4

WETENSCHAP

ONDERZOEK

186 Snelle inschatting van de kans op herhaald vallen bij ouderen
Geeske Peeters, Petra Elders, Paul Lips, Dorly Deeg

192 Implementatie van antitrombotische behandeling bij atriumfibrilleren
Robert Willemsen, Ron Pisters, Harrie Crijns, Bram de Wit

198 Steun en consultatie bij euthanasie: evaluatie van SCEN
Hilde Buiting, Dick Willems, Mette Rurup, Roeline Pasman, Bregje Onwuteaka-Philipsen

204 De rol van corticosteroïden bij pseudokroep
Renée Danen, Hans van der Wouden, Patrick Bindels

S5-S9 LESA
Enuresis nocturna
Laura de Vries, Magda Boere-Boonekamp, Arnoud Klein Ikkink, Louwrens Boomsma, Juliette Heetman-Cleton, Mascha Kamphuis, Claudia Lobo, Paula Mentink, Irene Middeldorp, Lilian van Raalte, Bregje van Sleuwen

KLINISCHE PRAKTIJK

NASCHOLING

210 Het ABCDE van de acute huisartsgeneeskunde
Wim Fraanje, Piet Mout, Kees in 't Veld

HUISARTSENZORG IN CIJFERS

215 Begeleiding bij consulten van patiënten met een verstandelijke beperking?
Joost Dusseljee, Mieke Cardol, Mieke Rijken

SPREEKUUR!

216 Hartgeruis bij kinderen
Pieter-Jan Beckers, Jochen Cals

217 Moedervlek
Leon de Bock, Jochen Cals

CATS

218 Is baclofen effectief bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid?
Lukas Brouw, Just Eekhof

PEARLS

219 Tricyclische antidepressiva en SSRI's matig effectief in de eerste lijn
Eric van Rijswijk

183 JOURNAAL
203 GENERALISME
209, 222 COLUMNS
214 BOEKBESPREKING
220 SIGNAAL
223 KENNISTOETS
224 INGEZONDEN

13 & NHG

Een kijkje in een nieuwe spiegel

Tijdschriften blijven nogal eens in het plasticje liggen. Ik vind regelmatig stapels onaangeroerde medische literatuur op onze eigen vensterbank en ook op het toilet bij vrienden en collega's. Uiteindelijk komen ze wel uit het plastic, soms zelfs met vele tegelijk tijdens een geplande sessie bijblijven en doorlezen. Mogelijk hebt u met dit nummer niet zo lang gewacht, al was het maar om een spelletje zoek-de-tien-verschillen te spelen. De redactie van H&W heeft achter de schermen hard gewerkt aan de nieuwe vormgeving: strakker in het pak, meer contrast voor de oudere ogen, betere tabellen en een prominentere plaats voor de abstracts. De nieuwe vormgeving past in het plan om het blad aantrekkelijker te maken voor de lezende huisarts en de schrijvende onderzoeker.

Oranje boven

H&W wil een spiegel zijn waarin de huisarts elke maand kan kijken. Die spiegel moet zo nu en dan worden opgepoetst. We zijn in de loop van de tijd veel korter en kernachtiger geworden, sommigen menen een 'vertwittering' op te merken. Wij menen echter dat wetenschap bruikbaar moet zijn in uw spreekkamer en daarbuiten. We presenteren die wetenschap soms in hapklare brokken, maar origineel Nederlands huisartsgeneeskundig onderzoek blijven we uitgebreid bespreken. Dit type onderzoek wordt al decennialang wereldwijd met open armen ontvangen, getuige het grote aandeel Nederlandse producten in goede internationale journals. Menig artikel daarvan komt uiteindelijk, veelal in verkorte vorm, in H&W terecht. We denken dat dit beter kan. Als het lukt om H&W te indexeren (met opname in PubMed en een impact factor op termijn), wordt het interessanter voor onderzoekers om hun materiaal meteen naar H&W te sturen in plaats van eerst de internationale weg te bewandelen. Niet geheel toevallig treft u in de komende nummers veel origineel Nederlands onderzoek aan.

De driekleur

Het blad is flink veranderd, maar de bekende NHG-kleuren rood, wit en blauw zijn gebleven. De basis van H&W blijft de wetenschap, herkenbaar aan de rode tabbladen. De vertrouwde NHG-producten (standaarden, LESA's en het NHG-nieuws) vindt u onder de blauwe tabbladen. De donkerrode tabbladen verwijzen naar een breed scala aan artikelen over de klinische praktijk zoals klinische les, nascholing, kleine kwalen en spreekuur. De columns, journaals, kennistoetsen en interviews ten slotte zijn vanaf deze maand oranje. We vertrouwen erop dat het gebruik van kleuren, tabs en icoontjes de herkenbaarheid van de verschillende rubrieken vergroot.

Het is de bedoeling om ook de website op termijn te vernieuwen. De papieren H&W valt elke maand bij 11.000 abonnees in de brievenbus, terwijl wekelijks 8000 unieke bezoekers op onze website rondsurfen.

Spiegeltje, spiegeltje

We hopen dat u net zo tevreden bent over de nieuwe vormgeving als de redactie. U kunt kiezen uit uw maandelijkse portie onderzoek en de klinische praktijk. H&W moet een vertrouwde spiegel blijven waarin u elke maand wilt kijken. Reflecties zijn goed en wij ontvangen die graag. Op www.henw.org vindt u een poll over de nieuwe huisstijl. Specifiek commentaar kunt u kwijt door te reageren op dit redactioneel. Namens de voltallige redactie van H&W wens ik u veel leesplezier!

Jochen Cals

Opluchting voor prikkelbare darmen?

Patiënten met het prikkelbaredarmsyndroom die een antibioticakuur kregen, rapporteerden minder buikklachten volgens twee grote placebogecontroleerde interventieonderzoeken. Brede klinische toepassing is echter een brug te ver.

Ons therapeutisch arsenaal bij patiënten met het prikkelbaredarmsyndroom (PDS) is beperkt tot het geven van informatie en adviezen voor zelfzorg. De NHG-Standaard adviseert geen medicamenteuze therapie, behoudens mogelijk middelen bij obstipatie.

Een van de vele pathofysiologische verklaringsmodellen voor PDS gaat uit van bacteriële overgroei in de darm. Twee Noord-Amerikaanse onderzoeken haakten aan op dit principe door rifaximine toe te dienen aan PDS-patiënten met het doel de overgroei in te perken en daarmee PDS-gerelateerde klachten te reduceren. Rifaximine is een breedspectrumantibioticum dat in de darmen blijft en vrijwel niet wordt opgenomen in de bloedbaan. Het middel is in Nederland niet verkrijgbaar, in de Verenigde Staten is het geregistreerd voor reizigersdiarree. In twee identieke trials kregen 1260 PDS-patiënten – zonder obstipatie – 2 weken lang driemaal daags 550 mg rifaximine of placebo. In de antibioticagroep had 41% adequate klachtenverlichting na 4 weken, versus 31% in de placebogroep. Het effect bleef significant na 10 weken. Maar kunnen we nu spreken van terechte opluchting voor PDS-patiënten? Hier lijkt sprake te zijn van een statistisch significant, maar klinisch niet relevant verschil. De duurzaamheid van het effect is onbekend, en juist dat lijkt van belang bij deze chronische functionele aandoening. Grootschalige, herhaaldelijke behandeling van PDS-patiënten zou verder tot ongewenste resistentie leiden. Helaas dus geen magische pil voor PDS. Goede voorlichting blijft de kern bij PDS en houdt voorlopig in dat het gebruik van medicamenten niet wordt aangeraden.

Jochen Cals

Pimentel M, et al. Rifaximin therapy for patients with irritable bowel syndrome without constipation. N Engl J Med 2010;364:22-32. ■

'Actieplan' versnelt herstel bij COPD-exacerbatie

COPD veroorzaakt een aanzienlijke ziektelast, met name door de exacerbaties die regelmatig kunnen optreden. Herstel na een exacerbatie duurt vaak lang. Vroegtijdige behandeling beperkt de duur en impact van een exacerbatie, maar dit vereist dat patiënten op tijd aan de bel trekken.

Canadese onderzoekers bekeken het effect van een vooraf opgesteld 'actieplan', waarbij patiënten bij toename van symptomen zelf medicatie opstartten. Het actieplan hield in dat COPD-patiënten bij toename van kortademigheid, sputumproductie en/of veranderde kleur van het sputum binnen 3 dagen begonnen met prednison en antibiotica. In totaal deden 252 COPD-patiënten met GOLD stadium II of hoger mee aan dit onderzoek. Honderddrieënveertig patiënten maakten melding van in totaal 288 exacerbaties, waarbij ongeveer 40% van de patiënten zich hield aan het actieplan. Vergeleken met de patiënten die dit niet deden, verkortte deze snelle behandeling de duur van de exacerbatie met gemiddeld 5 dagen (11 in plaats van 16 dagen).

Dit onderzoek laat zien dat goede instructies aan de patiënt in combinatie met vroegtijdige en grondige behandeling van exacerbaties lonend is. Hierbij kan het praktisch zijn als de patiënt de medicatie al in huis heeft, om snel te kunnen starten. De NHG-Standaard COPD adviseert antibiotica alleen te geven bij aanhoudende klinische infectieverschijnselen en/of ernstige COPD. Of je hetzelfde effect bereikt met alleen het intensiveren van de inhalatiemedicatie en het geven van prednison, is een volgende interessante onderzoeksvraag.

Linda Bröker

Bischoff EWMA, et al. Effects of written action plan adherence on COPD exacerbation recovery. Thorax 2011;66:26-31. ■

Nieuwe hoofdredacteur

Vlak voor het ter perse gaan van dit nummer was de kogel door de kerk. We hebben een nieuwe hoofdredacteur: Just Eekhof. Velen van u zullen hem kennen. Just is huisarts-epidemioloog en is al zeventien jaar lang verbonden aan het LUMC. Hij heeft veel gepubliceerd over kleine kwalen, ook in H&W. Just begint per 1 april. We verheugen ons op zijn komst.

De redactie

Borstvoeding en slimme kinderen

Borstvoeding heeft voordelen boven flesvoeding. Deze bevat antistoffen die de pasgeborene beschermen tegen infecties en verkleint mogelijk de kans op allergieën. Een Australisch onderzoek suggereert nu dat kinderen er bovendien slimmer van worden.

Onderzoekers volgden 2900 vrouwen vanaf de 18e week van hun zwangerschap. Tien jaar later vergeleken zij gegevens over borstvoeding met de uitkomst op de 'WALNA'. Deze Australische equivalent van de 'Cito-toets' bestaat uit gestandaardiseerde testen op het gebied van rekenen, taal, spelling en schrijven. De onderzoeksgroep telde oorspronkelijk 2868 levendgeboren baby's. Op de leeftijd van 10 jaar waren de WALNA-scores van 1038 kinderen beschikbaar. Kinderen die langer dan zes maanden borstvoeding hadden gekregen, scoorden beter op alle vier de intellectuele terreinen. Wanneer gecorrigeerd werd voor onder andere opleidingsniveau van de moeder, jaarinkomen en stimuleren van (voor)lezen op jonge leeftijd, waren deze effecten alleen voor de jongens statistisch significant.

Dit onderzoek suggereert dat borstvoeding beter is voor de neuronale ontwikkeling en uitrijping dan flesvoeding. Of en waarom dit alleen voor jongetjes zou gelden, blijft speculatief. Er zijn wel wat kanttekeningen te plaatsen. Nog niet de helft van alle kinderen uit het oorspronkelijke cohort kon in de analyse meegenomen worden. Met name van kinderen die geen *'government'*-school bezochten, waren de WALNA-scores niet beschikbaar. Bovendien waren er alleen gegevens over het opleidingsniveau, en niet over het daadwerkelijke IQ van de moeder. Naar de positie van de vader is in de analyse niet gekeken. Dit alles kan invloed hebben op hoe kinderen zich ontwikkelen. Het kweken van slimme kinderen lijkt vooralsnog niet de beste reden om borstvoeding te geven.

Linda Bröker

Oddy WH, et al. Breastfeeding duration and academic achievement at 10 years. Pediatrics 2011;127: 137-45. ■

Foto: Shutterstock/Svetlana Fedoseyeva

Beweeg het HbA1c omlaag

Amerikaans onderzoek laat zien dat wanneer diabetespatiënten met een HbA1c tussen de 6,5 en 11% zowel duur- als krachttraining doen, het HbA1c significant daalt. Patiënten met een problematischer HbA1c (boven de 7%) hebben waarschijnlijk nog meer baat bij intensieve training.

Dat bewegen een gunstig effect heeft op de preventie en behandeling van diabetes mellitus type 2 staat vast, onlangs werd hier in het themanummer van H&W over bewegen uitgebreid op ingegaan. Over de effectiviteit van verschillende beweeginterventies is nog volop onderzoek gaande. Een recent uitgevoerd onderzoek bekeek het effect van een 9 maanden durend trainingsprogramma bij Amerikaanse patiënten met type 2 diabetes en een HbA1c tussen de 6,5 en 11%. De primaire uitkomstmaat was een verandering in HbA1c. Via randomisatie werden 262 patiënten verdeeld over een controlegroep of 3 beweegprogramma's, te weten duurtraining, krachttraining en een programma met een combinatie van beide. De patiënten in deze interventiegroepen trainden gedurende 9 maanden intensief, terwijl de controlegroep wekelijks alleen stretch- en relaxatieoefeningen deed. Alle deelnemers, in de leeftijd van 30-75 jaar, leidden voorheen een 'zittend bestaan' wat inhoudt dat zij minder dan 3 maal per week minder dan 20 minuten aan sport/inspanning besteedden.

Het gemiddelde HbA1c van alle groepen bedroeg bij aanvang 7,7%. Na afloop bleek dat alleen in de combinatiegroep het HbA1c significant was gedaald, gemiddeld -0,34% (95%-BI -0,64% - -0,03%) vergeleken met de controlegroep. Niet echt spectaculair, maar dat ligt misschien ook aan de mooie uitgangswaarden. Een veelbelovend resultaat als je dit door kunt trekken naar mensen met een problematischer HbA1c. In de subgroep van mensen met een HbA1c boven de 7,0% bleek namelijk een grotere afname.

Wilma Spinnewijn

Church TS, et al. Effects of aerobic and resistance training on hemoglobin A1c levels in patients with type 2 diabetes. A randomized control trial. JAMA 2010;304:2253-62. ■

Kunt u nog fietsen?

Differentiaaldiagnostisch zijn Parkinson-achtige klachten een uitdaging. Een adequate diagnose is van belang om de patiënt goed te kunnen adviseren. Onderzoekers van de afdeling Neurologie van de Radboud Universiteit in Nijmegen gingen na of het nog kunnen fietsen een bijdrage levert aan die diagnose.

Prospectief werden 156 patiënten met parkinsonisme gevolgd, bij wie nog geen definitieve diagnose gesteld was. Op baseline, gemiddeld 30 maanden na start van de klachten, kregen de patiënten een gestructureerd interview, uitgebreid neurologisch onderzoek en een MRI van de hersenen. Het interview bevatte ook vragen over fietsen. De diagnose na 3 jaar, gebaseerd op klinische follow-up, herhaald onderzoek en respons op de behandeling, was de gouden standaard.

Van de 156 patiënten fietsten er 111 voordat ze klachten kregen. Van die 111 bleken er 3 jaar later 45 de ziekte van Parkinson te hebben, de overige 66 patiënten met atypisch parkinsonisme kregen verschillende diagnoses, met name multisysteematrofie en vasculair parkinsonisme.

Foto: Shutterstock/Demid Borodin

Op baseline bleken er van de 66 patiënten met atypisch parkinsonisme 34 gestopt met fietsen, terwijl dit bij de patiënten met de ziekte van Parkinson slechts bij 2 van de 45 patiënten het geval was. Dit komt neer op een sensitiviteit van 52%, een specificiteit van 96%, en een *area under the curve* van 74%, waarbij de test positief scoort als mensen gestopt zijn met fietsen en atypisch parkinsonisme de ziekte is die je wilt aantonen of uitsluiten.

Met andere woorden: als de patiënt gestopt is met fietsen, is de kans op een andere diagnose dan de ziekte van Parkinson een stuk groter. Gezien de populariteit van de fiets in ons land lijkt deze test een waardevolle aanvulling.

Hans van der Wouden

Aerts MB, et al. The "bicycle sign" for atypical parkinsonism. Lancet 2010;377:125-6. ■

Het zonnetje in huis

Veel ouderen blijken depressief en dit vermindert hun kwaliteit van leven drastisch. Vaak is ook de biologische klok hierbij ontregeld: er is sprake van een abnormaal slaap-waakritme en er zijn schommelingen van het humeur over de dag. Lichttherapie kan humeur en slaapefficiëntie verbeteren.

Ouderen komen vaak minder buiten en met de leeftijd daalt ook de fotoreceptoractiviteit. Een Amsterdams placebogecontroleerd onderzoek vergeleek het effect van blootstelling aan 1 uur lichtblauw licht (7500 lux) met rood dimlicht (de placebo, 50 lux). De onderzoekers lieten 89 deelnemers (rond 70 jaar oud) 3 weken lang elke ochtend plaatsnemen voor de lamp. Ze maten de Hamilton depressiescore vóór de therapie, direct na de 3 weken therapie en 3 weken later nog eens. Tussen de eerste en de tweede meting verbeterden de depressiescores 7% meer in de lichttherapiegroep dan in de placebogroep (95%-BI 4%-23%), tussen de eerste en de derde meting was dit verschil zelfs 21% (95%-BI 7%-31%). Ook de efficiëntie van het slapen verbeterde in de lichttherapiegroep; er bleek een lager cortisolgehalte in urine en speeksel en een snellere stijging van melatonine in de avond. Er waren vrijwel geen bijwerkingen.

Mensen moeten er natuurlijk wel de tijd voor hebben: de therapie kostte de deelnemers elke dag een uur. Maar het gaat juist om een groep mensen die veel thuis zit. Wat we nog niet weten is wat er na de drie weken follow-up gebeurt: zakken humeur en slaapkwaliteit weer in?

Het lijkt een heel elegante methode om onze ouderen een betere kwaliteit van leven te bezorgen. Een korte zoektocht op internet laat zien dat de lampen die de onderzoekers gebruikten, niet al te duur zijn in aanschaf. Misschien een leuke aanvulling op het arsenaal van de poh-ggz?

Marjolein Krul

Lieverse R, et al. Bright light treatment in elderly patients with nonseasonal major depressive disorder. A randomized placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatr 2011;68:61-70. ■

Geeske Peeters, Petra Elders, Paul Lips, Dorly Deeg

Snelle inschatting van de kans op herhaald vallen bij ouderen

Samenvatting

Peeters G, Elders P, Lips P, Deeg DJH. Snelle inschatting van de kans op herhaald vallen bij ouderen. Huisarts Wet 2011;54(4):186-91.

ACHTERGROND Dertig procent van de vijfenzestigplussers in Nederland maakt minstens éénmaal per jaar een val, en een kwart daarvan zoekt medische hulp. Er bestaan risicoprofielen die de kans op een herhaalde val voorspellen, maar deze zijn te omslachtig voor de dagelijkse praktijk. In dit artikel presenteren wij een valbeslisboom die met drie eenvoudige vragen een indicatie geeft hoe groot de kans op een nieuwe val is bij een recent gevallen oudere.

METHODEN Bij 408 zelfstandig wonende vijfenzestigplussers die zich na een val bij de huisarts of Spoedeisende hulp meldden, hebben wij gezocht naar eenvoudig meetbare predictoren van herhaald vallen. Op basis daarvan hebben wij een beslisboom ontwikkeld die aangeeft op welke termijn een nieuwe val te verwachten is. Deze valbeslisboom hebben wij gevalideerd in een tweede steekproef van 279 ouderen.

RESULTATEN Drie predictoren, namelijk valgeschiedenis, valangst en loophulpmiddelengebruik, blijken tezamen een adequate indicatie te kunnen geven van de kans op een herhaalde val. Bij afwezigheid van de predictoren bleek de kans 9%, bij aanwezigheid van alledrie 42%. Definieert men hoog risico als meer dan 30% kans op een herhaalde val, dan wist de valbeslisboom deze val correct te voorspellen voor 80% van de personen in de ontwikkelingssteekproef en 70% in de valideringssteekproef.

CONCLUSIE De valbeslisboom is een eenvoudig instrument waarmee men in de huisartsenpraktijk of op de Spoedeisende hulp de kans op herhaling kan inschatten bij een recent gevallen oudere.

INLEIDING

Valincidenten vormen globaal de derde oorzaak van chronische invaliditeit bij ouderen vanaf 65 jaar volgens de gegevens van de WHO.[1] Circa 30% van de ouderen valt ten minste eenmaal per jaar en 15% zelfs tweemaal of vaker.[2,3] Circa 68% van alle valpartijen leidt tot een verwonding en 5% tot een fractuur.[4,5] Ongeveer een kwart van degenen die vallen, doet naar aanleiding van de val een beroep op de huisarts of het ziekenhuis.[4,5] Onderzoek heeft uitgewezen dat ruim de helft van alle vijfenzestigplussers valangst ontwikkelt,[6] en dat dit soms leidt tot het vermijden van activiteiten en daardoor verminderde mobiliteit en eenzaamheid.[7]

De literatuur maakt onderscheid tussen ouderen die incidenteel vallen en ouderen die herhaaldelijk vallen.[8] Incidentele valpartijen zijn veelal te wijten aan omgevingsfactoren, herhaald vallen is eerder het gevolg van fysieke, cognitieve en gedragsfactoren zoals balansproblemen, cognitieve achteruitgang of haastig gedrag.[9] Met name mensen die vaker vallen, hebben baat bij preventieve maatregelen. Om te kunnen bepalen wie voor zulke maatregelen in aanmerking komt, zijn in de afgelopen jaren wereldwijd tal van risicoprofielen ontwikkeld, te gebruiken als voorspellend screeningsinstrument.[10-13] Voor de dagelijkse praktijk hebben deze risicoprofielen echter onvoldoende onderscheidend vermogen, want ze zijn ontworpen in ongeselecteerde populaties en dus niet toegesneden op populaties met specifieke kenmerken. De doelgroep, ouderen die hulp zoeken na een val, heeft nu juist wél specifieke kenmerken, namelijk leeftijd en gezondheid. Bekend is dat risicoprofielen meer voorspellende waarde hebben in de populaties waarin ze zijn ontwikkeld dan in andere populaties, en het zou dus beter zijn een risicoprofiel te ontwikkelen op basis van een representatieve steekproef uit de populatie waarin men het instrument in de praktijk gaat gebruiken.[14]

Een ander nadeel van de bestaande risicoprofielen is dat een enkelvoudige uitslag de patiënt weinig zegt: 'U heeft een hoog risico om in de komende twaalf maanden opnieuw te vallen', of: 'U scoort 8 punten op een schaal van 0 tot 30'. Een screeningsinstrument in de vorm van een beslisboom levert niet alleen een uitslag – de kans op een nieuwe val, uitgedrukt als percentage – maar ook de onderbouwing daarvan. Dat geeft de patiënt meer inzicht. Wij hebben een valbeslisboom ontwikkeld die praktisch bruikbaar is in de huisartsenpraktijk en op de Spoedeisende hulp, met eenvoudig meetbare predictoren en die een voor de patiënt begrijpelijke uitslag oplevert. In dit artikel beschrijven we de ontwikkeling en validering van deze valbeslisboom.

Wat is bekend?

- Valincidenten komen bij vijfenzestigplussers tamelijk veel voor en leiden relatief vaak tot verwondingen en chronische invaliditeit.
- Bestaande risicoprofielen om de kans op herhaald vallen te berekenen zijn omslachtig in het gebruik in de dagelijkse praktijk.

Wat is nieuw?

- De drie predictoren valgeschiedenis, valangst en loophulpmiddelengebruik geven een adequate indicatie van de kans op herhaald vallen onder ouderen.
- De valbeslisboom is goed bruikbaar om in te schatten of de presenterende val een incident was dan wel een voorbode van herhaald vallen.

VUmc, EMGO Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, afdeling Epidemiologie en Biostatistiek, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: dr. G.M.E.E. Peeters, postdoc; dr. P.J.M. Elders, huisarts-onderzoeker; prof.dr. D.J.H. Deeg, hoogleraar Epidemiologie van de veroudering. VUmc, afdeling Interne Geneeskunde, sectie Endocrinologie: prof dr. P. Lips, internist/endocrinoloog. • Correspondentie: g.peeters@uq.edu.au • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd financieel ondersteund door het ministerie van VWS.

METHODEN

Ontwikkeling: VPO

De ontwikkeling van de valbeslisboom vond plaats in het kader van het valpreventieonderzoek (VPO). Dit onderzoek vond plaats onder vijfenzestigplussers in het verzorgingsgebied (postcoderegio) van het VU medisch centrum die na een valincident de afdeling Spoedeisende hulp (SEH) van het VUmc of hun huisarts bezochten.[15] De deelnemers woonden zelfstandig (inclusief aanleunwoningen en serviceflats) of in een verzorgingshuis, waren wilsbekwaam en in staat om zelf vragenlijsten te beantwoorden. Ook patiënten met ernstige letsels kwamen in aanmerking, mits zij binnen drie maanden voldoende herstelden. Verkeers- of bedrijfsongevallen werden uitgesloten.

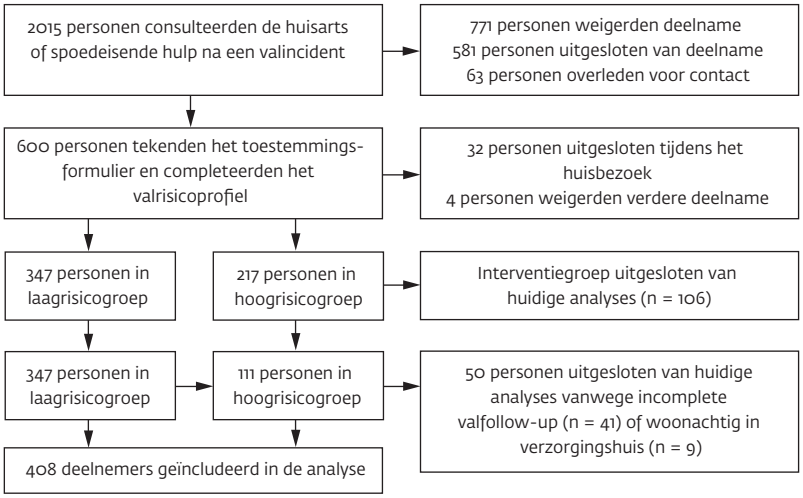
Tussen april 2005 en juli 2007 benaderden wij 2015 patiënten die zich bij de SEH of de huisarts meldden [**figuur 1**], en wij vonden 564 patiënten bereid tot deelname. De deelnemers kregen binnen drie maanden na de presenterende val een huisbezoek en tekenden het toestemmingsformulier. Vervolgens bepaalden wij het risico op herhaald vallen met behulp van het LASA-valrisicoprofiel (range 0-30).[12] Een score van 7 of lager gold als laag risico (n = 347), een score van 8 of hoger gold als hoog risico (n = 217). Wij wezen de deelnemers met hoog risico gerandomiseerd toe aan een behandel- en een controlegroep. De behandelgroep hielden wij buiten de analyses, omdat de behandeling het valrisico zou kunnen beïnvloeden en zou kunnen leiden tot een onderschatting van het voorspellende vermogen van de valbeslisboom.

Van de in totaal 458 deelnemers in de laagrisicogroep en de controlegroep lieten wij er 50 buiten de analyse omdat zij in een verzorgingshuis woonden of geen complete valfollow-up hadden. Deze 50 deelnemers waren gemiddeld ouder ($p \leq 0{,}05$) dan de 408 deelnemers die wij uiteindelijk in de analyse hebben meegenomen.

Validering: LASA

Voor de validering van onze beslisboom gebruikten wij de dataset van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), een langlopend onderzoek in Amsterdam, Zwolle en Oss en omgeving naar de fysieke, cognitieve, sociale en emotionele gevolgen van het ouder worden.[16] De eerste meetronde vond plaats in 1992/93 onder 3107 deelnemers van 55 jaar en ouder. In 1995/96 werd 1509 zelfstandig wonende deelnemers van 65 jaar en ouder gevraagd mee te doen aan een valfollow-up van 1995/96 tot en met 1997/98. Aan het eind van deze drie jaar waren er nog 1074 deelnemers over, van wie er 328 in het laatste jaar ten minste één val hadden gerapporteerd. Deze laatste subgroep nam deel aan een tweede valfollow-up van één jaar (1998/99). De gegevens van 279 deelnemers aan deze tweede valfollow-up [**figuur 2**] namen wij op in onze valideringsanalyse, omdat de samenstelling van deze groep het best overeenkwam met die van de VPO-populatie. De 49 deelnemers aan de tweede valfollow-up van wie de gegevens ontbraken of incompleet waren, waren gemiddeld ouder ($p = 0{,}02$) dan de 279 deelnemers die wel in de analyse zijn meegenomen.

Figuur 1 Stroomdiagram van het valpreventieonderzoek (VPO)



Tijd tot herhaald vallen

In beide onderzoeken hielden deelnemers gedurende één jaar valincidenten bij op valkalenders. Wekelijks noteerden zij of zij gevallen waren en eens per drie maanden stuurden zij het ingevulde kalenderblad op. Wanneer de onderzoekers geen kalenderblad ontvingen, of wanneer het blad incompleet of onduidelijk was ingevuld, werd de ontbrekende informatie telefonisch nagevraagd. Er was sprake van herhaald vallen wanneer de deelnemer in het jaar volgend op het huisbezoek binnen zes maanden twee of meer keren was

Abstract

Peeters G, Elders P, Lips P, Deeg DJH. Quick estimation of the risk of recurrent falls in the elderly. Huisarts Wet 2011;54(4):186-91.

