringsinstrument |
| | | Gezondheidsvoorlichting |
| | | Online-interventie |

zocht heeft, blijken de effecten van counseling gering, zeker op de lange termijn.[12-14]

De verschillende signaleringsinstrumenten en interventies zijn vaak van toepassing op specifieke psychische stoornissen. In *tabel* 2 hebben we per psychische stoornis de mogelijke signaleringsinstrumenten en interventies op een rij gezet.

Vooral voor de diverse vormen van angst en depressie is een keur aan interventies en signaleringsinstrumenten voorhanden, die in de huisartsenvoorziening toepasbaar zijn. Maar ook voor algemene vormen van spanning, zoals werkstress en lichamelijke onverklaarde klachten bestaan er kortdurende behandelmogelijkheden die in de huisartsenpraktijk bewezen effectief zijn gebleken. Zie het onderzoeksrapport voor een volledige literatuurlijst van effectieve interventies.[8]

**Uitvoerders**

In *tabel* 3 is zichtbaar gemaakt welke hulpverleners volgens de deelnemers aan de schriftelijke paneldiscussie de interventies het beste kunnen uitvoeren. Een lager rangordenummer duidt op een grotere voorkeur. Zou een hulpverlenercategorie bij een bepaalde interventie een '1' scoren, dan betekent dit dat alle respondenten deze hulpverlener op de eerste plaats van hun voorkeurslijstje hebben gezet. Een '5' geeft daarentegen aan dat de hulpverlener in kwestie unaniem op de laatste plaats is gezet.

Alle respondenten geven de huisarts een belangrijke rol bij gezondheidsvoorlichting. Ook bij motiverende gespreksvoering is hij een van degenen die als eerste in aanmerking komt om de interventie toe te passen. In beide gevallen ziet men de praktijkondersteuner op ggz-gebied ook als mogelijke uitvoerder.

Een minder prominente rol krijgt de huisarts bij begeleide zelfhulp en PST. Hier zijn de POH-ggz en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige de meest gewenste uitvoerders. Aangaande reattributie merkte men op dat POH-ggz of SPV daarvoor de eerst aangewezenen zouden zijn, maar dat het gezien de aard van de problematiek (meestal moet men aan een lichamelijk signaal een nieuwe betekenis toekennen) voor de hand ligt dat de huisarts daartoe de eerste aanzet geeft, om vervolgens een praktijkondersteuner in te schakelen.

De algemeen maatschappelijk werker en de eerstelijnspsycholoog zouden de verschillende interventies in het algemeen ook voor hun rekening kunnen nemen, maar liggen in de ogen van de deelnemers aan de schriftelijke paneldiscussie als uitvoerders minder voor de hand dan de eerder genoemde hulpverleners.

Wat betreft online-interventies vindt 85% van de deelnemers aan de paneldiscussie dat de eerstelijnszorgverleners daar ook een functie in hebben. Ze kunnen fungeren als wegwijzer door patiënten te verwijzen naar betrouwbare sites of ze kunnen patiënten vragen om hun vorderingen online met hen (de reguliere hulpverleners) te bespreken.

## Discussie

Verschillende effectieve signaleringsinstrumenten en psychologische interventies zijn binnen de huisartsenvoorziening goed toe te passen. Juist op de terreinen waar huisartsen ook voor zichzelf een behandeltaak zien (depressie, stress, angst, slaapstoornissen)[4] bestaat er een relatief uitgebreid aanbod aan signaleringsinstrumenten en interventies. De interventies vergen per zitting niet veel meer tijd dan een (dubbel)consult en men kan in het

Tabel 3 Voorkeuren voor de uitvoerders van interventies

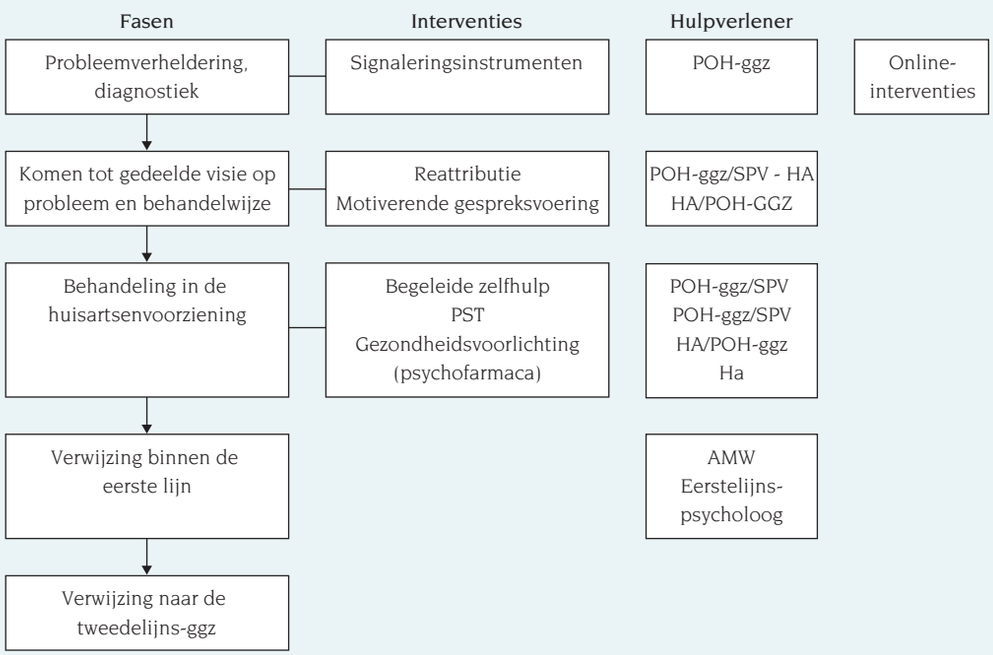
| Interventie | Huisarts | POH-ggz | Sociaal- psychiatrisch verpleegkundige | AMW'er | Eerstelijnspsycholoog |
|---|---|---|---|---|---|
| Motiverende gespreksvoering | 1,8 | 1,8 | 2,4 | 3,0 | 4,0 |
| Reattributie | 2,7 | 1,9 | 2,2 | 3,7 | 2,9 |
| Begeleide zelfhulp | 3,6 | 1,6 | 1,8 | 3,4 | 3,4 |
| Problem-solving treatment | 3,9 | 1,9 | 1,8 | 3,4 | 2,9 |
| Gezondheidsvoorlichting | 1,3 | 1,5 | 2,6 | 3,8 | 4,3 |

De tabel geeft gemiddelde scores, op een schaal van 1 (meest gewenste uitvoerder) tot 5 (minst gewenste uitvoerder).



H&W 11 01.indb 26 20-12-10 11:23

**Figuur** Ordening van interventies binnen de eerste lijn




algemeen met drie tot zes zittingen volstaan. Sommige interventies kan de huisarts het best zelf uitvoeren, terwijl hij andere interventies beter aan een POH-ggz of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige kan overdragen.

Met betrekking tot de praktijkondersteuning is de volgende kanttekening te maken. De term 'praktijkondersteuner-ggz' duidt, in tegenstelling tot AMW'er, SPV en eerstelijnspsycholoog, niet op een specifieke beroepsgroep, maar op de plaats waar het beroep wordt uitgeoefend. Iedereen die op hbo-niveau in de ggz of op het snijvlak van zorg en welzijn is opgeleid en die kennis heeft van psychische problemen en de behandeling daarvan kan de functie POH-ggz uitvoeren. Essentieel zijn de positionering en de inhoud van de functie. De POH-ggz werkt per definitie binnen de huisartsenpraktijk, waar hij of zij ervoor zorgt dat patiënten met psychische problemen snel op de juiste plek terechtkomen. De functie bestaat uit vraagverheldering, advisering, processturing, begeleiding, casemanagement en kortdurende behandeling.[15] In het onderzoek zagen we dan ook dat juist interventies die dicht tegen de vraagverhelderende en diagnostische taken van de huisarts aan liggen (reattributie, motiverende gespreksvoering) liever aan de POH-ggz, dan aan de SPV worden toebedeeld. Dit betekent niet dat de SPV deze interventies niet kan uitvoeren, maar dat de positie van de POH-ggz, als verlengde arm van de huisarts, zich daartoe beter leent. De POH-ggz is momenteel echter voor niet meer dan 10% van de huisartsen beschikbaar, hoewel het aantal aan het toenemen is.[16]

De interventies die naar voren zijn gekomen, noemt men ook geregeld als een mogelijke eerste stap van bijvoorbeeld een stepped care-depressieprogramma. Het zijn eerste, relatief lichte ingrepen om de 'gewone psychische problemen in de huisartsenpraktijk' – zoals angst en depressie – aan te pakken. Ze sluiten goed aan bij de wens van veel patiënten om zo mogelijk psychofarmaca te vermijden en eerst over de problemen te 'praten'.[7]

Ons onderzoek kent een aantal beperkingen. Aangezien we in de literatuur die sinds 2000 verschenen is naar interventies hebben gezocht, zullen effectieve interventies waarover men eerder heeft gepubliceerd aan onze aandacht ontsnapt zijn. Datzelfde geldt voor interventies die niet in de door ons geraadpleegde databanken zijn opgenomen.

De hulpverleners die deelnamen aan de paneldiscussie waren weliswaar aselect gekozen, maar vormen toch een kleine en niet-representatieve afspiegeling van de beroepsgroep. Zo nam slechts één SPV deel. Dit kan zijn weerslag hebben in de gerapporteerde voorkeuren van uitvoerders van de interventies. Daar staat tegenover dat de meeste respondenten het erover eens waren dat POH-ggz en SPV in veel opzichten de meest aangewezen personen zijn om psychologische interventies uit te voeren. Het grootste deel van deze respondenten had geen specifieke expertise op het gebied van de voorgelegde interventies, maar beschikte over ervaringsdeskundigheid als hulpverlener op grond waarvan ze konden uitmaken wie in de praktijk het beste een bepaalde interventie kon uitvoeren.

We denken dat het onderzoek ondanks deze beperkingen en kanttekeningen een nuttige inventarisatie van beschikbare mogelijkheden voor een eerstelijns-ggz heeft opgeleverd. De verschillende interventies laten zich binnen het proces van het huisartsgeneeskundig handelen positioneren zoals weergegeven in de *figuur*. Deze toont hoe patiënten in een eerste fase, waarin de patiënt of de huisarts een psychische stoornis vermoedt, door een POH-ggz met behulp van een signaleringsinstrument onderzocht kunnen worden. Gewapend met deze informatie kan de huisarts met de patiënt in gesprek gaan (fase 2). Als ze samen tot een verdere verkenning van de psychische symptomen besluiten, kan een POH-ggz het eventueel weer overnemen. Komt men tot een keuze voor kortdurende behandeling binnen de huisartsenvoorziening (fase 3), dan kan de POH-ggz deze in veel gevallen uitvoeren. Er zijn uiteraard ook gevallen waarbij de huisarts zelf het voortouw neemt. In het geval van gezondheidsvoorlichting is de huisarts vaak een eerste keus.

Als de hier aangegeven psychologische behandelmogelijkheden niet aanslaan, zal de tweede keus vaak op psychofarmaca vallen, waarbij de huisarts weer het voortouw zal nemen. Besluit men al in een vroeg stadium tot een langer durende behandeling, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie, counseling of interper-



H&W 11 01.indb 27 20-12-10 11:23

soonlijke therapie, dan ligt een verwijzing binnen de eerste lijn naar een eerstelijnspsycholoog of het AMW voor de hand. Wanneer ook dergelijke uitgebreidere opties geen effect sorteren, is een verwijzing naar de tweedelijns-ggz op zijn plaats.

Parallel aan alle fasen kan de patiënt ook het advies krijgen om zijn toevlucht te nemen tot online-alternatieven. Online zijn signaleringsinstrumenten voorhanden en vindt men mogelijkheden tot motiverende gespreksvoering, PST, cognitieve gedragstherapie en begeleide zelfhulp.

Hiermee hebben we de organisatie van de eerste lijn beschreven aan de hand waarvan men een stepped care-benadering in praktijk kan brengen. Binnen zorgprogramma's voor alledaagse psychische stoornissen zijn, naast *watchful waiting*, de begeleide zelfhulp, PST en gezondheidsvoorlichting de eerste middelen waarmee men een psychisch probleem tegemoet treedt. In een volgend stadium kan men een medicinale aanpak of iets langduriger psychotherapeutische behandeling overwegen. Blijft succes nog steeds uit, dan is een verwijzing naar de tweede lijn geboden. Dit laat onverlet dat er gevallen zullen zijn waarin men medicatie of een verwijzing naar de tweede lijn als eerste stap moet overwegen. Te denken valt aan recidives, dreigende suïcidaliteit of psychoses. Het blijft een professionele inschatting van de huisarts om te beslissen op welke trede hij zijn eerste stap wil zetten.

Uit bovenstaand schema blijkt dat de huisarts de eerste stappen goed binnen de huisartsenpraktijk kan zetten, mits hij taken kan delegeren aan ondersteunende krachten en hij, in tweede instantie, over een eerstelijnsnetwerk beschikt waarheen hij kan verwijzen. Met de totstandkoming van een geïntegreerde, wijkgerichte eerste lijn zullen de mogelijkheden toenemen om psychische problematiek binnen de eerste lijn te behandelen.


## Dankbetuiging

Tijdens de uitvoering werden de onderzoekers (PV, MZ) geadviseerd door een begeleidingscommissie onder voorzitterschap van N. Gruijters (huisarts) en verder bestaande uit N. Blankenstein (huisarts), M. Boumans (Zorgverzekeraars Nederland), D. Dreesens (ZonMW), T. Drenthen (NHG), J. ten Have (LHV), A. Haverkort (huisarts), R. Starmans (huisarts) en S. Tersmette (ZonMW).


## Literatuur


1 Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek II: Prevalentie van psychische stoornissen. Ned Tijdschr Geneeskd 1997;141:2453-60.
2 Verhaak PFM, Prins MA, Spreeuwenberg P, Draisma S, Van Balkom AJLM, Bensing JM, et al. Receiving treatment for common mental disorders. Gen Hosp Psychiatry 2009;31:46-55.
3 Verhaak PFM, Van Beljouw I, Van Dijk C. Beleidsonderzoek curatieve GGZ. Ondersteunende analyses. Utrecht: Nivel, 2010.
4 Heideman JMC. Improving primary mental health care [Proefschrift]. Nijmegen: UMC St Radboud, 2006.
5 Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PFM. Evaluatie versterking eerstelijns GGZ. Eindrapportage landelijk onderzoek. Utrecht: Nivel, 2004.
6 Prins MA, Verhaak PF, Van der Meer K, Penninx BW, Bensing JM. Primary care patients with anxiety and depression: Need for care from the patient's perspective. J Affect Disord 2009;119:163-71.
7 NHG. NHG-standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg. 'GGZ in de huisartszorg'. Utrecht: NHG, 2008.
8 Zwaanswijk M, Verhaak PFM. Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen. Utrecht: Nivel, 2009.
9 Cuijpers P, Dekker J. Psychologische behandeling van depressie; een systematisch overzicht van meta-analysen. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:1892-7.
10 Cuijpers P, Van Straten A, Van Schaik A, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. Br J Gen Pract 2009;59:e51-60.
11 Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A, et al. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. Health Technol Assess 2001;5:1-173.
12 Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counseling in primary care: Systematic review and meta-analysis. Psychol Med 2003;33:203-15.
13 Wolf NJ, Hopko DR. Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. Clin Psychol Rev 2008;28:131-61.
14 Bower P, Rowland N, Mellor C, Heywood P, Godfrey C, Hardy R. Effectiveness and cost effectiveness of counseling in primary care (review). Cochrane Database Syst Rev 2002; Issue 1. Art. No.: CD001025.
15 Leene I, Verberk F. Functieprofiel (startprofiel) Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg (POH) GGZ. Utrecht: Nederlandse Vereniging Maatschappelijk Werkers en Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland/Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen, 2008.
16 Verhaak PFM, Van Beljouw IMJ, Ten Have J. De opmars van de POH-GGZ. Tijdschr Praktijkonderst 2010;5:130-4.



## Abstract

**Verhaak PFM, Zwaanswijk M, Ten Have JJIM. Psychological interventions. Huisarts Wet 2011;54(1):23-8.**

GPs see many patients with psychological symptoms but they feel restricted in their therapeutic possibilities. Treatment of psychological disorder, other than depression and sleep disorder are not perceived as a task assignment by many GPs, and if they treat psychological disorders it is limited to psychopharmaceutical therapy. Patients, however, prefer counselling to drugs. Therefore, we made an inventory of psychological screening tools and interventions that can be applied in general practice and of the providers who should carry out such interventions. Possible interventions were collected by a systematic literature review. The results of the review have been presented twice to a panel of providers and experts, asking which providers were best suited to carry out the interventions.

14 screening instruments and 21 interventions were found, that could be categorized in 6 major groups. Those instruments and interventions covered a vast array of psychological disorders. In most cases a practice nurse or a social psychiatric nurse was considered most suited to carry out the interventions. In some cases, the GP was the most obvious provider. Social workers or primary care psychologists only can be considered after referral. The interventions and their application fit well in a stepped care approach.





H&W 11 01.indb 28 20-12-10 11:23

# Een jong meisje met verkleefde schaamlippen

*Karlijn Overeem en Barbera van Duijn*

## Inleiding

Af en toe krijgt de huisarts te maken met patiënten met klachten van verkleving van de schaamlippen. Bij postmenopauzale vrouwen berust dit vaak op een ernstigere vorm van lichen sclerosis et atrophicans (LSEA) of atrofische vaginitis. Dit beeld zullen de meeste huisartsen wel herkennen. Bij prepuberale meisjes kan ook een verkleving van de schaamlippen optreden, ook wel bekend als synechia vulvae. Dit beeld is in de eerste lijn bij veel huisartsen minder goed bekend. In deze klinische les presenteren wij een patiëntje met deze aandoening, die de huisarts goed kan diagnosticeren en behandelen.