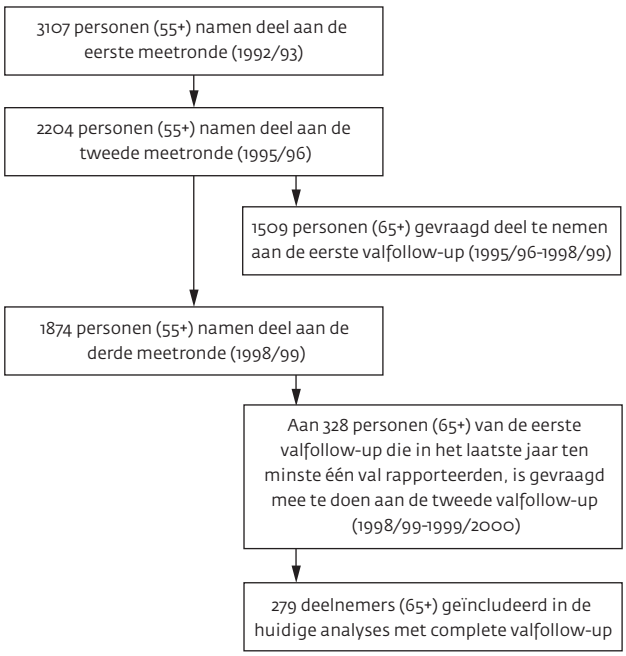
BACKGROUND Thirty percent of people aged 65 years or older fall at least once a year, and about a quarter seek medical attention. Existing falls risk profiles are too complex for daily use. We describe a falls decision tree consisting of three simple questions that provides a quick indication of the risk of recurrent falls in older people who have recently fallen down.

METHODS We investigated simple, easy to measure predictors of repeated falls in 408 community-dwelling older people (65+ years) who had consulted a GP or gone to an accident and emergency (A&E) department after falling down. These predictors were then used to develop a falls decision tree, to indicate when a new fall can be expected. The decision tree was validated in a second sample of patients.

RESULTS Three predictors, namely, falls history, fear of falling, and use of a walking aid, in combination provided an adequate indication of the risk of a new fall. The risk of a new fall was 9% if none of the predictors was present and 42% if all three predictors were present. If high falls risk was defined as a higher than 30% risk of new falls, then 80% of the participants in the development sample and 70% of the participants in the validation sample were correctly classified as having a high falls risk.

CONCLUSION The falls decision tree is a simple tool for use in GP surgeries or in A&E departments to assess the risk of a new fall in older individuals who have recently fallen down.

Figuur 2 **Stroomdiagram van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)**



gevallen.[12] Tijd tot herhaald vallen werd gedefinieerd als het aantal dagen vanaf het huisbezoek tot aan de tweede val, mits de tijd tussen de eerste en tweede val korter dan zes maanden was.

Predictoren

Op basis van de literatuur verzamelden wij predictoren die significant waren geassocieerd met herhaald vallen.[12,17,18] Vervolgens kozen wij daaruit die predictoren die met één vraag of test, zonder extra meetinstrumenten, konden worden gemeten in de huisartsenpraktijk of op de SEH. De zes predictoren die aan deze voorwaarden voldeden – valgeschiedenis, functionele beperkingen, duizeligheid, tandemstand, gebruik van een loophulpmiddel en valangst – namen wij mee in de analyses. In de statistiekparagraaf wordt beschreven hoe we hierna tot de uiteindelijke beslisboom zijn gekomen. De in het VPO gebruikte meetmethodes voor deze predictoren zijn afgestemd op de in de LASA gebruikte methodes. Waar de methodes afwijken wordt dit beschreven.

Valgeschiedenis werd nagevraagd met de vraag 'Hoe vaak bent u gevallen in de afgelopen 12 maanden', gescoord als éénmaal of minder, dan wel tweemaal of meer.

Functionele beperkingen werden gemeten door te vragen of men zelfstandig: (1) kon traplopen; (2) gebruik kon maken van eigen of openbaar vervoer; (3) de teennagels kon knippen, te beantwoorden met ja of nee. Voor iedere 'nee' werd 1 punt gescoord, de score liep van 0 (geheel zelfstandig) tot 3 (niet zelfstandig).

Duizeligheid werd nagevraagd met de vraag 'Bent u regelmatig duizelig' (ja/nee).

De *tandemstand* test of de deelnemer in staat is tien seconden met de ene voet voor de andere te staan (hak tegen teen) zonder steun te nemen. Gescoord werd het aantal seconden dat deze positie werd volgehouden: 0 (< 3 seconden), 1 (3-9 seconden) of 2 (≥ 10 seconden).

Het *gebruik van een loophulpmiddel* werd specifiek nagevraagd: 'Gebruikt u een hulpmiddel bij het lopen?' (ja/nee). Ook gebruik buitenshuis werd meegerekend.

Valangst werd in beide onderzoeken gemeten met de Falls Efficacy Scale (FES),[19] die navraagt hoe bezorgd men is om te vallen tijdens het uitvoeren van tien activiteiten, te scoren van 0 (helemaal niet) tot 3 (erg bezorgd), waarna de tien scores worden opgeteld (range 0-30). In het VPO werd valangst daarnaast nog gemeten met de vraag: 'Bent u bang om te vallen?', te beantwoorden op een schaal van 1 (helemaal niet bang) tot 10 (heel erg bang).

Statistische analyses

Wij gebruikten Tree Structured Survival Analysis[20,21] om de valbeslisboom te ontwikkelen. De 'beginknoop' van deze boomvormige structuur omvatte de gehele steekproef van het VPO (408 personen). Deze groep verdeelden we in subgroepen, 'tussenknopen', die steeds opnieuw gesplitst werden totdat er uiteindelijk onsplitsbare subgroepen overbleven, 'eindknopen'. Per splitsing kozen wij de predictor die de herhaald vallers het best onderscheidde van de niet-herhaald vallers. Daartoe voerden wij bij iedere splitsing een log-ranktoets uit op de kaplan-meier-overlevingscurves van beide subgroepen, voor alle mogelijke predictoren en met verschillende afkappunten per predictor. Eén predictor kon dus vaker en met verschillende afkappunten in de uiteindelijke boom voorkomen. Hoe hoger de log-rankwaarde, hoe beter het onderscheidend vermogen van die predictor.

In de uiteindelijke beslisboom bepaalden wij per knoop de groepsgrootte, het aantal herhaald vallers en het percentage herhaald vallers. Ook bepaalden wij de sensitiviteit (het percentage herhaald vallers dat correct als hoogrisico geclassificeerd was), de specificiteit (het percentage niet-herhaald vallers dat correct als laagrisico geclassificeerd was), het positief voorspellend vermogen (het percentage van de hoogrisicogroep dat inderdaad herhaald viel), het negatief voorspellend vermogen (het percentage van de laagrisicogroep dat inderdaad niet opnieuw viel) en tot slot het percentage correct voorspelde personen. Hoog risico definieerden wij als een kans van meer dan 30% op herhaald vallen, dit is een verdubbeling van de kans op herhaald vallen in de algemene thuiswonende bevolking.[2,3] We beschouwden het discriminerend vermogen van de valbeslisboom als voldoende groot wanneer de priorkans (proportie herhaald vallen in de beginknoop) ten minste verdubbeld respectievelijk gehalveerd was in de twee uiterste eindknopen. Als maat voor het discriminerend vermogen berekenden we de *area under the curve* (AUC). Een AUC van 1 betekent dat de boom 100% correct classificeert als herhaald of

niet-herhaald valler, een AUC van 0,50 betekent dat het discriminerend vermogen niet beter is dan toeval.

Om de valbeslisboom te valideren en na te gaan in hoeverre het discriminerend vermogen bevestigd kon worden, pasten wij hem toe op de LASA-gegevens. Vervolgens berekenden we opnieuw de sensitiviteit en specificiteit per eindknoop en de AUC.

RESULTATEN

[**Tabel 1**] geeft een overzicht van de baselinekenmerken van de populaties van het ontwikkelings- en het validatieonderzoek. De gemiddelde leeftijd van beide populaties was circa 78 jaar. In het VPO deden naar verhouding meer vrouwen mee dan in de LASA, en in laatstgenoemd onderzoek leken de deelnemers vaker duizeligheid, functionele beperkingen en valangst te rapporteren. Na één jaar valfollow-up bleek in het VPO 43% en in de LASA 44% minstens eenmaal te zijn gevallen, en respectievelijk 19% (VPO) en 29% (LASA) meer dan eenmaal. De gemiddelde tijd tot herhaald vallen bedroeg 179 (± 97) dagen in het VPO en 173 (± 102) dagen in de LASA.

Ontwikkelingsonderzoek (VPO)

In de beginknoop vonden wij de hoogste log-rankwaarde (22,7, $p < 0,05$) voor de predictor valgeschiedenis. In de valbeslisboom voegden wij aan deze predictor de predictoren valangst en gebruik van een loophulpmiddel toe [**figuur 3**]. De priorkans op een tweede val was 19% in de beginknoop. Als de predictoren valgeschiedenis en valangst beide aanwezig waren, nam deze priorkans toe tot 42%. Waren de predictoren valgeschiedenis, valangst of gebruik van een loophulpmiddel afwezig, dan nam de priorkans af tot 9%. In knopen waar slechts één predictor gold – valgeschiedenis, valangst of gebruik van een loophulpmiddel – schommelde de kans op herhaald vallen tussen de 21 en 29%. Wanneer wij hoog risico definiëren als een kans van meer dan 30% op herhaald vallen, dan was de sensitiviteit van de valbeslisboom laag (24%) en de specificiteit hoog (92%), en werd 80% correct voorspeld [**tabel 2**]. De AUC was 0,69.

Valideringsonderzoek (LASA)

In de beginknoop van de LASA was de priorkans 29%. Wanneer wij de beslisboom toepasten nam deze priorkans toe tot 60% wanneer de predictoren valgeschiedenis en valangst beide aanwezig waren, en af tot 14% wanneer geen van beide aanwezig was. De sensitiviteit van de valbeslisboom was in de LASA hoger dan in het VPO, de specificiteit juist lager [**tabel 2**]. Het percentage correct voorspelde personen was 70%, de AUC 0,71.

BESCHOUWING

De valbeslisboom die wij ontwikkelden en valideerden, maakt een snelle en eenvoudige inschatting mogelijk van de kans dat een oudere die na een val de huisarts of SEH consulteert, opnieuw zal vallen. Valgeschiedenis, valangst en gebruik van een loophulpmiddel zijn de predictoren waarop de beslisboom gebaseerd is.

Tabel 1 **Baselinekarakteristieken van het valpreventieonderzoek (VPO) en de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)**

	VPO	LASA
N	408	279
Gemiddelde leeftijd (SD)	77,9 jaar (7,1)	78,1 jaar (6,5)
Vrouw	73,3%	59,1%
Meer dan één chronische ziekte (%)†	35,8%	45,9%
Predictoren		
Meer dan twee vallen in het voorgaande jaar	36,0%	31,2%
Duizeligheid	9,1%	25,1%
Functionele beperkingen		
▪ ≥ 1	42,9%	66,8%
▪ ≥ 2	21,3%	42,6%
▪ 3	5,6%	22,4%
Tandemstand		
▪ < 3 seconden	36,8%	34,9%
▪ < 10 seconden	52,0%	37,9%
▪ Loophulpmiddel	20,6%	30,1%
Valangst‡		
▪ FES > 2	23,8%	42,7%
▪ Bang om te vallen, score ≥ 6	23,5%	–
▪ Bang om te vallen, score ≥ 8	10,0%	–

SD Standaarddeviatie
† Chronische niet-specifieke longziekten, hartziekten, perifere vaatziekten, kanker, CVA, diabetes en gewrichtsaandoeningen.
‡ Valangst is in beide onderzoeken nagevraagd met de Falls Efficacy Scale (FES, range 0-30). Daarnaast is in het VPO de vraag gesteld 'Bent u bang om te vallen?' (range 1-10).

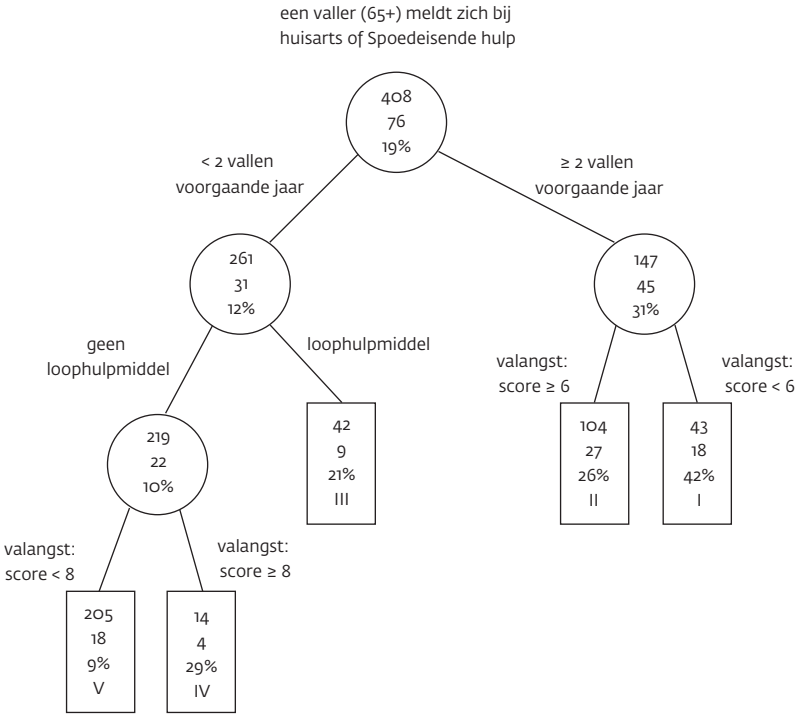
Tabel 2 **Sensitiviteit, specificiteit en voorspellend vermogen van de valbeslisboom**

	VPO	LASA
Sensitiviteit	24%	61%
Specificiteit	92%	74%
Positief voorspellend vermogen	42%	50%
Negatief voorspellend vermogen	84%	82%
Percentage correct voorspeld	80%	70%

VPO Valpreventieonderzoek (ontwikkelingssteekproef); LASA Longitudinal Aging Study Amsterdam (valideringssteekproef).
Sensitiviteit, specificiteit, positief en negatief voorspellend vermogen en percentage correct voorspelde personen zijn gebaseerd op de definitie van hoog risico als meer dan 30% kans op herhaald vallen.

Zowel in het ontwikkelingsonderzoek (VPO) als in het validatieonderzoek (LASA) bleek de priorkans in de twee uiterste eindknopen van de valbeslisboom respectievelijk verdubbeld (eindknoop I) en gehalveerd (eindknoop V). Het discriminerend vermogen van de valbeslisboom was 0,69 in VPO en 0,71 in LASA. De lichte stijging in het validatieonderzoek is opmerkelijk, aangezien een instrument gewoonlijk het best presteert in de dataset waarin het wordt ontwikkeld.[14] Dit zou kunnen liggen aan een verschil in de methode om de predictor valangst te meten: mogelijk heeft de FES meer discriminerend vermogen dan de vraag 'Bent u bang om te vallen?' Vervangen we echter in VPO de vraag over valangst door de FES, dan verbetert de AUC nauwelijks (0,68 versus

Figuur 3 **Valbeslisboom in het valpreventieonderzoek (VPO)**



De cijfers in de cirkels (tussenknopen) en vierkanten (eindknopen) duiden respectievelijk op het aantal personen, het aantal herhaald vallers en het percentage herhaald vallers in die knoop. Valangst is hier gemeten met de vraag 'Bent u bang om te vallen?', waarbij men met een cijfer van 1 tot 10 gevraagd werd de mate van angst weer te geven (hogere scores duiden op meer valangst).

0,69). Alternatieve verklaringen zijn dat de prevalentie van vallen in LASA hoger was dan in VPO, en dat ook valgeschiedenis, loophulpmiddelgebruik en valangst vaker voorkomen in de LASA-populatie. Mogelijk was deze populatie heterogener dan de VPO-populatie, wat het identificeren van herhaald vallers makkelijker maakte. Een AUC van 0,69 betekent dat de valbeslisboom 69% correct bestempelde als herhaald dan wel niet-herhaald valler. Definieert men hoog risico als meer dan 30% kans op herhaald vallen, dan voorspelde de valbeslisboom 80% in VPO en 70% in LASA correct als herhaald dan wel niet-herhaald valler.

Opvallend is dat de predictor valangst tweemaal voorkomt in de valbeslisboom, maar met verschillende afkappunten. Per splitsing is gekozen voor het afkappunt dat herhaald vallers het best onderscheidt van niet-herhaald vallers. Bij personen met een valgeschiedenis zorgt een gemiddelde valangst al voor een extra verhoogd valrisico; bij personen zonder een valgeschiedenis of loophulpmiddel wordt het valrisico pas verhoogd bij sterke valangst.

Van de VPO-deelnemers meldde 10% zich via de huisarts en 90% zich via de SEH. Dat werpt de vraag op in hoeverre de resultaten te generaliseren zijn naar de huisartsenpraktijk. Vergelijking van de twee groepen laat zien dat de ouderen die zich via de huisarts aanmeldden significant ouder waren en in het verleden vaker waren gevallen ($p < 0,01$), maar dat man-vrouwverdeling, aantal chronische ziekten, duizeligheid, functionele beperkingen, tandemstand, loophulpmiddelgebruik en valangst vergelijkbaar waren. Waarschijnlijk zoeken ouderen na een eerste val alleen hulp wanneer zij daarbij letsel hebben opgelopen, en wenden zij zich pas tot de huisarts wanneer zij vaker zijn gevallen. Daar staat tegenover dat ouderen die zich op de SEH hebben gemeld, voor nazorg alsnog bij de huisarts komen. De belangrijkste voorspeller van vallen, valgeschiedenis, komt vaker voor in de huisartsgroep, de overige predictoren komen even vaak voor. We verwachten dat de percentages in de valbeslisboom ook in de huisartsenpraktijk een goede schatting geven van de valkans, maar voor een preciezere schatting zou de beslisboom gevalideerd moeten worden in een groep ouderen die zich na een val bij de huisarts heeft gemeld.

De CBO-richtlijn gaat ervan uit dat ouderen in een verzorgingshuis per definitie een hoog valrisico hebben, omdat nagenoeg alle geïnstitutionaliseerde ouderen een hoge leeftijd hebben, mobiliteitsproblemen hebben, ADL-afhankelijk zijn en eerder een valincident hebben doorgemaakt. Case-finding met als doel personen met een verhoogd valrisico op te sporen is daar dus niet noodzakelijk. De aanname van de CBO-richtlijn wordt ondersteund door onderzoek waaruit blijkt dat 88,5% van de verzorgingshuisbewoners een hoog valrisico heeft.[22] Om deze reden hebben wij verzorgingshuisbewoners uitgesloten van de huidige analyses.

De valbeslisboom heeft bij een afkappunt van > 30% kans op herhaald vallen een hoge specificiteit, wat betekent dat de boom vooral sterk is in het voorspellen van niet-herhaald vallen. Als we ervan uitgaan dat alle personen die recent zijn gevallen een hoog valrisico hebben, zouden we in overeenstemming met de CBO-richtlijn al deze ouderen moeten evalueren op valrisicofactoren. De presenterende val kan echter een incident zijn geweest, zodat preventieve maatregelen niet nodig zijn. De valbeslisboom is goed bruikbaar om in te schatten of de presenterende val een incident was dan wel een voorbode van herhaald vallen. De boom kan met 92% zekerheid die helft van de ouderen eruit pikken bij wie een nieuwe val de eerstkomende zes maanden onwaarschijnlijk is en die het dus kunnen stellen zonder verdere evaluatie van valrisicofactoren en eventuele preventieve maatregelen. De huisarts kan zich dan richten op die andere helft, bij wie nadere evaluatie en eventuele maatregelen wel degelijk nodig zijn. Ouderen in eindknoop I hebben grote kans om opnieuw te vallen. De CBO-richtlijn adviseert bij hen een multifactoriële evaluatie te starten en de valrisicofactoren aan te pakken.[17] De internationale literatuur biedt wel enige steun aan deze aanpak,[23] maar onderzoek in de Nederlandse situatie heeft niet kunnen aantonen dat het valrisico erdoor afneemt.[24-26] Ouderen in de eindknopen II en IV hebben mogelijk baat bij een interventie gericht op het verminderen van de valangst, en ouderen in eindknoop III hebben mogelijk baat bij oefentherapie met uitdagende kracht- en balansoefeningen. In de internationale literatuur is wel enig bewijs te vinden dat

Foto: Shutterstock/Voronin76

interventies gericht op valangst[27] en kracht- en balansverbetering[23,28] effect hebben, maar om per eindknoop te kunnen vaststellen welke maatregelen kosteneffectief zijn, zal meer onderzoek nodig zijn.

De conclusie kan zijn dat de huisarts of SEH-arts met een drietal vragen snel en eenvoudig een redelijke schatting kan maken van de kans op herhaald vallen bij ouderen die zich melden na een val. De vragen identificeren met name de groep bij wie die kans klein is. De structuur van de valbeslisboom biedt tevens mogelijkheden om de patiënt te informeren over eventuele risico's, en om diagnostiek en behandeling te koppelen. ■

DANKBETUIGING

Dit onderzoek is voor een deel gebaseerd op data van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA).

LITERATUUR

1 Murray CJ, Lopez AD. Global and regional descriptive epidemiology of disability: incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability. In: Murray CJ, Lopez AD, editors. The global burden of disease. Boston: Harvard School of Public Health, 1996.
2 Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J Med 1988;319:1701-7.
3 Tromp AM, Smit JH, Deeg DJ, Bouter LM, Lips P. Predictors for falls and fractures in the Longitudinal Aging Study Amsterdam. J Bone Miner Res 1998;13:1932-9.
4 Nachreiner NM, Findorff MJ, Wyman JF, McCarthy TC. Circumstances and consequences of falls in community-dwelling older women. J Womens Health (Larchmt) 2007;16:1437-46.
5 Stel VS, Smit JH, Pluijm SM, Lips P. Consequences of falling in older men and women and risk factors for health service use and functional decline. Age Ageing 2004;33:58-65.
6 Zijlstra GA, Van Haastregt JC, Van Eijk JT, Van Rossum E, Stalenhoef PA, Kempen GI. Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. Age Ageing 2007;36:304-9.
7 Wijlhuizen GJ, De Jong R, Hopman-Rock M. Older persons afraid of falling reduce physical activity to prevent outdoor falls. Prev Med 2007;44:260-4.
8 Masud T, Morris RO. Epidemiology of falls. Age Ageing 2001;30 Suppl 4:3-7.
9 Lord SR, Ward JA, Williams P, Anstey KJ. Physiological factors associated with falls in older community-dwelling women. J Am Geriatr Soc 1994;42:1110-7.
10 Lord SR, Menz HB, Tiedemann A. A physiological profile approach to falls risk assessment and prevention. Phys Ther 2003;83:237-52.
11 Nandy S, Parsons S, Cryer C, Underwood M, Rashbrook E, Carter Y, et al. Development and preliminary examination of the predictive validity of the Falls Risk Assessment Tool (FRAT) for use in primary care. J Public Health (Oxf) 2004;26:138-43.
12 Pluijm SM, Smit JH, Tromp EA, Stel VS, Deeg DJ, Bouter LM, et al. A risk profile for identifying community-dwelling elderly with a high risk of recurrent falling: results of a 3-year prospective study. Osteoporos Int 2006;17:417-25.
13 Stalenhoef PA, Diederiks JP, Knottnerus JA, Kester AD, Crebolder HF. A risk model for the prediction of recurrent falls in community-dwelling elderly: a prospective cohort study. J Clin Epidemiol 2002;55:1088-94.
14 Justice AC, Covinsky KE, Berlin JA. Assessing the generalizability of prognostic information. Ann Intern Med 1999;130:515-24.
15 Peeters GM, De Vries OJ, Elders PJ, Pluijm SM, Bouter LM, Lips P. Prevention of fall incidents in patients with a high risk of falling: design of a randomised controlled trial with an economic evaluation of the effect of multidisciplinary transmural care. BMC Geriatr 2007;7:15.
16 Deeg DJ, Van Tilburg T, Smit JH, De Leeuw ED. Attrition in the Longitudinal Aging Study Amsterdam: The effect of differential inclusion in side studies. J Clin Epidemiol 2002;55:319-28.
17 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen. Alphen a/d Rijn: Van Zuiden Communications, 2004.
18 Stel VS, Pluijm SM, Deeg DJ, Smit JH, Bouter LM, Lips P. A classification tree for predicting recurrent falling in community-dwelling older persons. J Am Geriatr Soc 2003;51:1356-64.
19 Kempen GI, Zijlstra GA, Van Haastregt JC. Het meten van angst om te vallen met de Falls Efficacy Scale-International (FES-I): Achtergrond en psychometrische kenmerken. Tijdschr Gerontol Geriatr 2007;38:204-12.
20 Gordon L, Olshen RA. Tree-structured survival analysis. Cancer Treat Rep 1985;69:1065-9.
21 Segal MR. Features of tree-structured survival analysis. Epidemiology 1997;8:344-6.
22 Van Schoor NM. Prevention of hip fractures by external hip protectors. Amsterdam: VUmc/EMGO Instituut, 2003.
23 Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev 2009; Issue 4. Art. No.: CD007146.
24 Hendriks MR, Bleijlevens MH, Van Haastregt JC, Crebolder HF, Diederiks JP, Evers SM, et al. Lack of effectiveness of a multidisciplinary fall-prevention program in elderly people at risk: a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc 2008;56:1390-7.
25 Peeters GM. Prevention of falling in older persons with a high risk of recurrent falling [proefschrift]. Amsterdam: VUmc/EMGO Instituut, 2009.
26 Van Haastregt JC, Diederiks JP, Van Rossum E, De Witte LP, Voorhoeve PM, Crebolder HF. Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk: randomised controlled trial. BMJ 2000;321:994-8.
27 Zijlstra GA, Van Haastregt JC, Van Rossum E, Van Eijk JT, Yardley L, Kempen GI. Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. J Am Geriatr Soc 2007;55:603-15.
28 Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JC. Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc 2008;56:2234-43.

Robert Willemsen, Ron Pisters, Harrie Crijns, Bram de Wit

Implementatie van antitrombotische behandeling bij atriumfibrilleren

Samenvatting

Willemsen RTA, Pisters R, Crijns HJGM, De Wit AAM. Implementatie van antitrombotische behandeling bij atriumfibrilleren. Huisarts Wet 2011;54(4):192-6.

DOEL Atriumfibrilleren kent een hoge prevalentie. Een belangrijk deel van de behandeling bestaat uit het voorkómen van een beroerte. De NHG-Standaard, gebruikmakend van de chads$_2$-score, is duidelijk ten aanzien van het maken van een keuze voor een antitrombotisch medicament. Over- en onderbehandeling met orale antistolling lijken beide echter nog veel voor te komen. Door middel van dit implementatieonderzoek wilden we deze onder- en overbehandeling binnen onze praktijk kwantificeren én corrigeren. We keken ook naar de tijdsinvestering die voor het hele project nodig was.

METHODE Wij onderzochten binnen een stadspraktijk van 2600 patiënten alle mensen met atriumfibrilleren (n = 80) op chads$_2$-score en actuele antitrombotische medicatie. Zo nodig pasten we deze medicatie aan.

RESULTATEN Deze analyse leidde tot 13 medicatiewijzigingen. Zesmaal gingen we over op orale antistolling, zesmaal op acetylsalicylzuur. Eén patiënt startte met acetylsalicylzuur. Deze richtlijnimplementatie bij 80 patiënten nam voor de huisarts 17,5 uur in beslag.

CONCLUSIE Actief implementeren van de richtlijn ten aanzien van antitrombotische therapie bij atriumfibrilleren is medisch zinvol en kan waarschijnlijk beroertes voorkomen. Men moet wel werktijd investeren om deze kwaliteitsverbetering te realiseren. Een vergoeding voor dit soort werk lijkt een discussie waard.

INLEIDING

Voor mensen van 55 jaar of ouder geldt dat een op de vier in de toekomst atriumfibrilleren zal ontwikkelen.[1] Een van de grootste risico's van deze aandoening is het krijgen van een ischemisch cerebrovasculair accident (verder beroerte genoemd). Dit geldt zowel bij paroxysmaal als bij persisterend atriumfibrilleren.[2] Een belangrijk deel van de behandeling bestaat dan ook uit preventie van beroertes door antitrombotische farmacotherapie. Deze behandeling betreft orale antistolling (cumarinederivaten) of trombocytenaggregatieremmers (acetylsalicylzuur). Bij een hoog risico op beroerte (≥ 4% zonder gebruik van antitrombotische medicatie) moet men met orale antistolling behandelen. Bij een laag risico volstaat acetylsalicylzuur.[3]

Een hulpmiddel bij het bepalen van de hoogte van het risico is de chads$_2$-score.[4-6] In [**tabel 1**] zien we hoe men deze score kan berekenen. De uitslag kan variëren van 0 tot maximaal 6, afhankelijk van het aantal aanwezige risicofactoren uit de tabel. Ter illustratie is ook de nieuwere en nog beter voorspellende cha$_2$ds$_2$vas-score, met een maximum van 8 punten, weergegeven. Deze score is echter nog niet gebruikelijk in de eerste lijn. De cijfermatige betekenis van deze score voor het risico op een beroerte en het effect van antitrombotische medicatie op dit risico zijn te zien in [**tabel 2**]. De tabel toont het CVA-risico per honderd persoonsjaren per chads$_2$-score zonder antitrombotische medicatie, respectievelijk met acetylsalicylzuur en warfarine (orale antistolling). We zien in alle categorieën een hoger beroerterisico wanneer we acetylsalicylzuur geven, versus het risico bij preventie met warfarine. In het geval van een chads$_2$-score van 0 betreft het slechts een trend. Bij een score van 1 of hoger zijn alle verschillen significant. Net als algemeen gebruikelijk is, adviseert ook de NHG-Standaard Atriumfibrilleren een antitrombotische behandeling met orale antistolling in plaats van acetylsalicylzuur bij een score van 2 of meer (corresponderend met een risico op beroerte van 4% of meer indien de patiënt geen preventieve medicatie zou gebruiken). Bij contra-indicaties voor een van beide middelen, zoals vermeld in de NHG-Standaard, moet men zoeken naar het veiligste alternatief, zo nodig in overleg met andere behandelaars.

Wat is bekend?

- De prevalentie van atriumfibrillen is hoog en neemt toe.
- Het risico op een beroerte is verhoogd bij atriumfibrilleren en het risico hierop is te schatten met behulp van de chads$_2$-score.
- Een keuze voor de juiste antitrombotische therapie bij atriumfibrilleren, op geleide van de chads$_2$-score, leidt tot reductie van ziekte en sterfte.
- De meest recente NHG-Standaard Atriumfibrilleren waarschuwt voor overbehandeling met orale antistolling bij patiënten met een chads$_2$-score lager dan 2.

Wat is nieuw?

- Naast overbehandeling komt in de praktijk van alledag ook onderbehandeling met orale anticoagulantia frequent voor.
- Het systematisch doorlichten van de populatie met atriumfibrilleren binnen een huisartsenpraktijk is de enige manier om alle over- en onderbehandeling te corrigeren.
- Alleen dan kunnen huisartsen de sterfte- en ziektereductie die in potentie te bereiken is met optimale antitrombotische therapie bij patiënten met atriumfibrilleren ook daadwerkelijk realiseren.

Universiteit Maastricht, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: R.T.A. Willemsen, huisarts i.o. en kaderarts hart- en vaatziekten i.o.; Maastricht Universitair Medisch Centrum, afdeling Cardiologie: R. Pisters, cardioloog i.o.; H.J.G.M. Crijns, hoofd afdeling Cardiologie. Huisartsenpraktijk Centrum, Heerlen: A.A.M. de Wit, huisarts. • Correspondentie: willemsenrobert@hotmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Tabel 1 Het bepalen van de $chads_2$-score en de cha_2ds_2vas-score

Klinische parameter	punten $chads_2$	punten cha_2ds_2vas
Hartfalen ooit doorgemaakt	1	1
Hypertensie in de voorgeschiedenis	1	1
Leeftijd 75 jaar of ouder	1	2
Diabetes mellitus	1	1
Secundaire preventie na doorgemaakt ischemisch cva/tia, volgens expertmening ook na doorgemaakte longembolieën	2	2
Aanvullend punt: als de patiënt aan 2 van de volgende 3 criteria voldoet: vrouwelijk geslacht, leeftijd 65 tot 75 jaar, coronarialijden	0	1

Tabel 2 Het risico op een beroerte afhankelijk van de $chads_2$-score

$chads_2$-score	CVA per 100 persoonsjaren		
	geen preventie	acetylsalicylzuur	warfarine
0	1,9	1,52	1,0
1	2,8	2,24	1,4
2	4,0	3,20	2,0
3	5,9	4,72	3,0
4	8,5	7,0	4,3
5	12,5	10,0	6,3
6	18,2	14,6	9,1

Achtergrond

De onlangs verschenen herziene NHG-Standaard Atriumfibrilleren stelt dat de diagnostiek en behandeling van atriumfibrilleren bij mensen van 65 jaar of ouder grotendeels in de huisartsenpraktijk kunnen plaatsvinden. De actuele NHG-Standaard maakt gebruik van de $chads_2$-score.[7] De standaard stelt in de inleiding dat er op basis van de nu gebruikte $chads_2$-score een risico op *overbehandeling* met orale antistolling is ontstaan. Dit komt doordat er met de nieuwe richtlijnen minder vaak een indicatie voor orale antistolling zal zijn, dan met de tot dusver gehanteerde criteria in de eerste lijn. Een deel van de literatuur laat inderdaad zien dat er sprake is van meer over- dan onderbehandeling met orale antistolling.[8] Uit andere literatuur blijkt echter dat onderbehandeling met antistollingsbehandeling in de praktijk veel vaker voorkomt dan overbehandeling.[9-12] Dit komt deels omdat artsen nog steeds huiverig zijn om (oudere) patiënten aan antistolling bloot te stellen. Feit is in elk geval dat beide fenomenen, onder- en overbehandeling, dagelijks aan de orde zijn.

Als men de richtlijnen niet direct toepast, kan dat vanuit het perspectief van onderbehandeling tot beroertes leiden. Gebruiken we, zoals het advies in de toekomst mogelijk zal luiden, voor onze populatie niet de $chads_2$-, maar de intussen al bewezen accuratere cha_2ds_2-vas-score [**tabel 1**], waarbij patiënten eerder in aanmerking komen voor orale antistolling, dan zal er nog vaker van onderbehandeling sprake zijn.[5] De NHG-Standaard adviseert om jaarlijks patiënten met atriumfibrilleren te controleren en actief naar de beroertepreventie te kijken. In de praktijk zullen er echter ook patiënten buiten de actieve aandacht van de dokter vallen, tenzij hij ze systematisch traceert. Er is in de praktijk namelijk geen vast omschreven moment waarop de huisarts een specifieke populatie weer eens actueel met behulp van de nieuwste richtlijnen analyseert en definieert, ter voorkoming van over- én onderbehandeling.

Wij hielden naar aanleiding van een nascholing en het verschijnen van de nieuwe NHG-Standaard Atriumfibrilleren onze eigen populatie met atriumfibrilleren tegen het licht. We deden het onderzoek in een opleidingspraktijk in Heerlen, waar de eerste auteur in zijn eerste opleidingsjaar het onderzoek uitvoerde. Het betreft een solopraktijk met een totale patiëntenpopulatie van 2600. Heerlen is gelegen in Zuid-Limburg, een regio waar al jaren sprake is van een hoge prevalentie van hart- en vaatziekten.

Belangrijkste kwaliteitsmaten

We wilden over- en onderbehandeling met orale antistolling opsporen en kwantificeren, om vervolgens de medicatie aan te passen aan de hand van de huidige richtlijn. De gehanteerde onderzoeksvraag bij dit implementatieonderzoek was tweeledig:

- Hoeveel patiënten veranderen van antitrombotische behandeling nadat we de populatie patiënten met atriumfibrilleren met behulp van de chads2-richtlijnen actief hebben doorgenomen?
- Hoeveel tijd kost de implementatie van deze actuele en evidence-based richtlijn?

Abstract

Willemsen RTA, Pisters R, Crijns HJGM, De Wit AAM. Implementation of antithrombotic treatment in atrial fibrillation. Huisarts Wet 2011;54(4):192-6.

AIM The prevalence of atrial fibrillation is high and treatment is focused on stroke prevention. The Dutch College of General Practitioners Practice Guideline, which makes use of the CHADS score, provides clear advice about the need for antithrombotic medication, but undertreatment and overtreatment with oral anticoagulants are still quite common. We examined the extent to which undertreatment and overtreatment occurred in our practice and, where necessary, revised the medication regimen. We also investigated the time needed for this.

METHOD We investigated the CHADS score and use of antithrombotic medications in 80 patients with atrial fibrillation in our urban practice covering 2600 patients.

RESULTS The investigation led to 13 medication changes: a switch to oral anticoagulant in 6 cases, a switch to acetylsalicylic acid in 6 cases, and initiation of acetylsalicylic acid in 1 case. Implementation of the guideline in the 80 patients took 17.5 hours.

CONCLUSIONS Active use of the guideline on antithrombotic treatment in atrial fibrillation is medically justified and could prevent stroke, but this improvement requires an investment of time. It might be worthwhile discussing whether this type of activity should be remunerated.

METHODE

We selecteerden patiënten met atriumfibrilleren via het ICPC-coderingssysteem en verrichtten statusonderzoek. We keken naar leeftijd, geslacht, de duur van het atriumfibrilleren in zijn geheel, of er sprake was van bewezen atriumfibrilleren en of er een cardioloog meebehandelde. Daarnaast onderzochten we of er in het verleden een elektrische conversie had plaatsgevonden, welke ritmemedicatie en welke medicatie de patiënten ter preventie van beroerte gebruikten, of er in het verleden trombo-embolische accidenten hadden plaatsgevonden en of er bijwerkingen dan wel complicaties van antitrombotische medicatie waren. Ten slotte keken we of de patiënten maagmedicatie kregen, hoeveel de $chads_2$-score bedroeg en of we de voorgeschreven medicatie volgens de actuele richtlijnen moesten veranderen.

Als we een eventuele verandering zelf konden doorvoeren overlegden we met de patiënt. Bij patiënten bij wie een wijziging in medicatie opportuun leek, maar die nog geregeld de cardioloog bezochten, pleegden we overleg met de cardioloog. We bepaalden of er sprake was van consensus over de voorgestelde wijziging en of er eerst nog aanvullend echografisch onderzoek nodig was. Opdat we snel konden nagaan wat we hadden gedaan, legden we alle genomen acties op dit vlak (de hoogte van de $chads_2$-score, de medicamenteuze consequenties, de adviezen van de cardioloog) vast in de probleemlijsten. We voorzagen de diagnose en de antitrombotische medicatie van een ruiter om jaarlijks snelle revisie mogelijk te maken.

RESULTATEN

Binnen de praktijk van 2600 mensen hadden 80 (3,1%) patiënten een gecodeerde diagnose atriumfibrilleren. Bij 76 patiënten was de diagnose met zekerheid gesteld aan de hand van een ecg. Een kleine meerderheid was man (n = 54, 55%) en de gemiddelde leeftijd bedroeg 75 jaar, met een spreiding van 38-94 jaar. Bij 63 van de patiënten met atriumfibrilleren (79%) was er cardiologische correspondentie aanwezig. De mediane duur van het atriumfibrilleren vanaf diagnosestelling tot heden was 5,5 jaar (spreiding 1-34 jaar). Twaalf patiënten (15%) ondergingen ooit een elektrische conversie. Zevenenzestig patiënten (84%) kregen op het moment van analyse *rate-* of *rhythm control*. Daarbij ging het voornamelijk om bètablokkers, digitalis en/of sotalol. Bij 3 van de 80 patiënten was er sprake van een goede rhythm control én waren er geen risicofactoren op trombo-embolieën (lone atriumfibrilleren). Daardoor verviel de indicatie voor antitrombotische medicatie. Vierenzeventig patiënten (93%) kregen preventieve medicatie tegen beroertes – ruim de helft van hen (45 patiënten, 56% van de totale populatie) gebruikte orale antistolling. In de groep van 80 patiënten met atriumfibrilleren waren er 10 (13%) die ooit een beroerte hadden doorgemaakt, hadden er 2 (3%) eerder een *transient ischemic attack* doorgemaakt en had 1 patiënt (1%) ooit een bloedig CVA. Of dit bij gebruik van orale antistolling was gebeurd, konden we niet met zekerheid achterhalen. Vier mensen (5%) maakten een majeure, niet-cerebrale bloeding door terwijl ze orale antistolling gebruikten. Bij één patiënt was er een definitieve contra-indicatie voor orale antistolling na een urogenitale bloeding, die al plaatsvond voordat er door het atriumfibrilleren een indicatie voor antitrombotische behandeling was ontstaan. Vijfentwintig patiënten (31%) binnen de populatie met atriumfibrilleren gebruikten tevens een protonpompinhibitor. We beschikten van de hele groep van 80 patiënten met atriumfibrilleren over alle gegevens aan de hand waarvan we de $chads_2$-score konden bepalen. De verdeling van de 7 mogelijke $chads_2$-scores (0-6) was in vergelijking met de bekende literatuur naar verwachting [**tabel 3**].

De consequenties van deze analyse met betrekking tot medicatiewijzigingen (onderzoeksvraag 1) staan in [**tabel 4**]. De beoordeling van de antitrombotische medicatie met behulp van de $chads_2$-score leidde tot 13 medicatiewijzigingen. In 6 gevallen ging het om verandering van acetylsalicylzuur in orale antistolling. Deze patiënten hadden $chads_2$-scores van 2 (3 maal), 3, 4 en 5. Volgens de risicotabel [**tabel 3**] levert verandering van acetylsalicylzuur naar orale antistolling voor een patiënt met een $chads_2$-score van 2 een absolute risicoreductie van 1,2 beroerte per 100 persoonsjaren op. Als we deze berekening voor deze 6 patiënten uitvoeren en daarbij rekening houden met de betreffende $chads_2$-scores, dan zouden we met een dergelijke omzetting bij 6 patiënten in theorie 11,7 beroertes in 100 patiëntjaren kunnen voorkomen. Met andere woorden, in iets meer dan een jaar zou we in deze subgroep van 6 patiënten, en daarmee in de hele populatie van 80 patiënten, één beroerte kunnen voorkomen.

Zes patiënten gingen van orale antistolling terug naar acetylsalicylzuur. Een in de tijd veranderend risicoprofiel zou er echter toe kunnen leiden dat deze patiënten in de toekomst alsnog orale antistolling krijgen voorgeschreven. Eén patiënt veranderde van geen antitrombotische medicatie naar acetylsalicylzuur. De arts legde de patiënt uit waarom hij een medicatiewijziging voorstelde. De patiënten kregen dergelijke informatie meestal na een oproep tijdens het spreekuur en soms tijdens een telefonisch onderhoud. Nadat ze de voor- en nadelen hadden afgewogen gingen alle patiënten akkoord met onze voorstellen.

Bij gebruik van de uitgebreidere cha_2ds_2-vasscore zouden er 11 medicatiewijzigingen moeten plaatsvinden, met als belangrijkste verschil dat er meer mensen met antistolling zouden starten (te weten 8 patiënten) en dat er minder patiënten van antistolling naar acetylsalicylzuur zouden kunnen veranderen (slechts 2 patiënten). De elfde wijziging zou in dit geval gaan om het starten van acetylsalicylzuur bij een patiënt die vóór de analyse nog geen antitrombotische behandeling kreeg.

De tweede onderzoeksvraag, met betrekking tot de tijdsinvestering van een dergelijke praktijkanalyse en implementatie van de richtlijn, kunnen we met behulp van [**tabel 5**] beoordelen. Voor een goede implementatie van de $chads_2$-richtlijn moet men per patiënt met atriumfibrilleren gemiddeld 13 minuten uittrekken.

BESCHOUWING

Nadat we alle patiënten met atriumfibrilleren (n = 80) actief hadden doorgelicht en de $chads_2$-richtlijnen op deze groep hadden toegepast, veranderden dertien patiënten van medicatie. Daarmee stapten ze over op een volgens de richtlijnen optimalere behandeling ter preventie van beroertes.

Ten aanzien van de eerste onderzoeksvraag met betrekking tot de kwaliteitswinst van deze actie kunnen we stellen dat er sprake was van een kwaliteitsverbetering van de behandeling van deze populatie. Bij zes van de dertien patiënten die van medicatie veranderden was er vooraf sprake van onderbehandeling met orale antistolling. Het is denkbaar dat we met het starten van adequate antistolling een of meer beroertes in deze groep hebben voorkómen, zoals te zien in de voorbeeldberekening onder het kopje 'Resultaten'. Deze schatting geeft aan dat we mogelijk al na ruim een jaar één beroerte kunnen voorkomen. We hebben deze berekening gemaakt op basis van bekende risico's op beroertes per $chads_2$-score, die afkomstig zijn van de grote onderzoeken naar trombo-embolieën bij atriumfibrilleren. Gezien onze kleine populatie geeft deze berekening uiteraard niet meer dan een globaal beeld van het potentiële effect.

De mogelijke keerzijde van deze kwaliteitsverbetering is het risico op intracraniële bloedingen dat ontstaat na het starten van orale antistolling. Dit effect is volgens de literatuur echter veel kleiner dan de winst die we kunnen behalen met deze medicatie: een forse reductie in beroertes. In de regel kunnen we stellen dat het intracraniële bloedingsrisico dat ontstaat door terecht voorgeschreven antistollingsmedicatie veel lager is. Schattingen gaan tot 90% lager dan het risico op beroertes dat patiënten lopen als we deze medicatie ten onrechte niet voorschrijven.[13] Het voorkómen van onderbehandeling met preventieve medicatie – en dus het voorkómen van beroertes – is daarmee al bewezen kosteneffectiever voor de gezondheidszorg dan het vermijden van overbehandeling ter preventie van cerebrale bloedingen.[14,15] Met onze analyse verminderden we bovendien niet alleen onder-, maar ook overbehandeling.

Onderzoeksvraag 2 kunnen we beantwoorden aan de hand van [**tabel 5**]. Vooral de eerste analyse met implementatie is arbeidsintensief en bedraagt voor tachtig patiënten meer dan twee werkdagen. Voornamelijk zal de huisarts deze moeten uitvoeren en de cardioloog zal er minimaal één uur werk aan hebben. Herhaling van de analyses op jaarbasis kan een stuk sneller en goedkoper verlopen (geschatte tijdsinvestering maximaal 1 werkdag). Het vastleggen van de $chads_2$-score in de episodelijsten is hierbij obligaat, om de jaren erna snel te kunnen kijken of de $chads_2$-score veranderd is, bijvoorbeeld doordat de patiënt ouder wordt. Voorkómen van één beroerte bij atriumfibrilleren is al snel kosteneffectief voor de gezondheidszorg. Als dit werk een plaats krijgt in een protocol, kan de praktijkondersteuner het ook grotendeels uitvoeren. Hoe dan ook is ruggespraak met de cardioloog essentieel. Zo waren er binnen onze populatie patiënten met een $chads_2$-score van 1, bij wie op basis van aanvullende echogegevens toch orale antistolling was geïndiceerd.

Tabel 3 **Verdeling van de verschillende $chads_2$-scores binnen onze patiëntenpopulatie van 80, vergeleken met de verdeling onder patiënten met atriumfibrilleren zoals bekend uit de literatuur**

$Chads_2$-score	Aantal patiënten binnen groep n = 80	Relatieve verdeling $chads_2$-scores binnen groep n = 80	Relatieve verdeling $chads_2$-scores volgens literatuur
0	12	15%	7%
1	16	20%	27%
2	29	36%	30%
3	11	14%	19%
4	8	10%	13%
5	4	5%	4%
6	0	0%	0,3%

Tabel 4 **Medicatiewijzigingen in onze populatie**

Gehanteerde score en aantal wijzigingen dientengevolge	Start ASP	Start OAC	ASP wordt OAC	OAC wordt ASP
$chads_2$: 13 wijzigingen	1×	0×	6×	6×
cha_2ds_2-vas: 11 wijzigingen	1×	1×	1×	2×

Bij gebruik van de $chads_2$-score was er zowel onder- als overbehandeling met orale antistolling te detecteren. Gebruik van de cha_2ds_2-vas leidt in het bijzonder tot onderbehandeling.
OAC = orale antistolling, ASP = acetylsalicylzuur

Tabel 5 **Tijdsinvestering die de implementatie van de richtlijn met betrekking tot antistollingsbeleid bij atriumfibrilleren kost, zoals verricht in een praktijk met tachtig patiënten met atriumfibrilleren**

Actie	Tijdsinvestering van de huisarts	Tijdsinvestering van de cardioloog
Nascholing	2 uur	2 uur
Analyse van 80 patiënten door middel van statusonderzoek	7,5 uur	-
Overleg met cardioloog	2 uur (inclusief reizen)	1 uur
Wijzigingen doorvoeren naar patiënt	1,25 uur (5 telefonische en 8 reguliere consulten)	-
Communicatie met de trombosedienst	voor 6 patiënten 1,25 uur	-
Recepten wijzigingen orale antistolling naar acetylsalicylzuur of starten acetylsalicylzuur	voor 7 patiënten een half uur	-
Ruiters aanleggen voor 80 patiënten	3 uur	-
Totaal voor 80 patiënten met atriumfibrilleren	17,5 uur	3 uur
Totaal per patiënt met atriumfibrilleren	13 minuten	nvt

nvt = niet van toepassing

De gevonden prevalentie van atriumfibrilleren is in onze praktijk 3,1%. Dit is meer dan we op basis van bekende prevalentiecijfers zouden verwachten (de populatiebrede prevalentie zou 0,5% zijn). Dit is (deels) te verklaren doordat onze praktijk in een cardiovasculair hoogrisicogebied ligt. Een andere verklaring is dat we in onze praktijk reeds verschillende jaren iedere diagnose, zelf gesteld of binnengekomen via de medische post, volgens een vast schema verwerken en coderen. Daarmee is het patiëntenbestand van deze praktijk bovendien goed toegankelijk voor onderzoek.

De beperkingen van dit onderzoek betreffen vooral de kleine populatie. Ook maakten we uitsluitend gebruik van al bekende en geregistreerde risicofactoren en hebben we geen aanvullend onderzoek verricht naar bijvoorbeeld tot dusver onbekende hypertensie of diabetes mellitus type 2.

CONCLUSIE

Resumerend kunnen we stellen dat er nog steeds over- en onderbehandeling met orale antistolling bestaat van mensen met atriumfibrilleren, zoals ook de literatuur uitvoerig beschrijft. In de eerste lijn kunnen we deze suboptimale behandeling waarschijnlijk reduceren, waardoor gezondheidswinst zal ontstaan. Er zal op dit vlak niet alleen winst te behalen zijn bij atriumfibrilleren, maar ook bij andere chronische aandoeningen. De twee processen die betere zorg opleveren, maar ook tijd (en geld) kosten, zijn ten eerste het bijhouden van episodelijsten en ten tweede het implementeren van richtlijnen. We denken dat de drukte van alledag het realiseren van kwaliteitsverbetering kan belemmeren. Zonder omschrijving en vergoeding zullen deze processen mogelijk geen vanzelfsprekend onderdeel worden van het werk van de huisarts.

Vervolgonderzoek zal een aantal zaken moeten verduidelijken. Meer en grotere onderzoeken volgens ons model, dus op de werkvloer, kunnen ten eerste belangrijke aanvullende gegevens opleveren op het gebied van morbiditeit, mortaliteit en kosteneffectiviteit. Ten tweede moet er onderzoek plaatsvinden naar de waarde van de productomschrijving en de vergoeding van twee elementaire verrichtingen in de huisartsenpraktijk – het bijhouden van de diagnoselijsten en het implementeren van richtlijnen in de eerste lijn. Ten derde kan nascholing een belangrijk instrument zijn voor zorgverbetering en onderzoek zou zich kunnen richten op het koppelen van nascholing aan daadwerkelijke kwaliteitsverbetering. Ons project startte namelijk ook na een nascholing.

Moderne geneeskunde oefenen we niet meer uitsluitend tijdens het spreekuur uit – we zullen ook steeds meer achtergrondwerk moeten verrichten. In dit artikel hebben we daarvan een voorbeeld uitgewerkt. Het is aan het collectief van medici, onderzoekers, overheden en verzekeraars om te bepalen hoeveel dit werk waard is. ■

LITERATUUR

1 Heeringa J, Van der Kuip DAM, Hofman A, Kors JA, Van Herpen G, Stricker BHC, et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. Eur Heart J 2006;27:949-53.
2 Hohnloser SH, Pajitnev D, Pogue J, Healy JS, Pfeffer MA, Yusuf S, et al. Incidence of stroke in paroxysmal versus sustained atrial fibrillation in patients taking oral anticoagulation or combined antiplatelet therapy: an ACTIVE W Substudy. J Am Coll Cardiol 2007;50:2156-61.
3 Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvulair atrial fibrillation. Ann Intern Med 2007;146:857-67.
4 Gage BF, Waterman AD, Shannon W, Boechler M, Rich MW, Radford MJ. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke. Results from the national registry of atrial fibrillation. JAMA 2001;285:2864-70.
5 Lip G, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns H. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. Chest 2010;137:263-72.
6 Gage BF, Van Walraven C, Pearce L, Hart RG, Koudstaal PJ, Boode BSP, et al. Selecting patients with atrial fibrillation for anticoagulation. Stroke risk stratification in patients taking aspirin. Circulation 2004;110:2287-92.
7 Boode BSP, Heeringa J, Konings KTS, Rutten FH, Van den Berg PJ, Zwietering PJ, et al. Nederlands Huisartsen Genootschap. Herziene NHG-Standaard atriumfibrilleren. Huisarts Wet 2009;52:646-63.
8 Opstelten W, Visscher S, Van Lieshout J. A chat about CHADS. Over de antitrombotische behandeling bij atriumfibrilleren. Huisarts Wet 2009;-52:625.
9 Dinh T, Nieuwlaat R, Tieleman RG, Buller HR, Van Charante NA, Prins MH, et al. Antithrombotic drug prescription in atrial fibrillation and its rationale among general practitioners, internists and cardiologists in the Netherlands – the EXAMINE-AF study. A questionnaire survey. Int J Clin Pract 2007;61:24-31.
10 Nieuwlaat R, Capucci A, Camm J, Olsson B, Andresen D, Davies W, et al. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC member countries. The Euro Heart Survey on atrial fibrillation. Eur Heart J 2005;26:2422-34.
11 Nieuwlaat R, Capucci A, Lipp G, Olsson B, Prins M, Nieman F, et al. Antithrombotic treatment in real-life atrial fibrillation patients. Eur Heart J 2006;27:3018-26.
12 Pisters R, De Vos CB, Nieuwlaat R, Crijns HJGM. Use and underuse of oral anticoagulation for stroke prevention in atrial fibrillation: old and new paradigms. Semin Thromb Hemost 2009;35:554-9.
13 Go AS, Hylek EM, Chang Y, Phillips K, Henault L, Capra A, et al. Anticoagulation therapy for stroke prevention in atrial fibrillation. How well do randomized trials translate into clinical practice? JAMA 2003;290:2685-92.
14 Levi M, Hobbs FD, Jacobson AK, Pisters R, Prisco D, Bernardo A, et al. Improving antithrombotic management in patients with atrial fibrillation: current status and perspectives. Semin Thromb Hemost 2009;35:527-42.
15 Nieuwlaat R, Olsson B, Lipp G, Camm J, Breithardt G, Capucci A, et al. Guideline-adherent antithrombotic treatment is associated with improved outcomes compared with undertreatment in high-risk patients with atrial fibrillation. Am Heart J 2007;153:1006-12.

Bij de LESA
Enuresis nocturna

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Enuresis Nocturna wil de samenwerking tussen de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en de huisarts stimuleren bij bedplassen. Het is een veelvoorkomend probleem; gemiddeld 10% van de 4- tot 7-jarigen heeft enuresis nocturna. Een speciale groep vormen allochtone kinderen, zoals de onderbeschreven casus illustreert.

ZAFER DOET ALTIJD ALLES FOUT...

De heer Gülmez komt met zijn zoontje Zafer bij de huisarts. 'Dokter, mijn zoon is nu 10 jaar en hij plast nog steeds 's nachts in zijn bed. Zafer was droog, maar begon weer met bedplassen na een reis naar Turkije. Zafer vindt het altijd fijn om naar zijn familie en neefjes in Turkije te gaan. Hier wonen we in een flat en daar kan hij lekker buiten spelen. Maar toen we in Turkije waren kregen we een beetje ruzie. De familie daar is streng in het geloof en vindt dat wij dat ook moeten zijn. Zij vinden dat mijn dochters niet alleen naar school mogen en 's avonds thuis moeten blijven en zo. We zijn toen wat eerder terug naar Nederland gegaan. Thuisgekomen plaste Zafer weer in zijn bed. We hadden net een nieuw bed gekocht, en nu is alles weer vies.'

Zafer zit er wat stuurs bij en friemelt aan zijn das. Na enig aandringen lukt het de huisarts om hem iets te laten zeggen over zijn leven op school en thuis. Zafer heeft op school moeite om mee te komen. Ook met vriendjes omgaan lukt niet zo goed. Omdat hij niet op voetbaltraining zit, laten ze hem vaak niet meespelen en hij mag niet op voetbal als straf voor het bedplassen. Zafer vindt dat zijn ouders liever zijn voor zijn zusjes en broertje; het lijkt wel alsof hij zelf altijd alles fout doet.

Zafers ouders weten niet meer goed hoe ze hem moeten hanteren. Hij trekt zich ogenschijnlijk steeds minder aan van straf, waardoor ze hem strenger gaan aanpakken. Ze voelen dat de verwijdering toeneemt.

De huisarts legt uit dat zij Zafer zijn gaan straffen voor het bedplassen omdat ze dachten dat hij daar dan mee zou ophouden. Maar dat lijkt verkeerd te werken: kinderen worden hierdoor onzeker en het bedplassen wordt een steeds groter probleem.

SAMENWERKING MET JGZ

Het beleid van huisarts en JGZ is eerst gericht op het uitsluiten van onderliggende pathologie en op het nagaan van mogelijke psychosociale problematiek. Leidraad hierbij zijn de richtlijnen van beide beroepsgroepen. De huisarts kan zelf behandelen, maar samenwerking met de JGZ heeft voordelen. Verscheidene JGZ-organisaties hebben specifieke behandelingsprogramma's voor bedplassen; de vorm en mogelijkheden kunnen per regio wel verschillen. Als huisarts en JGZ op de hoogte zijn van elkaars expertise en ervaring, kunnen zij patiënten een effectief behandelingstraject aanbieden. Verwijzing naar de tweede lijn is eigenlijk alleen geïndiceerd bij aanwijzingen voor onderliggende pathologie of ernstige psychosociale problematiek. JGZ-artsen kunnen rechtstreeks verwijzen naar de tweede lijn, maar bij enuresis loopt dit meestal via de huisarts.

VOORLICHTING EN SCHOLING

De samenwerking tussen huisarts en JGZ vraagt om een eenduidige voorlichting aan de patiënt. Afstemming hierover is van belang. De huisarts heeft de beschikking over verschillende recentelijk geactualiseerde patiëntenbrieven over enuresis nocturna (www.nhg.org > kennis > voorlichting > patiëntenbrieven). Bij allochtone kinderen die in bed plassen kunnen taalproblemen en culturele achtergronden de aanpak van het probleem bemoeilijken. Allochtone bedplassers worden minder vaak beloond voor een droge nacht en vaker gestraft voor een natte nacht.

De ideeën van allochtone ouders over de oorzaken van bedplassen komen goeddeels overeen met die van Nederlandse ouders. De opvatting dat enuresis door een ziekte wordt veroorzaakt schept bij ouders de verwachting dat artsen een geneesmiddel of medische ingreep zullen voorstellen bij de behandeling van enuresis. Allochtone ouders staan vaak sceptisch tegenover gedragswetenschappelijke behandelingswijzen. Zij gaan niet zo snel naar de huisarts met een kind dat in bed plast, zodat het probleem kan uitgroeien tot het veel emotie, energie en geld kost.