## Beschouwing

Een verkleving van de schaamlippen bij prepuberale meisjes is in de literatuur vaker beschreven en staat bekend als synechia vulvae.[1] Synoniemen zijn 'labiale fusie', 'vulvafusie', 'atresia vulvae', 'synechie van de vulva', 'interlabiale occlusie' en 'occlusie van het vestibulum vaginalis'. Synechia vulvae komt meestal voor bij meisjes variërend in leeftijd van twee maanden tot zeven jaar. Er zijn in de eerste lijn geen onderzoeken bekend van patiënten met labiale adhesies. Incidentiecijfers in de eerste lijn zijn daarom niet te geven. We kunnen wel een schatting maken. Bij een prospectief onderzoek op een polikliniek kindergeneeskunde bekeken Leung et al. bij 1970 meisjes het genitale gebied zonder dat zij hiervan klachten hadden.[2] Deze meisjes kwamen dus meestal voor een andere reden naar het ziekenhuis. Het bleek dat bij 1,8% van deze meisjes sprake was van synechia vulvae, met een piekincidentie tussen de 13 en 23 maanden (3,3%). In een onderzoek in Australië vond men dat labiale fusie voorkwam bij 3 van de 130 (2,3%) prepuberale meisjes die een dermatoloog raadpleegden in verband met een klacht van de vulva.[3] Daarmee lijkt de incidentie dus lager te zijn dan de eerder genoemde 1,8%, want in het laatst genoemde onderzoek is sprake van een geselecteerde populatie.

De labiale adhesies kunnen zich over een kleiner of groter gedeelte bevinden, soms zelfs over de gehele lengte van de labia (afbeelding A). Verklevingen over een kleiner gedeelte beginnen vanaf de commissura posterior. Synechia vulvae geeft vaak geen klachten en kan onopgemerkt blijven. Bij uitgebreidere verklevingen kunnen echter secundaire problemen ontstaan, zoals urineweginfecties door stase van urine (20%), vaginitis (8,6%), vaker plassen (7,3%) en nadruppelen doordat de urine niet goed kan afvloeien


## Samenvatting

**Overeem K, Van Duijn B. Een jong meisje met verkleefde schaamlippen. Huisarts Wet 2011;54(1):29-31.**

Een verkleving van de schaamlippen, ook wel synechia vulvae genaamd, kan optreden bij prepuberale meisjes. Huisartsen kunnen deze aandoening goed diagnosticeren en behandelen. Synechia vulvae is in de meeste gevallen self-limiting en asymptomatisch. Soms treden er echter complicaties op in de vorm van urineweginfecties (20%), vaginitis (8,6%), nadruppelen (7,3%) en vaker plassen (13%). Behandeling is aan te bevelen als deze secundaire problemen optreden. Synechia vulvae is te behandelen met corticosteroïdcrème of oestrogeencrème. In deze klinische les beschrijven we een meisje van anderhalf jaar oud met synechia vulvae, dat in de eerste lijn werd gediagnosticeerd en gevolgd.


Huisartspraktijk Grote Rivieren, Maasstraat 167, 1079 BG Amsterdam: K. Overeem, aiotho (thans huisarts en onderzoeker); B. van Duijn, huisarts en opleider.

Correspondentie: k.overeem@iq.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

## Casus

Tijdens mijn zelfstandige week zag ik een moeder met haar dochter van anderhalf jaar. Moeder vertelde dat ze op de crèche hadden opgemerkt dat haar dochter geen vagina zou hebben en dat de schaamlippen er vreemd uitzagen. Toen ze zelf de vagina van haar dochter inspecteerde vond ze ook dat die er anders uitzag dan bij haar driejarige dochter, maar ze had dat niet eerder opgemerkt. Moeder maakte een gespannen indruk. Ze vertelde dat ze bang was dat er iets mis was. Haar dochter had verder geen klachten. Ze at en dronk goed. Er waren geen mictieproblemen. Ze was nog niet zindelijk. Moeder had geen bijzonderheden gemerkt aan de ontlasting.

Bij inspectie van de genitalia zag ik een normale clitoris en urethra. Ik bespeurde geen duidelijk vestibulum en zag dat de labia minora verkleefd waren en er alleen nog een dunne lijn te zien was. Voorzichtig spreiden van de labia minora lukte in eerste instantie niet. Met een bevochtigde wattenstok was het mogelijk de labia van elkaar te spreiden. Dit was kortdurend pijnlijk voor het patiëntje. De moeder was erg opgelucht toen ze begreep dat haar dochter wel een vagina had en dat de verkleving was opgeheven. Op dat moment wist ik zelf nog niet wat er aan de hand kon zijn. Omdat er een normale vagina aanwezig was en de urine kon afvloeien, besloot ik om het even aan te zien en haar terug te laten komen als mijn opleider er weer was. Ik gaf moeder de instructie om het genitale gebied goed te wassen. Daarbij moest ze met de washand goed langs de genitalia strijken, van voor naar achter, en deze insmeren met vaseline-lanettecrème. Ik vroeg haar om na één week terug te komen, zodat ik me in de tussentijd samen met mijn opleider kon verdiepen in de mogelijke oorzaak.



H&W 11 01.indb 29 20-12-10 11:23

**De kern**

- Een verkleving van de labia majora (synechia vulvae) kan ook bij jonge meisjes voorkomen.
- De diagnostiek en behandeling van synechia vulvae kan goed in de eerste lijn plaatsvinden.
- Synechia vulvae blijft vaak onopgemerkt en asymptomatisch. In 20% van de gevallen treden secundaire problemen op in de vorm van urineweginfecties, vaginitis, nadruppelen en vaker plassen.
- Synechia vulvae hoeft alleen behandeld te worden bij secundaire problemen. Dan kan men kiezen voor het aanbrengen van topicale oestrogenen of corticosteroïden.

(13%). Soms veroorzaakt labiale fusie een urineweginfectie. Dit is onderzocht door Leung et al.[4] Zij vonden bij 9 meisjes met labiale fusie – van wie er acht zelfs een labiale fusie hadden van > 50% – tekenen van een urineweginfectie met een positieve urinekweek.

**Etiologie**

De oorzaak van een labiaverkleving is niet goed bekend. Het typische beeld van labiale fusie ziet men pas vanaf de leeftijd van twee maanden. Het is dus een verworven aandoening. Met betrekking tot de mogelijke oorzaak zijn twee hypothesen geformuleerd. De eerste gaat ervan uit dat labiale adhesies ontstaan bij matige hygiëne en enige infectie van de vulva. De tweede hypothese zoekt de etiologie in oestrogeendeficiëntie. Synechia vulvae ontstaan immers zelden direct na de geboorte, als het kind nog oestrogeen heeft die via de placenta is verkregen – en ook zelden na een leeftijd van 8 jaar, als de eigen oestrogeenproductie van het kind op gang is gekomen.[5,6]

Een belangrijke, zeldzame oorzaak die men moet onderscheiden van de eerder genoemde oorzaken is seksueel misbruik. Hierbij zien de verklevingen er anders uit. Het oppervlak is onregelmatiger en het gebied eromheen is vaak ook rood. Daarnaast ligt het contactvlak niet altijd in de mediaanlijn.[7]

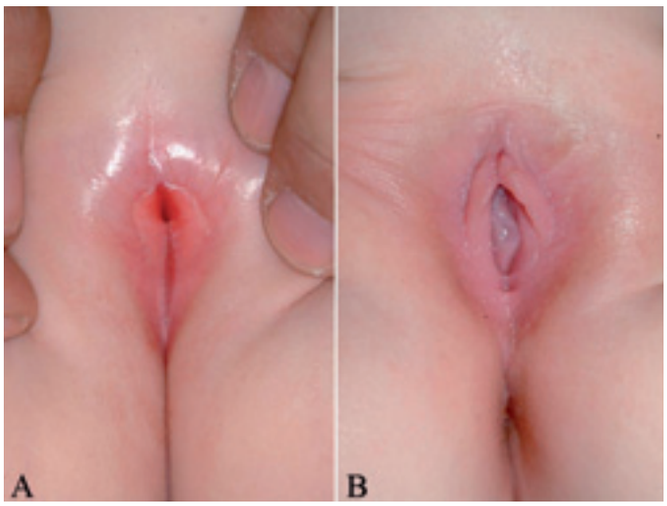



Foto: *Acta Derm Venereol*[11]

Afbeelding A
Uitgebreide labia-adhesies waarbij geen vestibulum meer herkenbaar is

Afbeelding B
Resultaat na een week oestrogeentoepassing

## Prognose en behandeling

De vraag is of we labiale fusie moeten behandelen als deze geen klachten veroorzaakt. Er zijn patiënten bekend bij wie de adhesies spontaan zijn verdwenen. Er is dan ook niets op tegen om bij milde verklevingen een afwachtend beleid te voeren.[1] Wel bevelen we aan om hygiëneadviezen te geven en een jaarlijkse controle af te spreken. Ons advies is om follow up te continueren totdat de verklevingen spontaan zijn verdwenen. Het is niet bekend of uitgebreide verklevingen ook vanzelf verdwijnen. Omdat er een behandeling bestaat die zelden complicaties veroorzaakt en waarmee men problemen als urineweginfecties kan voorkomen, adviseert men om bij uitgebreide verklevingen en secundaire problemen wel te behandelen.[1] In een artikel uit 2003 in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* stelt men behandeling met oestrogeencrème voor, gedurende twee tot zes weken, twee keer per dag, totdat de labia losgekomen zijn.[1] Daarna kan men overgaan op insmeren met een vettige crème.[1]

De laatste vijf jaar zijn er verschillende onderzoeken gedaan naar zowel topicale oestrogenen als topicale corticosteroïden. Leung et al. behandelden 19 meisjes met labiale fusie met oestrogeencrème, die ze twee keer per dag lieten aanbrengen.[8] Voordat men de crème aanbracht, waste men de introïtus. Op het moment dat de labia niet meer gefuseerd waren, ging men over op behandeling met vette crème volgens hetzelfde regime als de oestrogeencrème. De behandeling was bij alle meisjes succesvol (afbeelding B). Bij zes patiëntjes traden bijwerkingen op. Bij vijf patiëntjes ontstond vulvaire pigmentatie, die na zes weken vanzelf verdween. Bij één patiëntje ontstond een borstvergroting, die na een maand verdween. Myers et al. behandelden negentien meisjes tweemaal daags met betamethasoncrème.[9] Dit was bij 13 meisjes succesvol. Een retrospectief vergelijkend onderzoek bij 150 patiëntjes met topicale oestrogeen en betamethasoncrème liet zien dat behandeling met betamethason sneller succesvol is (gemiddelde duur 1,3 maanden), vergeleken met oestrogeencrème (2,2 maanden). Ook traden bij betamethason minder bijwerkingen op van vaginaal bloedverlies en borstvergroting.[10] Er is nog geen gerandomiseerd interventieonderzoek naar dit onderwerp gedaan. Het is dus nog niet duidelijk welke behandeling de voorkeur verdient, die met oestrogeencrème of die met betamethasoncrème.

Een chirurgische behandeling door middel van tractie van de labia na lokale anesthesie of klieven onder algehele anesthesie is alleen geïndiceerd bij ernstige mictieklachten of volledige urineretentie.

Menig lezer zal bij de term 'verkleving van de schaamlippen' een gelijkenis zien met de bekende fimose bij jongetjes, waarbij de voorhuid aan de eikel verkleefd is. Een analogie bestaat eigenlijk alleen op het gebied van de symptomatologie en de behandeling. Ook bij een fimose kunnen immers secundaire mictieproblemen ontstaan en zijn derdeklassecorticosteroïden eerste keus van behandeling. De etiologie van fimose verschilt echter van die van synechia vulvae. Fimose is namelijk fysiologisch en aangeboren. Het splijtingsproces van eikel en voorhuid komt pas na de geboorte op gang, anders dan bij de labia, die bij de geboorte al gespleten zijn.



H&W 11 01.indb 30 20-12-10 11:23

### Terugkoppeling casus

Toen we het patiëntje na twee weken terugzagen, vertelde haar moeder dat het probleem was verholpen. We konden inderdaad geen verkleving meer bespeuren. Na bestudering van de literatuur kwamen wij erachter dat het spreiden van de labia met een wattenstok en door moeder met washand niet juist was. In de literatuur is wel het advies te vinden om te smeren met vaseline-lanettecrème, maar dan als nabehandeling nadat de labia zijn losgekomen. Het effect ervan is niet in onderzoek aangetoond. Een volgende keer zouden wij geen behandeling inzetten, omdat er geen klachten waren. Wel zouden wij een controle afspreken om te zien of de verkleving niet verergert en adviseren om bij plasklachten of roodheid van de vagina contact op te nemen.

## Conclusie

Een verkleving van de schaamlippen komt naar schatting bij 1 tot 3% van de jonge meisjes voor. De diagnostiek en behandeling van synechia vulvae zijn in de eerste lijn goed uit te voeren. Synechia vulvae blijft vaak onopgemerkt en kan asymptomatisch blijven. Het is een verworven aandoening waarvan de oorsprong nog niet geheel duidelijk is. Secundaire problemen in de vorm van urineweginfecties, nadruppelen, vaker plassen en vaginitis treden in 20% van de gevallen op. Omdat milde verklevingen spontaan kunnen verdwijnen beveelt men behandeling alleen aan bij secundaire problemen en uitgebreide verklevingen. Bij recidiverende urineweginfecties, vaginitis en mictieproblemen bij jonge meisjes verdient het aanbeveling de aanwezigheid van synechia vulvae in het achterhoofd te houden. Men heeft de laatste jaren onderzoek gedaan naar behandeling met oestrogeencrème en corticosteroïdcrème. Op grond van deze onderzoeken is het nog niet mogelijk om een voorkeur aan te geven voor een van deze crèmes. Beide crèmes bleken veilig en effectief bij uitgebreide verklevingen.

### Literatuur


1 Lubsen-Brandsma LC. Adhesies van de labia majora bij 3 jonge meisjes. Ned Tijdschr Geneeskd 2003;1:53-6.



### Abstract

**Overeem K, Van Duijn B. Labial adhesion in a young girl. Huisarts Wet 2011;54(1):29-31.**

Labial adhesion (synechia vulvae) can occur in prepubertal girls. The conditon can be diagnosed and managed by general practitioners. Labial adhesion is usually asymptomatic and self-limiting, although secondary problems can occur, such as urinary tract infections (20%), vaginitis (8.6%), post-void dripping (3.7%), and increased urination frequency (13%). Treatment is recommended if secondary problems develop. Labial adhesions are treated with a corticosteroid or oestrogen-containing cream. This case report describes the diagnosis and management of labial fusion in a 1.5-year-old girl in primary care.



2 Leung AKC, Robson WLM, Tay-Uyboco. The incidence of labial fusion in children. J Paediatric Child Health 1993;29:235-6.
3 Fischer G, Roger M. Vulvar disease in children: a clinical audit of 130 cases. Pediatr Dermatol 2000;17:1-6.
4 Leung AK, Robson WL. Labial fusion and urinary tract infection. Child Nephrol Urol 1992;12:62-4.
5 Papagianni M, Stanhope R. Labial adhesions in a girl with isolated premature thelarche: the importance of estrogenization. J Pediatr Adolesc Gynecol 2003;16:31-2.
6 Cağlar MK. Serum estradiol levels in infants with and without labial adhesions: the role of estrogen in the etiology and treatment. Pediatr Dermatol 2007;24:373-5.
7 Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady JJ. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. Am J Obstet Gynecol 2000;182:820-34.
8 Leung AK, Robson WL, Kao CP, Liu EK, Fong JH. Treatment of labial fusion with topical estrogen therapy. Clin Pediatr (Phila) 2005;44:245-7.
9 Myers JB, Sorensen CM, Wisner BP, Furness PD, Passamaneck M, Koyle MA. Betamethasone cream for the treatment of pre-pubertal labial adhesions. J Pediatr Adolesc Gynecol 2006;19:407-11.
10 Mayoglou L, Dulabon L, Martin-Alguacil N, Pfaff D, Schober J. Success of treatment modalities for labial fusion: a retrospective evaluation of topical and surgical treatments. J Pediatr Adolesc Gynecol 2009;22:247-50.
11 Velander MH, Mikkelsen BD, Bygum A. Labial agglutination in a prepubertal girl: Effect of topical oestrogen. Acta Derm Venereol 2009;89:198-9.





H&W 11 01.indb 31 20-12-10 11:23

# Ernstige infecties bij kinderen

Enkele artikelen in dit nummer van H&W gaan in op de triage bij kinderen met koorts. Wanneer is er sprake van een ernstige (bacteriële) infectie? De opstellers van de NHG-Standaard *Kinderen met koorts* stuitten in de afgelopen decennia in de literatuur regelmatig op de 'rode vlaggen' die de triagist of de huisarts op het spoor kunnen zetten van een ernstige infectie. De daarop gebaseerde alarmsignalen uit de standaard komen terug in deze artikelen, maar blijken van beperkte waarde. Ook diverse beoordelingsschalen voldoen niet in de praktijk; deze worden in de NHG-Standaard dan ook niet aangevolen.

## Vochtintake en temperatuur

Zijn uit de onderzoeken in dit nummer argumenten te destilleren om de NHG-Standaard en de NHG-TelefoonWijzer aan te passen? Eigenlijk niet. Het enige onderwerp in deze producten dat misschien wat minder prominent in beeld kan komen, is de hoeveelheid die het kind drinkt. Als 'rode vlag' is benoemd het minder dan de helft drinken dan gebruikelijk. De artikelen in deze H&W gaan vooral uit van het ontbreken van intake in de laatste vierentwintig uur.