Toch blijkt uit de literatuur dat de kans van slagen toeneemt als de zorg optimaal is afgestemd op het kind en zijn ouders en als zo vroeg mogelijk wordt begonnen met de behandeling. Dit najaar komt het Programma voor Individuele Nascholing *Enuresis Nocturna* uit, waarin de casus van Zafer wordt uitgewerkt. Met deze PIN kunt u uw kennis over diagnostiek en behandeling opfrissen. ■

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)

Hilde Buiting, Dick Willems, Mette Rurup, Roeline Pasman, Bregje Onwuteaka-Philipsen

Steun en consultatie bij euthanasie: evaluatie van SCEN

Samenvatting

Buiting H, Willems D, Rurup M, Pasman R, Onwuteaka-Philipsen B. Steun en consultatie bij euthanasie: evaluatie van SCEN. Huisarts Wet 2011;54(4):198-202.

ACHTERGROND Een van de zorgvuldigheidseisen bij euthanasie is toetsing door een onafhankelijke arts. In 1999 is daarom onder verantwoordelijkheid van de KNMG het netwerk Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN) gevormd. Wij onderzochten waarin goede SCEN-consultaties zich onderscheiden van minder goede SCEN-consultaties.

METHODE Wij interviewden 14 SCEN-artsen, 12 consultvragende artsen en 10 nabestaanden van patiënten bij wie een SCEN-consultatie had plaatsgevonden. Daarnaast ontvingen wij ingevulde vragenlijsten van 508 SCEN-artsen (respons 86%) en 13 leden van Regionale Toetsingscommissies euthanasie (respons 87%). Dit vulden wij aan met informatie uit 80 consultatieverslagen.

RESULTATEN De respondenten zijn het eens over wat een goede SCEN-consultatie kenmerkt, zowel procedureel (de consultvragende arts spreken vóór het bezoek aan de patiënt) en inhoudelijk (onafhankelijk beoordelen van de zorgvuldigheidseisen) als communicatief (zich empathisch opstellen naar de patiënt). Als een consultatie minder goed verloopt, komt dat vaak door praktische problemen bij de uitvoering. Belangrijk daarbij is het tijdstip: bij een 'vroege' consultatie is de patiënt wel aanspreekbaar, maar kan de objectiviteit in het geding komen.

CONCLUSIE Er zijn nog verbeteringen mogelijk binnen SCEN. Duidelijke richtlijnen over het tijdstip van consultatie en nascholing op het gebied van wetgeving en palliatieve zorg zijn in het oog springende punten. De begeleidingsbijeenkomsten kunnen een belangrijk instrument zijn voor de implementatie van dit kwaliteitsbeleid.

INLEIDING

Een van de eisen bij euthanasie die een zorgvuldige toetsingsprocedure garandeert, is het consulteren van een onafhankelijke arts. In 1999 is daarom onder verantwoordelijkheid van de KNMG een netwerk gevormd van onafhankelijke en deskundige consulenten: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN).[1] Dit SCEN-netwerk is de afgelopen jaren sterk gegroeid en is momenteel met 23 districten actief in heel Nederland. Het aantal consultaties is in die jaren sterk toegenomen, van 2079 per jaar in 2004 naar 3185 in 2008 – mogelijk ook vanwege het gestegen aantal patiënten voor wie meer dan één consultatie nodig was. Het gemiddelde aantal consultaties per consulent nam iets toe, van gemiddeld vijf per jaar in 2004 tot acht in 2008. Er zijn daarbij overigens flinke verschillen per SCEN-arts (range 0 tot 30 in 2008) en per district (range 5 tot 11 in 2008), die waarschijnlijk grotendeels zijn toe te schrijven aan lokale variatie in het aantal verzoeken om euthanasie. In de afgelopen jaren is ook het aantal consultaties buiten de thuissetting licht gestegen.[2] De SCEN-arts heeft naast een consultatiefunctie ook een steunfunctie: het telefonisch beantwoorden van vragen om informatie en advies. Het aantal steunvragen nam tussen 2004 en 2008 enigszins af, van 2,7 per arts per jaar in 2004 naar 2,2 in 2008.

De meerwaarde van SCEN-consultaties boven andere consultaties is al aangetoond in een eerdere SCEN-evaluatie[1] en in verschillende jaarverslagen van de toetsingscommissies.[3-5] Ons evaluatieonderzoek in 2009 had dan ook vooral tot doel aanknopingspunten te vinden voor een SCEN-kwaliteitsbeleid. Met dat doel voor ogen richtten wij ons op de uitvoering van de SCEN-consultatie: waarin onderscheiden goede consultaties zich van minder goed verlopen consultaties?

METHODE

Een belangrijk deel van ons onderzoek bestond uit diepte-interviews, aangevuld met een kwantitatief vragenlijstonderzoek.

Wat is bekend?

- Bij verzoeken om euthanasie worden SCEN-consultaties meestal hoger gewaardeerd dan consultaties door een niet-SCEN-arts.
- De Regionale Toetsingscommissie euthanasie (RTe) stelt minder vaak extra vragen over een euthanasiecasus wanneer een SCEN-arts de consultatie heeft gedaan dan wanneer dat door een niet-SCEN-arts gebeurd is.

Wat is nieuw?

- SCEN-artsen, consultvragende artsen, nabestaanden en RTe-leden vinden ongeveer dezelfde aspecten van een consultatie belangrijk.
- Het belangrijkste doel van een consultatie is volgens alle betrokkenen te beoordelen of aan de zorgvuldigheidseisen voor euthanasie is voldaan.
- Het tijdstip van de consultatie lijkt in belangrijke mate de kwaliteit te bepalen. Consultatie in een vroeg stadium heeft voordelen, maar kan de objectiviteit van het oordeel in het geding brengen. Er is behoefte aan een heldere definitie van 'vroege' consultatie.
- SCEN-artsen zouden meer dan nu het geval is nascholing moeten krijgen op het gebied van wetgeving en palliatieve zorg om de kwaliteit van de SCEN-consultaties te waarborgen.

VUmc, afdeling Sociale Geneeskunde, EMGO+ Instituut, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: dr. H. Buiting, postdoc-onderzoeker; dr. M. Rurup, senior onderzoeker; dr. R. Pasman, senior onderzoeker; prof. dr. B. Onwuteaka-Philipsen, hoogleraar levenseindeonderzoek. Academisch Medisch Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: dr. D. Willems, oud-huisarts en hoogleraar medische ethiek. • Correspondentie: h.buiting@vumc.nl • Dit onderzoek werd gesubsidieerd door ZonMw in opdracht van het Ministerie van VWS.

Diepte-interviews met SCEN-artsen, consultvragende artsen en nabestaanden

Wij hebben 14 SCEN-artsen, 12 consultvragende artsen en 10 nabestaanden van overleden patiënten bij wie een SCEN-consultatie had plaatsgevonden een diepte-interview afgenomen. De SCEN-artsen selecteerden wij uit een steekproef van het SCEN-artsenbestand, gestratificeerd naar SCEN-district. Na afloop van een interview vroegen wij de geïnterviewde SCEN-arts of deze een consultvragende arts kende die mogelijk bereid zou zijn tot een interview. De consultvragende artsen vroegen wij op een vergelijkbare manier of zij een nabestaande kenden die mogelijk een interview wilde geven. Was dit het geval, dan nam de consultvragende arts eerst zelf contact op met de nabestaande. Daarbuiten hebben wij via het ledenbestand van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE) drie nabestaanden benaderd van wie bekend was dat zij een minder goede ervaring hadden met een SCEN-consultatie.

Op basis van literatuuronderzoek en gesprekken met experts maakten wij lijsten van de onderwerpen die in de verschillende interviews aan de orde moesten komen.

De SCEN-artsen vroegen wij allereerst naar hun algemene opvattingen over SCEN-consultaties. Daarna kwamen het onderscheid tussen steun en consultatie, het juiste moment voor een consultatie, uniformiteit in de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen en communicatie rondom euthanasie in relatie tot andere medische beslissingen rond het levenseinde aan de orde. Tot slot vroegen wij naar een goede en een minder goed verlopen consultatie.

De consultvragende artsen vroegen wij allereerst naar hun ervaring(en) met euthanasie, en vervolgens naar hun verwachtingen ten aanzien van steun en consultatie en op welk moment zij zelf graag de hulp van een SCEN-arts zouden willen inroepen. Ook hen vroegen wij naar een goede en minder goed verlopen consultatie.

De nabestaanden vroegen wij eerst hoe de patiënt in het verleden over euthanasie had gedacht en of de patiënt op de hoogte was van de euthanasieprocedure. Vervolgens gingen wij dieper in op de consultatie zelf, waarbij ook de verwachtingen en ervaringen van de nabestaanden met betrekking tot de consultatie aan de orde kwamen.

Alle respondenten kregen voorafgaand aan het interview een informatiesheet en een begeleidende brief. De interviews werden opgenomen, uitgeschreven en geanonimiseerd. Voor alle drie de groepen bespraken de onderzoekers na het derde en het zesde interview de inhoud en werd de lijst van onderwerpen iets aangepast. Twee onderzoekers identificeerden, na grondige lezing van alle interviews, algemene thema's en specifieke categorieën binnen die thema's. De aldus gevonden thema's werden met het hele onderzoeksteam bediscussieerd totdat men het eens was over de interpretatie. De gegevens werden geanalyseerd met het statistische softwarepakket Atlas ti v5.2.

Vragenlijstonderzoek onder SCEN-artsen

SCEN-artsen registreren hun werkzaamheden van het afgelopen jaar aan de hand van een schriftelijke vragenlijst. Aan de vragenlijst die betrekking had op 2008 voegden wij ten bate van onze evaluatie enige vragen toe over de kwaliteit van de consultaties, de SCEN-arts en de SCEN-organisatie. Ook legden wij enkele stellingen aan de SCEN-artsen voor om hun kennis te toetsen. Van de 594 vragenlijsten werden er 508 (86%) teruggestuurd. Van de 508 responderende artsen waren er 474 daadwerkelijk ingeroosterd geweest in 2008.

Regionale toetsingscommissies en consultatieverslagen

Daarnaast geven we in dit artikel enkele resultaten van een kort vragenlijstonderzoek onder vijftien leden van de vijf Regionale Toetsingscommissies euthanasie (RTe). Van hen ontvingen wij dertien ingevulde vragenlijsten retour (87%).

De informatie uit de vragenlijsten hebben we aangevuld met een analyse van de 80 consultatieverslagen waarin SCEN-artsen aangaven dat de patiënt een uitdrukkelijk verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding had gedaan, maar dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.[2]

RESULTATEN

Wat vindt men belangrijk voor een goede consultatie?

Procedureel

We hebben in het vragenlijstonderzoek de SCEN-artsen enkele stellingen voorgelegd over de kwaliteit van SCEN-consultaties

Abstract

Buiting H, Willems D, Rurup M, Pasman R, Onwuteaka-Philipsen B. Support and consultation for euthanasia: evaluation of SCEN. Huisarts Wet 2011;54(4):198-202.

BACKGROUND One of the preconditions for euthanasia is evaluation by or consultation with an independent doctor. To this end, the Royal Dutch Medical Association set up a specialized service, SCEN (Support and Consultation for Euthanasia in the Netherlands), in 1999. We investigated how good SCEN consultations differ from less satisfactory SCEN consultations.

METHODS We interviewed 14 SCEN doctors, 12 doctors who had requested a euthanasia consultation, and 10 relatives of patients who had had a SCEN consultation. In addition, a questionnaire was sent to all SCEN doctors in the Netherlands (n = 594, response 86%) and to 13 members of regional Euthanasia Review Committees. Additional information was retrieved from 80 consultation reports of SCEN doctors.

RESULTS The respondents agreed about what characterized a good SCEN consultation, for example procedural aspects (such as talking to the doctor who had requested a consultation before visiting the patient), consultation content (such as independently evaluating whether requirements of prudence are fulfilled), and communication skills (such as adopting an empathic attitude towards the patient). Less satisfactory consultations are often due to practical problems, such as the timing of the consultation: patients may be able to communicate when consultations are held in an early stage, but objectivity may be compromised.

CONCLUSION The SCEN procedure could be improved. For example, the timing of the consultation and refresher courses on legal aspects and palliative care are important points to consider. Compulsory 'intervision' meetings may be an important instrument for quality control of this policy.

[**tabel 1**]. Uit de antwoorden blijkt dat SCEN-artsen het erg belangrijk vinden dat zij de patiënt alleen te spreken krijgen, dat zij vóór het bezoek het medisch dossier kunnen bestuderen en dat zij met de consultvragende arts kunnen spreken.

Inhoudelijk

In de diepte-interviews gaven verschillende respondenten, onder wie SCEN-artsen maar ook consultvragende artsen en leden van de RTe, aan dat zij de onafhankelijke beoordeling van de zorgvuldigheidseisen het belangrijkste doel van de consultatie vinden.

Consultvragende arts: 'Ik bedoel, zeker in het geval van een huisarts, heb je vaak toch een langdurige relatie met patiënten en dat kan ook blinde vlekken geven. Het is heel goed als er iemand anders mee praat. [...] Dus als iemand anders daar zo objectief mogelijk naar kijkt, dat helpt'.

SCEN-artsen gaven ook aan dat zij uniformiteit in de beoordeling belangrijk vinden. Daarbij tekenden zij aan dat het oordeel over de zorgvuldigheidseisen altijd subjectief blijft en dat volledige overeenstemming niet zal (en voor sommigen niet hoeft te) worden bereikt.

SCEN-arts: 'Dus daardoor praat je [tijdens begeleidingsbijeenkomsten] met elkaar over de problemen die je bent tegengekomen, ook casuïstiek, en over organisatorische dingen, maar met name de casuïstiek is eigenlijk het belangrijkste, zodat je zoveel mogelijk uniformiteit in de beoordeling krijgt'.

SCEN-artsen en RTe-leden vinden verder de beschikbaarheid van voldoende palliatieve kennis erg belangrijk om een goede consultatie te kunnen uitvoeren. Bovendien achten zij het belangrijk dat een SCEN-arts steun kan geven aan de consultvragende arts, ook tijdens het consultatieproces.

RTe-leden benadrukten daarnaast dat het schrijven van een goed verslag indirect van belang is voor een goede consultatie. RTe-leden evalueren namelijk aan de hand van de kwaliteit van het verslag de kwaliteit van de consultatie. Zij gaven overigens aan dat zij over het algemeen erg tevreden waren over de verslagen van SCEN-artsen.

Communicatief

Alle geïnterviewden – nabestaanden, consultvragende artsen en SCEN-artsen – gaven aan het belangrijk te vinden dat de SCEN-arts meelevend is tijdens het gesprek en de patiënt voldoende ruimte geeft om diens verhaal te doen:

Consultvragende arts:'Ik vind dat het een warm en inlevend persoon moet zijn'.

Tabel 1 Oordeel van SCEN-artsen (n = 474) over het belang van bepaalde kenmerken voor de kwaliteit van de consultaties

	Onbelangrijk	Belangrijk	Heel belangrijk
Kenmerken van de consultatie			
▪ er vindt altijd een gesprek plaats met de patiënt (alleen)	3%	33%	63%
▪ de patiënt (en naasten) ervaren de consultatie niet als een examen	4%	49%	47%
▪ het gesprek met de consultvragend arts vindt plaats vóór het bezoeken van de patiënt	6%	51%	43%
▪ het medisch dossier is door de SCEN-arts bestudeerd vóór het bezoek aan de patiënt	4%	54%	42%
▪ het consultatieverslag is geschreven volgens de SCEN-checklist	7%	77%	16%
▪ een willekeurige andere SCEN-arts komt tot hetzelfde eindoordeel	15%	72%	13%
Kenmerken van de consulent			
▪ kan de consultvragend arts steunen wanneer deze het moeilijk heeft met de besluitvorming of de situatie	0%	39%	61%
▪ is op de hoogte van andere vormen van levenseindezorg en kan daarin adviseren	1%	47%	52%
▪ gaat in principe altijd naar de intervisie-bijeenkomsten	4%	56%	40%
▪ kent de behandelend arts niet of nauwelijks	54%	41%	6%
Kenmerken van de organisatie			
▪ SCEN-artsen worden drie dagen getraind	2%	55%	44%
▪ tijdens intervisiebijeenkomsten probeert men aan de hand van casus te komen tot overeenstemming over interpretatie van de zorgvuldigheidseisen	4%	57%	39%
▪ de koppeling van de behandelend arts met de consulent gebeurt volgens dienstrooster	11%	64%	25%

Wanneer is een consultatie minder goed?

In de praktijk bleken sommige consultaties niet te voldoen aan het geschetste ideaal. Vaak kwam dit doordat de SCEN-arts de consultatie niet goed kon uitvoeren, bijvoorbeeld doordat patiënten niet of erg slecht aanspreekbaar waren, zodat het lastig te beoordelen was of aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan.

SCEN-arts: 'En daar was eigenlijk bijna niet meer een gesprek mee te voeren, met die mevrouw. Die mevrouw die lag in bed en die keek me aan'.

Voor consultvragende artsen kan een afwijkend oordeel van de SCEN-arts reden zijn voor een minder goede ervaring met de consultatie. Een belangrijk deel van de nabestaanden ervoer de consultatie als neutraal, maar er waren er ook met negatieve ervaringen. Zo'n slechte waardering kon zijn ontstaan doordat de SCEN-arts een negatief oordeel velde over het euthanasieverzoek, of doordat de SCEN-arts de indruk wekte weinig geïnteresseerd te zijn in de patiënt.

Nabestaande: 'Maar wanneer er een dokter [SCEN-arts] boven je hoofd naar je kijkt en die krijgt na anderhalve minuut een telefoontje en is vervolgens twintig minuten weg, en komt

terug en zegt binnen twintig seconden: "Mevrouw, ik heb het wel gezien", dan heb ik de indruk dat dat geen serieuze poging is geweest om contact met mijn moeder te onderhouden'.

Sommige SCEN-artsen gaven aan behoefte te hebben aan scholing, niet alleen op het gebied van palliatieve zorg, maar ook op juridisch vlak.

RTe-leden gaven aan soms problemen te hebben met de consultatieverslagen, bijvoorbeeld wanneer behandelsuggesties niet overeenkwamen met de rest van het euthanasiedossier. Uit de analyse van consultatieverslagen waarin was geoordeeld dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, bleek dat SCEN-artsen in sommige gevallen niet volledig op de hoogte waren van de juridische aspecten en bijvoorbeeld de afwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring ten onrechte leken mee te wegen in hun negatieve oordeel. In het vragenlijstonderzoek bleek dat de SCEN-artsen soms te weinig kennis hebben op dit vlak. Op de stelling dat een schriftelijk euthanasieverzoek van een wilsonbekwame patiënt mag worden ingewilligd mits aan de overige zorgvuldigheidseisen is voldaan, gaf 41% (terecht) aan dat dit klopt, 48% beantwoordde de stelling verkeerd en 11% gaf aan het niet te weten.

Het tijdstip van de consultatie

In het tijdstip van consultatie bleek grote variatie te bestaan, en in sommige gevallen was dit tijdstip bepalend voor de ervaren kwaliteit. De SCEN-artsen verstaan niet allemaal hetzelfde onder 'vroeg'. Sommigen noemden een consultatie 'vroeg' wanneer de patiënt nog geen uitdrukkelijk verzoek om euthanasie had geuit, anderen wanneer de consultvragende arts zelf nog niet bereid was het verzoek in te willigen. Een aantal SCEN-artsen gaf aan dat zij geen vroege consultaties deden omdat zij dan niet konden beoordelen of aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Anderen daarentegen, onder wie zowel consultvragende als SCEN-artsen, zagen juist voordelen in een vroege consultatie, onder andere dat de patiënt in ieder geval nog aanspreekbaar is, dat de arts nog palliatieve adviezen kan geven en dat een vroege consultatie de patiënt rust biedt.

SCEN-arts: 'Dus dan heb je een gesprek met de arts, met de patiënt. Je kunt steun geven aan de arts bij eventuele vragen over de uitvoering. Eventueel toch, mocht je tot een negatief oordeel komen, nog wat adviezen geven over eventueel aanpassen van palliatieve zorg, of andere opties waardoor het voor de patiënt allemaal wat draaglijker wordt. [...] die patiënt vindt zo'n gesprek denk ik ook heel erg prettig'.

Vroege consultatie heeft wel het nadeel dat de steun- en consultatiefunctie met elkaar in conflict kunnen komen. Het onderscheid bleek voor consultvragende artsen en SCEN-artsen niet altijd gemakkelijk te maken, mede omdat de twee functies vaak geleidelijk in elkaar overlopen. Een bijkomend nadeel is dat de artsen de zorgvuldigheidseisen soms niet goed meer kunnen beoordelen en dat de onafhankelijkheid in geding komt, bijvoorbeeld omdat de SCEN-arts nog een tweede maal moet langskomen.

Interviewer: 'Ja, en waarom zou je dat onderscheid wél willen maken?'
SCEN-arts: 'Uhm ..., het houdt je denk ik toch iets objectiever. Met steun heb je denk ik toch wel een emotionele band met iemand. En uhm ..., die consultatie moet gewoon objectief, dat is gewoon belangrijk'.

BESCHOUWING

Ons evaluatieonderzoek laat zien dat de verschillende respondenten eensgezind zijn over de kenmerken van een goede consultatie. Die kenmerken hebben zowel betrekking op de procedure (het spreken van de consultvragende arts vóór het bezoek aan de patiënt) en de inhoud (het onafhankelijk beoordelen van de zorgvuldigheidseisen) als op de communicatie (zich empathisch opstellen naar de patiënt). Als een consultatie minder goed verliep, was dat vaak omdat de praktische uitvoering op problemen stuitte (de patiënt was niet meer aanspreekbaar). Dat laatste lijkt voor een deel samen te hangen met het tijdstip van de consultatie.

Ons onderzoek heeft enkele sterke punten: de breedte waarin het onderwerp aan de orde is gekomen (nabestaanden, artsen, leden van de regionale toetsingscommissies), het hoge responspercentage van de vragenlijstonderzoeken, de garantie van anonimiteit voor alle respondenten en de steun van de KNMG. Een beperking is de kans op selectiebias onder de geïnterviewde consultvragende artsen en nabestaanden. Deze werden immers voorgedragen door reeds geïnterviewde SCEN- respectievelijk consultvragende artsen. Mogelijk kwamen minder goed verlopen consultaties daardoor tijdens de interviews niet goed uit de verf. Om deze bias te voorkomen, hebben wij vóór ieder interview steeds aangegeven dat het niet over dezelfde casus hoefde te gaan en hebben wij ook enkele nabestaanden geïnterviewd van wie bekend was dat zij minder goede ervaringen hadden.

Een belangrijk doel van dit evaluatieonderzoek was een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling van kwaliteitsbeleid voor SCEN. Een krachtige steun in de rug is dat de betrokkenen eensgezind blijken over wat een goede consultatie kenmerkt. SCEN-artsen, consultvragende artsen en RTe-leden delen de mening dat uniformiteit in de oordeelsvorming belangrijk is. De begeleidingsbijeenkomsten voor SCEN-artsen kunnen een belangrijk instrument zijn om die uniformiteit te stimuleren.

Uit ons evaluatieonderzoek blijkt ook dat vroege consultaties soms goed uitvallen, maar dat dat niet gegarandeerd is. Een vroege consultatie kan de patiënt en diens naasten rust bieden, maar kan ook een adequaat oordeel in de weg staan omdat de patiënt nog geen weloverwogen verzoek om euthanasie heeft gedaan, en dus niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. In vroege consultaties spelen steun en palliatief advies vaak een belangrijke rol, en dit kan het oordeel over de zorgvuldigheidseisen vertroebelen. Er lijkt dan ook behoefte

te zijn aan een richtlijn die helder definieert wat men onder 'vroege consultatie' verstaat en aangeeft in welke situaties vroege consultatie voordelen heeft boven late consultatie.

Een laatste punt is, dat RTe-leden in consultatieverslagen soms onduidelijke formuleringen aantreffen, bijvoorbeeld over de behandelingsalternatieven. Een aantal SCEN-artsen gaf aan dat zij behoefte hadden aan extra scholing, vooral op het gebied van palliatieve zorg. Nascholing op het gebied van wetgeving en palliatieve zorg lijkt dan ook een goede zaak. Hierbij kunnen de begeleidingsbijeenkomsten voor SCEN-artsen opnieuw een belangrijke rol vervullen.

Daarmee zijn enkele belangrijke punten aangedragen waarop verdere professionalisering mogelijk is. Overigens bevestigt onze evaluatie het bemoedigende beeld uit de voorgaande evaluatie dat SCEN een organisatie is die voldoende draagvlak heeft. ■

DANKBETUIGING

Wij danken de nabestaanden, artsen, leden van regionale toetsingscommissies, groepsbegeleiders van begeleidingsbijeenkomsten, de KNMG en alle anderen die ons van gegevens hebben voorzien of hebben geholpen bij het verzamelen van deze gegevens.

LITERATUUR

1 Onwuteaka-Philipsen B, Jansen-van der Weide M, Pasman H, Van der Wal G. Steun en consultatie bij euthanasie in Nederland: Evaluatie van implementatie en effecten. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2003.
2 Onwuteaka-Philipsen BD, Buiting HM, Pasman HRW, Rurup ML, Willems DL. Evaluatie van SCEN: Wat is goede steun en consultatie? Amsterdam: EMGO-instituut, 2010. Verkrijgbaar via http://knmg.artsennet.nl/dossiers/Dossiers-op-thema/levenseinde/euthanasieenpalliatievesedatie.htm.
3 Regionale Toetsingscommissie Euthanasie: Jaarverslag 2007. Den Haag: Regionale Toetsingscommissie Euthanasie, 2008.
4 Regionale Toetsingscommissie Euthanasie: Jaarverslag 2006. Den Haag: Regionale Toetsingscommissie Euthanasie, 2007.
5 Regionale Toetsingscommissie Euthanasie: Jaarverslag 2005. Den Haag: Regionale Toetsingscommissie Euthanasie, 2006.

INTERMEZZO

Nico van Duijn

Migrainedressuur

Met migraine-triggers bedoelen we factoren die een migraineaanval oproepen, bij sommige mensen, niet bij iedereen. Je hoort ze vertellen over te lang uitslapen, onregelmatige diensten, menstruatie, voeding, schel licht, dat soort zaken. Het zijn allemaal persoonlijke triggers. Moet je je persoonlijke migraine-triggers vermijden? Krijg je dan minder vaak migraineaanvallen? Dat klinkt logisch. Het staat ook in elk leerboek. Maar misschien klopt het niet, zo blijkt uit een klein experiment bij mensen die van flikkerend licht een migraineaanval kregen. Die werden blootgesteld aan steeds langere periodes met flikkerend licht. Geleidelijk aan werden ze ongevoeliger. Ze kregen geen aanval meer van flikkerlicht. Omgekeerd is er in ieder geval geen bewijs voor het advies 'vermijd uw uitlokkende factoren'. Dit betekent dat patiënten hun migraine misschien kunnen trainen, zoals je een paard dat schrikt van vuurwerk laat wennen aan vuurwerk. Als onregelmatige bedtijden bij hen een migraineaanval opwekken, dan zouden ze geleidelijk aan steeds onregelmatiger moeten gaan slapen en opstaan. Als flikkerende neonbuizen migraine opwekken, dan moeten ze thuis flikkerende neonbuizen installeren die ze steeds langer aanzetten. Het lijkt op de behandeling van fobieën en andere angsten. Met gedoseerde blootstelling aan spinnen, open ruimtes of liften vervaagt de fobie. Met vermijden van spinnen, open ruimtes en liften houd je de fobie in stand. Je versterkt de fobie zelfs. Spruitjes vermijden omdat een peuter die niet blieft is hetzelfde. Je kweekt spruitjesafkeer. Met dagelijks één, twee en later meer spruitjes – met flink wat honger – maak je er een spruitjesliefhebber van. Dat is de overeenkomst tussen migraine-triggers, paardenangst, spinnenfobie en spruitjesafkeer. Dressuur helpt, africhten werkt. Het helpt voor bange paarden en voor pruilende peuters. Het helpt voor fobische mensen en voor migrainemensen. Moeilijk is het niet als je bedenkt dat niet de migrainemens afgericht hoeft te worden. Nee, zij moeten hun eigen migraine africhten. En die kennen ze. ■

Generalisme in de patiëntenzorg

Weinig weten van veel of veel weten van weinig, dat is de klassieke tegenstelling tussen de generalist en de specialist. In werkelijkheid ligt het wat gecompliceerder. Men zou immers de geneeskundige benadering van een patiënt kunnen opvatten als een spectrum van mogelijkheden met geheel links een puur generalistische invalshoek en geheel rechts de inbreng van een specialist met 'terminale differentiatie'. Tussen deze uitersten zijn veel variaties mogelijk. Zo zijn er specialisten met een brede basis en belangstelling die hun expertise op één bepaald terrein zonder al te grote problemen kunnen koppelen aan een zekere mate van vakgebiedoverstijgende competenties. Daarnaast zijn er ook huisartsen die op sommige onderdelen van het vak een deskundigheid hebben opgebouwd waarmee zij zich zonder meer kunnen meten met een specialist.

Generalisme als probleem

Iedereen die vanuit een generalistisch perspectief gezondheidszorg bedrijft, heeft weleens te maken met patiënten bij wie een als onschuldig geduide aandoening toch een ernstig en soms fataal beloop blijkt te hebben. Dit leidt niet zelden tot ongezouten kritiek van de ter zake deskundige specialist. Weliswaar behoort in de eerste lijn de statistiek van de 'ongeselecteerde' populatie als uitgangspunt te worden genomen bij diagnostiek en therapie, maar werkers in de tweede of derde lijn menen vaak dat men juist als generalist niet mag falen. Eenzelfde spanningsveld kan zich overigens voordoen tussen een algemene discipline zoals interne geneeskunde en een deelspecialistisch vakgebied. In een maatschappij die voor haar functioneren als geheel steeds afhankelijker wordt van specialisten op een bepaald terrein, zal het generalisme met al zijn onzekerheden aan populariteit inboeten en in haar bestaan worden bedreigd.

Een tweede probleem is multimorbiditeit. Ook hier dreigt mogelijk een conflict met andere echelons. Elke specialist wil zijn opvatting over het 'juiste' beleid laten prevaleren en zonder duidelijke hoofdbehandelaar leidt dit al snel tot een chaotische aanpak. Een eerstelijns generalist als hoofdbehandelaar is echter niet altijd een haalbare of wenselijke optie.