De hoogte van de temperatuur is regelmatig onderwerp van discussie bij de beoordeling van de ernst van een ziekte, maar blijkt van beperkte prognostische waarde in een populatie waarin koorts veel voorkomt. Ook de ongerustheid van de ouders blijkt van betrekkelijke waarde, maar een herhalingsconsult in eenzelfde koortsperiode (binnen 48 uur) verdubbelt ongeveer de kans op een ernstige bacteriële infectie.

## De klinische blik

Tijdens mijn opleiding, zo'n dertig jaar geleden, presenteerde ik patiënten aan de specialist met een samenvatting van mijn bevindingen, die bestond uit een opsomming van verschillende klinische verschijnselen die pleitten voor en tegen een ernstige infectie. Zijn vraag was dan steevast: 'Vind je de patiënt ziek?' Een lastige vraag als je nog weinig ervaring hebt.

In deze artikelen blijkt de klinische blik van artsen ook van beperkte waarde voor het aantonen van ernstige bacteriële infecties. De sensitiviteit ervan was laag (10 tot 50%), maar de specificiteit was hoog (90 tot 100%). De betrokken artsen zaten dus vrijwel altijd goed als het niet-ernstig zieke kinderen betrof. Maar zonder aanvullend laboratoriumonderzoek herkenden deze artsen de ernstig zieke kinderen slecht, en ze stuurden meer dan de helft ervan ten onrechte naar huis.

Deze onderzoeken vonden vrijwel alle plaats in de tweede lijn, waar de patiëntjes mogelijk werden gezien door assistenten met net zo weinig ervaring als ik destijds. Bovendien weten we zo langzamerhand dat de sensitiviteit van de 'klinische blik' vermindert bij een dalende prevalentie, en de prevalentie van ernstige infecties is nu eenmaal laag. Hetzelfde geldt overigens voor klinische beslisregels; deze bleken dan ook evenmin een oplossing te bieden.

## Niet pluis?

Staat hiermee het 'pluis/niet-pluitsgevoel' weer op de helling? Het proefschrift van Erik Stolper[1] geeft juist weer enigszins handen en voeten aan het pluis/niet-pluisgevoel bij onze klinische beoordeling. Naast de objectieve beoordeling van de verschijnselen blijft de klinische blik belangrijk, en die blik is volgens Stolper waarschijnlijk afhankelijk van de kennis en ervaring van degene die zijn gevoel laat spreken…

De beoordeling van kinderen met koorts is een vorm van geneeskunst: het balanceren tussen objectieve aanwijzingen en de klinische interpretatie van verschijnselen, én de beoordeling van het kind als geheel. Goed observeren en klinisch afwegen zijn een vak apart. De NHG-Standaard en de TelefoonWijzer vormen daarbij onverminderd waardevolle hulpmiddelen.

1 Stolper E. Gut Feelings in General Practice (Proefschrift). Maastricht: Erik Stolper, 2010. Zie ook: Stalenhoef A. Interview met Erik Stolper: 'Het pluis/niet-pluisgevoel van huisartsen is gebaseerd op kennis en ervaring'. Huisarts Wet 2010;53:402-3.

In H&W is ruimte gereserveerd voor de implementatie van onderwerpen die elders in het nummer worden besproken. Louwrens Boomsma vat de NHG-inbreng samen (l.boomsma@nhg.org).



H&W 11 01.indb 32 20-12-10 11:23

# Generalist of familiedokter

*Louise Gunning-Schepers*

In Nederland is van oudsher een grote rol weggelegd voor de eerste lijn en daarbinnen heeft de huisarts een belangrijke positie als 'poortwachter'. De huisarts is opgeleid om de eerste klachten van de patiënt te duiden, de overgrote meerderheid daarvan zelf te behandelen en de patiënt alleen indien nodig door te verwijzen naar de tweede lijn. De huisarts moet dus van alle markten thuis zijn en een goede klinische blik hebben, zodat hij bij een eerste contact een goede triage kan uitvoeren. In deze omschrijving past de Engelse benaming *general practitioner*, de generalist. Maar was de huisarts van oudsher niet meer dan een generalist? Was hij niet ook de *family doctor*, de vertrouwenspersoon van patiënten en hun familie die de gezinssituatie en voorgeschiedenis kende en continuïteit in behandeling en zorg bracht? Het is de vraag of de specialismen *general practice* en *family medicine* in Nederland in de toekomst nog steeds synoniem zijn. Om die vraag te kunnen beantwoorden, moeten we ons verdiepen in de recente ontwikkelingen bij de patiënt, de huisarts en de beleidsmakers.

## De patiënt

De vraag van de patiënt in de eerste lijn laat steeds meer een dichotome verdeling zien. Aan de ene kant zien we de patiënt die met een concrete klacht komt en na korte tijd geneest. Deze patiënt heeft er geen moeite mee voor een dergelijke hulpvraag een onbekende arts te raadplegen. Hij gaat vaak zelfs rechtstreeks, zonder verwijzing, naar de Spoedeisende Hulp (SEH). Aan de andere kant zien we de groeiende groep chronische patiënten die langdurige behandeling behoeven en bij wie monitoring van medicatie en regelmatige screening op complicaties een belangrijk onderdeel van een succesvolle behandeling zijn. Ook voor kwetsbare patiënten is continuïteit belangrijk: voorkennis van de algemene situatie is een belangrijke voorwaarde om adequaat te kunnen reageren op een nieuwe klacht. Tot slot is het ondersteunen van patiënten en hun naasten in moeilijke behandelingstrajecten – als case manager, vertrouwenspersoon of adviseur – of het begeleiden van patiënten in hun laatste levensfase van oudsher een rol van de huisarts en veel patiënten ervaren die als uiterst waardevol.

**Auteursgegevens**

De Gezondheidsraad, Postbus 16052, 2500 BB Den Haag: prof.dr. L.J.Gunning-Schepers, Universiteitshoogleraar Gezondheid en maatschappij en voorzitter van de Gezondheidsraad.

Correspondentie: l.j.gunning@gr.nl

## De huisarts

Ondertussen is de huisarts in een heel andere werktraditie en werkomgeving terechtgekomen. Het romantische beeld van de plattelandsdokter die een eigen praktijk voert en altijd voor zijn patiënten klaarstaat, bestaat alleen nog in romans en in de (valse?) herinnering aan vroeger. De werkelijkheid is vaak een groepspraktijk waar meerdere disciplines samenwerken en een huisartsenpost die de opvang en behandeling buiten kantooruren regelt. De huisarts heeft de zorg en monitoring van chronische aandoeningen veelal overgedragen aan gespecialiseerde nurse practitioners. Als een patiënt belt voor een afspraak is zijn eigen huisarts die dag misschien niet eens aanwezig omdat veel huisartsen parttime werken. Tegelijkertijd proberen veel ziekenhuizen en Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) de zorg voor chronische patiënten zelf te behouden. Het generalisme is in ziekenhuizen steeds vaker een functie en soms zelfs een specialisme, zoals de SEH-arts en de ziekenhuisarts.

## De beleidsmaker

Tot slot zijn er de beleidsmakers die steeds meer taken aan de eerste lijn willen toekennen. Zij stellen voor, deels uit kostenoverwegingen, om taken die nu nog bij ziekenhuizen liggen naar de eerste lijn te verplaatsen. Ook preventieve interventies brengen ze bij voorkeur onder bij de huisarts en roepen dus niet telkens een nieuwe organisatie in het leven, zoals in ons omringende landen. Het belang van de eerste lijn wordt vaak geroemd in de politiek.

## De discussie

De vraag uit het begin van dit stukje is relevant als je probeert al deze trends met elkaar in verband te brengen. Kan de huisarts in de toekomst de rol van generalist en familiedokter blijven combineren? Of gaan we geleidelijk naar een netwerk van laagdrempelige generalistische zorg die wordt geleverd door een willekeurige generalist in een eerstelijnscentrum, een algemeen ziekenhuis, een arbodienst of zelfs een inloopcentrum zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg onlangs voorstelde? Is de zorg door een gespecialiseerde verpleegkundige – onder leiding van een huisarts of specialist – dicht bij huis gewaarborgd voor de patiënt met een chronische aandoening? En zal de familiedokter dan vooral een rol spelen als de patiënt en zijn familie een medisch coach of case manager nodig hebben? Deze discussie is essentieel voor de ontwikkeling van ons zorgstelsel in de toekomst en voor de opleiding van de huisarts. En daarom is het goed dat we die voeren.



H&W 11 01.indb 33 20-12-10 11:23

## Interview met Mariëlle van Avendonk:

# ‘Iedere patiënt verdient dat je goed overweegt of insuline bij hem of haar wel nodig is’

Afgelopen najaar promoveerde Mariëlle van Avendonk op haar proefschrift *Insulin therapy in type 2 diabetes patients. Balancing between evidence and experience*. In een interview vertelt ze over de aspecten uit haar onderzoek die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

### Bij een biertje...

Van Avendonk vertelt dat ze niet echt een ‘vrije keuze’ had toen het ging om het onderwerp van haar onderzoek. ‘Ik was huisarts, maar werd ziek, dus ik wilde iets anders gaan doen. Eerst was dat een “gewoon”, kleinschalig onderzoek naar de invoering van een diabetespas in de huisartsenpraktijk. Nog voor dat onderzoek helemaal was afgerond ging ik naar een congres in Duitsland om over de eerste resultaten te vertellen. Daar kwam ik Guy Rutten – mijn promotor – tegen, en gezeten aan een picknicktafel vol met pullen bier vroeg hij of ik onderzoek bij hem wilde doen. Misschien dat al dat bier hielp… ik heb er in elk geval na even nadenken “ja” op gezegd. Maar het feit dat ik op deze manier aan mijn onderzoeksonderwerp ben gekomen, wil niet zeggen dat ik het niet interessant of leuk vond.’

### Onduidelijkheden bij insuline

Omdat het onderzoek enkele jaren in beslag heeft genomen en de ontwikkelingen in de diabeteszorg erg snel gaan, zijn de eerste hoofdstukken van het proefschrift alweer door de tijd ingehaald. Van Avendonk: ‘Toen ik aan mijn onderzoek begon, in 2005, was de organisatie van de diabeteszorg heel anders dan nu. Door de komst van de diabeteszorggroepen is veel verbeterd.’

Maar volgens Van Avendonk bevat het proefschrift ook een belangrijke boodschap die nog uiterst actueel is: ‘Pijnlijk genoeg is er nog maar weinig bekend over insulinetherapie. Onze bevindingen bevestigen dat het eenmaal daags toevoegen van basaal insuline aan orale glucoseverlagende middelen het beste startpunt is. Maar het effect van alle volgende stappen – van één naar twee of meer injecties per dag – is verre van duidelijk. Je denkt als huisarts dat alles rond insulinegebruik helder en evidence based is, maar er is nog heel veel onbekend. Wat zijn de effecten op lange termijn? Moet je insuline wel voorschrijven bij oudere mensen met veel comorbiditeit? Hoe zit het precies met bijwerkingen, de hypo’s en de gewichtstoename? Natuurlijk, insulinetherapie is zeker nodig. Maar een NHG-Standaard, waarin alles in protocollen is vervat, is misschien niet van toepassing op de individuele patiënt die tegenover je zit. Volgens mij verdient elke patiënt dat je goed overweegt of insuline bij hem of haar wel nodig is en, zo ja, welke. Als huisarts word je daar niet blij van, maar als patiënt des te meer.’

### Kwaliteit van leven

‘In mijn onderzoek blijkt de ervaren kwaliteit van leven bij insulinegebruikende patiënten sterk achter te blijven bij die van patiënten zonder insuline’, vertelt Van Avendonk. ‘Ik moet daarbij weliswaar een slag om de arm houden, want ik heb niet onderzocht waaróm patiënten die insuline gebruiken zo’n lage kwaliteit van leven ervoeren. Misschien ligt de oorzaak niet in het insulinegebruik, maar komt het doordat het juist de ernstiger patiënten zijn die insuline nodig hebben, ook al hebben we voor veel van deze factoren gecorrigeerd. Evenmin is bekend hoe lang de in dit deel van mijn onderzoek geïncludeerde patiënten al insuline gebruikten. Je mag aannemen dat in de beginfase de ervaren kwaliteit van leven wel positief is, want dan gaat de suiker omlaag en voelt de patiënt zich beter. Maar kennelijk gaat dat welbevinden later omlaag. En al kan ik dus geen harde uitspraken doen over de oorzaken daarvan, toch vond ik dit een uitkomst van het onderzoek die tot nadenken stemt.’

### Voor- en nadelen afwegen

Vindt Van Avendonk dus dat de huisarts wel wat terughoudender kan zijn bij het overzetten van zijn patiënten op insuline? ‘Ja, feitelijk wel. Het is bij bepaalde groepen patiënten goed om nog even na te denken over de voor- en nadelen van insuline. Bekijk de patiënt in z’n geheel en stap niet meteen bij een te hoog HbA1c over op insuline. Als je er geen acute problemen mee veroorzaakt, kun je er ook voor kiezen om dat HbA1c wat hoger te laten. Neem bijvoorbeeld een oudere patiënt met een levensverwachting van nog een jaar of tien; dan kun je wel insuline voorschrijven ter preventie van cardiovasculaire problemen op langere termijn, maar als die patiënt daardoor dagelijks hypo’s krijgt kun je dat volgens mij beter laten. Bovendien zijn er recentelijk diverse onderzoeken gedaan die aantonen dat een láág HbA1c ook tot toename van mortaliteit leidt. Voor mij is dat nóg een reden om te denken: doe het bij sommige patiënten maar niet.’

### Verwijzen bij complexe zorg

In haar proefschrift schrijft Van Avendonk dat het wellicht verstandig is om bij complexe problematiek de patiënt te verwijzen naar



H&W 11 01.indb 34 20-12-10 11:23

specialisten op het gebied van de diabeteszorg. 'Huisartsen hebben nu eenmaal relatief weinig patiënten die starten met insulinetherapie en ze zijn zelf vaak ook huiverig voor de begeleiding daarvan. Ze voeren gebrek aan kennis, tijd en geld aan voor die terughoudendheid. En je kunt aan die kennis wel wat doen in de vorm van educatie, maar als de huisarts die vervolgens weinig in praktijk kan brengen, krijg hij ook nooit zelfvertrouwen op dit terrein. Het simpele opstarten van insuline kan de huisarts echter prima zelf doen. Maar als het complexer wordt, is het wellicht beter om de zorg over te dragen aan iemand die daarin is gespecialiseerd, zoals een kaderhuisarts, diabetesverpleegkundige of specialist.'

## Weg met de sulfonylureumderivaten?

Als de huisarts start met insuline, dan is dat – conform de standaard – náást de bestaande orale therapie met metformine en sulfonylureumderivaten (SU's). Van Avendonk heeft onderzocht of dat een goede behandelingswijze is. 'In de internationale literatuur staat dat je in elk geval moet doorgaan met metformine, want dat geeft minder gewichtstoename, er is minder insuline nodig, er zijn minder hypo's en metformine geeft minder microvasculaire complicaties. Maar als het gaat over het voortzetten van SU's dan is de internationale literatuur verdeeld. Het zou voordelen kunnen hebben, maar ook nadelen. Wij hebben dus een trial opgezet waarbij patiënten die startten met insuline én bij wie de metformine werd voortgezet, werden gerandomiseerd naar wel of niet voortzetten van de SU's. Helaas liep de inclusie heel slecht; ik heb letterlijk het hele land doorgereisd op zoek naar patiënten en kon er uiteindelijk maar 39 includeren. Dat is erg jammer, want nu blijft het een *underpowered* deel van mijn onderzoek en kan ik geen al te harde uitspaken doen. Dit terwijl uit het onderzoek naar voren kwam dat er geen enkel verschil was tussen beide groepen als het gaat om de bètacelfunctie van de pancreas, hetgeen we wel hadden verwacht. De bètacelfunctie werd dus niet beïnvloed door de SU's, maar er waren wél significant meer hypo's in de SU-groep. Daar was bovendien een grotere gewichtstoename, zij het dat dit laatste niet een significant groot verschil was.
Het is dus spijtig dat dit deel van mijn onderzoek *underpowered* was. Anders zou ik in de standaardenwerkgroep zeggen: stop maar met die SU's, ook al heb je dan wat minder insuline nodig.'

## Zeeën van tijd

Wat zijn de plannen van Van Avendonk nu het onderzoek is afgerond en er weer 'zeeën van tijd' zijn waarover ze kan beschikken? 'Ik vind het voorlopig nog even heerlijk dat het onderzoek achter de rug is, maar er moeten nog heel veel artikelen over worden ingediend voor publicatie, dus ik ben op dit moment nog net zo druk als tijdens het onderzoek. Wel heb ik voor het eerst in lange tijd weer eens een boek kunnen lezen en dat was erg fijn!'
Van Avendonk heeft bij het NHG een dienstverband van twee dagen per week, bij de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschapsbeleid. 'De standaard Obesitas is net afgerond; we zijn nu net begonnen met de actualisering van de standaard Angststoornissen. En verder weet ik nog niet wat ik ga doen, ik kijk wel wat er op mijn pad komt. Het moet wel meer worden dan mijn huidige aanstelling van twee dagen per week, want van zo weinig uren werken word ik op den duur horendol.'
Zou Van Avendonk ooit nog aan een nieuw onderzoek beginnen? 'O ja, zeker! Ik vond het erg leuk om te doen. Maar dan moet het wel onderzoek zijn met een kleinere opzet. Ik zou bijvoorbeeld wel willen meedenken, meesturen, mee-uitvoeren bij een onderzoek. En schrijven vind ik leuk. Dus wie weet!'

*Ans Stalenhoef*



H&W 11 01.indb 35 20-12-10 11:23

# Ernstige infecties bij kinderen met koorts

*Gijs Elshout*

## Inleiding

Kinderen met koorts hebben meestal een onschuldige, zelflimiterende ziekte, maar artsen moeten alert zijn op ernstige infecties. Australische onderzoekers gingen na hoe goed artsen op de spoedeisende hulp (SEH) de kans op een ernstige bacteriële infectie (EBI) konden inschatten.[1] Daarnaast ontwikkelden en valideerden zij een klinisch model om EBI's op te sporen.

## Onderzoek

**Design** Een prospectief cohortonderzoek op de SEH van een Australisch kinderziekenhuis. De onderzoekers includeerden kinderen die jonger waren dan vijf jaar en voldeden aan één van de volgende criteria: temperatuur van > 38 °C, ouders die meldden dat het kind 'heet aanvoelt' of een aan koorts gerelateerd probleem. Exclusiecriteria waren: verwijzing door een ander ziekenhuis, kanker, transplantaties en vermoeden van mishandeling. De onderzoekers volgden de kinderen tot ze werden gediagnosticeerd met een EBI of als ze > 24 uur koortsvrij waren.

**Variabelen** De artsen moesten na hun klinische beoordeling – maar vóór het binnenkomen van eventuele uitslagen van aanvullende tests – de kans schatten dat hun patiënt een van tien mogelijke diagnoses had (onder andere EBI's, klinisch aanwezige infecties en virale ziektes). De diagnose van een EBI werd gesteld op basis van radiologie en kweekuitslagen of, bij twijfel, een consensus door een comité dat was geblindeerd voor klinische informatie. De onderzoekers maakten een model voor urineweginfectie, pneumonie en bacteriëmie. Meningitis, osteomyelitis en septische artritis kwamen te weinig voor om een betrouwbaar model voor te kunnen maken. Kinderen met klinisch gediagnosticeerde infecties die mogelijk waren veroorzaakt door een bacterie (zoals otitis media) werden apart geanalyseerd voor de risicoschatting van de artsen, maar werden bij de ontwikkeling van het model gecategoriseerd als niet-ernstige bacteriële infectie. De onderzoekers testten 40 klinische kenmerken op significante bijdrage aan het model.

**Resultaten** Tijdens de onderzoeksperiode waren er 15.781 consulten van kinderen met koorts. De prevalenties waren: urineweginfectie 3,4%, pneumonie 3,4% en bacteriëmie 0,4%. Voor het opsporen van bacteriële infecties hadden de artsen een lage sensitiviteit (10 tot 50%), maar een hoge specificiteit (90 tot 100%). De artsen zouden dus zonder aanvullend onderzoek veel gevallen missen, maar bij weinig kinderen ten onterechte een bacteriële infectie diagnosticeren. Op basis van significantie kwamen uiteindelijk 28 variabelen in het predictiemodel. Het model kon, ook na validatie in een andere groep patiënten, een ernstige bacteriële infectie beter voorspellen dan de artsen. Voor alle ernstige bacteriële infecties waren deze variabelen voorspellend: algemeen zieke indruk, verhoogde temperatuur, geen vochtintake in de afgelopen 24 uur, verlengde capillaire refill en chronische ziekte.

**Conclusie** De auteurs concluderen dat het model mogelijkheden biedt om EBI's beter op te sporen en daarmee de behandeling te verbeteren.

## Interpretatie

Dit model om EBI's bij kinderen met koorts beter op te sporen is aantrekkelijk, maar vooralsnog ongeschikt voor de huisartsenpraktijk. Het model is ontwikkeld in een tweede- en derdelijnspopulatie waar de gecombineerde prevalentie van de onderzochte EBI's 7,2% was. De incidentie (bij kortdurende ziektebeelden vergelijkbaar met prevalentie) van ernstige infecties in de eerste lijn is met 1% beduidend lager.[2] Het is daarom de vraag of het model in de eerste lijn net zo'n goede voorspellende waarde heeft.[3]

Het lijkt vreemd om klinisch gediagnosticeerde bacteriële infecties bij het ontwikkelen van het model te classificeren als niet-EBI's. Voor deze aandoeningen is een model minder noodzakelijk, omdat de diagnose relatief eenvoudig kan worden gesteld. Voor de validiteit van het model was het echter beter geweest om deze groep geheel uit de analyse te verwijderen.

Het model telt 28 variabelen die gecombineerd een kans op een EBI geven. Zonder computerondersteuning is dit model onbruikbaar en zelfs dan is het de vraag of het invullen van deze hoeveelheid determinanten haalbaar is in de dagelijkse praktijk.

Meningitis kwam ten slotte te weinig voor om hier een betrouwbaar model voor te maken. Dit kan verklaren waarom bepaalde klinische symptomen (zoals nekstijfheid en petechiae) niet in het model staan. Hierdoor is het model beperkt bruikbaar.

Kortom, het onderzoek biedt mogelijkheden, maar die moeten nader worden uitgewerkt. Tot die tijd moeten we onze eigen afwegingen maken.

**Auteursgegevens**

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: G. Elshout, aiotho.

Correspondentie: g.elshout@erasmusmc.nl.

**Literatuur**

1 Craig JC, Williams GJ, Jones M, Codarini M, Macaskill P, Hayen A, et al. The accuracy of clinical symptoms and signs for the diagnosis of serious bacterial infection in young febrile children: prospective cohort study of 15781 febrile illnesses. BMJ 2010;340:c1594.

2 Van den Bruel A, Bartholomeeusen S, Aertgeerts B, Truyers C, Buntinx F. Serious infections in children: an incidence study in family practice. BMC Fam Pract 2006;7:23.

3 Thompson MJ, Van den Bruel A. Diagnosing serious bacterial infection in young febrile children. BMJ 2010;340:c2062.



H&W 11 01.indb 36 20-12-10 11:23

# Multifocale brillen en valpreventie

*Brent Veldman*

## Inleiding

Ieder jaar valt ongeveer 30% van de thuiswonende 65-plussers. Een slechte visus verhoogt het valrisico en interventies die de visus verbeteren (zoals cataractoperaties) laten een gunstig effect zien op het totale aantal vallen. Er zijn aanwijzingen dat multifocale brillenglazen een beeld geven met minder contrast en dat ouderen hierdoor minder diepte zien. Ook kunnen multifocale glazen een onregelmatig beeld geven op de grens tussen beide scherptes. Ouderen met dit type glazen zouden daarom meer risico kunnen lopen om te vallen. Zo luidt althans de hypothese in dit Australische onderzoek waarbij de auteurs hebben onderzocht of het dragen van een gewone bril tijdens buitenactiviteiten (zoals wandelen) het aantal vallen vermindert.

## Onderzoek

**Design** Een gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek waarin 606 ouderen met een gemiddelde leeftijd van 80 jaar werden onderzocht. Het onderzoek is uitgevoerd in Australië. Alle deelnemers waren thuiswonend en droegen ten minste drie keer per week een multifocale bril tijdens buitenactiviteiten. De follow-upduur bedroeg 13 maanden en er was een maandelijkse evaluatie.

**Interventies** Deelnemers in de interventiegroep kregen een bril zonder leesgedeelte aangemeten en kregen vervolgens de instructie om de bril op te zetten tijdens buitenactiviteiten zoals wandelen en winkelen.

**Uitkomstmaten** De belangrijkste uitkomstmaat was het totale aantal vallen, waarbij de onderzoekers tevens keken naar letsels als gevolg van het vallen. Secundaire uitkomstmaten waren kwaliteit van leven, angst om te vallen en het niveau van lichamelijke activiteit na 12 maanden.

**Statistische analyse** De onderzoekers voerden de analyses uit volgens het intention-to-treatprincipe. Om het aantal vallen in de groepen te vergelijken voerden ze een *negative binomial regression*-analyse uit. Ze deden subgroepanalyses om te bepalen of het valrisico en het niveau van lichamelijke activiteit van invloed was op het effect van de interventie.

**Resultaten** Van de 305 deelnemers in de interventiegroep kregen er 275 (90%) binnen twee maanden een nieuwe bril aangemeten. Van alle deelnemers bleven er 597 (99%) beschikbaar voor follow-up. Bij de interventiegroep werden in totaal 8% minder vallen geconstateerd dan in de controlegroep (*incidence rate ratio* 0,92; 95%-BI 0,73-1,16). De interventie bleek het aantal vallen significant te verminderen bij ouderen die regelmatig naar buiten gingen (*incidence rate ratio* 0,60; 95%-BI 0,42-0,87). Bij ouderen die relatief weinig buiten kwamen, bleek in de interventiegroep het aantal vallen juist te zijn toegenomen.

**Beschouwing** De onderzoekers concluderen dat het dragen van glazen zonder leesgedeelte een effectieve valpreventie is bij ouderen die veel buitenactiviteiten hebben. Tegelijkertijd geven ze aan dat deze interventie mogelijk schadelijk kan zijn voor ouderen die weinig buiten komen.

## Interpretatie

Het verbeteren van de visus blijft een belangrijke pijler in het verminderen van de valkans bij ouderen. Een belangrijk positief punt bij dit onderzoek is dat de onderzochte populatie goed vergelijkbaar is met de populatie in de Nederlandse huisartsenpraktijk. Helaas is de vermindering van 8% op het totale aantal vallen niet significant. De onderzoekers wijten dit aan het feit dat de interventie vooral was gericht op buitenactiviteiten. Hierdoor is het onwaarschijnlijk dat de interventie het aantal vallen in huis zou verminderen. Dit zou een goede verklaring zijn voor het gebrek aan statistisch bewijs voor de gehele groep. Ook is te verwachten dat een interventie die is gericht op activiteiten buitenshuis niet zal werken bij ouderen die veelal in huis blijven. Bij deze groep zagen de onderzoekers zelfs een significante toename van het aantal vallen. Ze geven hiervoor als verklaring dat deze ouderen verschillende brillen misschien verwarrend vinden. Ook zouden ze door de interventie mogelijk een onterecht gevoel van vertrouwen hebben gekregen, met alle risico's van dien.

Toch lijkt de interventie bij dit onderzoek, een verbetering van de visus bij buitenactiviteiten, wel degelijk een positieve invloed te hebben op het valrisico bij de groep ouderen die vaak buiten komt. Dit sluit goed aan bij eerder onderzoek dat aangeeft dat een verbetering van de visus succesvol is. Uiteraard blijft het voor de huisarts belangrijk om zich af te vragen of deze interventie ook bij zijn patiënt een verbetering geeft. De kwetsbare oudere met verminderde mobiliteit zal niet vaak buiten komen en van deze interventie daarom niet veel voordeel hebben. Een afname van de visus en een toename van het valrisico ligt bij hen zelfs op de loer. Maatwerk voor de individuele oudere is en blijft van het grootste belang.

**Auteursgegevens**

AMC/UvA, afdeling Huisartsgeneeskunde, Divisie Klinische Methoden & Public Health, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam: B. Veldman, kaderhuisarts ouderengeneeskunde.

Correspondentie: b.veldman@amc.uva.nl

**Literatuur**

1 Haran MJ, Cameron ID, Ivers RQ, Simpson JM, Lee BB, Tanzer M, et al. Effect on falls of providing single lens distance vision glasses to multifocal glasses wearers: VISIBLE randomised controlled trial. BMJ 2010;340:c2265.



H&W 11 01.indb 37 20-12-10 11:23

# Bijwerkingen

Het lukte mij maar niet om de batterij kanonnen dezelfde richting uit te krijgen. Zo'n twintig stuks geschut stond erbij als een zooitje ongeregeld, terwijl ik zonder verrekijker zó kon zien dat de vijand tegenover ons zijn zaakjes prima had geregeld. Hoe moeilijk kon dat eigenlijk zijn? We hadden het honderden keren geoefend. De veldtelefoon deed het ook al niet, zodat ik te voet van het ene geschut naar het andere moest rennen om de nodige commando's te geven. Ik begreep niet waarom zullie-van-de-overkant geen gebruikmaakten van onze chaos, want die moest ook voor hen met het blote oog waarneembaar zijn geweest.
Enkele soldaten lieten mij weten honger te hebben, wat mij eraan herinnerde dat ik al in geen dagen een keukenwagen had gezien. Desgevraagd wist een wakkere kracht mij te vertellen dat de man die daarover ging even koffie was gaan drinken bij zijn moeder in het verre Holland.
De kanonnen maakten nog steeds nauwelijks enige gelijkgerichte vorderingen. Wel sprak een van de bemanningen mij erop aan dat hun kanon midden in een veld met klaprozen stond. Of ik dat niet, net als zij, eigenlijk heel jammer vond en of zij hem dan maar niet beter wat konden verplaatsen. Ik was intussen in gesprek geraakt met een aalmoezenier die vroeg of er nog gevochten ging worden, want zolang de soldaten nog zo op hun gemak waren, was er voor een dienaar Gods weinig uit te richten.
Toen ik vervolgens de geschutsbemanning meegaand een ander, klaproosvrij plekje toewees, reageerden zij verontwaardigd: daar zat het vol met hagedissen, de ene nog mooier en groter dan de andere!

Die penalty had ik nooit moeten geven, daar had de kolonel gelijk in. Het was wel hands, maar zeker niet opzettelijk. Ik kon me het geloei van het legioen wel voorstellen. Het leek mij het verstandigst er maar tussenuit te knijpen, want ook aan de kanonnen veranderde niets. Ik pakte mijn dekbed en kussen onder de arm en ging naar mijn slaapkamer. Om de vijand niet onnodig te helpen, liet ik het licht uit. Op de plaats waar ik mijn bed wist, gooide ik het dekbed en kussen neer om vervolgens onder oorverdovend lawaai over het drumstel van mijn zoon te struikelen…
Ik was uiteraard meteen klaarwakker en liep langzaam alle onderdelen van mijn lijf langs om te kijken waar ik schade had opgelopen. Dat bleek wonderwel nergens het geval te zijn. De enige pijn die ik voelde, was die waarvoor ik (onder nog veel meer) morfinehoudende pleisters had geplakt. Nou is het bij mij een groot probleem dat bij de meeste medicijnen die ik slik de bijwerkingen wél optreden, terwijl er weinig te merken valt van de hoofdwerking waarvoor ze worden voorgeschreven.
De volgende ochtend bleek uit een kleine reconstructie en wat getuigenverklaringen van mijn vrouw dat ik die nacht in vier vertrekken had vertoefd, meubilair had verzet en de tv had aangelaten.

Mijn trouwe makker, de non-hodgkin, was enkele jaren als een vulkaan in ruste, maar in oktober besloot hij weer tot een eruptie. De bloedwaarden verslechterden, zodat ook de discussie weer werd geopend over het al dan niet overgaan tot enkele chemokuren teneinde de foute eiwitten een lesje te leren. (Ik rapporteerde u zojuist al over wat de werkingen en de bijwerkingen vaak bij mij doen…!)
Sinds vier maanden ben ik ook de trotse bezitter van een groot ulcus aan mijn onderbeen, dat met geen mogelijkheid dicht wil en grenzeloos pijnlijk is. Weer nieuwe discussies: is het ulcus de aanleiding voor het weer oplaaien van de ziekte, of is het een gevolg van de condities die de ziekte nou eenmaal met zich meebrengt? Om de wond schoon te houden vervangt mijn liefhebbende echtgenote – haar van Nightingale – tweemaal daags het wondgaas, nadat zij dat eerst geheel heeft doordrenkt met WC-eend. Voor de kenners: dit met 'eu' = 'goed' beginnende middel heet 'eusol' en is paraffine met chloor. En om de oorlogssituatie van het begin er nog maar eens bij te halen: het aanleggen van zo'n nieuw WC-eendverband doet zó allemachtig zeer, dat de vijand alleen het flesje maar zou hoeven pakken om mij alle, maar dan ook álle geheime informatie onmiddellijk te laten verraden.

Mijn leven wordt op dit moment goeddeels gedomineerd door polibezoeken en het slikken van pijnstillers. Verder tracht ik door te surfen op het net zoveel mogelijk te snappen van mogelijke oorzaken, verbanden et cetera. En hoe aardig en toegewijd de specialisten ook zijn, meedenken over de grenzen van hun eigen specialisatie heen brengen ze niet op. 'U reageert altijd overal anders op dan de andere patiënten', waarna zij zich ontslagen lijken te voelen van de noodzaak nieuwe sporen te onderzoeken. Ik snap als weldenkend mens niet dat men geen grotere nieuwsgierigheid heeft wanneer iets of iemand van het verwachte patroon blijkt af te wijken. Er is niet alleen bij de politie sprake van tunnelvisie.

*Hans van der Voort*
hvdvoort@knmg.nl



H&W 11 01.indb 38 20-12-10 11:23

De toetsvragen zijn afkomstig van de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoetsen van Huisartsopleiding Nederland. De vragen zijn altijd als juist/onjuist geformuleerd. De antwoorden worden verzorgd door de afdeling Implementatie van het NHG.

## Vragen

Mevrouw De Koning, 23 jaar, komt bij de huisarts op het spreekuur. Ze is 28 weken zwanger en heeft de laatste week last van vaginale jeuk en afscheiding. Bij onderzoek constateert de huisarts een candida vaginitis. Hij schrijft een eenmalige dosering vaginaal clotrimazol voor met applicator.

**1.** *Clotrimazol is gecontraïndiceerd tijdens de zwangerschap.*

**2.** *Gebruik van een applicator is gecontraïndiceerd tijdens de zwangerschap.*

Mevrouw Hendriks, 45 jaar, is moeder van twee kinderen van 6 en 8 jaar. Ze komt op het spreekuur omdat ze recent een zwelling in haar borst heeft ontdekt. Haar moeder overleed op 47-jarige leeftijd aan de gevolgen van een gemetastaseerd mammacarcinoom. Een aantal jaren geleden had mevrouw Hendriks ook een knobbel in haar borst en toen is er een fibroadenoom uit haar borst verwijderd. Zij gaf haar kinderen geen borstvoeding. Mevrouw Hendriks heeft een verhoogd risico op borstkanker omdat haar moeder op jonge leeftijd borstkanker kreeg. Andere risicofactoren in de anamnese van mevrouw Hendriks zijn:

**3.** *fibroadenoom in de voorgeschiedenis;*

**4.** *leeftijd bij de geboorte van het eerste kind.*

De dienstdoende aios heeft in de avonddienst bij Jannes, 2 jaar, een koortsconvulsie geconstateerd. Ter coupering dient hij Jannes een rectiole met 5 mg diazepam toe. Na tien minuten vertoont Jannes nog steeds trekkingen. De aios besluit om Jannes een tweede rectiole te geven met dezelfde dosis.