Ten derde stelt de huidige organisatie van de gezondheidszorg in ons land niet de patiënt maar juist de arts centraal, hoewel maar weinigen dat zullen toegeven. Er bestaat een enigszins artificiële, vrij strikte scheiding tussen de eerste, tweede en derde lijn. De diverse echelons vormen daardoor betrekkelijk op zichzelf staande eenheden met hun eigen opvattingen en gebruiken. Het verwijzen van een patiënt van het ene naar het andere circuit is alsof je een lijdend voorwerp verplaatst naar een hoger of lager echelon. Door de scheiding tussen de eerste lijn en de specialistische geneeskunde vertonen richtlijnen en protocollen voor eenzelfde aandoening soms forse verschillen, al naar gelang voor welke groep artsen deze geschreven zijn.

Mede onder druk van de politiek ten slotte wordt een steeds groter deel van de zorg voor patiënten met een chronische aandoening bij de huisarts gelegd. De voorheen specialistische zorg wordt zo gegeneraliseerd, maar de huisarts heeft daarbij wel extra ondersteuning nodig. Op zich is daar geen bezwaar tegen, maar dit kan tot een zekere mate van differentiatie leiden binnen de eerste lijn en daarmee dus tot onbedoelde partiële specialisatie.

Generalisme als oplossing

Decennialang voldeed de huidige werkwijze prima, maar in dit tijdsgewricht past die niet meer zo goed. Niet alleen de diagnostische en therapeutische mogelijkheden nemen toe, maar ook de kosten. Tegelijkertijd wordt de toegankelijkheid tot de beste zorg steeds minder als vanzelfsprekend ervaren. Dit maakt herbezinning noodzakelijk. Veel ziekenhuizen zijn al bezig met concentratie van expertise en samenwerking, maar deze ontwikkelingen beperken zich nog tot een relatief klein gebied. Indien goed georganiseerd, liggen er voor generalisten unieke kansen in het verschiet om de gezondheidszorg te hervormen. Het is dan belangrijk de patiënt als middelpunt te nemen. Veel van de tweedelijns geneeskunde zou uit het ziekenhuis weggehaald kunnen worden. Het is goed voorstelbaar dat de ziekenhuizen zich gaan beperken tot operatieve en acute geneeskunde en ingewikkelde diagnostische hulpmiddelen. Voeg daaraan, naar Amerikaans model, een afdeling voor '*family medicine*' toe waar een eerstelijns arts de scepter zwaait, en ziedaar de totstandkoming van een mooie integratie. Deze integratie kan nog meer gestalte krijgen als de poliklinische (ziekenhuis)geneeskunde met de eerste lijn zou assimileren tot één organisatorisch verband waarin consultatie over en weer rondom de patiënt plaatsvindt. Kortom: een model waarin artsen van diverse pluimage gezamenlijk en bij voorkeur op één locatie zorg aan de patiënt leveren. ■

Academisch Ziekenhuis Maastricht, afdeling Interne Geneeskunde, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht: prof. dr. P.W. de Leeuw, internist en hoofdredacteur Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. • Correspondentie: p.deleeuw@intmed.unimaas.nl

Renée Danen, Hans van der Wouden, Patrick Bindels

De rol van corticosteroïden bij pseudokroep

Samenvatting

Danen R, Van der Wouden JC, Bindels PJE. De rol van corticosteroiden bij pseudokroep. Huisarts Wet 2011;54(4):204-8.

DOEL Er bestaat consensus over het feit dat corticosteroïden effectief zijn bij matige en ernstige pseudokroep. Het doel van dit onderzoek is om antwoord te geven op de vraag welk corticosteroïd de voorkeur verdient en welke dosering en toedieningsvorm het meest effectief zijn. Ook wilden wij weten wat we van corticosteroïden mogen verwachten bij milde pseudokroep.

METHODE De Cochrane-review uit 2004 over dit onderwerp diende als uitgangspunt. Vervolgens zochten we op PubMed naar onderzoeken die na het verschijnen van deze review zijn gepubliceerd.

RESULTATEN Eén placebogecontroleerd onderzoek liet een significant voordeel zien van corticosteroïden ten opzichte van een placebo bij matige pseudokroep. Vijf andere onderzoeken vergeleken verschillende corticosteroïden en doseringen met elkaar. Hieruit bleek dat verschillende corticosteroïden en doseringen effectief zijn bij matige en ernstige pseudokroep. Eén onderzoek vormt hierop een uitzondering. Met betrekking tot de milde vorm is er één placebogecontroleerd onderzoek waaruit een significant voordeel voor corticosteroïden naar voren komt. De klinische relevantie lijkt beperkt te zijn. Onderzochte uitkomstmaten waren: aantal herbezoeken aan de SEH, slaapdeprivatie van het kind en stress bij de ouders.

CONCLUSIE Corticosteroïden zijn effectief bij matige en ernstige pseudokroep. Op basis van de verschillende onderzoeken adviseren we om bij matige pseudokroep (kroepscore 3-5) een eenmalige orale gift dexamethason 0,15 mg/kg te geven. Budesonidevernevelaar lijkt een goed alternatief. Bij de milde vorm (score 0-2) mag men van de behandeling met corticosteroïden slechts een beperkt effect verwachten.

INLEIDING

Pseudokroep of laryngitis subglottica is een veelvoorkomende aandoening van de bovenste luchtwegen bij kinderen. Het meest aangedaan zijn kinderen in de leeftijdscategorie van 6 maanden tot 6 jaar.[1-3] Voor Nederland ligt het incidentiecijfer van pseudokroep in de leeftijd van 0 tot 5 jaar tussen de 15 en 37 per 1000 kinderen per jaar.[4] Meestal is er sprake van een infectie met het para-influenzavirus type 1. De aandoening is in de regel *self-limiting* binnen 48 uur.[1,5] Kenmerkend is het acute begin – de symptomen, zoals heesheid, blafhoest en inspiratoire stridor, zijn het gevolg van oedeem van de larynx en trachea.[6,7] Een pseudokroepaanval komt in een milde, matige of ernstige vorm voor. Met behulp van de westley-kroepscore [**kader 1**] en [**tabel 1**] kan men de ernst van pseudokroep inschatten.[1,8]

Er bestaat al geruime tijd consensus over het toedienen van corticosteroïden bij matige tot ernstige pseudokroep.[5,7,9,10] Deze zijn effectief en relatief veilig. Het is bij deze categorie echter niet bekend welk corticosteroïd de voorkeur verdient en welke dosering en toedieningsvorm het effectiefst zijn. Bij kinderen met een recent doorgemaakte varicellazosterinfectie of een immuunstoornis is voorzichtigheid geboden.[11,12]

Uit de Cochrane-review van 2004 over dit onderwerp bleek dat behandeling van pseudokroep met een corticosteroïd een significant voordeel bood ten opzichte van een placebo.[5] Een uitzondering hierop vormt fluticason (p = 0,107), wat men dan ook niet aanbeveelt.[5] De onderzoeken die men in deze review samenvatte zagen een afname van kroepscores na 6 uur van 1,2 (95%-BI −1,6 - −0,8) en na 12 uur van 1,9 (95%-BI −2,4 - −1,3). Na 24 uur was dit verschil niet meer significant. Een afname van de score met minimaal één punt beschouwt men als klinisch relevant.

De huidige NHG-Standaard Acuut hoesten adviseert om kinderen met matige-ernstige pseudokroep in combinatie met een verhoogde ademarbeid en stridor eenmalig een corticosteroïd toe te dienen.[13] Bij milde pseudokroep is een afwachtend beleid verantwoord. De keuze van het middel en de toedieningsvorm laat de standaard over aan de huisarts. Deze kan daarom besluiten eenmalig oraal of intramusculair dexamethason, budesonide per jetvernevelaar of een corticosteroïd per inhalatie toe te dienen.[13]

In dit literatuuronderzoek kijken we naar de behandeling van matige-ernstige vormen van pseudokroep. We onderzoeken

Wat is bekend?

- Corticosteroïden zijn effectief bij de behandeling van matige tot ernstige pseudokroep.
- De westley-kroepscore is een nuttig instrument voor het bepalen van de ernst.
- Het bepalen van de kroepscore kan helpen bij het nemen van de beslissing om wel of niet te behandelen.

Wat is nieuw?

- Diverse corticosteroïden hebben een gunstig effect op het klachtenpatroon.
- Verschillende doseringen (0,6 mg/kg of 0,15 mg/kg) en toedieningsvormen van dexamethason (oraal, intraveneus of intramusculair) zijn alle even effectief.
- Bij milde pseudokroep (score 0-2) mag men vana de behandeling met corticosteroïden slechts een beperkt effect verwachten.

Spoorsingel 61 B, 3033 GH Rotterdam: R. Danen, waarnemend huisarts. Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: dr. J.C. van der Wouden, universitair hoofddocent Huisartsgeneeskunde; prof.dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. • Correspondentie: reneedanen@hotmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Tabel 1 **De westley-kroepscore**

Symptoom	Ernst	Score
Stridor	Geen	0
	Bij agitatie/opwinding	1
	In rust met stethoscoop	2
	In rust zonder stethoscoop	3
Intrekkingen	Geen	0
	Mild	1
	Matig	2
	Ernstig	3
Doorkomend ademgeruis	Normaal	0
	Verminderd	1
	Ernstig verminderd	2
Cyanose	Geen	0
	Bij agitatie	4
	In rust	5
Bewustzijn	Normaal	0
	Verminderd	5

Score 0-2: milde pseudokroep
Score 3-5: matige pseudokroep
Score 6-11: ernstige pseudokroep
Score > 11: dreigend respiratoir falen

welk corticosteroïd de voorkeur verdient, welke toedieningsvorm het meest geschikt is en welke dosering men moet geven. Tevens gaan we in op de effectiviteit van de behandeling van milde pseudokroep.

METHODE

Sinds de Cochrane-review uit 2004 is meer onderzoek gedaan naar de effectiviteit van verschillende corticosteroïden, hun optimale dosering en toedieningsvorm bij pseudokroep. Om antwoord te geven op de onderzoeksvragen namen we de Cochrane-review uit 2004 als startpunt. Daarnaast voerden we een zoekactie uit naar onderzoeken die na het verschijnen van deze review zijn gepubliceerd. In PubMed vonden we de artikelen door de volgende zoektermen in te voeren: *dexamethason and croup, general practice and croup, primary care and croup, mild croup and treatment, outpatient and croup*. Dit leverde 215 hits op. Voor deze review gebruikten we de volgende criteria voor de selectie van artikelen: *English*, RCT, *meta-analysis* en *review*. Onderzoeken die niet aan een van deze criteria voldeden (n = 200) hebben we geëxcludeerd. Van de 15 overgebleven onderzoeken voldeden er 7 aan de inclusiecriteria – gepubliceerd na 2004, vergelijking dexamethason versus een ander corticosteroïd, een placebo dan wel een andere dosering of toedieningsvorm van dexamethason bij milde tot matige-ernstige pseudokroep. De geïncludeerde onderzoeken zijn uitgevoerd in tweedelijnssettings. Omdat de betreffende kinderen, met milde tot matige pseudokroep, ook in de praktijk of op de huisartsenpost kunnen langskomen, was dit geen exclusiecriterium.

Kader 1 Een gevalideerd scoringssysteem: de westley-kroepscore

Het startpunt bij het vermoeden van laryngitis subglottica is de aanwezigheid van een blafhoest en heesheid bij het kind. De ernst kan men vervolgens inschatten aan de hand van gevalideerde scoringssystemen. De westley-kroepscore is de meest gebruikte [**tabel 1**].[5] Het is een goed, eenvoudig en toegankelijk instrument om de ernst van een aanval te scoren, dat men kan gebruiken als hulpmiddel bij de beslissing om wel of niet te gaan behandelen. Dit scoringssysteem scoort items als stridor, intrekkingen, doorkomend ademgeruis, cyanose en mate van bewustzijn. Naarmate de symptomen ernstiger zijn, zal de westley-kroepscore hoger uitvallen. De maximale score is 18. Na het optellen van de gescoorde items komt men tot een milde (score 0-2), matige (score 3-5) of ernstige (score 6-11) aanval.

Een milde aanval kan variëren van alleen heesheid en blafhoest (score 0) tot milde intrekkingen en een stridor bij agitatie (score 2).

Kinderen met een matige aanval vertonen een stridor in rust, die men met of zonder stethoscoop kan horen, en milde tot matige intrekkingen (score 3-5). Bij een ernstige aanval is er naast de stridor en matige-ernstige intrekkingen ook sprake van een minder doorkomend ademgeruis, cyanose en/of een verminderd bewustzijn. Kinderen die een kroepscore van 6 of hoger (ernstige aanval) hebben, moet men met spoed verwijzen naar de kinderarts voor een behandeling met adrenaline en intensieve monitoring.[6]

RESULTATEN

Placebogecontroleerde onderzoeken

Milde pseudokroep

Corticosteroïden lijken effectief bij milde pseudokroep (westley-kroepscore 0-2). De Cochrane-review uit 2004 liet zien dat er tussen milde en matige pseudokroep geen significant verschil bestaat wat betreft de werking van verschillende corticosteroïden (oraal, intramusculair, subcutaan of verne-

Abstract

Danen R, Van der Wouden JC, Bindels PJE. Role of corticosteroids in pseudo-croup. Huisarts Wet 2011;54(4):204-8.

AIM There is consensus about the effectiveness of corticosteroids in the treatment of moderate and severe pseudo-croup (subglottic laryngitis). The aim of this study was to establish which corticosteroid is to be preferred, and at which dose and by which route of administration. A secondary aim was to determine the effect of corticosteroids as treatment for mild pseudo-croup.

METHOD The Cochrane review from 2004 (Glucocorticoids for croup) and more recent articles, retrieved from PubMed, were reviewed.

RESULTS A placebo-controlled study showed a significant benefit of corticosteroids compared with placebo in the treatment of moderate pseudo-croup. Five other studies showed, except for one, that different corticosteroids, in different doses, are effective in the treatment of moderate and severe pseudo-croup. A placebo-controlled study of corticosteroids in the treatment of mild pseudo-croup showed corticosteroids to be significantly better than placebo; however, with number of return visits to the accident and emergency department, sleep deprivation, and parental stress as study outcomes, the clinical relevance of the findings is limited.

CONCLUSIONS Corticosteroids are effective in the treatment of moderate and severe pseudo-croup. On the basis of the various studies, we recommend a single oral dose of dexamethasone (0.15 mg/kg) for moderate pseudo-croup (croup score 3–5), but a budesonide nebulizer appears to be a good alternative. Only a modest response can be expected when corticosteroids are used to treat mild pseudo-croup (croup score 0-2).

velaar) als we kijken naar uitkomstmaten (herbezoeken aan de spoedeisende hulp en kroepscore na 6 uur).[5] Deze resultaten zijn gebaseerd op een post hoc-analyse, wat betekent dat men naderhand, niet uitgaande van de onderzoeksvraag, een nieuwe analyse heeft verricht.

Sindsdien is er één ander placebogecontroleerd onderzoek over milde pseudokroep verschenen. De toen nog ongepubliceerde gegevens van dit onderzoek zijn wel meegenomen in bovenstaande Cochrane-review.[5] Het betreffend onderzoek liet een significant verschil zien ten gunste van het gebruik van corticosteroïden ten opzichte van een placebo,[10] maar de klinische relevantie lijkt beperkt te zijn. Uit dit onderzoek (n = 720) bleek dat een enkele gift orale dexamethason 0,6 mg/kg bij kinderen met milde pseudokroep (score ≤ 2) leidde tot significant minder herbezoeken aan de spoedeisende hulp tot 7 dagen na de interventie, vergeleken met een placebo (7,3% versus 15,3%) [**tabel 2**]. Hieruit volgde een *number needed to treat* (NNT) van 13. Secundaire uitkomstmaten, zoals slaapdeprivatie van het kind (2,9 versus 4,2 uur) en afname van stress bij ouders (alleen op dag 1, niet gedurende de dagen erna), kwamen eveneens significant beter uit voor de dexamethasongroep.[10]

Matige pseudokroep

Een gerandomiseerd onderzoek (n = 60) vergeleek budesonidevernevelaar (500 mg), intramusculaire en orale dexamethason (0,6 mg/kg) met een placebo en met elkaar.[14] Bij aanvang van het onderzoek was er een gemiddelde westley-kroepscore van 3 (matige ernst), zonder significante verschillen tussen de groepen. Alle kinderen, 6 tot 36 maanden oud, die met pseudokroep op de spoedeisende hulp in Istanbul kwamen, ontvingen eerst 5-6 l/min zuurstof en 0,16 mg/kg salbutamol. Hierna paste men een van de vier bovenstaande interventies toe. Na 24, 48 en 72 uur bestond er een significant verschil in reductie van de westley-kroepscore tussen de drie behandelingsgroepen en de placebogroep, ten nadele van laatstgenoemde groep (p ≤ 0,001).

Vergelijking van verschillende corticosteroïden

Milde en matige pseudokroep

Het zojuist genoemde onderzoek vergeleek ook verschillende corticosteroïden met elkaar. De onderzoekers vonden geen verschil in effectiviteit tussen de drie corticosteroïdgroepen onderling [**tabel 2**].[14]

Tabel 2 **Uitkomstmaten per onderzoek en significant verschillende uitkomsten**

Uitkomstmaat Onderzoek/interventie	Kroep-score	Aantal	Duur SEH-bezoek	Aanvullende behandeling	Herbezoeken SEH	Opnamen	Duur kroep-symptomen	Afname kroepscore
Bjornson et al., 2004[10] ■ dexamethason oraal (0,6 mg/kg) vs placebo	0-2	n = 720	nvt	nvt	Minder na dexamethason 7,3% vs 15,3% (p < 0,001)	nvt	nvt	Sneller na dexamethason oraal 3,2 (95%-BI 1,5-6,8) (p = 0,003)
Çetinkaya et al., 2004[14] ■ Budesonide vs dexamethason (0,6 mg/kg) oraal vs intramusculair vs placebo	3	n = 60	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	Meer afname na budesonide en dexamethason (p ≤ 0,001)
Amir et al., 2006[15] ■ Betamethason oraal (0,4 mg/kg) vs dexamethason intramusculair (0,6 mg/kg)	1-6	n = 52	nvt	Meer adrenaline na dexamethason 74,9% vs 34,6% (p = 0,005) (NB: hogere baseline)	nvt	nvt	nvt	ns
Sparrow & Geelhoed, 2006[16] ■ Prednison oraal (1 mg/kg) vs dexamethason oraal (0,15 mg/kg)	1-3	n = 133	nvt	ns	Minder na dexamethason 7,4% vs 29,2% (p = 0,001)	nvt	ns	nvt
Fifoot et al., 2007[1] ■ Dexamethason oraal (0,15 mg/kg en 0,6 mg/kg) vs prednison 1 mg/kg	2-4	n = 99	ns	ns	ns	ns	nvt	nvt
Geelhoed, 2005[17] ■ dexamethason oraal (0,15 mg/kg) + budesonide (2 mg) vs dexamethason oraal	4-5	n = 72	ns	nvt	ns	ns	nvt	ns
Chub-Uppakarn & Sangsupawanich, 2007[8] ■ dexamethason (0,15 mg/kg) intraveneus vs dexamethason intraveneus (0,6 mg/kg)	4-5	n = 41	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	ns

ns = geen significant verschil tussen gekozen variabelen
nvt = niet als uitkomstmaat meegenomen

Bij een ander onderzoek is gekeken naar de effectiviteit van betamethason oraal (0,4 mg/kg) versus dexamethason intramusculair (0,6 mg/kg) bij milde en matige pseudokroep.[15] De onderzoekers randomiseerden kinderen van 6 maanden tot 6 jaar die de spoedeisende hulp van een kinderziekenhuis in Israël bezochten. We moeten daarbij opmerken dat de kroepscores op baseline in de dexamethasongroep significant hoger waren dan die in de betamethasongroep (p = 0,048) en dat niet duidelijk is of de includerende verpleegkundigen de randomisatie konden verstoren. Beide interventies bleken na correctie van bovenstaand gegeven, 4 uur na toediening, even effectief met betrekking tot de snelheid van de afname van kroepscores. In de dexamethasongroep hadden significant meer patiënten (p = 0,005) een aanvullende adrenalinebehandeling nodig [**tabel 2**]. Mogelijk kwam dit door de hogere scores aan het begin.[15]

Anderen hebben onderzoek gedaan naar de effectiviteit van dexamethason (oraal 0,15 mg/kg) versus prednison (oraal 1 mg/kg) bij kinderen met een milde tot matige vorm van laryngitis subglottica.[16] De patiënten, van 3 tot 142 maanden, meldden zich op de spoedeisende hulp van een kinderziekenhuis in Perth, Australië. De onderzoekers vonden een significant verschil in het aantal herbezoeken aan de spoedeisende hulp ten voordele van de dexamethasongroep [**tabel 2**]. Als mogelijke verklaring hiervoor wezen zij de kortere halfwaardetijd van prednison aan. De absolute risicoreductie van dexamethason ten opzichte van prednison voor het aantal herbezoeken bleek 22%. Hieruit volgt een NNT van minder dan 5. Overige uitkomstmaten, zoals opnameduur, aanvullende behandelingen en duur van symptomen, lieten geen verschil tussen beide groepen zien.[16]

In een gerandomiseerd dubbelblind onderzoek vergeleek men een enkele gift orale prednison 1 mg/kg met twee verschillende doseringen orale dexamethason (0,15 mg/kg en 0,6 mg/kg).[1] De onderzoekers includeerden patiënten (n = 99) die het kinderziekenhuis in Brisbane (Australië) bezochten, 6 maanden tot 6 jaar oud waren en westley-kroepscores van 2 tot en met 4 (milde en matige ernst) hadden. Ze vonden tussen prednison en beide doseringen dexamethason (0,15 mg/kg en 0,6 mg/kg) geen significante verschillen in de duur van het spoedeisendehulpbezoek, de aanvullende adrenalinebehandeling, herbezoeken of opnamen [**tabel 2**].[1]

Een ander onderzoek vond bij matige pseudokroep geen verschil in effectiviteit tussen de combinatie van budesonide (2 mg vernevelaar) en dexamethason (oraal 0,15 mg/kg) versus dexamethason alleen.[17] De uitkomstmaten waren duur van verblijf op de spoedeisende hulp, snelheid van afname van de kroepscore tot 12 uur na de interventie en het aantal opnamen of herbezoeken aan de spoedeisende hulp [**tabel 2**].[17]

Doseringen

In verschillende van de hierboven beschreven onderzoeken bleken beide doseringen (0,15 mg/kg en 0,6 mg/kg) dexamethason even effectief. In een retrospectief onderzoek uit 2009 heeft men eveneens de effectiviteit onderzocht van een lagere orale dosering versus een hogere dan wel intramusculair gegeven dosering dexamethason.[7] Het artikel beschrijft een periode van 27 jaar van medicamenteuze behandeling bij laryngitis subglottica in een kinderziekenhuis in Australië. Pas sinds 1989 vinden corticosteroïden een routinematige toepassing. Dit heeft tot een significante afname geleid van het aantal herbezoeken en opnamen, de duur van de opname en het aantal intubaties. Sinds 1995 is dexamethason 0,15 mg/kg oraal de eerste keus. Eerder (vanaf 1989) was deze dosering achtereenvolgens 0,6 mg/kg dexamethason intramusculair, 0,6 mg/kg dexamethason oraal en 0,3 mg/kg dexamethason oraal. Tijdens analyse van de gegevens, die men tussen 1995 en 2006 heeft verzameld, vond men geen significant verschil in uitkomstmaten (verblijfsduur op de spoedeisende hulp, het aantal opnamen op de ICU, het totaal aantal dagen op de ICU, het aantal intubaties) tussen de hogere doseringen dexamethason oraal dan wel intramusculair versus het huidige beleid: dexamethason oraal 0,15 mg/kg.[7]

Anderen hebben dexamethason 0,15 mg/kg vergeleken met dexamethason 0,6 mg/kg bij kinderen (van 6 maanden tot 5 jaar, die allen opgenomen waren) met matige-ernstige pseudokroep (gemiddelde westley-kroepscore 4,43).[8] Bij dit gerandomiseerde onderzoek (n = 41) kregen de kinderen de dexamethason intraveneus, in tegenstelling tot wat bij de meeste andere onderzoeken gebeurde. Daarnaast kregen alle kinderen bij aanvang van het onderzoek naast een dosis dexamethason ook een enkele gift vernevelde epinefrine. Na 1 uur waren de kroepscores in beide dexamethasongroepen significant afgenomen (p < 0,01) ten opzichte van de baselinescores [**tabel 2**]. In de 12 uur durende observatie vond men tussen beide groepen geen significant verschil in afname van kroepscores.[8]

Uit *Tabel 2* blijkt dat verschillende corticosteroïden even effectief lijken. Eén onderzoek vormt hierop een uitzondering.[15] Hierbij vonden de onderzoekers, die keken naar het aantal herbezoeken aan de spoedeisende hulp, een significant verschil ten voordele van dexamethason versus prednison. In dit onderzoek waren prednison en dexamethason even effectief wat betreft afname van kroepsymptomen en aanvullende behandeling.

Behandeling van matige pseudokroep met dexamethason alleen of in combinatie met budesonide maakte geen verschil.[17] Ook budesonidevernevelaar alleen lijkt effectief.[16] De andere onderzoeken laten zien dat verschillende doseringen dexamethason (0,15 mg/kg of 0,6 mg/kg) en toedieningsvormen (oraal of intraveneus) even werkzaam zijn.[1,8]

BESCHOUWING

Corticosteroïden leiden bij matige tot ernstige pseudokroep tot een snellere afname van kroepscores ten opzichte van een placebo, minder aanvullende behandelingen, een afname van het aantal opnamen en minder herbezoeken aan de spoedeisende hulp, met een NNT variërend van 5-13.[2,5,7,15]

Het enige placebogecontroleerde onderzoek met betrekking tot de milde vorm,[10] waarvan de gegevens ook waren meegenomen in de Cochrane-review,[5] liet eveneens een gun-

stig, maar klinisch beperkt effect zien van corticosteroïden op afname van het aantal herbezoeken aan de spoedeisende hulp (die mogelijk voortkomen uit onrust en niet uit een toename van de ernst van het klinische beeld), op slaapreductie van het kind (± 1,3 uur) en op stress bij de ouders (op dag 2 niet meer aantoonbaar).

Sterke en zwakke punten

Als uitgangspunt hebben we de Cochrane-review uit 2004 genomen[5] waaraan we alle relevante onderzoeken die na die tijd zijn gepubliceerd hebben toegevoegd. Hierdoor is er een goede, duidelijke uitspraak mogelijk over de effectiviteit van corticosteroïden bij de matige tot ernstige vormen van pseudokroep. We hebben tevens expliciet gezocht naar onderzoeken die de effecten van corticosteroïden op de milde vorm hebben bekeken. Een zwak punt is dat de gegevens van het enige gevonden onderzoek dat is gepubliceerd na de Cochrane-review al wel waren meegenomen in de review.

Een andere mogelijke beperking is het feit dat de beschreven onderzoeken zijn uitgevoerd in tweedelijnspopulaties in het buitenland. We kunnen niet met zekerheid zeggen of en in hoeverre onze eerstelijnspopulatie met deze populatie overeenkomt.

Een RCT in de eerstelijnssetting kan het inzicht vergroten in de rol van corticosteroïden bij in het bijzonder milde pseudokroep in de huisartsenpopulatie.

CONCLUSIE

Er bestaat consensus over het toedienen van corticosteroïden bij matige tot ernstige pseudokroep. Een afwachtend beleid bij kinderen met milde pseudokroep – kinderen met alleen een blafhoest en heesheid mogelijk in combinatie met milde intrekkingen en een stridor bij agitatie – leidt in de regel niet tot complicaties vanwege het *self-limiting* karakter van de aandoening. Eén onderzoek geeft aan dat men van behandeling met corticosteroïden bij de milde vorm slechts een beperkt effect mag verwachten.[10]

Implicaties voor de dagelijkse praktijk

Op basis van de heersende consensus adviseren wij om bij matige pseudokroep (score 3-5) een enkele gift orale dexamethason 0,15 mg/kg te geven. Dexamethason oraal is eenvoudig toe te dienen en het is niet duur.
Bij kinderen met de milde vorm heeft het vooralsnog de voorkeur voor een afwachtend beleid te kiezen.

Als de keuze tot behandeling is gemaakt en de orale vorm niet voorhanden is, valt het zeker te overwegen om een corticosteroïd per vernevelaar (zoals budesonide) toe te dienen. Dit lijkt ten minste zo effectief en is patiëntvriendelijker dan een gift dexamethason intramusculair.[16] Het is zinvol om op alle huisartsenposten dexamethasondrank 1 mg/ml of budesonidevernevelaar op voorraad te hebben. ■

LITERATUUR

1 Fifoot AA, Ting JYS. Comparison between single-dose oral prednisolone and oral dexamethasone in the treatment of croup: A randomized, double-blind clinical trial. Emerg Med Autralas 2007;19:51-8.
2 Johnson D. Croup. BMJ Clin Evid, zoekdatum juni 2008.
3 Rittichier KK, Ledwith CA. Outpatient treatment of moderate croup with dexamethasone: intramuscular versus oral dosing. Pediatrics 2000;-106:1344-8.
4 Graffelman AW, Eekhof JAH, Knuistingh Neven A. Pseudokroep. Huisarts Wet 2002;45:264-5.
5 Russell KF, Wiebe N, Saenz A, Ausejo Segura M, Johnson DW, Hartling L, et al. Glucocorticoids for croup. Cochrane Database Syst Rev 2004;(1):CD001955.
6 Fitzgerald DA, Kilham HA. Croup: assessment and evidence-based management. Med J Aust 2003;179:372-7.
7 Dobrovoljac M, Geelhoed GC. 27-years of croup: An update highlighting the effectiveness of 0.15 mg/kg of dexamethasone. Emerg Med Australas 2009;21:309-14.
8 Chub-Uppakarn S, Sangsupawanich P. A randomized comparison of dexamethasone 0.15 mg/kg versus 0.6 mg/kg for the treatment of moderate to severe croup. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2007;71:473-7.
9 MacFarlane PI, Suri S. Steroids in the management of croup. Croup scores are rarely used in general practice. BMJ 1996;312:510.
10 Bjornson CL, Klassen TP, Williamson J, Brant R, Mitton C, Plint A, et al. A randomized trial of a single dose of oral dexamethasone for mild croup. New Engl J Med 2004;351:1306-13.
11 Anon. Varicella-zoster infections. In: Halsey N, Hall CB, eds. 1997 red book: report of the committee on infectious diseases, 24th edn. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 1997:702.
12 Johnson D, Schuh S, Koren G, Jaffe D. Outpatient treatment of croup with nebulized dexamethason. Arch Pediatr Adolesc Med 1996;150:349-55.
13 Verheij ThJM, Salomé PhL, Bindels PJ, Chavannes AW, Ponsioen BP†, Sachs APE, et al. NHG-Standaard Acuut Hoesten. Huisarts Wet 2003;46:496-506.
14 Çetinkaya F, Tüfekçi BS, Kutluk B. A comparison of nebulized budesonide, and intramuscular, and oral dexamethasone for treatment of croup. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2004;68:453-6.
15 Amir L, Hubermann H, Halevi A, Mor M, Mimouni M, Waisman Y. Oral betamethasone versus intramuscular dexamethasone for the treatment of mild to moderate viral croup. Pediatr Emerg Care 2006;22:541-4.
16 Sparrow A, Geelhoed G. Prednisolone versus dexamethasone in croup: a randomised equivalence trial. Arch Dis Child 2006;91;580-3.
17 Geelhoed GC. Budesonide offers no advantage when added to oral dexamethasone in the treatment of croup. Pediatr Emerg Care 2005;21:359-62.