**5.** *Het toedienen van een tweede rectiole is in dit geval correct.*

Correspondentie over de vragen is mogelijk via: Secretariaat Huisartsopleiding Nederland, rubriek H&W, Postbus 20072, 3502 LB Utrecht of per e-mail: secretariaat@huisartsopleiding.nl.

Tijdens de nabespreking met de opleider op de huisartsenpost komen verwijscriteria bij koortsconvulsies aan bod. De opleider beweert dat doorverwijzing is aangewezen als een koortsconvulsie optreedt bij een kind ouder dan vier jaar.

**6.** *De bewering van de opleider is correct.*

Mevrouw Beekman komt met haar drie maanden oude dochtertje op het spreekuur. Al vanaf de geboorte heeft zij meer tranen in het linkeroog; sinds enkele weken is er nu ook geregeld pus in het linkeroog. Bij onderzoek ziet de huisarts, behalve wat geel secreet in het linkeroog, geen afwijkingen.
De huisarts stelt de diagnose 'dacryostenose'. Zij overweegt het meisje te verwijzen. In dit geval pleit voor verwijzing:

**7.** *de leeftijd van het meisje;*

**8.** *het feit dat tranenvloed is overgegaan in pus.*

Vader komt met zijn zoontje Dennis, drie weken, op het spreekuur. Hij vertelt dat er sinds een week een paars bultje te zien is op de linkerpols van Dennis en hij wil graag weten wat dat is. Moet hij zich zorgen maken? De huisarts ziet een iets verheven, blauwgrijs doorschemerende zwelling met een diameter van 3 tot 4 cm die bij palpatie wat sponsachtig aanvoelt. Dennis lijkt er geen last van te hebben. Op grond van anamnese en onderzoek stelt de huisarts dat hier sprake is van een caverneus hemangioom. Zij legt uit dat deze aandoening (1) in de eerste maanden groeit en (2) na het eerste levensjaar spontaan weer zal afnemen.

**9.** *Uitleg 1 is correct.*

**10.** *Uitleg 2 is correct.*

De antwoorden staan op pagina 48.



H&W 11 01.indb 39 20-12-10 11:23

# Symptomatische urolithiasis en alfablokkers

*Marjan Verbeek, Martijn Verlaan, Marijke den Uijl, Gerard Hurenkamp, Eric Moll van Charante*

**Vraagstelling** Voor patiënten met heftige koliekpijn bij urolithiasis zijn er weinig andere opties dan symptoombestrijding. De NHG-Standaard Urinesteenlijden vermeldt dat de huisarts het off-labelgebruik van tamsulosine kan overwegen.[1] Voor ons reden om dit vrijblijvende advies uit 2005 nader te bestuderen. Dragen alfablokkers in de behandeling van symtomatische urolithiasis bij aan versnelde passage en/of pijnreductie?

**Zoekstructuur** Zoektermen in PubMed: Urolithiasis AND alpha blocker. Limits: Humans, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, English, Publication Date from 2005/08/01 to 2010/03/01. Literatuur voor 2005/08/01 is meegenomen in de besluitvorming van de huidige NHG-Standaard.

**Resultaten** De zoekstrategie leverde 44 artikelen op: 14 reviews en 30 RCT's. Geëxcludeerd werden RCT's in combinatie met lithotripsie (vergruizen) (9), stents (3), corticosteroïden (1), tweedecyclusbehandeling (1), kinderen (1) en bijwerkingen (1). Dit resulteerde in 14 RCT's die nog niet in de besluitvorming van de NHG-Standaard waren meegenomen. Recent verscheen een review waarin 9 van deze RCT's zijn verwerkt.[2] We hebben ons op deze review geconcentreerd en op de 5 RCT's die niet in deze review werden meegenomen.[2-7]

AMC/UvA, afdeling Huisartsgeneeskunde, Meibergdreef 5, 1105 AZ Amsterdam: M. Verbeek, aios; M. Verlaan, aios; M. den Uijl, aios; dr. G. Hurenkamp, huisarts-docent; dr. E. Moll van Charante, huisarts-onderzoeker.
Correpondentie: g.j.hurenkamp@amc.uva.nl

**Bespreking** Het systematische literatuuronderzoek beschrijft 29 RCT's; slechts twee RCT's waren placebogecontroleerd, slechts één dubbelblind.[2] Van de vijf niet in de review opgenomen RCT's waren er twee dubbelblind en drie placebogecontroleerd.[3,4,7] De onderzoekspopulaties waren relatief klein (30 tot 50 patiënten in behandelingsgroep). Alle patiënten konden zonodig pijnmedicatie krijgen. De resultaten zijn samengevat in de *tabel*. De passageratio is bij de review en bij drie RCT's significant hoger in de alfablokkergroep.[2,3,5,7] De tijd tot passage is bij twee RCT's significant korter, het aantal benodigde pijnstillers is bij twee RCT's significant lager bij alfablokkergebruik.[3,7]

De gemiddelde tijd tot passage verschilt fors tussen de RCT's; de oorzaak is mogelijk het verschil in steengrootte.[6,7] De RCT's zijn uitgevoerd met relatief kleine onderzoekspopulaties, waardoor een eventueel klinisch relevant verschil (2 à 3 dagen) niet altijd significant was.[4,6] Andersom lijken de gevonden significante verschillen steeds klinisch relevant. De RCT's hebben het effect op pijn op verschillende wijzen weergegeven. Pijnscore en aantal koliekpijnaanvallen kunnen bij 'zonodig' pijnstillergebruik een onderschatting van de pijn geven. Het gebruikte aantal pijnstillers levert waarschijnlijk een betrouwbaardere schatting van het effect van alfablokkers. In deze onderzoeken zijn alleen patiënten geïncludeerd met distale ureterstenen. In de huisartsenpraktijk is de steenlocatie echter meestal onbekend, waardoor het gevonden effect mogelijk kleiner zal zijn. De onderzoekers vonden geen ernstige bijwerkingen. Alfablokkers zijn niet duur en zouden kunnen resulteren in minder pijnstillergebruik en minder vervolgbehandelingen. Niettemin staat niet vast of de behandeling in Nederland kosteneffectief is.

**Conclusie** Het toevoegen van alfablokkers aan de standaardbehandeling lijkt een gunstig effect te hebben op passageratio, tijd tot steenpassage en pijnstillergebruik.

**Betekenis** De RCT's zijn uitgevoerd in ziekenhuispopulaties. Verder onderzoek is noodzakelijk voor plaatsbepaling van alfablokkers bij symtomatische urolithiasis in de huisartsenpraktijk. De aanbeveling blijft derhalve gelijk aan die van de NHG-Standaard: overweeg off-labelgebruik van tamsulosine bij verdenking op symptomatische urolithiasis.

**Literatuur**

*www.henw.org*

Cats, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. A. Knuistingh Neven en dr. J.A.H. Eekhof, LUMC Leiden. Correspondentie: A.Knuistingh_Neven@lumc.nl

| | | Steengrootte (mm) | | | Passageratio | | | Tijd tot passage (dagen) | | | Totaal aantal pijnstillers | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Auteur | n (controle) | Opm. | Alfablokker | Controle | Alfablokker | Controle | | Alfablokker | Controle | | Alfablokker | Controle | |
| Seitz[2] | 2419 (1086) | a,e | NB | NB | 80,5% | 54,3% | ** | NB | NB | | NB | NB | |
| Al-Ansari[3] | 96 (50) | b,f | 5,9 | 6,0 | 82,0% | 60,9% | * | 6,4 | 9,9 | ** | 0,9 | 1,8 | ** |
| Hermanns[4] | 90 (45) | b,e | 4,1 | 3,8 | 86,7% | 88,9% | | 7 | 10 | | 3 | 7 | * |
| Sun[5] | 60 (30) | f | 5,5 | 5,7 | 90,0% | 26,7% | ** | 6 | 7 | | NB | NB | |
| Ferre[6] | 77 (37) | c,d | 3,5 | 3,8 | 77,1% | 64,7% | | 1 | 3 | | 10,2 | 4,3 | |
| Agrawal[7]# | 105 (34) | b,f | 6,4 | 6,4 | 76,4% | 35,2% | * | 13,4 | 24,5 | * | 0,9 | 6,2 | |

\# = gemiddeld effect van beide alfablokkers
NB = niet bekend
* = Statistisch significant verschil tussen ($p < 0,05$) alfablokker en controle
** = Statistisch significant verschil ($p <= 0,001$) tussen alfablokker en controle
a = Systematische review
b = Placebogecontroleerd
c = Intention-to-treatanalyse genoemd, niet uitgevoerd
d = Financiële ondersteuning van onderzoekscommissie
e = Geen financiële ondersteuning
f = Financiële ondersteuning onbekend



H&W 11 01.indb 40 20-12-10 11:23

# Familiezorg voor mishandelde kinderen

*Marco Blanker*

**Context** Ieder jaar wordt wereldwijd een groot aantal mishandelde of verwaarloosde kinderen uit huis geplaatst. Instanties zijn er verantwoordelijk voor dat deze kinderen in een omgeving worden geplaatst die hun veiligheid en welbevinden bevordert. Uit huis geplaatste kinderen vertonen meer leer-, gedrags- en psychologische problemen dan hun leeftijdgenoten. Het is onduidelijk of dit het gevolg is van de uithuisplaatsing zelf, de voorafgaande mishandeling of de manier en organisatie van de opvang.

**Klinische vraag** Is uithuisplaatsing bij familieleden veiliger, duurzamer en beter voor het welbevinden van mishandelde kinderen dan andere vormen van opvang?

**Conclusie auteurs** Deze review ondersteunt de opvang door familie als uithuisplaatsing van mishandelde kinderen nodig is.

**Beperkingen** De conclusies worden getemperd door de uitgesproken methodologische zwaktes van de geïncludeerde onderzoeken, voornamelijk het onvermogen om bij dit onderwerp randomisatie toe te passen.

**Bron** Winokur M, Holtan A, Valentine D. Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment. Cochrane Database Syst Rev 2009; Issue 1. Art.No.: CD006546. Deze review bevat 62 quasi-experimentele onderzoeken met meer dan 500.000 kinderen.

## Commentaar

Mishandelde of verwaarloosde kinderen kunnen uit huis worden geplaatst en ondergebracht in opvanghuizen, in pleeggezinnen of bij familie. Instanties zochten vroeger bij voorkeur pleegouders die geen familieband met het kind hadden. In de afgelopen jaren is die voorkeur verschoven naar familiezorg. Het is onbekend welk type zorg het best is voor deze groep kinderen.

Familiezorg heeft in deze review een brede definitie, namelijk: de zorg voor kinderen door familieleden, leden van een stam of clan (voor de Nederlandse situatie minder relevant), peetouders, stiefouders of andere volwassenen die een familieband met het kind hebben. De auteurs vergeleken familiezorg met de klassieke pleegzorg door pleegouders of -gezinnen zonder familieband met het kind. Ze keken naar verschillen in gedragsproblemen, aanpassingsproblemen, psychiatrische aandoeningen, welbevinden, aantal en lengte van de plaatsingen, kans op terugkeer in het ouderlijk gezin, schoolprestaties en hernieuwde misbruik of mishandeling. Ze presenteerden de gevonden verschillen in statistische significantie.

Voor de meeste van de onderzochte items is er een verschil in het voordeel van familiezorg. Het blijft echter onduidelijk of die verschillen ook klinisch relevant zijn omdat bij de meeste uitkomstmaten geen omvang is weergegeven. Baselinemetingen van gedrags-, leer- en psychologische problemen ontbreken in vrijwel alle onderzoeken. Verder blijft onduidelijk of de twee groepen wel vergelijkbaar zijn omdat pleegouders en familiepleegouders verschillend neigen te rapporteren over voorkomende problemen (pleegouders zouden wat objectiever kunnen zijn). Het ligt evenmin voor de hand dat onderzoekers in vervolgonderzoeken kunnen kiezen voor echte randomisatie. Niet het lot moet immers de plaatsing van een kind bepalen, maar gespecialiseerde instanties/medewerkers die de voor- en nadelen zorgvuldig afwegen. Dit maakt het onderzoeksgebied bijzonder lastig en dit type onderzoek zal dan ook niet snel leiden tot hard wetenschappelijk bewijs voor familiezorg of voor pleegzorg.

Hoewel huisartsen geen beslissende invloed hebben op een uithuisplaatsing van mishandelde of verwaarloosde kinderen, geeft deze review stof tot nadenken. Als verwaarlozing of mishandeling aan het licht komt, zou een huisarts mee kunnen inventariseren of er mogelijkheden zijn om kinderen bij familie onder te brengen. Huisartsen worden bijna altijd geraadpleegd door het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en zij kennen vaak ook andere familieleden. In die zin kunnen huisartsen wel invloed uitoefenen. Dit aspect maakt nog geen onderdeel uit van het NHG-Standpunt Huisartsenzorg en jeugd.

UMC Groningen, disciplinegroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen: dr. M.H. Blanker, huisarts-epidemioloog.
Correspondentie: blanker@belvederelaan.nl

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coördinatie is in handen van dr. F.A. van de Laar, Cochrane Primary Health Care Field, UMC St Radboud Nijmegen.
Correspondentie: F.vandeLaar@elg.umcn.nl.



H&W 11 01.indb 41 20-12-10 11:23

Anne Hermans heeft haar artsopleiding afgerond, deed daarna de tropenopleiding en werkte als tropenarts. Nu wil ze huisarts worden. Het komend jaar doet ze verslag van haar belevenissen. Ze heeft gesolliciteerd voor de huisartsopleiding. Ter voorbereiding op het sollicitatiegesprek heeft het opleidingsinstituut een voorlichtingsbijeenkomst georganiseerd.

# Sollicitatieles

Met moeite vind ik een plekje op het middelste klapstoeltje van de een na laatste rij. De collegezaal zit bomvol wannabe-huisartsen-in-opleiding. Blijkbaar durft niemand afwezig te zijn op deze 'voorlichtingsbijeenkomst voor kandidaat-aios', aangeboden (en verplicht gesteld) door onze beoogde werkgever.

De sessie begint met een uitgebreide beschrijving van de huisartsopleiding (voor diegenen die wel een sollicitatiebrief hebben geschreven, maar zich helaas niet meer herinneren waarvoor). Daarna presenteert het hoofd sollicitatiecommissie, op PowerPoint-sheets, de criteria waarop we tijdens het sollicitatiegesprek worden geselecteerd: motivatie voor de opleiding (en voor juist deze universiteit), kennis van het vak (bewezen door het op de hoogte zijn van huisartsvakliteratuur en actuele artikelen in de media), een cv met een overtuigende 'huisartsgerichte' lijn, een grote leerbehoefte, kennis van de eigen leerstijl, zelfreflectie, het bewust zijn van je kernkwaliteiten en valkuilen, de bereidheid tot levenslang leren en reflecteren…

Bij de achtste sheet begint de dienst van vannacht op de eerste hulp zijn tol te eisen. De letters op het scherm dansen door elkaar, waardoor de sheet meer een woordzoekpuzzel lijkt. Ik schud mezelf wakker. Scherp blijven! Dit is natuurlijk een soort preselectie. Wantrouwig spiek ik om me heen: er zitten vast spionnen in de zaal. Een slimme vraag levert een plusje, maar een hazenslaapje, hoe kort ook, betekent een dikke streep door je naam.

Het hoofd sollicitatiecommissie is inmiddels drie sheets verder, maar de criterialijst is nog lang niet ten einde: omgaan met toetsing, maatschappelijke oriëntatie, visie op de huisarts in de toekomst (wat is je mening over ketenzorg?), wetenschap, samenwerking, communicatie, acculturatie en taal. Het meisje naast me steekt haar hand op: 'Kunt u toelichten op welke wijze we worden getoetst op *taal*?' Gelukkig kan het hoofd sollicitatie dat: 'Woordgebruik en nuance'.

Belangrijk is, vervolgt het hoofd, dat de criteria zullen worden getoetst door vragen die je het best via het STARR-principe kunt beantwoorden: Situatie, Taak, Actie, Resultaat, Reflectie. Na een aantal voorbeelden van vragen en STARR-antwoorden steekt iemand op de eerste rij (had ik daar trouwens niet moeten zitten?) zijn hand op: 'Kunt u een voorbeeld geven van een vraag waarmee u *nuance* test?'

Verward staar ik over de 12 haarbossen van mijn rij heen uit het raam. Op elk hoofd projecteert een letter: IK WIL HIER WEG. Als íets er toe leidt dat ik over twee weken zwetend en met samengeknepen billen bij mijn sollicitatie zal zitten, twijfelend over elk woord –'is dit wel genuanceerd, reflectief, geacculturéerd en STARR?' – dan is het wel deze sessie. Wat is er met de gouden regel gebeurd, dat het vanzelf goed komt als je 'jezelf blijft tijdens een sollicitatiegesprek en oprecht antwoordt?'

Foto: Shutterstock/auremar

Ondertussen is voor in de zaal het hoofd sollicitatiecommissie vervangen door een blonde huisarts in opleiding (aios) die de ervaringen tijdens haar eigen sollicitatiegesprek met ons deelt. Ze vertelt dat haar het vuur behoorlijk aan de schenen werd gelegd en geeft een aantal voorbeelden van vragen die werden gesteld. Weer gaat een vinger omhoog: 'Wat heb jij genoemd als slechte eigenschap?'

Verbaasd kijk ik naar de eigenaar van de vinger. Als zo'n vraag een plusje oplevert, kán dit toch niet mijn opleiding zijn? Het sollicitatiegesprek als mondeling examen, waar de antwoorden van af te kijken zijn: 'Wow! Goede slechte eigenschap heb jij bedacht! Vind je het erg als ik die ook gebruik?'

Is dit het soort opleiding waar alles wordt voorgekauwd en elke kier spontaniteit wordt dichtgekit? Hoor ik hier wel? Ik kan me plotseling nauwelijks meer voorstellen dat ik daar tot een uur geleden nog volledig van overtuigd was. Of is dat soms de truc? Is dit een test, een demotiveringssessie, waarin het kaf van het koren wordt gescheiden, motivatietechnisch dan?

'Maar het belangrijkst tijdens het sollicitatiegesprek (…),' Ik schrik op. De blonde aios beneden blijkt bezig met de afronding van haar verhaal '(…) is om gewoon jezelf te zijn en oprecht te antwoorden. Dan komt het vanzelf goed.' Ze krijgt een daverend applaus.

*Anne Hermans*



H&W 11 01.indb 42 20-12-10 11:23

## Screenen op depressie? Zeker doen!

Karin Wittkampf concludeert op basis van Amerikaanse literatuur dat er geen overtuigend bewijs is voor het nut van screenen op depressie en dat daarvoor dus geen plaats is in de huisartsenpraktijk.[1] Dezelfde conclusie trokken Baas et al. (waaronder Wittkampf) in een Nederlands onderzoek.[2] Eerder concludeerde Klaas van der Meer eveneens dat de winst beperkt lijkt als huisartsen de diagnostiek voor patiënten optimaliseren, screenen bij hoogrisicogroepen en – erg belangrijk – patiënten motiveren tot behandeling.[3]

Vanuit het Partnership Depressiepreventie, gecoördineerd door het Trimbos-instituut, hebben we een andere blik op deze problematiek. De huisarts zou niet moeten screenen op een depressieve stoornis maar op *depressieve klachten*. Bij vroegsignalering is er wel degelijk veel winst te behalen. Uit Nederlands onderzoek dat in toptijdschriften is gepubliceerd blijkt namelijk dat screenen op depressieve klachten in de huisartsenpraktijk effectief en zelfs kosteneffectief is.[4] Met een screener werd nagegaan of mensen al symptomen hadden van een naderende depressie. Zij die positief scoorden op klachten (maar geen echte depressie hadden volgens de CIDI/DSM-IV) kregen de bibliotherapeutische versie van *In de put, uit de put* aangeboden. De controlegroep ontving alleen reguliere eerstelijnszorg. Kosteneffectiviteitsanalyses lieten zien dat de mensen in de experimentele groep beter af zijn dan in de controlegroep (33% grotere kans op een gunstige prognose). Screening en preventie brachten hun eigen kosten met zich mee, maar deze werden volledig gecompenseerd door besparingen als gevolg van minder zorggebruik en hogere arbeidsproductiviteit.

Inderdaad, screenen kan op veel manieren gebeuren. In bovenstaand onderzoek is gescreend door twee vragen te stellen (volgens afspraak met CVZ): (1) hebt u last van depressieve gevoelens en/of interesseverlies? en (2) zijn de klachten van dien aard dat u daarbij hulp nodig hebt? Bij tweemaal ja is er een indicatie. Screening kan zo simpel, snel en betaalbaar worden uitgevoerd. Deze wijze van screenen staat ook in de NHG-Standaard Depressie. Hoe dan ook, veel huisartsen (ruim 60%) screenen niet op depressie[5] en als ze het wel doen, dan alleen onder risicogroepen.[6] Gelukkig zijn er geavanceerdere herkenningstools ontwikkeld (een multivariaat risicoprofiel) die de hoogrisicogevallen er goed uit vissen.[7]

Alleen screenen op depressieve klachten is natuurlijk onvoldoende, aan de uitkomst van de screening moet een preventief aanbod worden gekoppeld. Dan worden de beste resultaten behaald. Het lijkt ons dat huisartsen zich daar best voor kunnen en willen inzetten!

*Agnes van der Poel, Marijke Ruiter*


1 Wittkampf KA. *Screenen op depressie?* Huisarts Wet 2010;53:571.

2 Baas KD, Wittkampf KA, Van Weert HC, Lucassen P, Huyser J, Van den Hoogen H, *et al. Screening op depressie in hoogrisicogroepen levert te weinig op*. Huisarts Wet 2009;52:269-74.

3 Van der Meer, K. *Actief zoeken naar depressie?* Huisarts Wet 2009;52:268.

4 Smit F, Willemse G, Koopmanschap M, Onrust S, Cuijpers P, Beekman A. *Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients*. Br J Psychiatry 2006;188:330-6.

5 Ruiter M, Sinnema H, Van der Lindt S. *Signaleren en screenen depressiepreventie door beroepsgroepen*. Utrecht: Partnership Depressiepreventie/ Trimbos-instituut, 2010.

6 Licht-Strunk E. *De prognose van depressieve 55-plussers in de huisartsenpraktijk: om somber van te worden!* Huisarts Wet 2009;52:522-6.

7 Smit F, Ederveen A, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. *Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression*. Arch Gen Psychiatry 2006;63:290-6.


### Antwoord

Preventie van depressieve stoornissen (zoals bovenstaande auteurs hebben gedaan) is iets anders dan screenen op verborgen depressieve stoornissen in de huisartsenpraktijk. Het wekt dan ook geen verbazing dat de uitkomsten van de onderzoeken niet overeenkomen. In ons onderzoek[1] hebben we gescreend op de aanwezigheid van een, nog niet ontdekte, 'major depressive disorder' (MDD), gemeten met de SCID-I bij hoogrisicopatiënten in de huisartsenpraktijk. Het 'number needed to screen' om 1 extra patiënt te kunnen behandelen bleek 118 patiënten te zijn. Uit ons kwalitatieve onderzoek[2] – waarin we patiënten hebben geïnterviewd die door middel van deze screening te horen hadden gekregen dat ze een MDD hadden – bleek dat patiënten het allemaal positief vonden dat zij actief door de huisarts waren benaderd omdat om hulp vragen voor hen een te hoge drempel was.

De diagnose MDD sloot echter bij een aantal patiënten niet goed aan. Deze patiënten ervoeren een MDD als een ernstige psychiatrische stoornis waarvoor je medicatie zou moeten slikken. Zij ervoeren dit als falen, alsof er met dit label geen weg meer terug was. Ze legden de nadruk meer op externe factoren die hadden geleid tot hun somberheid en stonden daarbij wel open voor hulp. Wij concludeerden dat het biomedische model van MDD niet goed aansloot bij de belevingswereld van de patiënten in ons onderzoek. Het benoemen van de diagnose MDD had een negatief effect, waardoor een deel van de patiënten niet doorstroomde naar een behandeling. Het feit dat bovenstaande auteurs wel een positief effect vonden van hun preventieprogramma verbaast ons niet. Dit preventieprogramma richt zich op patiënten met milde depressieve klachten zonder het label MDD te gebruiken. Daarnaast werden alleen de patiënten geïncludeerd die ook daadwerkelijk hulp wilden voor hun klachten.

*Karin Wittkampf*


1 Baas KD, Wittkampf KA, Van Weert HC, Lucassen P, Huyser J, Van den Hoogen, *et al. Screening for depression in high-risk groups: prospective cohort study in general practice*. Br J Psychiatry 2009;194:399-403.

2 Wittkampf KA, Van Zwieten M, Smits FT, Schene AH, Huyser J, Van Weert HC. *Patients' views on screening for depression*. Fam Pract 2008;25:438-44.

3 Baas KD, Wittkampf KA, Van Weert HC, Lucassen P, Huyser J, Van den Hoogen H, *et al. Screening op depressie in hoogrisicogroepen levert te weinig op*. Huisarts Wet 2009;52:269-74.




H&W 11 01.indb 43 20-12-10 11:23

## Slaap en slaapstoornissen niet geschreven voor de huisarts

*Schenk Carlos* H, *Hamburger Hans* L. *Slaap & Slaapstoornissen*. *Utrecht*: *Kosmos Uitgevers*, 2007. 320 *pagina's*, € 24,95. ISBN 978-90-215-4657-5.

**Doelgroep** Geïnteresseerde patiënten, psychologen, medische studenten, huisartsen en specialisten.

**Inhoud** Het boek bevat een verhandeling over slapen en slaapstoornissen van een Amerikaanse psychiater, een bevlogen slaapspecialist van het eerste uur, werkzaam in een grote slaapkliniek. Het boek begint met een informatief hoofdstuk over slapen. Zo kom je te weten dat de laatste vijftig jaar de slaapduur met twee uur per etmaal is afgenomen. Daarop volgt een hoofdstuk over slapeloosheid dat het echter niet haalt bij het niveau van de NHG-Standaard. Daarna volgen hoofdstukken over OSAS, RLS, hypersomnie en verschillende parasomniën. Zelfs een hoofdstuk over slaapstoornissen bij huisdieren ontbreekt niet. Ook worden de effecten op slaap en slaapstoornissen van een aantal geneesmiddelen beschreven.

**Oordeel** Een boek voor zo'n brede doelgroep, dat kan bijna niet waar zijn, en dat is het ook niet. De schrijver weet veel over slapen en slaapstoornissen en hij laat dat, aan de hand van zijn eigen ervaringen, graag zien. Het boek past daardoor meer in de Amerikaanse cultuur dan in de Nederlandse. Het lijkt niet in de eerste plaats geschreven om de huisarts doelgericht en compact over slapen en slaapstoornissen te informeren. De inhoud van dit boek sluit ook niet aan bij de dagelijkse realiteit van de huisartsenpraktijk. Hoe vaak stuur je nu als Nederlandse huisarts iemand naar een slaaplaboratorium? In dit boek wordt dit in ongeveer elk hoofdstuk aangeraden. Veelal blijft onduidelijk hoe vaak bepaalde slaapaandoeningen voorkomen, of worden er tamelijk hoge prevalentiecijfers genoemd (OSAS 5% prevalentie bij mannen tegen minimaal 0,45 % volgens de NHG-Standaard). Als er al onderzoek wordt vermeld, gaat het zelden om gecontroleerd onderzoek. Het hoofdstuk over medicatie bevat wel een aardige, enigszins ontnuchterende verhandeling over de – subjectief – verbeterde slaap door benzodiazepinen.

Al met al is dit naar mijn mening een voor de modale huisarts niet aan te bevelen boek. Het laat in meer dan 300 dichtbeschreven pagina's veel herhaling zien, het is weinig compact geschreven, en de voor de huisartsenpraktijk relevante punten blijven onderbelicht. Wie zijn diagnostische woordenschat wil uitbreiden komt in dit boek wel goed aan zijn trekken.

Voor wie de tijd heeft en in alles rondom slaap geïnteresseerd is, kan het boek aantrekkelijk zijn. Voor de gemiddelde patiënt lijkt het boek mij, gelet op het taalgebruik, weinig toegankelijk.

*Joop Dopper*

**Waardering ***

## Palliatieve zorg

*Wanrooij* BS, *De Graeff* A, *Koopmans* RTCM, *Leget* CJW, *Prins* JB, *Vissers* KCP, *Vrehen* H, *Zuurmond* WWA (*redactie*). *Palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk*. *Houten*: *Bohn Stafleu van Loghum*, 2010. 331 *pagina's*, € 49,50. ISBN 978-90-313-4031-6.

**Doelgroep** Alle artsen die te maken hebben met ernstig zieke en stervende patiënten.

**Inhoud** Het boek heeft een probleemgeoriënteerde opzet en neemt de lezer aan de hand van zeventien patiëntbesprekingen mee langs de meest voorkomende symptomen. Ieder symptoom wordt aan de hand van casuïstiek methodisch geanalyseerd: de lezer wordt actief uitgenodigd zijn gedachten te formuleren over de oorzaak van het symptoom en daarna volgt een antwoord, onderbouwd door beschikbare achtergrondinformatie over incidentie en oorzaak. Besluitvorming rond de behandeling en de evaluatie daarvan komen op dezelfde manier aan de orde. Tussendoor staan beschouwingen met overwegingen in het denkproces van de arts. Ze maken de uiteindelijke beslissingen voor de behandeling of het te volgen beleid inzichtelijk.

Deze manier van uitwerken stimuleert de lezer om systematisch te werk te gaan bij de analyse van de symptomen. Herkenbare patiëntenverhalen illustreren de problemen en de dilemma's in de palliatieve zorg. De analyse en de behandeling worden bekeken vanuit een medische, psychosociale en existentiële invalshoek. Een dergelijke methode van symptoombeschrijving/behandeling doet recht aan de complexiteit van de problematiek in de palliatieve fase. En daardoor ook aan de patiënt, die zo beter geholpen wordt dan door een standaard voorschrift behorend bij een specifiek symptoom uit



H&W 11 01.indb 44 20-12-10 11:23

een palliatief zakboekje te halen.

**Oordeel** Een interessant boek voor ieder die zich met palliatieve zorg bezighoudt, vooral voor mensen die zich verder willen verdiepen. Als studieboek voor de opleiding tot huisarts of medisch specialist voldoet het aan de doelstelling. In de praktijk zullen veel mensen voor een concrete situatie sneller naar het *Handboek Palliatieve zorg* grijpen. Het boek pretendeert in de samenvatting dat het ook handvatten geeft voor palliatieve zorg bij mensen met een andere culturele achtergrond. Dat is niet zo. Die problematiek is ook te groot om in een boek van 331 pagina's in een hoofdstukje van 4½ bladzijden te behandelen. En voor de omslag zou ik een andere foto kiezen.

*Aty van Aarnhem*

**Waardering** ✱ ✱ ✱ ✱

## Artsen leverden indrukwekkende verzetsbijdrage tijdens de Tweede Wereldoorlog

*Visser* J, *Crul* B, *Lutke Schiphol* I, *Nyst* E (*redactie*). *Witte Jassen en Bruinhemden. Nederlandse artsen in de Tweede Wereldoorlog* Breda: *Reality Bites Publishing*, 2010. 256 *pagina's*, € 19,95. ISBN 978-90-8510-590-9.

**Doelgroep** Geïnteresseerden in de geschiedenis van artsen in de Tweede Wereldoorlog.

**Inhoud** Het boek vertelt aan de hand van 'petites histoires' de geschiedenis van artsen in de Tweede Wereldoorlog. Verschillende verhalen van artsen zijn opgetekend en vormen een beeld onder welke omstandigheden zij moesten werken in die periode. Het geeft inzicht in de morele dilemma's waar zij mee te maken kregen. Enerzijds waren zij betrokken bij het beoordelen van patiënten die op de lijsten voor transport naar de Duitse concentratiekampen stonden, anderzijds werd aan hen ook gevraagd patiënten te verzorgen die nationaal-socialistische sympathieën hadden. De rode lijn in het boek is dat artsen indrukwekkende bijdragen hebben geleverd aan het verzet tegen de Duitse overheersing. Een arts had de mogelijkheid om mensen te redden uit de handen van de Duitsers door bijvoorbeeld valse verklaringen af te geven. Het lukte artsen ook als beroepsgroep eensgezind op te treden, waarbij het van oorsprong verzetsblad *Medisch contact* een belangrijke rol speelde. Het verzetsblad werd door en onder artsen verspreid en aan de hand van hierin geformuleerde gezamenlijke standpunten konden artsen een blok vormen waar de Duitsers niet omheen konden.

**Oordeel** We naderen het moment dat de oorlogsgeneratie niet meer beschikbaar is om deze overleveringen mondeling aan ons door te geven. Het is dan ook goed dat deze verhalen worden opgeschreven. De verhalen vertellen op een indrukwekkende wijze wat een onmenselijke situaties zich in Nederland hebben voorgedaan en welke rol artsen hebben gespeeld om het leed te verzachten. De vraag die je hierbij kunt stellen is: wie gaat het boek lezen? Het gaat over een specifieke beroepsgroep en bevat geen grote nieuwe inzichten die de historische wereld zullen doen schokken. Tot de lezers zullen dan ook diegenen behoren die uit eigen interesse meer over dit onderwerp willen weten.

*Ard Kramer*

**Waardering** ✱ ✱

## Onverklaarbaar bewoond

*Keizer* B. *Onverklaarbaar bewoond. Het wonderlijke domein van de hersenen*. Amsterdam: Uitgeverij Balans, 2010. 256 *pagina's*. € 17,95. ISBN 978-94-600-3222-6.

**Doelgroep** Zowel medici als niet-medici.

**Inhoud** Onverklaarbaar bewoond, dat zijn de hersenen volgens Bert Keizer. Ook nog (of: zeker) na zijn onderzoek op locatie. Hij liep drie maanden als gast mee op de afdeling Neurochirurgie van het VU Medisch Centrum te Amsterdam om 'onder de motorkap' te kijken. Op zoek naar de geheimen van het menselijk brein, door te kijken waar het mis gaat.

Aan de hand van ziektebeschrijvingen gaat Keizer op zoek naar antwoorden op filosofische vragen, zoals wat 'de ziel' eigenlijk is en hoe deze in verband staat met de hersenen. Vele patiënten, hersenaandoeningen en operaties passeren de revue. Daarnaast wordt de dagelijkse gang van zaken op de afdeling beschreven: van röntgenbespreking tot lunchgeroddel en medische of ethische vraagstukken.