Hansje in Gezonderland

Hansje kon zijn ogen niet geloven. Wat stonden hier toch een prachtige apparaten allemaal! Het ene toestel glom nog mooier dan het andere of het zag er zó ingewikkeld uit dat het belang er aan alle kanten vanaf spatte. Dat was hem eerder nooit zo opgevallen...

En dan al die geleerde dames en heren in hun witte jassen. Wat praatten zij bijzonder... soms zelfs in het Latijn! Hansje durfde bijna geen stap meer te zetten op wat hij toch wel een beetje als gewijde grond begon te ervaren. Zouden die dames en heren wel bereid zijn om naar hem, piepeltje, te luisteren en, beter nog, hem van zijn klachten af willen helpen?

Voor Hansje het allemaal goed en wel doorhad, zat hij al in een nis die als wachtkamer dienst deed voor zich uit te staren, met in zijn hand een mapje met een ponskaartje. Na een halfuur werd zijn naam geroepen door een aardig ogende dame. 'Komt u met mij mee?', vroeg ze, haar ene arm uitspreidend als een verkeersbord om de juiste richting aan te geven. Zwijgend volgde Hansje die aanwijzing en zo kwam hij in een klein kamertje. Tot dan toe ging alles goed. Hij hing zijn jas aan de kapstok en zijn colbert over de rugleuning van zijn stoel. 'Wat kan ik voor u doen?', vroeg de aardige dermatologe – want dat was die mevrouw – en ze keek Hansje vertrouwenwekkend aan. Hij kon bijna geen adem meer krijgen en zei met droge mond: 'Ik heb al twintig weken een ontzettend grote open wond aan mijn onderbeen...' 'Dan gaan we eerst eens even kijken!' zei ze voortvarend. De wond werd, met behulp van een zuster en veel fysiologisch zout, voorzichtig uitgepakt. 'Zo, da's niet zo mooi!', riep ze meelevend uit. Dat was het duwtje dat Hansje net nodig had, of, liever gezegd, dat hij nu net níét nodig had, want hij begon hartverscheurend te huilen. Tussen de uithalen door kreeg de aardige dame stukje bij beetje zijn (ziekte)geschiedenis te horen. Hoe Hansje acht maanden geleden nog een hele Hans was, die leiding gaf aan een heus bedrijf. Hoe hij zijn been had gestoten en daardoor een rood plekje was ontstaan. Hoe het rode plekje twee maanden later zwart en enorm pijnlijk werd, en dat hij het toen – met z'n stomme kop – had opengemaakt. En hoe hem was geadviseerd ermee in zee te gaan, waarna er wondroos was ontstaan en de ellende pas echt was begonnen. Hoe de plastisch chirurg hem tweemaal daags Eusol had voorgeschreven, chloor met paraffine dus. Hoe na een week pijn en een groeiende wond werd geadviseerd daar nog maar eens twee weken mee door te gaan en later nog eens vier weken, hoe hard Hansje ook jammerde over de pijn door de chloor. Hoe de wond toen vijf keer zo groot was geworden en opereren onvermijdelijk(?) bleek. Hoe de pijn inmiddels ondragelijk was geworden en de opiaten hem op de rand van het delirium brachten. Hoe vervolgens de operatie maar voor 20% slaagde en het consigne van de chirurg luidde om de wond goed aan de lucht laten drogen en deze alleen 's nachts te verbinden. Hoe tijdens de controle werd gezegd dat zo'n grote wond natuurlijk niet zomaar aan de open lucht mocht drogen. Hoe uit de labuitslagen bleek dat de wond schoon was, maar de wonddeskundige zei dat er geheid een bacterie in zat. Hoe men in een ziekenhuis had gezegd dat er een week jodiumverband op moest en dat dit volgens een second opinion maar drie dagen had gemogen, want dat er droog gaas met zilver op moest. (En *by the way*: hoe kwam die wond zo groot? Zeven weken Eusol?) Hoe de dermatologen elkaar over dit geblunder gingen vertellen. (Hoe was het in godsnaam mogelijk? Dat spul vreet al de huid rond de wond weg! Hooguit een week, maar liever helemaal niet...!) Hoe de thuiszorg zijn been nu elke dag verbond, maar dat de genezing in vijf weken niets was gevorderd. (Logisch, zei de kliniek, als je niet zwachtelt, krijg je het oedeem niet weg en zal het nooit genezen. Vanaf toen zwachtelen dus.) Hoe er door alle medicijnen, de pijn en alle tegenstrijdige adviezen en behandelingen niets meer van eerdergenoemde Hans over was, en dat hij zelfs niet meer durfde te gaan slapen als er geen nachtlampje bleef branden...

De dermatologe sloeg een arm om Hansjes schouders. Zij wist dat de *peau de miroir* van de ziel was en begreep dat er van die ziel en de bezitter daarvan niet veel meer over was. 'Lieverd, wat kan ik voor je doen?' vroeg ze, half onthutst, half meelevend.

Hansje keek haar met grote rode ogen aan. Zijn ogen zwierven langs alle dozen met spullen, langs de scharen en pincetten en de glimmende apparaten, keken haar toen weer aan en hij stamelde: 'Wilt u gewoon zeggen dat u het ook niet meer weet...?! Want uw collega's zeggen toch weer wat anders!' ■

Hans van der Voort

hvdvoort@knmg.nl

Wim Fraanje, Piet Mout, Kees in 't Veld

Het ABCDE van de acute huisartsgeneeskunde

INLEIDING

Vroeg op een februariavond in 1976 maakte de orthopeed Styner een noodlanding met zijn tweemotorige privévliegtuig in een akker in Nebraska (VS). Zijn 32-jarige vrouw was op slag dood en zijn drie jonge kinderen waren zwaar gewond. Zelf kwam hij er relatief goed vanaf – hij verloor niet eens het bewustzijn. Daardoor was hij zich volledig bewust van de tweede ramp die zich aan het gezin voltrok, die van de haperende, ongecoördineerde en ongeprotocolleerde hulpverlening. De frustratie daarover gaf hem de mentale energie om de Advanced Trauma Life Support (ATLS) te ontwikkelen, naar analogie van de reeds bestaande Advanced Cardiac Life Support (ACLS).[1] De ruggengraat van het ATLS is de systematische beoordeling en behandeling van de patiënt volgens het ABCDE-schema (zie verder), waarbij de beoordeling van het toestandsbeeld van groter belang is dan het stellen van een diagnose.

Dit heldere en simpele concept, en het gebruik van een gemeenschappelijke taal onder ketenpartners zullen ertoe hebben bijgedragen dat de ATLS zich in rap tempo over de wereld heeft verspreid en nu in meer dan vijftig landen de standaard vormt voor de benadering van de traumapatiënt.[1,2] Er zijn inmiddels duizenden Life Support-cursussen gegeven die, blijkens de gedragsverandering die ze bij de cursisten weten te bewerkstelligen, heel succesvol zijn,[3,4] ook al is er erg weinig evidence dat toepassing van de ATLS ook invloed heeft op harde uitkomstmaten als overleving.[5,6,7] Met de luchtvaart als toepasselijke metafoor zou je kunnen zeggen dat de piloot zich een stuk zekerder voelt met het nieuwe navigatiesysteem, maar dat het onzeker is wat de passagier daar van merkt.

Samenvatting

Fraanje W, Mout P, In 't Veld C. Het ABCDE van de acute huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 2011;54(4):210-4.

De ABCDE-methodiek is een snelle en effectieve manier om bedreigingen van vitale functies op het spoor te komen en te behandelen. Met het gebruik van de ABCDE-methodiek in de benadering en overdracht van de acute patiënt sluit de huisarts zich aan bij de ketenpartners in de acute zorg. De voor huisartsen specifieke versie van de ABCDE-methodiek is geschikt voor het beoordelen van patiënten die in de hoogste urgentiecategorieën vallen, maar is ook bruikbaar voor het beoordelen van patiënten uit een lagere urgentiecategorie. De methodiek is relatief eenvoudig aan te leren, hoewel het noodzakelijk is om een training te volgen en de verworven vaardigheden te onderhouden, net als het geval is bij de reanimatietechniek.

Breda: W.L. Fraanje, huisarts n.p. Nederlands Huisartsen Genootschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: P. Mout, huisarts, senior wetenschappelijk medewerker NHG; C. in 't Veld, huisarts, senior beleidsmedewerker NHG. • Correspondentie: p.mout@nhg.org • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Aanvankelijk was de ABCDE-methodiek vooral een praktische benadering van ernstige traumaslachtoffers in het ziekenhuis. De methode spreekt kennelijk zo aan dat men ze inmiddels ook gebruikt als beoordelings- en behandelmethode van patiënten buiten het ziekenhuis[8] en ze ook is overgenomen door niet-traumatologische disciplines in het ziekenhuis.[9,10] Ook in de huisartsgeneeskunde in Nederland past men de methodiek toe,[11] uiteraard in een vorm die is aangepast aan de specifieke eisen en het karakter van de huisartsgeneeskunde.

DENKMODELLEN

Artsen, en dit geldt ook voor huisartsen, zijn opgeleid in het diagnostisch denkmodel. Bij de ABCDE-benadering moeten ze dit denkmodel loslaten en tijdelijk verruilen voor het toestandsbeelddenken. Het toestandsbeeld is de omschrijving van de conditie van een patiënt aan de hand van klachten en symptomen, zonder daarbij een diagnose te overwegen. Bij spoedeisende gevallen richt de beschrijving van klachten en symptomen zich in het bijzonder op de vitale functies en/of de bedreiging van organen en/of ledematen. Bij de beoordeling van het toestandsbeeld betrekt men (potentiële) bedreigingen uit de directe omgeving van de patiënt. De essentie van de ABCDE-benadering is dat de arts stoornissen in de vitale (ABCD-)functies zo snel mogelijk constateert en behandelt, ook als hij nog geen diagnose heeft gesteld. Het diagnostisch proces kan daarna starten of parallel daaraan verlopen. Door de sterke structuur van de methode verkleint de arts het risico dat hij kleine, maar belangrijke storingen in de vitale functies over het hoofd ziet. Voor de huisarts kan het inzetten van de methode zinvol zijn in al die gevallen die zich acuut aandienen met meer dan alleen een lokaal probleem. Als illustratie de volgende casus.

ABCDE-METHODIEK VOOR DE HUISARTS

De casus laat zien dat de ABCDE-methodiek, in aangepaste vorm, ook heel geschikt is voor de huisartsgeneeskunde. Kenmerk van de methode is dat men de patiënt op een zeer gestructureerde wijze onderzoekt en bevraagt. Men beschrijft de bevindingen als toestandsbeeld. Zonder dat er een diagnose is gesteld of differentieeldiagnostische overwegingen zijn gemaakt kan men tot behandeling of overdracht van de patiënt overgaan.

Voor de ABCDE-methodiek gelden enkele gouden regels, die ook voor huisartsen onverminderd van kracht zijn:

- Veiligheid gaat voor alles.
- Behandel de meest bedreigende stoornis als eerste (*treat first that kills first*).
- Veroorzaak geen verdere schade (*do no further harm*).

De letters van het ABCDE vormen een Engels acroniem en staan voor:

Casus

Peter de Jong, zeventien jaar, meldt zich in het weekend telefonisch bij de huisartsenpost. Hij voelt zich niet goed, is moe en moet steeds overgeven. Bij doorvragen blijkt er geen sprake te zijn van koorts of buikpijn, maar is hij mogelijk wel wat suffig. De urgentie van zijn klachten duidt de triagiste als U3[12] en ze nodigt hem voor een consult uit op de post. Een vriend brengt hem achterop de fiets naar de huisartsenpost. De assistente die hem in de wachtkamer ziet zitten meldt aan de huisarts dat 'die jongen vreemd doet en zit te hyperventileren'. De huisarts besluit vanwege het vreemde, maar imponerende beeld tot een aanpak volgens de ABCDE-methodiek.

De bevindingen daarbij zijn:

- eerste benadering: A en C zonder afwijkingen; bij B een abnormaal snelle ademhaling; bij D scoort Peter voor de AVPU een V (zie [**tabel 1**]);
- tweede benadering: A zonder afwijkingen; B: een ademfrequentie van 32/min, verder geen afwijkingen; C: pols: 112/min, RR 90/60; D: EMV-score (zie [**tabel 2**]): E(3),M(6)V(4) = 13, PEARRL: gb, Glucose: waarde buiten het meetbereik van de meter.

De vijfvragenanamnese levert de volgende gegevens op: Peter is al drie dagen niet lekker. Zijn belangrijkste klacht is overgeven gedurende anderhalve dag. Als bijkomende klacht meldt hij algemene malaise. Hij is anders nooit ziek, gebruikt geen medicijnen en heeft geen allergieën. Opvallend is dat Peter alles nogal gelaten ondergaat, de ogen geregeld sluit en soms meermaals moet worden aangespoord voordat hij op een vraag antwoord geeft.

De arts stelt dus afwijkingen in de B, C en D vast. De toestandsbeeldbeschrijving is tachypneu, tachycardie, verminderd bewustzijn en een sterk verhoogde bloedglucose. De diagnostische overweging daarbij is ketoacidose met dehydratie op basis van een diabetes mellitus de novo.

De huisarts regelt onmiddellijk een spoedverwijzing naar de afdeling interne geneeskunde van het nabijgelegen ziekenhuis. In afwachting van de komst van de ambulance brengt de huisarts een i.v. canule in.

A = Airway (and cervical spine control);
B = Breathing;
C = Circulation;
D = Disabilities;
E = Environment and evaluation.

De benadering kent drie hoofdelementen:
De eerste benadering: in maximaal 20 seconden onderzoekt de arts de patiënt, zonder andere hulpmiddelen dan de zintuigen van de arts. Zo nodig begint hij onmiddellijk met levensreddende handelingen.

De tweede benadering: de arts onderzoekt de patiënt met gebruikmaking van alle beschikbare hulpmiddelen. Zo nodig past hij onmiddellijke handelingen toe.

Het huisartsgeneeskundig addendum bestaat uit de vijfvragenanamnese, het top-tot-teen-onderzoek, de diagnostische overwegingen en het bepalen van het vervolgbeleid.

De eerste benadering

Nadat men heeft gezorgd voor een veilige werkomgeving volgt de eerste ontmoeting met de patiënt, waarbij men in de zo genoemde *eerste benadering* de vitale functies vlot controleert (in maximaal 20 seconden). Bij deze eerste benadering gebruikt men geen instrumenten of andere hulpmiddelen en beperkt men zich tot 'kijken, voelen en luisteren'. Na de eerste benadering kan men aangeven waar het probleem zit (in welke 'letter') en op grond van de aldus benoemde toestand zo nodig starten met levensreddende handelingen [**tabel 1**].

De tweede benadering

Bij de tweede benadering [**tabel 2**] passeren in de ABCDE-volgorde de vitale functies wederom de revue, maar nu met gebruikmaking van het gebruikelijke huisartsgeneeskundig instrumentarium. Onder de D zijn twee voorwaardelijke onderzoeken opgenomen. Als er een stoornis in het bewustzijn is, onderzoekt men de pupillen en meet men het bloedglucose (*Don't Ever Forget Glucose*).

Ook de tweede benadering kent een evaluatiemoment. Men benoemt de problemen en als de toestand daar aanleiding toe geeft, gaat men over tot 'onmiddellijke handelingen' [**tabel 2**]. Men handelt dus op grond van vastgestelde symptomen, het toestandsbeeld, en niet op grond van een diagnose. Dit toestandsbeeld bepaalt ook de urgentie en het vervolgbeleid dat men op grond daarvan kan inzetten, zoals assistentie vragen van de ambulance, een spoedverwijzing of juist het afzien daarvan en het zelf verder onderzoeken en behandelen.

Het huisartsgeneeskundig addendum

Nadat de huisarts de eerste en tweede benadering bij een patiënt met spoedeisende klachten heeft uitgevoerd, komt hij toe aan een gestructureerde anamnese en lichamelijk onderzoek. De (hetero)anamnese moet kort en krachtig zijn, een zo goed mogelijk beeld van de patiënt geven en de benodigde informatie bevatten. Dit kan aan de hand van de *vijfvragenanamnese*:

1. Wanneer is het begonnen en hoe is het beloop tot heden?
2. Wat is de belangrijkste klacht?
3. Zijn er bijkomende klachten?
4. Wat zijn de belangrijkste zaken met betrekking tot de voorgeschiedenis, het medicijngebruik en allergieën?
5. Waarover maken de patiënt, omstanders en/of familieleden zich ongerust (als niet duidelijk is waarom zij de situatie als spoedeisend beoordelen)?

Abstract

Fraanje W, Mout P, In 't Veld C. ABCDE of emergency care in general practice. Huisarts Wet 2011;54(4):210-4.

The ABCDE method is a quick and effective manner to identify and treat life-threatening dysfunctions of vital functions. Use of the ABCDE method in the management and referral of acutely ill patients is consistent with approaches used by emergency services. The general practice version of the ABCDE is useful for evaluating not only the most urgent cases but also the less urgent cases. The method is relatively easy to learn, although it is necessary to follow a training course and to maintain the skills leaned, as is also true for resuscitation techniques.

Tabel 1 De eerste ABCDE-benadering

ABCDE		afwijkend indien antwoord	levensreddende handeling bij afwijking
Airway	luchtweg vrij?	nee	luchtweg vrijmaken (*choking*-protocol)
			jaw trust, head tilt-chin lift
			stabiele zijligging
	cervicale wervelkolom stabiel?	nee	cervicale wervelkolom stabiliseren (handgreep van Zäch)
Breathing	spontane ademhaling?	nee	mond-op-mondbeademing
	dyspneu?	ja	rechtop laten zitten in halfzittende houding
Circulation	pols aanwezig?	nee	hartmassage
	kleur van de huid	bleek, cyanose, rood, gemarmerd	plat neerleggen bij circulatoir falen
	temperatuur van de huid	koud, warm, klam	
	capillary refill	> 2 seconden	
Disabilities	AVPU*	VPU*	geen acute handelingen
Environment & evaluation	overzie de situatie en benoem de ziekmakende factoren in de omgeving van de patiënt		voorkom verdere effecten van schadelijke omgevingsfactoren
	benoem de bestaande problemen binnen het ABCDE (toestandsbeeld) en bepaal de urgentie		(zo nodig) ambulance alarmeren

* A = alert, V = responds to verbal stimulus, P = responds to painful stimulus, U = unresponsive

De tweede vraag moet de hulpvraag van de patiënt verduidelijken doordat de huisarts de patiënt (of iemand in zijn directe omgeving) vraagt zijn klachten te omschrijven. De vijfde vraag vormt hierop een aanvulling en is alleen zinvol als het spoedeisende karakter van de hulpvraag voor de huisarts niet duidelijk is geworden.

De term 'bijkomende klachten' betreft zaken die de patiënt alsnog spontaan als bijkomend meldt, naast zaken die de huisarts naar aanleiding van de klacht(en) uitvraagt.

Bij de voorgeschiedenis gaat het vooral om belangrijke informatie (ziekenhuisopnamen) uit het verleden die mogelijk een relatie heeft met de huidige klachten. Met betrekking tot de medicatie vraagt de huisarts naar de actuele medicatie, maar ook naar medicijnen (en drugs) die de patiënt in het recente verleden heeft gebruikt. De vraag naar allergieën spreekt voor zich.

Het *top-tot-teen-onderzoek* is het lichamelijk onderzoek na de tweede benadering. Het is een gericht onderzoek dat plaatsvindt naar aanleiding van eerdere bevindingen bij de eerste en tweede benadering, en de klachten. Het begint bij het hoofd en eindigt bij de tenen, maar beperkt zich tot de zaken die kunnen samenhangen met de klachten en het vastgestelde toestandsbeeld.

Hierna benoemt de huisarts de *diagnostische overwegingen,* die een exacte diagnose kunnen betreffen. In de huisartsgeneeskundige context is het echter niet altijd mogelijk een diagnose te stellen. Als de middelen om tot een diagnose te komen ontbreken is het verstandiger om zich bij een verwijzing te beperken tot de omschrijving van een toestandsbeeld en het stellen van een waarschijnlijkheidsdiagnose te vermijden.

De *vervolgacties* bestaan uit op het toestandsbeeld afgestemde acties, zoals gerichte behandeling, een verwijzing of misschien alleen geruststellen.

DE PLAATS VAN DE ABCDE-METHODIEK

Met de komst van de huisartsenposten doet de huisarts minder vaak dienst, maar ziet hij tijdens die dienst vaker acute pathologie. Deze komt naar voren bij patiënten van wie de huisarts geen of beperkte voorkennis heeft, terwijl de diagnostische ondersteuning vaak beperkter is dan in de dagpraktijk. Dat kan de onzekerheid bij de huisarts ten aanzien van de acute geneeskunde vergroten. De ABCDE-methodiek structureert de benadering, het onderzoek, de behandeling, de verslaglegging en de overdracht. Men adviseert de methode in te zetten in alle gevallen waarin de uitkomst van de triage tot een hoge urgentiecategorie (U1, U2) leidt. De casus laat zien dat de methode ook goed bruikbaar is als de hoge urgentie niet onmiddellijk duidelijk is. Door de vaste structuur in de observaties en het onderzoek is de huisarts er zeker van dat hij niets over het hoofd ziet dat van belang kan zijn voor de beoordeling van de vitale functies.

Dit artikel vormt een pleidooi om de methodiek te gebruiken bij patiënten die zich aandienen voor een acute beoordeling van meer dan alleen een lokaal probleem. Dus ook bij patiënten die zich melden met problematiek die men niet als hoog urgent inschat. De methode is relatief eenvoudig en snel aan te leren. Om bestand te zijn tegen de hectiek die samengaat met veel acute situaties is het sterk aan te raden om herhaaldelijk te trainen in het gebruik onder verschillende omstandigheden. Het NHG beschikt inmiddels over een breed cursusaanbod om in die behoefte te voorzien.[13]

OVERDRACHT

Bij de overdracht van acute patiënten aan ketenpartners gebruikt de huisarts meestal het diagnostisch denkmodel. De huisarts meldt zijn waarschijnlijkheidsdiagnose en eventueel de differentieeldiagnostische overwegingen, en onderbouwt die met onderzoeksbevindingen.

Tabel 2 **De tweede ABCDE-benadering**

ABCDE			afwijkend indien antwoord	onmiddellijke handeling bij afwijkingen
Airway	hoorbare ademhaling, stridor of heesheid		aanwezig	luchtweg vrijmaken en vrijhouden uitzuigen met zuigapparaat (wervelkolom stabiliseren door aanleggen harde halskraag)
Breathing	ademfrequentie		> 20/min < 12/min	zuurstof toedienen, 9-15 l/min via *non-rebreathing mask*, maskerkap-ballonbeademing
	normale thoraxbewegingen		nee	
	gebruik van hulpademhalingsspieren		ja	
	zuurstofsaturatie		< 95%	
Circulation	polsfrequentie		50 < pols > 100	AED toepassen bij circulatiestilstand, infuusnaald aanbrengen, infusievloeistof, parenterale medicatie toedienen
	bloeddruk		RRs < 90	
	direct zichtbaar gestuwde halsvenen		ja	
Disabilities	EMV-score = Glasgow Coma Scale*		score < 15	
	ogen openen	spontaan	4	
		op aanspreken	3	
		op pijnprikkels	2	
		niet	1	
	motorische reactie	gehoorzaamt	6	
		lokaliseert	5	
		trekt terug	4	
		abnormaal buigen	3	
		strekkrampen	2	
		geen reactie	1	
	verbale reactie	georiënteerd	5	
		verward	4	
		onsamenhangend	3	
		onverstaanbaar	2	
		geen reactie	1	
	bij verminderd bewustzijn: pupilonderzoek			
	PEARRL (*pupils equal and reacting to light* R = L)		L ≠ R niet rond niet reagerend op licht	
	bloedglucose		< 3,5 mmol/l > 7,8 mmol/l	corrigeer hypoglykemie met glucose of glucagon
Environment & evaluation	lichaamstemperatuur		< 36 °C > 42 °C	voorkom (verdere) afkoeling voorkom (verdere) opwarming
	benoem de problemen binnen het ABCDE (toestandsbeeld) en bepaal opnieuw urgentie; vervolg met huisartsgeneeskundig addendum			(zo nodig) ambulance alarmeren

* De Glasgow Coma Score is een maat voor bewustzijn(stoornis). Men scoort punten voor het openen van de ogen (Eye: maximaal 4 punten), spierreactie (Motor response: maximaal 6 punten) en verbale reactie (Verbal response: maximaal 5 punten). Hoe ernstiger de stoornis van het bewustzijn, hoe lager de score.

Ketenpartners in de acute zorg (ambulanceverpleegkundigen, SEH-artsen, traumatologen, kinderartsen, enzovoort) zijn gewend aan verslaglegging en overdracht volgens de ABCDE-methodiek. Voor huisartsen voelt het vaak nog niet vertrouwd in termen van toestandsbeelden te rapporteren en over te dragen. Toch ligt dat vanwege de grote mate van onzekerheid waarmee de huisarts vaak moet werken veel meer voor de hand dan de traditionele wijze van overdragen. Een overdracht zou er als volgt uit kunnen zien. Bij een man van 42 jaar, niet betrokken bij een ongeval, bestaat sinds ongeveer een half uur een stoornis in de D met een EMV-score van 8, een normale PEARRL en bloedglucosewaarde, met verder een stoornis in de B (ademfrequentie van 10/min) met een zuurstofsaturatie van 93% en onder C en E geen afwijkingen, hoewel de polsfrequentie opvalt (56/min).

Op een heel compacte manier wordt heel veel informatie overgedragen die voor de snelheid en aard van de inzet van ambulance en ziekenhuis veel meer waardevolle gegevens bevat (bedreigde ademweg, insufficiënte ademhaling!), dan de mededeling dat er sprake is van bewusteloosheid bij een 42-jarige man, mogelijk als gevolg van een CVA, SAB of intoxicatie. ■

LITERATUUR

1 Styner JK. The birth of Advanced Trauma Life Support (ATLS). Surgeon 2006;4:163-5.
2 Kortbeek JB, Al Turki SA, Ali J, Antoine JA, Bouillon B, Brasel K, et al. Advanced trauma life support; The evidence for change. J Trauma 2008;64:1638-50.
3 Turner NM. Evaluation of the effects of advanced paediatric life-support course. 'The effectiveness of life-support courses: a review of the literature' [Proefschrift]. Utrecht: Ponsion & Looyen, 2008.
4 Olson CJ, Arthur M, Mullins RJ, Rowland D, Hedges JR, Mann NC. Influence of trauma system implementation on process of care delivered to seriously injured patients in rural trauma centers. Surgery 2001;130:273-9.
5 Søreide K. Three decades (1978-2008) of Advanced Trauma Life Support (ATLSTM) practice revised and revisited. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2008;16:19.
6 Lossius HM, Søreide E, Hotvedt R, Hapnes SA, Eielsen OV, Førde OH et al. Prehospital advanced life support provide by specially trained physicians: Is there a benefit in terms of life years gained? Acta Anaestesiol Scand 2002;46:771-8.
7 Olden GD, Meeuwis JD, Bolhuis HW, Boxma H, Goris RJ. Clinical impact of Advanced Trauma Life Support. Am J Emerg Med 2004;22:522-5.
8 McSwain NE, Frame S, Salomone JP (eds). Basic and Advanced Prehospital Life Support. St. Louis: Mosby, 2003.
9 Turner NM, Van Vught AJ. Advanced Paediatric Life Support (Nederlandse editie). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006.
10 European Resuscitation Council. European Paediatric Life Support. Antwerpen: ERC, 2006.
11 NHG-Standpunt De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg. Utrecht: NHG, 2005.
12 NHG-TelefoonWijzer. Herziene editie 2008, versie 1, September 2008.
13 Mout P. De benadering van spoedeisende situaties: zo leert u het ABCDE. Huisarts Wet 2006;48;131.

Deze nascholing is de eerste aflevering van de serie 'Acute geneeskunde'. De serie verschijnt eens per kwartaal.

BOEKBESPREKING

zeer matig ●
matig ● ●
redelijk ● ● ●
goed ● ● ● ●
niet te missen ● ● ● ● ●

Genetische puzzels voor de huisarts

Houwink EJF, Cornel MC. Genetica (in de reeks Practicum huisartsgeneeskunde, een serie voor opleiding en nascholing). Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg, 2010. 25 pagina's, € 25,75. ISBN 978 90 352 3179 5.