De dilemma's waar neurochirurgen onvermijdelijk tegenaan lopen, komen duidelijk aan het licht in dit boek. Maar ook de durf waarmee ze deze tegemoet treden. Want wanneer besluit je (niet) te opereren, hoeveel tumor (en daarmee ook gezond hersenweefsel) verwijder je? En begrijpt de patiënt wel wat je hem uit-



H&W 11 01.indb 45 20-12-10 11:23

legt? De verpleeghuisarts in Keizer komt hier steeds om de hoek kijken, zeker in hachelijke situaties waarbij de baten van het medisch handelen voor de patiënt twijfelachtig zijn.
Het boek beschrijft heftige problematiek, maar leest toch gemakkelijk weg: het herkenbare co-assistentgevoel van 'erbij hangen', inclusief blunders en de pinnige OK-verpleegkundige, wordt afgewisseld met patiënten die aan allerlei hersenafwijkingen lijden. De aparte verhalen lezen bijna als een soap, maar dan wel stevig overgoten met een filosofische saus en met cynisme dat je doet grinniken of rillen (of allebei tegelijk). Maar het hart van het boek vormen de beschouwingen over wie en wat we zijn, en waarom we onszelf nooit zullen doorgronden.

**Oordeel** Het boek laat ons meekijken in de keuken van de neurochirurgie en de hersenziekten, maar dan met een filosofische bril op. Het is geschreven op de voor Bert Keizer zo kenmerkende manier: columnachtige stukjes vol scherpe observaties en humoristische commentaren. Ook goed leesbaar voor niet-medici. Geen verplichte medische kost, maar een interessant portret van een intrigerend vakgebied dat tot nadenken aanmoedigt.

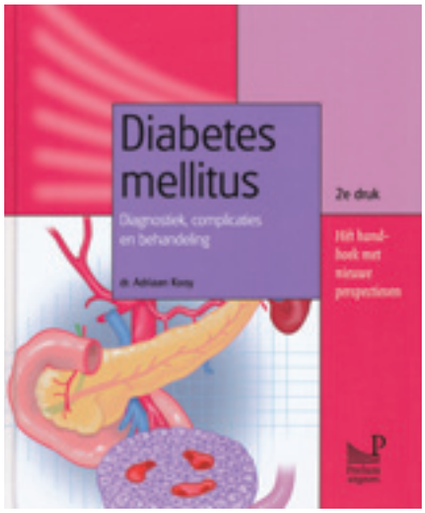
*Suzanne Ligthart*

**Waardering ✱ ✱ ✱**

## Diabetesboek goed maar ingewikkeld

*Kooy* A. *Diabetes mellitus. Diagnostiek, complicaties en behandeling*. *Houten: Prelum uitgevers*, 2010. 212 *pagina's*, € 49,50. ISBN 978-90-8562-093-8.

**Doelgroep** Diabetesprofessionals en huisartsen met interesse voor diabetes.
**Inhoud** In 23 hoofdstukken wordt de hele diabetologie in beeld gebracht. Kleurige tabellen en scherpe foto's illustreren de overzichtelijk ingedeelde tekst. In de tekst wordt nauwelijks verwezen naar onderliggende literatuur, maar elk hoofdstuk sluit af met een lemma 'literatuur' waarin een reeks publicaties staat. Internetverwijzingen zijn schaars.
De auteur behandelt de klassieke diabetesonderwerpen uitvoerig. Zo krijgen de verschillende vormen van neuropathie een gezicht. Een hoofdstuk gaat over de relatie tussen diabetes, insuline en kanker. Insulinetherapie en de praktische vormgeving ervan zijn mooi geïllustreerd. Casuïstiek illustreert het beleid.




Kooy volgt niet altijd de geldende richtlijnen. Zo vindt hij dat etniciteit bij gerichte *casefinding* geen rol speelt. Volgens hem moeten alle patiënten jaarlijks oogheelkundig worden gescreend met een visusmeting en liefst ook met fundoscopie én fundusfotografie. De LTA over nierschade is niet overgenomen. Wel houdt de auteur de medicatieopbouw van de NHG-Standaard Diabetes mellitus uit 2006 aan. Hij bespreekt nieuwe glucoseverlagende medicatie met gepaste terughoudendheid.
Sommige gegevens zijn gedateerd. Zo is een prevalentietabel over diabetische retinopathie uit 1984 achterhaald door de verbeterde behandeling. Dat geldt trouwens ook voor andere complicaties; de auteur noemt niet de sterk verbeterde levensverwachting, hoewel die onlangs in zijn eigen regio werd aangetoond. Verder ontbreekt aandacht voor de interactie tussen psyche en glucoseregulatie en ontbreekt 'depressie' in het register. Dat geldt ook voor 'educatie'. Kooy bespreekt daarnaast geen belevingsaspecten, en het hoofdstuk 'praktische problemen' gaat alleen over technische zaken zoals rijvaardigheid en verzekeringen. Onder 'organisatie' noemt hij wel het diabetescentrum en de diabeteszorggroep, maar niet de Nederlandse Diabetes Federatie en de Zorgstandaard.

**Oordeel** Het boek is zeer verzorgd uitgegeven en heeft de vrolijke uitstraling van een prentenboek. Het is echter bepaald geen kinderlectuur. Kooy veronderstelt op veel plekken een behoorlijk inzicht en leesconcentratie. De illustraties zijn mooi, maar soms ingewikkeld. Zo komt het altijd lastig uit te leggen glucosespiegelverschil tussen veneus plasma en capillair volbloed niet uit de verf. Deze mooie monografie - van coauteurs is geen spoor te bekennen - biedt heel veel relevante gegevens. Dat deze niet allemaal evengoed toegankelijk zijn, is niet heel erg. Er blijft genoeg over. Wel verdienen psychosociale factoren én aansluiting bij bestaande richtlijnen meer aandacht. Om een groter deel van de diabetesprofessionals in de eerste lijn te bereiken, zou het helpen als vertegenwoordigers daarvan het concept van de volgende druk kritisch zouden beoordelen op begrijpelijkheid.

*Ymte Groeneveld*

**Waardering ✱ ✱ ✱ ✱**

## De korte weg van onderzoek naar praktijk

*Rutten* GEHM. *Diabetes, van wetenschap naar praktijk. Tips en tools voor de professional*. *Assen: Van Gorcum*, 2010. 134 *pagina's*, € 26,75. ISBN 978-90-232-4618-3.

**Doelgroep** Huisartsen, praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen.
**Inhoud** Dit overzichtelijk ingedeelde boek bevat vijftig wetenschappelijk onderbouwde tips voor verbetering van diabeteszorg in de eerste lijn. De opzet is uniek: de auteur bespreekt in begrijpelijke taal, voorafgaand aan elk hoofdstuk (elf in totaal), globaal de opzet van een in Nederlandse huisartsenpraktijken uitgevoerd onderzoek. Na deze inleiding volgt een aantal aanbevelingen, meteen onderbouwd door resultaten uit dat onderzoek. *Evidence based medicine* in de praktijk toe-



H&W 11 01.indb 46 20-12-10 11:23

passen was nog nooit zo gemakkelijk!
Een voorbeeld: hoofdstuk 8 wordt ingeleid met de beschrijving van de Diabeteszorg Implementatie Studie. Aan dit onderzoek namen 55 huisartsenpraktijken deel en het beschrijft de effectiviteit van een diabeteszorgprotocol. Naast de hoofdvraag kijken de onderzoekers bij de deelnemende patiënten ook naar het voorkomen van erectiele disfunctie en het verband met cardiovasculaire risicofactoren. Hierna volgt tip 36: vraag bij mannen met diabetes naar erectiele disfunctie en bekijk vervolgens of medicatie daarvan de oorzaak kan zijn. Er volgt een uitleg dat ruim 40% van de mannelijke diabetespatiënten 'ja' antwoordt op de vraag 'Heeft u erectieproblemen?', dat diabetes en cardiovasculaire ziekte onafhankelijk van elkaar samenhangen met erectiele disfunctie, en dat ACE-remmers, bètablokkers en statines de grootste boosdoeners zijn. Speciaal voor de kritische praktijkbeoefenaar wordt elke tip afgesloten met de referentie naar de publicatie.
Niet elke tip is even bruikbaar, zoals tip 44: houd bij de educatie van patiënten met type 2 diabetes rekening met mogelijke cognitieve beperkingen. De uitleg is dat onderzoekers kleine, maar significante verschillen vonden in geheugenfuncties bij recent gediagnosticeerde diabetespatiënten ten opzichte van controlepersonen. Buiten de wetenschappelijke kanttekening dat een significant verschil in de praktijk niet altijd een relevant verschil hoeft te zijn, mis ik de vertaalslag naar de praktijk. Moet ik aan diabetespatiënten dan alles twee keer uitleggen?
**Oordeel** Een boek met veel bruikbare (maar soms ook minder bruikbare) tips die direct toepasbaar zijn in de praktijk. In hapklare brokken vertaalt de auteur resultaten uit in Nederland verricht eerstelijns onderzoek naar tips voor de verbetering van de diabeteszorg. Met vijftig tips zitten er voor iedere praktijk wel een aantal puntjes op de i tussen. Ideaal voor de hulpverlener met wetenschappelijke interesse die iets verder wil gaan dan de NHG-Standaard voorschrijft.

*Rik Loijmans*

**Waardering ✱✱✱✱**

## Boek over kleine kinderkwalen onmisbaar

*Eekhof* JAH, *Knuistingh Neven* A, *Opstelten* W (*redactie*). *Kleine Kwalen bij kinderen*. *Amsterdam*: *Elsevier*, 2009. 704 *pagina's*, € 49,95. ISBN 987-90-352-3123-8.

**Doelgroep** Huisartsen (in opleiding), jeugdartsen, consultatiebureauartsen, kinderartsen.
**Inhoud** Deze tweede druk beschrijft 133 kleine kwalen bij kinderen, wat er 26 meer zijn dan in de eerste druk. Het boek volgt voor elke kwaal een vast stramien: korte hoofdstukken definitie, etiologie, epidemiologie, waarmee komt de patiënt, anamnese, onderzoek, aanvullend onderzoek, beleid en verwijzen. Externe referenten beoordeelden alle hoofdstukken, waarvan de literatuurlijsten geactualiseerd zijn. De hoofdstukken zijn afgestemd op richtlijnen van zowel het NHG als van de diverse specialistenverenigingen.
Elk hoofdstuk wordt voorafgegaan door een samenvatting van de kernpunten van de kleine kwaal. Ook kent elk hoofdstuk een gearceerde plek die aangeeft welk bewijs er bestaat voor de geadviseerde behandeling.
Een zeer prettige verbetering is dat in de nieuwe druk de foto's in het hoofdstuk zelf staan afgedrukt en niet meer als een bijlage achterin. De foto's zijn zeer goed gekozen en van goede kwaliteit. Veel (huis)artsen gebruiken Google om hiaten in de kennis in te vullen. Bij een proef op de som bleek het veel makkelijker wetenschappelijk onderbouwde informatie uit het boek *Kleine Kwalen bij kinderen* te halen dan via internet. Mede door de compacte heldere hoofdstukken en het goede register is lezen en opzoeken een eenvoudige bezigheid.
**Oordeel** Het is een zeer overzichtelijk, goed geschreven en prettig leesbaar boek geworden. Bij herlezen valt weer op hoe prettig het is om voor de dagelijkse praktijk een dergelijk boek binnen handbereik te hebben. Dat de hoofdstukken eenheid uitstralen is een grote prestatie van de redactie, gezien de grote hoeveelheid auteurs die een bijdrage leverden. Het boek lijkt een must voor alle huisartsen(opleiding)-praktijken, en zeker voor alle huisartsen in opleiding. Mijns inziens kan dit boek het overleg tussen huisartsen, consultatiebureauartsen en kinderartsen vergemakkelijken indien genoemde groepen het goed zouden doornemen.
Kortom: een uitstekend huisartsgeneeskundig boek voor een zeer aanvaardbare prijs.

*Meike Bruinsma*

**Waardering ✱✱✱✱✱**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ✱ | = zeer matig | ✱✱✱✱ | = goed |
| ✱✱ | = matig | ✱✱✱✱✱ | = niet te missen |
| ✱✱✱ | = redelijk | | |



H&W 11 01.indb 47 20-12-10 11:23

## Antwoorden

**1. Onjuist**
**2. Juist**

Vaginale candidose komt tijdens de zwangerschap vaak voor. De aanvangsbehandeling is in principe gelijk aan die buiten de zwangerschap, te weten eenmalig 500 mg clotrimazol of 1200 mg miconazol vaginaal. De imidazolen clotrimazol en miconazol kunnen zonder gevaar voor de vrucht vaginaal worden toegepast. Vanwege de angst voor mechanische beschadiging schrijft de huisarts tijdens de zwangerschap liever geen applicator voor. Omdat de aandoening in de zwangerschap hardnekkiger is, kan hij ook de driedaagse behandeling overwegen.

*Dekker* JH, *Boeke* AJP, *Gercama* AJ, *Kardolus* GJ, *Boukes* FS. NHG-*Standaard Fluor vaginalis* (*Eerste herziening*). *www.nhg.org*. *Geraadpleegd in oktober* 2010.

*Farmacotherapeutisch Kompas* 2010. *Utrecht*: *College Voor Zorgverzekeringen*, 2010.

**3. Onjuist**
**4. Juist**

Vrouwen met een eerstegraads familielid met premenopauzaal mammacarcinoom hebben een iets verhoogd risico op borstkanker (RR 3). Hormonale risicofactoren – zoals vroege menarche, late menopauze, late eerste zwangerschap en het niet geven van borstvoeding – hangen waarschijnlijk onvoldoende samen met het ontstaan van mammacarcinoom (RR 1,5) om screening op mammacarcinoom buiten het kader van het bevolkingsonderzoek te rechtvaardigen. Benigne mammapathologie geeft geen verhoogd risico op mammacarcinoom.

*De Bock* GH, *Beusmans* GHMI, *Hinloopen* RJ, *Corsten* MC, *Salden* NMA, *Scheele* ME, *et al*. NHG-*Standaard Diagnostiek van mammacarcinoom* (*Tweede herziening*). www.nhg.org. *Geraadpleegd in oktober* 2010.

*De Jongh* TOH, *De Vries* H, *Grundmeijer* HGLM. *Diagnostiek van alledaagse klachten*. *Tweede druk*. *Houten*: *Bohn Stafleu van Loghum*, 2005.

**5. Juist**
**6. Onjuist**

Bij melding van een koortsconvulsie rijdt de huisarts een spoedvisite. Als de koortsconvulsie bij aankomst van de huisarts nog niet voorbij is, dient hij ter coupering van de aanval diazepam rectaal toe. De dosering is afhankelijk van de leeftijd: kinderen jonger dan 1 jaar krijgen 0,5 mg/kg lichaamsgewicht diazepam rectaal, 1 tot 3 jaar 5 mg, en ouder dan 3 jaar 10 mg. Als de convulsie aanhoudt, herhaalt de huisarts dezelfde dosis na tien minuten. Als het kind na vijftien minuten nog trekkingen vertoont, is een spoedopname noodzakelijk.

Koortsconvulsies zijn typerend voor de leeftijd van 6 maanden tot 5 jaar tijdens een periode van koorts, met een piek op de leeftijd van 16 tot 18 maanden. Een koortsconvulsie onder de 6 maanden, met focale kenmerken of een recidief in dezelfde koortsperiode, kan op pathologie wijzen en rechtvaardigt een verwijzing naar de kinderarts.

*Berger* MY, *Boomsma* LJ, *Albeda* FW, *Dijkstra* RH, *Graafmans* TA, *Van der Laan* JR, *et al*. NHG-*Standaard Kinderen met koorts* (*Tweede herziening*). *www.nhg.org*. *Geraadpleegd in oktober* 2010.

**7. Onjuist**
**8. Onjuist**

Pusoogjes bij baby's zijn vaak een gevolg van indikking van traanvocht door een gebrekkige traanafvloed. De behandeling bestaat uit enkele malen per dag schoonmaken met vers leidingwater en dagelijks leegdrukken van de traanzak. Als de pusoogjes langer dan veertien dagen aanhouden, is er mogelijk sprake van dacryostenose. Bij deze aandoening hoeft de huisarts het kind, afhankelijk van de ernst van de klachten, pas na negen maanden tot een jaar naar de oogarts te verwijzen voor het eventueel sonderen van de traanweg.

*Oldenziel* JH, *Flikweert* S,*Daemers* DOA, *Groenendijk* B, *Lo Fo Wong* SH, *Wiersma* TJ. NHG-*Standaard Zwangerschap en kraamperiode* (*Eerste herziening*). *www.nhg.org*. *Geraadpleegd in oktober* 2010.

*Stilma* JS, *Voorn ThB*, *redactie*. *Oogheelkunde*. *Praktische huisartsgeneeskunde*. *Tweede druk*. *Houten*: *Bohn Stafleu van Loghum*, 2008.

**9. Juist**
**10. Juist**

Een caverneus hemangioom is een subcutaan, verheven rood tot blauwgrijsachtige zwelling. Het is een vasculaire hypertrofie door endotheelproliferatie. Dit type hemangioom kan bij de geboorte al aanwezig zijn, maar kan ook later ontstaan en groeit tot ongeveer de zesde levensmaand. De meeste hemangiomen gaan spontaan in regressie, meestal vanaf het einde van het eerste levensjaar; zonder aanvullende behandeling verdwijnt een caverneus hemangioom echter zelden volledig. Complicaties zijn spontane bloedingen en ulceraties.

*Sillevis Smitt* JH, *Van Everdingen* JJE, *Starink ThM*. *Dermato-venereologie voor de eerste lijn*. *Achtste geheel herziene druk*. *Houten/Diegem*: *Bohn Stafleu van Loghum*, 2009.

*Van Vloten* WA, *Degreef* HJ, *Stolz* E, *Vermeer* BJ, *Willemze* R, *redactie*. *Dermatologie en Venereologie*. *Derde druk*. *Maarssen*: *Elsevier Gezondheidszorg*, 2000.



H&W 11 01.indb 48 20-12-10 11:23

# Een nieuw jaar

Deze maand zal minister Schippers aangeven wat de belangrijkste speerpunten van haar beleid in de komende periode zullen zijn. Een politieke realiteit waar we als huisartsen mee te maken hebben.

Deze maand begint ook het jubileumjaar van het NHG. Eind van dit jaar is het vijfenvijftig jaar geleden dat het Nederlands Huisartsen Genootschap werd opgericht. Vijfenvijftig jaar aandacht voor wetenschappelijke onderbouwing, onderwijs en kwaliteitsbeleid in de huisartsgeneeskunde. In die jaren heeft het NHG een consistent beleid gevoerd, met hoog in het vaandel de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde: continue, integrale en persoonlijke zorg, met aandacht voor bereikbaarheid, toegankelijkheid, solidariteit en doelmatigheid. Ontmedicalisering en zelfredzaamheid van patiënten zullen eind van dit jaar een nieuwe dimensie krijgen, als de introductie van een website met medische informatie voor patiënten een feit is. Informatie waarmee patiënten zich kunnen voorbereiden op een bezoek aan de praktijk, en aanvullende informatie en adviezen waarnaar de huisarts tijdens het consult kan verwijzen.

Het NHG-beleid heeft zich in de afgelopen jaren steeds aangepast aan maatschappelijke ontwikkelingen, maar dat beleid is tegelijkertijd consistent gebleven, met behoud van kernwaarden. Wat dat betreft lijkt het NHG dus erg veel op de huisarts in de praktijk. Ook in een nieuw (jubileum-) jaar, bij een nieuwe politieke wind, zullen deze waarden overeind blijven.

Ik wens u een gezond 2011 toe.

*Arno Timmermans*

# Verslag van het NHG-Congres 2010:
# Het pre-event in de Euroborg

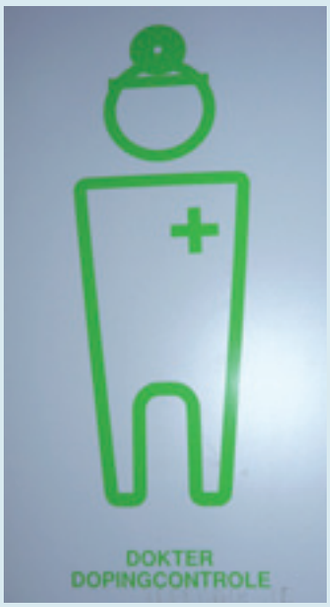
**De avond voor het NHG-Congres *Hink, Stap, Sprong* werd in de Euroborg een 'pre-event' georganiseerd. Dit had – indachtig het thema van het congres – een sportief tintje. In de Euroborg konden de congresgangers meedoen aan een triatlon, hardlopen en fitnessen. De minder sportieven konden een rondleiding door de Euroborg volgen. Tot slot hield Berend Rubingh een lezing waarin hij zocht naar overeenkomsten tussen sportcoaches en huisartsen.**

### Je moet er wel wat voor doen!

Groningen ligt niet voor iedereen naast de deur, dus leek het aantrekkelijk om een 'pre-event' te organiseren. Dat idee viel kennelijk in goede aarde, want bijna vijfhonderd huisartsen en aios schreven zich vooraf in; en een onbekend aantal meldde zich zonder voorinschrijving in de Euroborg aan.

*Onder luide aanmoedigingen werd er gezwommen, geroeid en hardgelopen voor de triatlon.*

*Op de deuren in het stadion is te zien wie je erachter kunt vinden en waar diegene zich mee bezighoudt...*




### Nog even luisteren...

Congresvoorzitter Frank Baarveld blikt tevreden terug op het pre-event. 'Als ik zie hoe de sfeer is, moet worden overwogen dit vaker te doen!' Dan houdt Berend Rubingh een lezing met als thema *Coaching in de sportwereld. Overeenkomsten met huisartsen?* Volgens Rubingh is er veel veranderd in de 'infrastructuur van de sport', en zal in de toekomst nog meer veranderen. Mensen gaan steeds meer sporten buiten verenigingsverband om en sport op school wordt 'afgebroken'. 'Bewegen op recept is goed. Maar we willen dat het beklijft.' Budingh heeft enkele tips voor de huisarts die het gedrag van zijn patiënten wil beïnvloeden:

- Kijk wat voor de persoon tegenover je de bepalende factoren zijn om te gaan bewegen;
- Realiseer je dat sportverenigingen slecht reageren op mensen die dik zijn of een matige conditie hebben. Patiënten voelen zich daardoor nogal eens weggezet, dus beweging moet 'naar de voordeur' van de patiënt.
- Maar bovenal: beweging moet 'fun' zijn. (AS)



H&W 11 01.indb 1 20-12-10 11:23

# In beweging komen, in beweging blijven: Hink, Stap, Sprong!

**Tijdens het NHG-Congres zelf werd de gebruikelijke programmaopzet gevolgd. In de ochtend waren er twee openingslezingen, waarna de congresgangers zich verdeelden over de grote en kleine sessies van hun keuze. Aan het eind van de dag werd op het programma teruggeblikt en was er een 'ludieke' afsluiting. Hieronder worden de plenaire bijeenkomsten voor u samengevat. Een uitgebreider verslag van de dag, inclusief de samenvatting van enkele sessies, vindt u op www.nhg.org onder 'nhg-nieuws'.**

### Van de Verenigingsraad

Nelleke Gruijters, vice-voorzitter van de NHG-Verenigingsraad, neemt na de openingsceremoniën als eerste het woord. Zij vertelt dat in het afgelopen jaar is gezocht naar verdieping van het contact met de LHV-Ledenraad, want: 'Synergie tussen beide verenigingen is goed voor de beroepsgroep.' Verder heeft de focus van de Verenigingsraad vooral gelegen op transparantie in de zorg en was er aandacht voor een verdergaande taakdelegatie aan de praktijkondersteuner. 'Er is behoefte aan de overdracht van niet alleen zorgtaken rond chronische ziekten, maar ook van eenvoudige zorgtaken.' Dan moet de functie praktijkondersteuner dus doorgroeien naar die van generalistische praktijkverpleegkundige. In elk geval is de wens dat alle zorgondersteunende taken kunnen worden ondergebracht in één functie.
Mochten leden behoefte hebben aan contact met de NHG-Verenigingsraad, dan zijn zij zeer welkom. Dergelijke contacten verlopen via a.corpeleijn@nhg.org.

### Het bewegingsapparaat in cijfers

NHG-bestuursvoorzitter Arno Timmermans vertelt: 'In de 67 miljoen deelcontacten per jaar van huisartsen nemen klachten van het bewegingsapparaat met 13,6% de eerste plaats in. De gemiddelde huisarts ziet 26 keer per week een patiënt met klachten van het bewegingsapparaat.' Er zijn dan ook 12 standaarden over dit onderwerp, alsmede 36 patiëntenbrieven en diverse nascholingsmaterialen – waaronder een webcast – en het onderwerp krijgt ook volop aandacht in het *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. 'Kortom, er zijn genoeg richtlijnen en ondersteunende materialen!'
Veelvuldig wordt echter aangetoond dat allerlei ingewikkelde behandelingen niet effectief zijn. Wat wel helpt is 'met respect bewegen'. De huisarts geeft dagelijks bewegingsadviezen maar heeft er niet veel vertrouwen in dat de patiënt die ook opvolgt! Dat is niet verbazingwekkend aangezien minder dan de helft van de huisartsen zélf voldoet aan de 'bewegingsnorm' van vijf dagen per week een halfuur per dag (van de 'gewone' bevolking is dat 61%). En ook aios bewegen minder dan de Nederlandse bevolking. Liggen en zitten zijn risicofactoren voor de gezondheid. 'Je stoel is een killer!'
De nieuwe minister wil programma's als de Beweegkuur en Big!move niet langer steunen. Volgens Timmermans is dat een foute keuze. Hij sluit af met aandacht te vragen voor de komst van het PreventieConsult. 'Bereid u voor op de toepassing daarvan. Richt u daarbij op groepen die moeilijk bereikbaar zijn maar een hoog risico hebben. Want de laagste sociale klasse heeft niet alleen een levensverwachting die zeven jaar lager ligt dan in de hoogste segmenten van de samenleving; men is daar ook nog eens langer ziek.'

## Uitreiking Heert Dokterprijs

Dit jaar werd tijdens het NHG-Congres voor de twintigste maal de Heert Dokterprijs uitgereikt voor het beste onderzoeksartikel dat in het afgelopen jaar is gepubliceerd in Huisarts en Wetenschap. (Zie voor de nominaties het NHG-nieuws in het oktobernummer van H&W.)

*Eén artikel sprong er voor de jury uit: 'Het treft de kern van de huisartsgeneeskunde en heeft een creatieve aanpak.' Dit oordeel betreft het artikel 'Praten en prikken bij lageluchtweginfecties.' Jochen Cals ontvangt de prijs uit handen van plaatsvervangend juryvoorzitter Patrick Bindels.*



H&W 11 01.indb 2 20-12-10 11:24

### Opening wetenschappelijk programma

Congresvoorzitter Frank Baarveld opent het wetenschappelijk gedeelte van het congres. Hij pleit voor 'aandacht voor en activering van het natuurlijk beloop', want dat is veel effectiever dan een intensieve begeleiding. 'Veel aandoeningen gaan vanzelf over, als je er maar *niet* op tijd bij bent!', stelt hij. En: 'Onderschat nooit de waarde van niets doen!' Volgens hem moet dit huisartsen als muziek in de oren klinken gezien de toename van het aantal aandoeningen in de Tractus L.

### Sport is hot; bewegen mot

Aldus de titel van de openingslezing van Frank Backx, hoogleraar Klinische sportgeneeskunde. 'Beweeg, maar beweeg verstandig', is zijn openingsmotto. 'Sport is fun en tegenwoordig wordt steeds meer gezocht naar avontuur en snelheid. Dat betekent ook meer letsels.' Kijkend naar de lijn van inactiviteit naar topsport, nemen de risico's toe. Er zijn 8,5 miljoen mensen die sporten; per jaar hebben die 3,6 miljoen sportblessures en 1 op de 4 daarvan is een recidief. Vooral knieën en enkels zorgen voor problemen. Er vallen tussen 150 en 200 plotse hartdoden per jaar plus 11 'traumadoden'.

De huisarts ziet meestal lichte letsels en kan dan vaak volstaan met uitleg en advies. Het gaat bij sporters vooral om enkeldistorsies (125.000 per jaar), die een recidiefkans hebben van 34%, terwijl bovendien een groot aantal patiënten na 1 jaar meldt nog pijn te hebben. De huisarts kan ter preventie van recidieven wijzen op het belang van goed schoeisel, adviseren een brace of tape te dragen tijdens het sporten en 'balansoefeningen' voorschrijven.

Gelukkig heeft sport niet alleen letsels tot gevolg. 'Mensen die sporten hebben de helft minder kans op psychische stoornissen en alcoholverslaving. Chronisch zieken die niet sporten worden ernstiger ziek, krijgen meer overgewicht en raken bovendien in een sociaal isolement. Inactiviteit heeft 8 tot 12% van de sterfgevallen tot gevolg. Een gezonde leefstijl verkleint zelfs de kans op borstkanker!' Backx concludeert dan ook: 'Exercise is medicine!' En: 'U als arts heeft aanzien, dus beweeg!'

### Het keurslijf van de moraal

Een verfrissend tegengeluid komt van de volgende spreker. Klasien Horstman, hoogleraar Filosofie, stelt dat fitheid een 'nationale plicht' is geworden en dat de 'bewegingshype' obsessieve vormen aanneemt. 'Het moraliseren is van recente datum, maar nu gaat het dan ook hard. We stellen normen: een halfuur per dag, vijf dagen per week. Je moet verantwoording afleggen als je niet beweegt. Naast roken en eten heeft bewegen haar onschuld verloren.' Het gegeven dat we normen stellen rond bewegen zorgt er volgens Horstman voor dat we onze bewegingsvrijheid verliezen.

De moralisering van bewegen gaat langs twee routes:

- medicalisering (je beweegt voor je gezondheid, niet voor de pret, natuur, schoonheid, seks);
- psychologisering (het hoofd moet het lijf in beweging krijgen; zo niet dan ben je dom of lui of heb je te weinig ruggengraat).

Bewegen is dus een wetenschappelijk bevel. 'Kan-niet is wil-niet is deug-niet.'

Horstman vindt dat de obsessie voor bewegen leidt tot een onvermogen tot balanceren en schipperen. 'Dat staat een goed leven in de weg.' Haar advies luidt dan ook: 'Breng die hype tot bedaren!'

*Volgende maand neemt H&W een uitgebreide samenvatting van de gehele lezing van Horstman op.*

## Uitreiking Casuïstiekprijs 2010

De Casuïstiekprijs wordt uitgereikt voor het beste casuïstische artikel in H&W. De prijs wordt niet elk jaar uitgereikt, maar alleen als er voldoende aanbod is geweest. In het afgelopen jaar was er echter een ruime oogst. Voor de Casuïstiekprijs werden genomineerd:

- Persoon MPP. Q-koorts in Nederland: Klinisch beeld, diagnostiek en therapie. Huisarts Wet 2010;53(5):281-5.
- Van Wijngaarden T, Dekker JH. Twee verwarde patiënten. Huisarts Wet 2010;53(6):337-9.
- Groen EJ, Van der Wouden JC, Bindels PJE. Antipsychotica: let op metabole bijwerkingen. Huisarts Wet 2010;53(9):504-7.

*De winnaar van dit jaar is Maayke Persoon. 'Het artikel beschrijft een nieuw fenomeen en geeft fraai weer hoe de huisarts deze diagnose in eigen beheer kan stellen. Bovendien gaat het hier om een "gewone dokter", en ook dat juicht de jury toe.' Helaas is Maayke Persoon ziek, zodat een plaatsvervanger de prijs in ontvangst neemt uit handen van Henk van Weert, hoofdredacteur H&W.*

### Presentatie PreventieConsult

Tijdens het congres is het PreventieConsult module Cardiometabool gepresenteerd aan huisartsen en belanghebbende organisaties. Doel ervan is verlaging van het aantal cardiometabole aandoeningen bij mensen tussen de 45 en 70 jaar. Het gaat hierbij om hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierschade. Het vroegtijdig opsporen van mensen met een verhoogd risico en hen optimaal behandelen en begeleiden voorkomt gezondheidsschade. Huisartsen en andere professionals in de eerste lijn kunnen hierin een cruciale rol vervullen.

In de loop van 2011 wordt het PreventieConsult gefaseerd aangeboden.



H&W 11 01.indb 3 20-12-10 11:24

### De dag samengevat

Patrick Bindels en Frank Baarveld verzorgen samen de slotbijeenkomst. 'Dit is het eerste congres waarbij u morgen misschien wel met spierpijn opstaat!' Ze reproduceren de belangrijke boodschappen uit de sessies, bijvoorbeeld:

- De schouder lijkt heel ingewikkeld, maar houd het simpel want het beleid is hetzelfde.
- Kijk bij voetproblemen ook naar het onderbeen en pas de 'regel van vijf' toe bij goed schoeisel.
- Onverklaarde klachten komen veel voor; besteed daar aandacht aan! Fibromyalgie kan het best in groepen worden behandeld.
- Vormt het vandaag geïntroduceerde PreventieConsult een schrikbeeld of een uitdaging? De huisarts is een spin in het web rond het cardiovasculaire risicoprofiel.
- De huisarts kan ook overbehandeling voorkomen, dit in tegenstelling tot de drogist om de hoek.
- Beweging is hot, maar hoe motiveer je de patiënt? Motivational interviewing kan uitkomst bieden.
- 'Gebruiken uw patiënten geen doping? Vergeet het maar! Kaalheid, acne, minder zaadvolume, verminderde vruchtbaarheid... ze komen veel voor, dus ook in uw praktijk!'

Ze concluderen: 'Klachten van het bewegingsapparaat horen bij de huisarts, inclusief sportletsels. Gelukkig gaat volgend jaar een kaderopleiding op dit terrein van start, namelijk bij de Erasmus Universiteit in Rotterdam.'

Tot slot spreken ze de wens uit: 'Hopelijk bent u vandaag gemotiveerd geraakt om maandag weer met energie in beweging te komen!'

### NHG-Congres 2011

Eric van Rijswijk is voorzitter van de programmacommissie die het NHG-Congres 2011 voorbereidt. Hij licht een eerste tipje van de sluier op: 'Het thema wordt *Patiënten met kanker*. Dit betreft dus bijzondere huisartsenzorg, waarbij naast preventie, diagnostiek, advisering, begeleiding en follow-up, ook palliatieve en terminale zorg een rol speelt. Aspecten als communicatie en samenwerking met eerste en tweede lijn komen eveneens aan de orde.'

Het congres vindt op 11 november 2011 plaats in het World Forum te Den Haag.

### Ballet en feest

Het congres wordt afgesloten met een prachtige dansvoorstelling, zodat tot op het laatste moment het thema 'beweging' tot zijn recht komt. Het ensemble Noord Nederlandse Dans brengt deel van haar dansvoorstelling 'Tidal' en krijgt halverwege de voorstelling vocale ondersteuning van Nynke Laverman, bekend geworden van haar 'Fryske Fado'.

Dan is het tijd voor de borrel en – voor degenen die zich daarvoor hebben ingeschreven – het afsluitende NHG-diner en –feest. In vorige jaren wijs geworden, is er op diverse plaatsen in Martiniplaza iets te vinden naar ieders gading: een band voor *die hard swingers*, een dj voor degenen die af en toe een dansje willen wagen, en rustige plekjes voor wie gewoon eens bij wil praten. De sfeer is zoals altijd voortreffelijk en als om 12.00 uur de muziek stopt, is dat dan ook voor diverse aios veel te vroeg. Gelukkig is er tot in de kleine uurtjes nog veel vermaak te vinden in de stad Groningen! (AS)


## Colofon

**Redactie**

Joost Blijham, *voorzitter*
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Rietdijk
Ans Stalenhoef, *eindredacteur*

**Redactiesecretariaat**

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.




H&W 11 01.indb 4 20-12-10 11:24