Doelgroep Huisartsen en huisartsen in opleiding.
Inhoud *'Op vrijdagmiddag even voor vijven krijgt u een telefoontje van de moeder van Marieke Kastermans, 10 dagen oud, met de mededeling dat Marieke bij de hielprik positief is bevonden op biotinidasedeficiëntie. Moeder heeft hier nog nooit over gehoord en maakt zich veel zorgen.'*

Dit boek beschrijft aan de hand van dergelijke casussen problemen die een huisarts op genetisch gebied kan tegenkomen. Deze variëren van relatief veelvoorkomende consultredenen ('veel kanker in de familie'), tot zeldzamere aandoeningen ('mijn opa had Huntington'). Deze afzonderlijke ziektes ziet een huisarts weliswaar zelden tot nooit, maar er zijn zoveel verschillende zeldzame aandoeningen dat de kans dat een huisarts er één in zijn praktijk tegenkomt, levensgroot is.

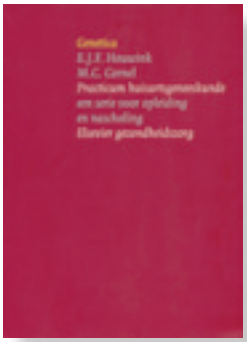
In het eerste hoofdstuk worden de Mendeliaanse overervingswetten opgefrist, waarna de auteurs ingaan op erfelijke aandoeningen die deze wetten niet lijken te volgen. Per casus bespreken ze structureel het type aandoening (autosomaal of geslachtsgebonden, dominant of recessief) en de mate waarin deze tot expressie komen bij aangedane personen. Zijn ze erfelijk, of betreft het spontane mutaties? Vervolgens maken de auteurs weer een vertaalslag naar de casus en werken deze uit. Hierbij maken ze veelvuldig gebruik van verwijzingen naar websites die ook in de spreekkamer zeer bruikbaar zijn. Zij gaan steeds in op de vraag wanneer verwijzing naar een klinisch geneticus nodig is, en bespreken de ethische dilemma's die op kunnen treden.

Daarnaast is er een hoofdstuk over 'preconceptioneel advies': welke zaken en adviezen zouden aan de orde kunnen (of moeten?) komen als een stel meldt zwanger te willen worden? Ten slotte besteden de auteurs een hoofdstuk aan een zeer veelvoorkomende multifactoriële aandoening, diabetes mellitus, die soms toch ook klassiek overerft.

Oordeel Genetica is een beetje puzzelen, en daar moet je van houden. Dit is een praktisch boekje dat de liefhebber handvatten geeft om vragen op genetisch gebied aan te pakken. Bellen met een klinisch geneticus kan altijd nog!

Linda Bröker

Waardering: ● ● ● ●



Joost Dusseljee, Mieke Cardol, Mieke Rijken

Begeleiding bij consulten van patiënten met een verstandelijke beperking?

Mensen met een verstandelijke beperking (VB) wonen tegenwoordig vaak in een woonwijk. De meesten doen bij gezondheidsproblemen een beroep op een huisarts in de buurt. In 2001 stonden gemiddeld tien mensen met een VB in een huisartsenpraktijk ingeschreven. Voor huisartsen is het dus belangrijk dat zij met deze patiënten kunnen communiceren.

Het kan nodig zijn dat een familielid of persoonlijk begeleider meegaat naar de huisarts, zodat de patiënt hulp heeft bij het verwoorden van de zorgvraag. Anderzijds kan de aanwezigheid van een begeleider het contact bemoeilijken, bijvoorbeeld wanneer de patiënt vragen heeft die hij liever niet in aanwezigheid van anderen wil bespreken. Het is dan ook belangrijk om na te gaan waarom begeleiders meegaan naar het consult.

WERKWIJZE

Door middel van een telefonische enquête onder naasten van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking hebben wij in 2009 informatie verzameld over de aanwezigheid van een begeleider tijdens de huisartsconsulten van mensen met een VB. De onderzoeksgroep bestond uit 172 personen (vooral familieleden) die aangaven dat hun naaste met een VB het afgelopen jaar de huisarts had bezocht. De reden voor het (laatste) bezoek aan de huisarts was volgens deze familieleden in de meeste gevallen een nieuwe gezondheidsklacht (84%), zoals vermoeidheid, eczeem, oorontsteking en hartritmestoornissen. Het ging in mindere mate om controleafspraken (16%), zoals voortzetting en controle van medicijnen of controle in verband met diabetes mellitus.

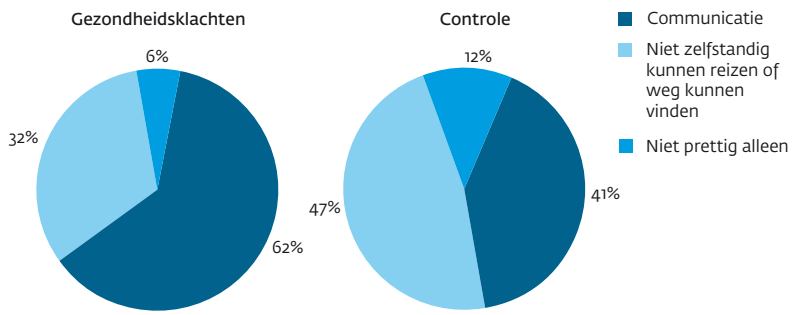
FAMILIELID MEE NAAR CONSULT

Bij ruim driekwart van de patiënten met een VB was een familielid aanwezig bij het laatste huisartsenconsult. De belangrijkste reden voor de geïnterviewden om mee te gaan waren mogelijke communicatieproblemen (60%). Ook het niet zelfstandig kunnen reizen naar de praktijk was een reden om mee te gaan (34%). Een enkeling gaf aan dat de patiënt het niet prettig vond om alleen te gaan (6%). We vonden geen verschillen in het wel of niet alleen naar de huisarts gaan naar geslacht, leeftijd of mate van verstandelijke beperking. Wel waren er verschillen naar type consult: bij een gezondheidsklacht ging er vaker een familielid mee dan bij een controleafspraak. Bij een controleafspraak ging bovendien het familielid vaker mee om de weg naar de praktijk te vinden (47%). Bij een gezondheidsklacht was vooral de communicatie een reden om mee te gaan (62%) (zie de *figuur*).

CONCLUSIE

Het merendeel van de mensen met een VB bezoekt de huisarts samen met een familielid. Bij consulten vanwege (nieuwe) gezondheidsklachten is communicatie hiervoor de voornaamste reden. Bij controleafspraken gaan familieleden vooral mee omdat de patiënt moeite heeft om naar de praktijk te komen. In het laatste geval is het misschien niet nodig dat de begeleider ook meegaat in de spreekkamer. Om mensen met een VB de gelegenheid te geven hun huisarts alleen te spreken wanneer zij dat willen, doen huisartsen er goed aan altijd eerst na te gaan of de aanwezigheid van de begeleider in de spreekkamer gewenst is of niet. ■

Figuur **Belangrijkste redenen waarom mensen met een verstandelijke beperking niet alleen naar de huisarts gaan, per type consult (gezondheidsklacht of controle)?**



De analyses zijn uitgevoerd met gegevens van het Panel Samen Leven (PSL), een panel van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking en hun naasten. PSL verzamelt informatie over de maatschappelijke participatie van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking in Nederland. Panelleden met een verstandelijke beperking worden minimaal tweejaarlijks thuis geïnterviewd. Panelleden die een directe naaste zijn van iemand met een verstandelijke beperking doen jaarlijks mee aan een schriftelijke en telefonische enquête.
www.nivel.nl/panelsamenleven

Pieter-Jan Beckers, Jochen Cals

Hartgeruis bij kinderen

WAT IS HET PROBLEEM?

Hartgeruis komt bij kinderen frequent voor en wordt vaak bij toeval gevonden. Soms constateert de huisarts hartgeruis bij klachten of nadat de consultatiebureauarts het verzoek tot verwijzing bij hem heeft neergelegd. Vroege opsporing van congenitale hartafwijkingen is belangrijk, omdat de meeste afwijkingen goed zijn te behandelen en vroegtijdige behandeling ernstige complicaties kan voorkomen. Het merendeel van de hartgeruisen is echter onschuldig. Adequate differentiatie tussen onschuldige en pathologische hartgeruisen kan complicaties van eventuele hartafwijkingen voorkomen en onnodige bezorgdheid bij ouders (en kind) wegnemen. Het onderscheid is in de eerste lijn echter niet altijd eenvoudig te maken.

WAT MOET IK WETEN?

Een hartgeruis ontstaat door turbulentie van bloed in het hart of de grote vaten. Deze turbulentie is meestal onschuldig, maar kan ook worden veroorzaakt door een structurele afwijking als een ventrikelseptumdefect of pulmonalisstenose. De huisarts ziet circa eenmaal per jaar een kind met een nieuw hartgeruis in zijn praktijk. Bij 50-90% van de kinderen tot 14 jaar kan op enig moment een hartgeruis worden waargenomen. De prevalentie van een aangeboren hartafwijking bedraagt slechts 0,3-1%. Het onschuldige, klassiek muzikaal geruis (geruis van Still) komt het meest voor. Dit geruis voldoet, evenals andere onschuldige geruisen, aan typische karakteristieken (zie de *tabel*). Een diagnostische moeilijkheid is de bij kinderen relatief frequent voorkomende 'venous hum': een continu geruis dat bij zittende peuters over de tweede intercostaalruimte rechts wordt waargenomen. Het ontstaat door vibraties in de vena jugularis en verdwijnt in rugligging of bij dichtdrukken van de vena jugularis onder de rechter kaakhoek. Geruisen die vanaf de neonatale periode onveranderd worden waargenomen, berusten vaker op een hartafwijking dan geruisen die op latere leeftijd voor het eerst worden vastgesteld.

Met een zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek kan de huisarts vaak adequaat onderscheid maken tussen onschuldige en pathologische hartgeruisen. Aanvullende diagnostiek (ECG en thoraxfoto) is in de eerste lijn niet aangewezen. De gouden standaard voor het vaststellen van hartafwijkingen is echocardiografie in de tweede lijn.

WAT MOET IK DOEN?

Ga na of het geruis eerder is vastgesteld. Vraag – afhankelijk van de leeftijd – naar algehele conditie, 'failure to thrive' (slecht gedijen), voedingsproblemen, dyspnoe, kleur, inspanningstolerantie, vochtretentie, overmatig zweten, pijn op de borst, hartkloppingen, wegrakingen en gewrichtsklachten. Bespreek de familieanamnese en perinatale anamnese.

Let bij inspectie op dysmorfieën, cyanose, dyspnoe, tachypnoe en symmetrie van de thorax. Bepaal bij twijfel de zuurstofsaturatie. Meet de bloeddruk. Palpiteer de perifere pulsaties en zoek naar vibraties ('thrills') over de thorax en carotiden. Vergelijk de bloeddruk aan arm en been indien de perifere pulsaties moeizaam palpabel zijn; deze meting kan lastig zijn. Beoordeel met palpatie of er sprake is van hepatomegalie. Ausculteer in rugligging eerst afzonderlijk de normale harttonen, de systole en de diastole. Evalueer het hartgeruis aan de hand van de zeven karakteristieken (zie de *tabel*) en beoordeel of het geruis wordt beïnvloed door houdingsveranderingen, ademhaling en de Valsalva-manoeuvre. Verwijs naar een kindercardioloog of kinderarts bij vermoeden van een pathologisch geruis of bij bijdragende anamnestische bevindingen bij een aanwezig (onschuldig) geruis. Besef dat adequate beoordeling van geruisen veel oefening vereist. Maak bij twijfel een nieuwe afspraak over zes weken. Verwijs bij ernstige twijfel.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Geef uitleg aan ouders en kind. Leg uit dat er geen sprake is van een hartafwijking wanneer bij onderzoek een onschuldig hartgeruis is gehoord. Vertel dat het geruis langdurig aanwezig kan blijven en dat er geen restricties zijn voor sport of inspanning. Een onschuldig geruis geeft geen verhoogd risico op toekomstige cardiale problemen en routinematige follow-up is daarom niet nodig. Leg bij (het vermoeden van) een pathologisch geruis uit dat een verwijzing naar de tweede lijn nodig is om aanvullend advies in te winnen en eventuele nadere diagnostiek met echocardiografie te verrichten. ■

Tabel Karakteristieken van hartgeruisen bij kinderen

Modaliteit	Passend bij onschuldig hartgeruis	Passend bij pathologisch hartgeruis
Intensiteit	Graad 1-2 (nauwelijks waarneembaar – zacht)	Graad 3-6 (matig luid – hoorbaar zonder stethoscoop)
Timing in hartcyclus en vorm	Systolisch ejectiegeruis (crescendo – decrescendo)	Diastolisch, holosystolisch of continu geruis
Kwaliteit/toonhoogte	Muzikaal geruis	Blazend, ruw, schavend
Punctum maximum	Van vierde tot tweede intercostaalruimte links	Tweede intercostaalruimte rechts, vierde intercostaalruimte links, dorsaal
Voortgeleiding	Geen voortgeleiding	Voortgeleiding naar rug, oksels en/of hals
Houdings-afhankelijkheid	Houdingsafhankelijk, variërend met ademhalingscyclus	Niet houdingsafhankelijk
Aanwezigheid andere geluiden	Geen	Derde harttoon, vierde harttoon, clicks, gallopritme

Universiteit Maastricht, CAPHRI, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: P.H.W. Beckers, student Geneeskunde; dr. J.W. Cals huisarts in opleiding en post-doc onderzoeker. • Correspondentie: phw.beckers@student.maastrichtuniversity.nl

LITERATUUR

1 Pelech AN. The physiology of cardiac auscultation. Pediatr Clin North Am 2004;51:1515-35.
2 Brus F, Vandewall M, Molenschot MMC, Van Setten PA, Landstra AM. Beoordeling van hartgeruisen bij kinderen: zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek vereist. Ned Tijdschr Geneeskd 2006;150:1489-93.
3 www.hartwijzer.nl

Leon de Bock, Jochen Cals

Moedervlek

WAT IS HET PROBLEEM?

Moedervlekken, of naevi naevocellulares, komen veel voor. Patiënten komen op het spreekuur met cosmetische bezwaren, zorgen over mogelijke kwaadaardigheid of irritatie door bijvoorbeeld schurende kleding. Ongeveer 15% van de bevolking heeft één of meer atypische naevi die kunnen leiden tot diagnostische onzekerheid of klinische verdenking op een melanoom. Ofschoon de overgrote meerderheid van de naevi nooit voor serieuze problemen zorgt, is het essentieel een adequaat onderscheid te maken tussen onschuldige en potentieel kwaadaardige moedervlekken. In de praktijk is dat nog niet zo eenvoudig.

WAT MOET IK WETEN?

Moedervlekken kunnen zijn aangeboren (congenitale naevi) of verworven. Congenitale naevi komen slechts bij 1% van de pasgeborenen voor. Ze zijn vaak onregelmatig van vorm en scherp begrensd. De grootte kan variëren van minder dan een centimeter tot enkele tientallen centimeters. Het oppervlak is meestal glad met overbeharing (hypertrichosis). Congenitale naevi > 3 cm hebben een verhoogd risico op maligne ontaarding, samenhangend met de grootte van de laesie. Verworven naevi ontstaan vooral in de kinderjaren en adolescentie door genetische predispositie en blootstelling aan uv-straling. Typische verworven moedervlekken zijn egaal bruin, symmetrisch, scherp begrensd, zelden groter dan 5 mm en daarmee onschuldig. Atypische moedervlekken daarentegen voldoen aan minstens drie van de volgende kenmerken: ≥ 5 mm doorsnede, vage begrenzing met de omliggende huid, onregelmatige vorm, onregelmatige pigmentatie en omringend erytheem. Deze naevi zijn goedaardig maar kunnen soms wel degelijk maligne ontaarden. De meerderheid van de melanomen ontstaat echter 'de novo' uit voorheen normale huid. De incidentie van deze agressieve huidmaligniteit is gestegen: ongeveer 1 op de 75 personen ontwikkelt een melanoom tijdens zijn of haar leven. Mensen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een melanoom hebben een positieve familieanamnese, een licht huidtype (rood of blond haar, blauwe ogen, sproeten), meer dan vijftig banale naevi en/of meer dan vijf atypische naevi.

WAT MOET IK DOEN?

Maak onderscheid tussen moedervlekken met een verhoogd risico op maligniteit en onschuldige moedervlekken. Exploreer daartoe de algemene risicofactoren en vraag naar jeuk, pijn en spontaan bloeden. Vraag naar regelmatige zonverbranding door werk of recreatie, zonverbranding op jonge leeftijd (voor het twintigste levensjaar) en het gebruik van zonnebrandcrème en beschermende kleding.

Beoordeel naevi met behulp van het Engelse acroniem ABCDE. Dit verwijst naar vijf potentieel maligne kenmerken: asymmetrie (*asymmetry*), onduidelijke of grillige begrenzing (*border*), variatie of verandering in kleur (*color*), diameter van meer dan 6 mm (*diameter*) en verandering of verhevenheid (*evolution/elevation*). Niet alle kenmerken hoeven overigens aanwezig te zijn om te kunnen spreken van een sterk verdachte laesie. Beoordeel de gehele huid bij mensen met een verhoogd risico of een afwijkende laesie. Zoek naar moedervlekken op vreemde plaatsen zoals schedel, billen, oren, voeten of onder nagels.

Teledermatologie is bij gepigmenteerde huidlaesies niet geschikt in verband met een te grote kans op fouten. Houdt bij excisie van een gepigmenteerde laesie een marge van 2 mm aan. Stuur alle geëxcideerde gepigmenteerde huidlaesies op voor histopathologisch onderzoek – ook wanneer u de laesie om cosmetische redenen op verzoek van de patiënt hebt verwijderd. Verricht geen incisiebiopten in gepigmenteerde laesies. Verwijs de patiënt naar een dermatoloog of chirurg wanneer u een melanoom waarschijnlijk acht of wanneer u niet bekwaam bent in het verrichten van een excisie.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat de meeste (atypische) moedervlekken onschuldig zijn en geen verdere behandeling behoeven. Vertel dat u moedervlekken onder lokale verdoving kunt verwijderen: ontsierende moedervlekken en moedervlekken op plaatsen waar kleding voor irritatie zorgt. Leg echter ook uit dat elke invasieve procedure littekenvorming geeft. Vertel dat moedervlekken met een (geringe) verdenking op kwaadaardigheid het best uit voorzorg kunnen worden verwijderd en dat u gepigmenteerde laesies altijd opstuurt voor histopathologisch onderzoek. Geef adviezen over het belang van bescherming tegen de zon (zonnebrandcrème, kleding en hoofdbedekking). Stimuleer zelfonderzoek van de huid, vooral als er risicofactoren zijn. Geef de NHG-Patiëntenfolder Moedervlekken mee en verwijs naar patiëntensites, waaronder www.huidarts.com of www.huidinfo.nl. ■

LITERATUUR

1 Bergman W, Reenders K. Vroegdiagnostiek van melanomen door huisarts en dermatoloog. Huisarts Wet 2008;51:501-4.
2 Richtlijn Melanoom van de huid. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) en Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2005.

Universiteit Maastricht, CAPHRI, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: L. de Bock, student Geneeskunde; dr. J.W. Cals huisarts in opleiding en post-doc onderzoeker. • Correspondentie: l.debock@student.maastrichtuniversity.nl

Lukas Brouw, Just Eekhof

CATS

Is baclofen effectief bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid?

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. Correspondentie: A.Knuistingh_Neven@lumc.nl

Vraagstelling Alcoholafhankelijkheid en -misbruik is een probleem dat ernstige lichamelijke en sociale gevolgen kan hebben. Onlangs verscheen een artikel in *Medisch Contact*, waarin een arts beschreef zijn alcoholafhankelijkheid overwonnen te hebben met behulp van baclofen. Dit middel is niet geregistreerd voor deze indicatie en dat leidt tot de onderzoeksvraag: In welke mate is de effectiviteit van baclofen aangetoond voor de behandeling van alcoholafhankelijkheid?

Zoekstructuur Zoektermen in PubMed: [baclofen] AND [ethanol] OR [alcohol] in combinatie met de limit [Randomized Controlled Trial].

Resultaten Wij vonden twee RCT's die bruikbaar waren voor de vraagstelling.[1,2] Er werd geen systematisch literatuuronderzoek over dit onderwerp gevonden.

Bespreking Negenendertig alcoholafhankelijke patiënten uit een behandelkliniek voor alcoholverslaafden werden geselecteerd op leeftijd, dagelijkse intake en aantal jaren verslaving.[1] In een dubbelblinde opzet kregen 20 patiënten baclofen en 19 placebo gedurende 4 weken. De primaire uitkomstmaten waren volledige abstinentie na 4 weken en cumulatieve abstinentieduur. De geïncludeerde patiënten voldeden aan de DSM-IV-diagnose alcoholafhankelijkheid, hadden geen ernstige comorbiditeit en gebruikten geen psychofarmaca. Van de baclofengroep bleken meer deelnemers 4 weken lang abstinent te blijven: 70% versus 21% (OR 6,8; 95%-BI 1,97-23,63). Ook was in de baclofengroep de cumulatieve abstinentieduur significant langer, namelijk 19,6 ± 2,6 dagen versus 6,3 ± 2,4 dagen ($p < 0,005$). Genoemde bijwerkingen van baclofen waren: slaperigheid (n = 2), moeheid (n = 1) en vertigo (n = 1). Eén placebogebruiker noemde buikpijn als bijwerking (n = 1). De bijwerkingen verdwenen binnen 1 tot 2 weken en vormden bij geen van de patiënten aanleiding tot staken van de behandeling.

In een ander dubbelblind gecontroleerd onderzoek selecteerden onderzoekers 84 alcoholafhankelijke patiënten met levercirrose uit een polikliniek interne geneeskunde. Selectiecriteria waren: leeftijd, geslacht, aantal jaren verslaving en de ernst van levercirrhose.[2] Tweeënveertig patiënten kregen baclofen en 42 placebo gedurende 12 weken. De groepen verschilden op baseline niet significant van elkaar. De deelnemers voldeden aan de diagnose alcoholafhankelijkheid volgens DSM-IV, hadden levercirrose, hadden geen ernstige comorbiditeit en gebruikten geen psychofarmaca of immuunsuppressie. De primaire uitkomstmaten waren volledige abstinentie na 12 weken en cumulatieve abstinentieduur. De baclofengroep scoorde eveneens hoger op abstinentie voor de volle 12 weken: 71% versus 29% (OR 6,3; 95%-BI 2,4-16,1). Ook was de cumulatieve abstinentieduur significant langer in de baclofengroep, namelijk 62,8 ± 5,4 dagen versus 30,8 ± 5,5 dagen ($p < 0,001$). Bij de groep met de laagste graad van levercirrose zagen de onderzoekers geen significant verschil in abstinentie. Genoemde bijwerkingen van baclofen waren: hoofdpijn (n = 4), slaperigheid (n = 1), vertigo (n = 2) en moeheid (n = 1). Genoemde bijwerkingen van placebo waren: hoofdpijn (n = 4), moeheid (n = 1) en vertigo (n = 1). Ook nu vormden de bijwerkingen geen aanleiding tot staken van de behandeling.

Hetzelfde onderzoeksteam voerde de twee onderzoeken uit. De uitkomsten worden niet bevestigd door andere onderzoeken. De duur van beide onderzoeken is kort (4 en 12 weken) en ze geven geen informatie over terugval na initiële ontwenning, wat toch een van de grootste problemen is bij alcoholafhankelijkheid. De onderzoekers excludeerden patiënten met ernstige comorbiditeit of het gebruik van psychofarmaca en andere verslavingen naast nicotine. Ernstig alcoholverslaafden in de huisartsenpraktijk hebben echter vaak ook een psychiatrische diagnose. Dit maakt de uitkomsten mogelijk minder representatief. Het tweede onderzoek betrof patiënten met levercirrose. Het is aannemelijk dat het gevonden effect ook geldt bij patiënten in de huisartsenpraktijk die deels al (nog niet gediagnosticeerde) leverschade hebben.

Conclusie Baclofen lijkt effectief voor het induceren van alcoholabstinentie bij alcoholafhankelijke patiënten. Er is echter meer onderzoek nodig om de werkzaamheid te bevestigen.

Betekenis Gezien de resultaten en de geringe bijwerkingen van het middel lijkt baclofen voor individuele patiënten een effectieve inductietherapie. Omdat baclofen niet voor deze indicatie is geregistreerd en vanwege het bijwerkingenprofiel is de plaatsbepaling in de huisartsenpraktijk nog onduidelijk. ■

LITERATUUR

1 Addolorato G, Caputo F. Baclofen efficacy in reducing alcohol craving and intake: a preliminary double-blind randomized controlled study. Alcohol Alcohol 2002;37:504-8.
2 Addolorato G, Leggio L. Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study. Lancet 2007;370:1915-22.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 2088, 2301CB Leiden: L. Brouw, huisarts; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog. • Correspondentie: J.A.H.Eekhof@lumc.nl

Eric van Rijswijk

Tricyclische antidepressiva en SSRI's matig effectief in de eerste lijn

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.

Context Huisartsen schrijven veel antidepressiva voor. Het is de vraag of dit terecht is en of antidepressiva effectief zijn bij depressieve stoornissen. Uit twee eerdere systematische literatuuronderzoeken, die ook de landelijke pers haalden, bleek dat de effectiviteit in gepubliceerde onderzoeken werd overschat. Dat kan ook in de huisartsenpraktijk het geval zijn en bovendien zijn depressieve stoornissen bij patiënten in de eerste lijn waarschijnlijk minder ernstig dan die bij patiënten in de tweede lijn. Redenen te over om de effectiviteit van antidepressiva eens onder de loep te nemen.

Klinische vraag Hoe effectief zijn tricyclische antidepressiva (TCA's) en selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) bij patiënten met een depressie in de eerste lijn?

Conclusies auteurs TCA's en SSRI's zijn in vergelijking met placebo effectief in het verminderen van depressieve stoornissen bij volwassenen jonger dan 65 jaar. In deze analyse werd depressie vastgesteld aan de hand van meetinstrumenten zoals Hamilton Depression Scale en de Montgomery-Asberg schaal. Om één patiënt meer te laten opknappen van een depressie moeten 9 patiënten worden behandeld met een TCA (NNT 7 tot 16, mediaan 9) en 7 met een SSRI (NNT 7 tot 8, mediaan 7).
De Number Needed to Harm (zodanige bijwerkingen dat patiënten stoppen met gebruik) is tussen de 4 en 30 voor patiënten die een TCA gebruiken en tussen de 20 en 90 voor patiënten die een SSRI gebruiken. Overigens leiden bijwerkingen meestal niet tot stoppen van de medicatie.

Beperkingen De auteurs hebben veertien onderzoeken geïncludeerd. Het merendeel van deze onderzoeken werd gefinancierd door farmaceutische bedrijven en was van korte duur, meestal zes tot acht weken. De onderzoekers vergeleken de effectiviteit van TCA's en SSRI's steeds met een placebo en niet met een actieve placebo of een ander antidepressivum.

Bron Arroll B, Elley CR, Fishman T, Goodyear-Smith FA, Kenealy T, Blashki G, et al. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2009, Issue 3. Art. No.: CD007954.

COMMENTAAR

Depressies komen in de huisartsenpraktijk vaak voor, maar dat geldt minder voor depressieve stoornissen. De huisarts behandelt de meeste patiënten zelf maar paradoxaal genoeg zijn hierover weinig goede onderzoeken gedaan in de eerste lijn. Deze review inventariseert de bestaande onderzoeken fraai, maar maakt ook direct duidelijk dat de informatie weinig betekenis heeft voor de klinische praktijk. De patiënten werden maar kort gevolgd en de effectiviteit van antidepressiva op de lange termijn is nog niet goed onderzocht. In het algemeen blijkt de effectiviteit van antidepressiva zeer beperkt bij eerstelijnspatiënten. Het is opvallend dat andere Cochrane-reviews over de effectiviteit van de verschillende antidepressiva steeds concluderen dat het bestudeerde middel toch de eerste keus zou moeten zijn. Is hier sprake van invloed van de sponsors van de verschillende onderzoeken?

In de NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie) hebben antidepressiva een belangrijke plaats in de behandeling van depressieve stoornissen. Nu er opnieuw een review is verschenen die geringe effectiviteit van antidepressiva in de eerste lijn laat zien, zou de standaard op dit punt moeten worden aangepast. Op dit moment overheersen de zorgen over het te vaak en te lang voorschrijven. Antidepressiva worden vaak te snel voorgeschreven zonder dat het eigen herstel van de patiënt een kans heeft gehad of zonder dat andere interventies als zelfhulp of psycho-educatie zijn ingezet. Ook worden ze, bij een eerste episode, vaak langer dan negen maanden voorgeschreven of wordt de indicatie voor gebruik niet systematisch meer nagegaan. ■

UMC St Radboud Nijmegen, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. E. van Rijswijk, onderzoeker en huisarts. • Correspondentie: e.vanrijswijk@elg.umcn.nl

Van alledaagse romantiek naar academische praktijk

Op 11 november 2010 aanvaardde Niek de Wit de leerstoel Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Utrecht. In zijn inaugurale rede bepleitte hij dat universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde een belangrijke bijdrage kunnen leveren bij de aanpassingen van het vak aan de maatschappelijke ontwikkelingen. Daarbij hield hij een warm pleidooi voor nut en functie van de academische huisartsenpraktijk.

Een stukje geschiedenis

De Wit schetst de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde vanaf de tweede helft van de vorige eeuw, toen iedere afgestudeerde arts zonder aanvullende opleiding kon praktiseren als 'eerstelijnsdokter'. Pioniers richtten in 1956 het NHG op en bakenden het vakgebied af als 'verantwoordelijkheid voor de continue, integrale en persoonlijke zorg aan de patiënten'. In 1972 ging de eenjarige postdoctorale opleiding van start, waarin een sterk accent werd gelegd op persoonlijke ontwikkeling en communicatietechnieken. In 1983 werd het *Basistakenpakket van de huisarts* geformuleerd. Het NHG begon met het ontwikkelen van standaarden die nu de basis vormen van het *evidence based* handelen van de moderne huisarts. Inmiddels duurt de opleiding drie jaar en deze is nu competentiegestuurd.

In 1973 hadden slechts twee universiteiten een vakgroep Huisartsgeneeskunde. Nu zijn er acht en hier werken meer dan twintig hoogleraren. De universitaire afdelingen vormden netwerken van huisartsenpraktijken voor hun onderzoeks- en onderwijstaken.

Huisarts en maatschappij

De Amerikaanse hoogleraar Barbara Starfield toont aan dat een centrale rol van de huisarts in het gezondheidszorgsysteem leidt tot betere gezondheidsuitkomsten en een gelijkwaardiger verdeling van de -voorzieningen. In de VS houdt het aantal in een regio werkzame huisartsen direct verband met gezondheidsindicatoren als sterfte door kanker en hart- en vaatziekten, levensverwachting en ervaren gezondheid. Eén extra huisarts per 10.000 inwoners levert een sterftedaling van 5,3% op. En in Nederland behandelen anno 2010 zo'n 9000 huisartsen 90% van alle gezondheidsproblemen voor slechts 5% van het gezondheidsbudget.

Natuurlijk is er veel veranderd. Vroeger was de huisarts een man die alles zelf deed, 24 uur per dag, en nam zijn vrouw de telefoon aan. Nu bieden steeds meer vrouwelijke huisartsen in deeltijd zorg aan in de huisartsenvoorziening via taakdelegatie, zorgprogramma's en een dienstensysteem.

Maatschappelijke ontwikkelingen vragen om aanpassingen. De kwaliteit en doelmatigheid moeten nóg beter, opdat medisch specialisten alleen nog patiënten zien die hun expertise werkelijk nodig hebben. Heroriëntatie op de taakstelling en samenwerking tussen de eerste en tweede lijn is nodig. De patiënt verandert van een passieve zorgvrager in een betrokken consument; dit dwingt de huisarts te investeren in voorlichting, zelfmanagement en gedeelde besluitvorming.

De academische huisartsenpraktijk

Er is veel energie gestoken in de organisatie van universitaire netwerken huisartsgeneekunde. Rond Utrecht participeren meer dan 1500 huisartsen in onderzoek en onderwijs; de 23 praktijken van het 'kernnetwerk' verzamelen al 15 jaar routinezorggegevens over hun 60.000 patiënten voor wetenschappelijk onderzoek, en de opleiding kent 250 contractopleiders. Academische huisartsenpraktijken dienen als leerwerkomgeving. In de 4 gezondheidscentra van de stichting Julius Gezondheids Centra werken 22 huisartsen, 13 fysiotherapeuten en 7 praktijkverpleegkundigen. Uitgangspunt is de Utrechtse visie dat de huisarts als klinisch specialist eindverantwoordelijk is voor de medische zorg in de eerste lijn. Centraal staan een multidisciplinaire aanpak, taakdelegatie, functiedifferentiatie en intensieve samenwerking met de tweede lijn. Zorginnovatie wordt geïntegreerd met onderwijs en onderzoek, en sluit thematisch aan bij de speerpunten van het UMCU.

De academische huisartsenpraktijk biedt naast de basiszorg en aanvullende zorg twee extra pakketten:
het bijzondere aanbod (ketenzorgprogramma's voor chronische aandoeningen, aanvullende diagnostiek, kleine verrichtingen en een reizigersspreekuur) en een innovatief zorgaanbod (vaak complexe zorg en verschuivingen in de zorgketens). Hiertoe wordt nauw samengewerkt met ziekenhuizen, GGZ-instellingen en academische partners. Speerpunten voor de komende jaren zijn vroegdiagnostiek, preventie- en leefstijlprogramma's en 'anderhalfdelijns' samenwerking.

De Julius-gezondheidscentra vormen een academische kliniek, maar dan buiten het ziekenhuis en zonder bedden. De Landelijke Stuurgroep Universitaire Netwerken coördineert het beleid rond de netwerkontwikkeling.

Wetenschappelijk onderzoek

Nederlands huisartsgeneeskundig onderzoek richt zich vooral op chronische ziekten, actueel vanwege de zorgorganisatie of financiering. Maar onderzoeksafdelingen zouden researchprogramma's beter op elkaar moeten afstemmen en aansluiten bij dilemma's in de dagelijkse praktijk. Ook onderwerpen als dermatologie, oogheelkunde, kanker en onverklaarde klachten verdienen een plek op de onderzoeksagenda. Het NHG zou hierin een coördinerende rol kunnen spelen. Daarnaast is gerichte financiering van onderzoek naar ontbrekende thema's nodig.

De academische huisartsenpraktijk kan in die ontwikkelingen de ondersteunende onderzoeksomgeving vormen. In Utrecht worden de uitgangsgezondheidsgegevens van 10.000 nieuwe bewoners van Leidsche Rijn gekoppeld aan het dossier van de huisarts. De eerste follow-upgegevens (periode: 10 jaar) zijn beschikbaar en er lopen diverse grote longitudinale onderzoeken.

Veel winst is ook te behalen met betere diagnostische mogelijkheden voor de huisarts. Hoe beter de huisarts selec-

teert, hoe doelmatiger de zorg. Sneltests en predictieregels kunnen die selectie verbeteren. Daarvoor is wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn nodig. Momenteel worden sneltests onderzocht voor pijn op de borst, onderbuiksklachten en longembolieën. Het Juliuscentrum heeft al predictieregels ontwikkeld voor kuitvenetrombose, maagzweer en hartfalen en onderzoekt nu regels voor prikkelbaredarmsyndroom en darmkanker. De implementatie van dergelijke innovaties hoort bij uitstek thuis in de academische huisartsenpraktijk.

Onderwijs

Wenselijk zijn investeringen in een individueel opleidingsprogramma, de integratie van *evidence based medicine* en onderzoek van onderwijs. Door een persoonlijker invulling aan het curriculum en het laten aansluiten van stages bij de NHG-Kaderopleidingen kan al tijdens de opleiding worden begonnen met functiedifferentiatie. Een select aantal aios zou binnen de academische huisartsenpraktijken een gedifferentieerd, compacter opleidingtraject moeten kunnen volgen.

In de opleiding ligt de nadruk op competentiegericht leren aan de hand van richtlijnen. *Evidence based medicine* moet dé onderwijsfilosofie worden, door de gehele opleiding heen. Huisartsen van de toekomst kunnen de veranderende vakkennis bij de juiste bron vinden, op waarde schatten en in de dagelijkse praktijk integreren; in die vaardigheden hebben zij zich al vroeg bekwaamd. Door inzet van huisartsonderzoekers in onderwijsprogramma's en deelname van aios in onderzoek ontstaat kruisbestuiving tussen ontwikkeling en integratie van vakkennis.

Instelling van onderwijsleerstoelen huisartsgeneeskunde kan de wetenschappelijke evaluatie van het onderwijs verder stimuleren. Coassistenten en aios zijn structureel werkzaam in alle Julius-gezondheidscentra en ook vindt hier de introductieweek van het coschap huisartsgeneeskunde plaats en worden nieuwe vormen van onderwijs geëvalueerd. De academische huisartsenpraktijk in Leidsche Rijn moet zo uitgroeien tot hét eerstelijnsonderwijscentrum van het UMC Utrecht.

Patiëntenzorg

Het NHG/LHV-rapport *Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012* opperde in 2003 verscheidene veranderingen, zoals differentiatie in zorgaanbod, taakdelegatie en invoering van de 'taakgedifferentieerde huisarts'. Maar de rol van de academische huisartsgeneeskunde werd niet uitgewerkt. In de nu in ontwikkeling zijnde *Toekomstvisie 2020* zou meer aandacht moeten zijn voor ontwikkelingen in de klinische eerstelijnspraktijk. Dan kan samen met universitaire afdelingen een onderzoeks- en innovatieagenda worden opgesteld, waarin een essentiele rol is weggelegd voor academische huisartsenpraktijken. Die zijn immers de 'academische werkplaats' in de eerste lijn, lopen voorop in vakinhoudelijke ontwikkeling en zijn bij uitstek toegerust voor de evaluatie van nieuwe vormen van functiedifferentiatie, taakdelegatie en samenwerking. Zo hebben de Julius-Gezondheidscentra 'interne consulenten' op het gebied van diabetes mellitus, longziekten, hart- en vaatziekten en psychische klachten ingezet. Dit zijn kaderhuisartsen die samen met een externe consulent – een gerenommeerd senior staflid van het Julius Centrum – innovaties invoeren en als eerste aanspreekpunt voor zorg en onderzoek fungeren. Omdat ze zeer succesvol blijken worden in de komende jaren meer consulentenduo's aangesteld. 'Experthuisartsen' zijn een tot twee dagdelen per week beschikbaar voor consultering door collega's en overleg met specialisten. Interne consulenten spelen ook een belangrijke rol bij de invoering van ketenzorgprogramma's.

Samenwerking en taakdelegatie

In 'anderhalfdelijnsprojecten' wordt in Leidsche Rijn samen met specialistische partners zorginnovatie ontwikkeld, gericht op meer doelmatigheid en betere service. Toen in 1992 werd gepleit voor *open access* voor huisartsen tot endoscopisch onderzoek, protesteerde men dat die onvoldoende kennis van diagnostiek zouden hebben. Op basis van 20.000 gastroscopieën is aangetoond dat *open access* en specialistische scopieën niet in indicatie en resultaat verschillen. Maar die discussie start steeds opnieuw bij andere vormen van diagnostiek (coloscopie, cardiale echografie, MRI). Toegang van huisartsen tot complexere diagnostiek zou echter de zorgketen doelmatiger kunnen inrichten. Julius-Gezondheidscentra en tweedelijnspartners gaan de diagnostische keten rond hart- en vaatziekten verbeteren door invoering van sneltests, elektrocardiografie, cardiale echografie en ergometrie. Dit kan eventueel ook in eigen diagnostische centra.

Wat betreft taakdelegatie wordt in het OmU-project onder de patiënten van 58 Utrechtse praktijken het effect van systematische screening op kwetsbaarheid en de inzet van een praktijkverpleegkundige op de kwaliteit van de ouderenzorg geëvalueerd.

De patiënt

De patiënt wil goed geïnformeerd zijn teneinde samen met zijn huisarts een besluit te nemen over zijn gezondheidsprobleem. In Leidsche Rijn wordt binnenkort gestart met zelfmanagement in de ketenzorg rond diabetes. In samenwerking met andere partijen (GG&GD en zorgverzekeraar) wordt een wijkgericht preventieprogramma rondom cardiovasculaire en psychische problemen geëvalueerd, waarin plaats is ingeruimd voor 'Julius Fit', een leefstijlinterventieprogramma.

Zorg voor bijzondere patiëntengroepen, bijvoorbeeld rond lichamelijk onverklaarde klachten, kan bij uitstek worden ontwikkeld in een academische huisartsenpraktijk. De beste oplossing is een integrale, orgaanoverstijgende benadering, gericht op ziekte-inzicht, zelfmanagement en het omgaan met klachten. De huisarts zou daarom hoofdbehandelaar van onverklaarde klachten moeten zijn met een consultatieve functie voor de specialist. Dit effent de weg naar eerstelijnscentra voor onverklaarde klachten in academische huisartsenpraktijken, waar collega-huisartsen en specialisten naar kunnen doorverwijzen. ■

Ans Stalenhoef

Hulpvraag

Kwart over zes. Ik spring onder de douche, installeer twee croissantjes, een smoothie en een koffie verkeerd in de auto en vertrek richting Noordwoud.

Foto: Shutterstock/Henkje

In de praktijk krijg ik direct een kop thee in mijn handen geduwd door de assistente. Maarten Reiziger komt om vijf over acht binnenlopen. 'O, ben je er al? Ik moet nog even ontbijten hoor. Ingrid, leg jij Anne het computersysteem alvast uit?' Hij stapt de kamer uit en steekt dan toch nog even zijn hoofd om het hoekje: 'Om acht uur beginnen: dan voel ik me zo'n ambtenaar. Dus start ik om twintig over acht, puur uit recalcitrantie.'

Als we met het spreekuur beginnen, wijst Maarten op een krukje: 'Begin vanochtend maar met observeren,' en hij loopt naar de wachtkamer om de eerste patiënt op te halen. Op het moment dat mijn zitvlak het krukje raakt, ben ik acuut zes jaar terug in de tijd: langvergeten co-dilemma's zijn plotseling weer actueel: hoe kijk ik tegelijkertijd zo intelligent en empatisch mogelijk? Hoe vermijd ik om te gapen? Hoe plaats ik die ene intens slimme opmerking zonder dat het irritant wordt?

Maarten huppelt ontspannen door het spreekuur: stelt spugers en hoesters gerust, onderzoekt buiken, knieën en verzakkingen. 'Wil jij de volgende zien?' Ik schrik op, inmiddels volledig in regressie in mijn co-assistentenrol. In een flits zet ik de knop om en is het weer zes jaar later. 'Tuurlijk!' en ik sprint naar de wachtkamer, 'Hoe heette de volgende patiënt ook alweer?'

Mazzel! Het is iemand met een pijnlijke pols sinds een akkefietje op zijn werk vorige week. Pijnlijk polsje: het inkoppertje van de SEH. Zo kan ik Maarten direct laten zien dat ik kordaat en efficiënt kan werken. Ik snel door de anamnese: 'Wat is er gebeurd? Zwelling? Hematoom?' Ik onderzoek de pols: asdrukpijn, tabatière, functie, neurovasculair intact? Conclusie: geen aanwijzing voor een breuk, dus gewoon een contusie. Ik leg de patiënt het beleid uit: relatieve rust, zo nodig een mitella en als het over twee weken niet over is: naar uw huisarts... o, nee, dat zijn we zelf... terugkomen, bedoel ik.

'Twee weken rust dus?' herhaalt de man tevreden. Exact viereneenhalve minuut na het begin van het consult sluit ik de deur achter zijn rug, probeer een voldane blik te onderdrukken en draai me om. Maarten lacht: 'Tevreden?' Ik haal quasibescheiden mijn schouders op: 'Ach...' 'Heb je enig idee waarom die man hier kwam, wat zijn húlpvraag was?' Ik aarzel. 'Dat die pols niet gebroken was, wist hij zelf vast ook wel,' vervolgt Maarten. 'Lees eens terug: hij heeft al maanden een arbeidsconflict. Een akkefietje op zijn werk. Wat voor akkefietje? Waarom komt hij pas na een week? En waarom was hij zo tevreden met die 'twee weken rust?' Ongelovig zak ik neer op mijn krukje. 'Ja, zeg... Maar nu vul jíj zijn hulpvraag in...' 'Ik moet wel, omdat jij hem er niet naar hebt gevraagd,' zegt Maarten. 'De belangrijkste vraag tijdens een consult is: 'Waarom komt deze patiënt nú bij míj met déze klacht?' Hij knikt naar het scherm: 'De laatste, voor de koffie. Probeer maar eens of je de hulpvraag boven tafel krijgt.'

Een blakende jongeman komt binnen. Hij heeft sinds één dag waterdunne diarree, zonder koorts, zonder bloed. *Eén dag diarree. Wist niet dat ze in de polder zo kleinzerig waren.* Ik wil best nog 100 vragen stellen over waarom, vandaag, bij mij, maar hoeveel gedachten kán een mens in godsnaam hebben over één dag spuitpoep?

Reflexmatig wil ik al – pro forma – een handje op zijn buik te leggen: niet geprikkeld? Dan lekker uitzieken, met desnoods een vleugje ORS, en tot ziens. Maar ik voel de ogen van Maarten prikken en pers dus met moeite de woorden uit mijn mond: 'Hebt u zelf nog ideeën over wat er met u aan de hand is?' Als door een wesp gestoken, veert de jongen op en begint hevig te knikken: 'Ja, natuurlijk, dokter! Ik plaste zo maar uit mijn... nou ja.... uit mijn kont dus! Dat kan toch niet goed zijn? Ik heb er vannacht van wakker gelegen en het kan niet anders dan...' Hij zucht, laat zijn schouders zakken '...dan dat mijn blaas helemaal kapot is, door de kanker waarschijnlijk, en mijn darmen die functie nu hebben overgenomen. ■

Anne Hermans

Anne is in opleiding in Noordwoud.

De namen zijn om privacyredenen gefingeerd.

KENNISTOETS: VRAGEN

Mevrouw Visser, 64 jaar, komt voor de derde keer in twee maanden op het spreekuur van de huisarts. Ze heeft al zo'n drie maanden last van pijn en stijfheid in de nek en beide schouders. 's Morgens moet ze echt op gang komen, maar na anderhalf uur gaat het beter. Daarnaast voelt ze zich moe en heeft ze weinig eetlust. Verdere anamnese levert geen afwijkingen op. Het lijkt alsof de klachten toenemen. De huisarts vindt bij lichamelijk onderzoek drukpijn in de weke delen van schouders en bovenarmen. Het laboratoriumonderzoek laat behalve een verhoogde BSE (80) geen afwijkingen zien. De huisarts overweegt een polymyalgia rheumatica. Hierbij past/passen:

1 de ochtendstijfheid > 1 uur;
2 de pijn en stijfheid in de schoudergordel;
3 de verhoogde BSE.

De heer Fritsen, 32 jaar, komt in paniek op het spreekuur van de huisarts, omdat hij gisteravond bij het vrijen bloed in zijn sperma constateerde. Verder heeft hij totaal geen klachten. Hij heeft dit nooit eerder gehad. Bij onderzoek vindt de huisarts een normaal aanvoelende prostaat en geen bijzonderheden aan de externe genitaliën. Ook het urineonderzoek verloopt normaal. De huisarts legt uit dat het nu goed is om af te wachten.

4 Een afwachtend beleid is in dit geval correct.

Mevrouw Jurgens, 28 jaar, heeft de afgelopen drie dagen steeds meer last gekregen van haar linkeroog. Het oog is pijnlijk en rood. Als ze in het licht kijkt, verergert de pijn. Er is voorafgaand aan de klachten geen overmatige blootstelling geweest aan ultraviolet licht. De huisarts onderzoekt het oog. Er is een verminderde visus links en pericorneale roodheid. De pupilreacties zijn normaal. Na toediening van een oppervlakteanestheticum (oxybuprocaïne oogdruppels 0,4%) verdwijnt de pijn aan het oog. De huisarts legt de meekijkende co-assistent uit dat anamnese en onderzoek eerder wijzen op een keratitis dan op een iridocyclitis. De huisarts legt tevens uit dat zij bij beide diagnoses verwijst.

5 De werkdiagnose van de huisarts is hier correct.
6 Het verwijsbeleid van de huisarts is correct, als het hier om keratitis zou gaan.

Mevrouw Galema, 28 jaar, heeft een spiraaltje, maar blijkt toch zwanger te zijn. Ze wil de zwangerschap graag behouden en vraagt of het spiraaltje moet worden verwijderd. De huisarts zegt dat de kans op een abortus groter is als het spiraaltje wordt verwijderd dan wanneer het spiraaltje blijft zitten.

7 Deze bewering is correct.

Op de huisartsenpost verschijnt tijdens de nachtdienst een man van 53 jaar vanwege ondraaglijke hoofdpijn. Hij heeft de afgelopen maanden al enkele keren een soortgelijke aanval gehad. De hoofdpijn is eenzijdig en 'kloppend'. Tijdens zo'n aanval gaat hij rondlopen en heeft zelfs de neiging 'om met zijn hoofd tegen een muur te lopen'. Hij is misselijk en heeft ook gebraakt. Na anamnese en onderzoek twijfelt de huisarts tussen migraine en clusterhoofdpijn. De volgende symptomen pleiten voor clusterhoofdpijn:

8 bewegingsdrang tijdens de aanval;
9 het 'kloppende' karakter van de pijn;
10 misselijkheid en/of braken.

De antwoorden staan op pagina 228

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

De karikatuur van de hulpvraagverheldering

'Wat denkt u er zelf van?' vraagt Luc van Berkestijn ons nadat hij de knuppel stevig in het hoenderhok van de patiëntgerichte communicatie heeft gegooid.[1] 'Kan de hulpvraagverheldering niet later in het consult, na de anamnese en het lichamelijk onderzoek?' Ik denk het niet.

Van Berkestijn heeft gelijk als hij zegt dat veel patiënten dichtslaan bij de vraag 'Wat denkt u er zelf van?' Het verbaast mij dan ook dat hij juist met déze vraag – de karikatuur van de vraagverheldering die het zo goed doet op verjaardagsfeestjes – de hulpvraag wil verhelderen. Het is een vraag die inderdaad allergische reacties oproept én maar zeer ten dele de hulpvraag van de patiënt kan verhelderen. Als huisarts wil ik niet alleen weten wat de patiënt denkt over zijn klacht *maar vooral ook wat hij van mij verwacht*. Als dát de intentie van de dokter is, dan kan hij zijn eigen woorden vinden om de patiënt daarnaar te vragen.[2]

Een heldere hulpvraag aan het begin geeft, mét de medische expertise van de dokter, de juiste richting aan het consult. Het is daarnaast meer ontspannen en effectiever communiceren als wederzijdse verwachtingen duidelijk zijn en dokter noch patiënt worden afgeleid door onuitgesproken, storende gedachten.

Van Berkestijn beschrijft treffend tal van manieren waarop het mis kan gaan met de vraagverheldering. En hij heeft gelijk. Het is ook niet gemakkelijk, net zo min als het voor veel huisartsen gemakkelijk is om de eerste minuut alleen maar aandachtig luisteren of goed af te stemmen met de patiënt tijdens de fase van uitleg en advies. Tegelijkertijd is er veel bewijs dat dit soort patiëntgerichte communicatie leidt tot betere resultaten van het consult wat betreft diagnose, therapietrouw, behandelingsresultaat, patiënttevredenheid en dokterstevredenheid.[2] De huisartsopleidingen doceren deze al ruim 30 jaar. Toch zien we dat de toepassing in de praktijk zeer sterk te wensen overlaat, getuige ook de bijdrage van Van Berkestijn.[3,4,5] Wat is hier toch aan de hand? Fundamenteel onderzoek naar deze vraag lijkt mij urgent en trekt mij meer dan het opgeven van de patiëntgerichtheid in driekwart van het consult.

Chris Rietmeijer

1 Van Berkestijn LGM. Over de timing van de hulpvraagverheldering: Wat denkt u er zelf van? Huisarts Wet 2011;54:100-102.
2 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de Gezondheidszorg, een evidence-based benadering. Den Haag: Lemma, 2006.
3 Bensing J, Van Dulmen S, Tates K. Communication in context: new directions in communication research. Patient Educ Couns 2003;50:27-32.
4 Hobma SO. Directed self-learning as approach to continuing professional development [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005.
5 Kramer A. Acquisition of clinical competence during postgraduate training in general practice [Proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2003.

Antwoord

Wat verwacht ik van de fietsenmaker? Dat hij mijn fiets nakijkt en zo mogelijk repareert. Wat verwacht ik van de bakker? Dat hij mij een lekker brood verkoopt. Zo kan ik nog een tijdje doorgaan. In het beroep van degene die ik bezoek is de verwachting impliciet gegeven.

Wat verwacht ik van mijn huisarts? Dat hij aandacht heeft voor mijn klacht, mij nakijkt en zo mogelijk behandelt. Kortom, dat hij gewoon zijn werk doet. Maar het is een beetje gek om als patiënt te anwoorden: 'Dat u gewoon uw werk doet!'

Ik erken volledig het nut van hulpvraagverheldering. Het maakt de hulpverlening functioneler, zoals collega Rietmeijer terecht betoogt. Maar in de meeste consulten voldoet serieuze aandacht voor de klacht, in de vorm van een goede anamnese en zorgvuldig lichamelijk onderzoek. Als ik aan de patiënt merk dat die daarmee niet tevreden is, dan is er inderdaad wat te verhelderen. Actief en met zorg voor de manier waarop. Het gaat mij om de timing. Het nut van de hulpvraagverheldering an sich staat niet ter discussie.

Luc van Berkestijn

Wat denkt u er zelf van?

De thematiek zoals Van Berkestijn die in zijn supervisiegesprekken met huisartsen (in opleiding) tegenkwam is goed herkenbaar: de dokter intervenieert al snel in het consult en dat roept ergernis op. Volgens Van Berkestijn zou sprake zijn van een relict: de geest van Van Aalderen waart nog rond en dat terwijl 'medisch-somatische en psychosociale aspecten inmiddels in evenwicht zijn gebracht'. Op dat laatste valt af te dingen – gezien het als paddenstoelen uit de grond schieten van poli's voor somatisch onverklaarde klachten – en wat het eerste betreft is het de vraag of dat kwaad kan.

Toen Van Aalderen in 1974 met 'methodisch werken' kwam sloeg dit in als een bom. In het beeld van die tijd zag men er óf een aanval in op de medische praktijk (Illich!) óf de geboorte van een geheel nieuwe, humanistieke geneeskunde. Middels de confronterende uitspraak 'Wat denkt u er zelf van?' diende de patiënt te worden opgeroepen tot het nieuwe ideaal. Anderen probeerden de in hun ogen té revolutionaire boodschap te ontkrachten: bij de hulpvraag zou het gaan om de nadere bevestiging van een gerezen vermoeden (namelijk wat de patiënt vreest of hoopt) óf om het vinden van een alternatieve verklaring (geen ziekte, maar spanningen, onwelbevinden et cetera). Deze gedachtegang verwoordt Van Berkestijn wanneer hij het verhelderen van de hulpvraag ziet als het 'besluipen van wild': een techniek om de patiënt te verleiden het 'achterste van de tong te laten zien'.

Door deze tegenstelling verdween het feitelijke doel van 'methodisch werken' uit zicht, namelijk het creëren van ruimte voor de patiënt in de beginfase van het consult. Naar de ervaring van Van Berkestijn blijken zowel aios als huisartsen de patiënt deze ruimte niet te gunnen omdat 'men zo snel mogelijk tot de kern wil doordringen'. In het licht van wat de cognitieve psychologie aan inzichten heeft opgeleverd, doen ze daarmee de patiënt ernstig tekort.[1] Juist

een luisterende, op de inbreng van de patiënt gefocuste aanpak verschaft de dokter de uitgangspositie voor een effectief en efficiënt consult. Zo blijft het paard vóór en niet achter de wagen...

Ale Gercama

1 Groopman J. How doctors think. Houghton Mifflin, New York (interview MC 2007;62:1540-2).

Antwoord

Ik heb destijds methodisch werken totaal niet gevoeld als een aanval op de medische praktijk. Integendeel: ik voelde het als hulp om mij beter te kunnen verplaatsen in de gedachtewereld van de patiënt (waar ik als beginnend arts nog niet zoveel oog voor had, eenzijdig natuurwetenschappelijk geprogrammeerd als ik toen nog was). Verder haalt collega Gercama naar mijn idee vraagverheldering en differentiaaldiagnostiek door elkaar. Ik zal trachten ze te ontwarren.

1) Carl Rogers (exponent van de humanistische psychologie) was de initiator van de non-directieve aanpak.[1] Die werkte alleen bij het soort psychosociale problemen waar generalistische kennis in eerste instantie volstaat. Dit betekende een flinke 'emancipatie' van de eigen ideeën van de cliënt om dit soort problemen op te lossen. Dat was misschien wel revolutionair, maar hulpverleners waren er blij mee omdat het de kans op actief meewerken van de cliënt aan een oplossing verhoogde. Zich verplaatsen in het referentiekader (emoties, gedachten en betekenis of eigen ideeën) van de cliënt/patiënt is essentieel voor een functionele hulpverlening. Dat is ook de essentie van de hulpvraagverheldering in methodisch werken. Vraagverheldering heeft niets te maken met *het vinden van alternatieve verklaringen voor de klachten,* maar wel alles met ruimte voor de patiënt voor het uiten van eigen gedachten en gevoelens. Mijn betoog gaat alleen over het *moment* waarop die ruimte wordt gegeven. Het besluipen van wild slaat op de behoedzaamheid die nodig is om onderdrukte emoties van de patiënt tot bewustzijn te helpen brengen.

2) Het boek van Groopman gaat niet over cognitieve psychologie en evenmin over hulpvraagverheldering. Het handelt over de valkuilen bij diverse methoden van differentiaaldiagnostiek bedrijven. *Terzijde* benadrukt Groopman het belang van het stellen van open vragen vanuit een onbevooroordeelde houding en sympathie voor de patiënt. Helaas behandelt hij dit aspect heel oppervlakkig en heeft hij het in dit verband bijvoorbeeld niet over het verschil tussen sympathie, empathie en tegenoverdracht. Stuk voor stuk belangrijke fenomenen die goed moeten worden begrepen en *onderscheiden* bij de analyse van de communicatie tussen patiënt en arts.

Luc van Berkestijn

1 Van Vliet P. Wat drijft de mens? 2e druk. Amsterdam: Boom, 2007.

Hulpvraag en worteltjestaart

Luc van Berkestijn gooit de knuppel in het hoenderhok van de huisartsopleiding. Het uitstellen van de hulpvraagverheldering tot na de diagnostiek zou de consultvoering verbeteren. Wij zijn het met onze gewaardeerde ex-collega/-docent oneens: deze communicatietechniek zal leiden tot een langere consultduur, over- of juist onderdiagnostiek en minder zicht op het verwachtingspatroon van de patiënt.

'Heeft u ook worteltjestaart?' vraagt konijn op maandagochtend aan de bakker. 'Nee helaas,' antwoordt de bakker. Dinsdag- en woensdagochtend komt konijn opnieuw de winkel binnen met dezelfde vraag. Woensdagmiddag besluit de bakker worteltjestaart te bakken. 'Heeft u ook worteltjestaart?' vraagt konijn op donderdagochtend. 'Ja,' zegt de bakker blij. 'Vies hè?' reageert konijn.

De huisarts kan het gesprek met de patiënt efficiënter voeren als hij vanaf het begin het consult stapsgewijs weet af te stemmen met de patiënt. Als hij daarmee wacht tot ná de diagnostiek komt hij in problemen. We laten dat zien aan de hand van casuïstiek uit eigen praktijk.

Meneer A met keelpijn zit weer voor me, nadat ik het kno-onderzoek heb afgerond. Plots vertelt hij dat de hartklachten van zijn vader ook met keelpijn begonnen zijn.

Mevrouw B vertelt mij gedurende ruim 20 minuten, met frequent gebruik van tissues, over de verstoorde relatie met haar vader. Haar enige vraag blijkt een verklaring voor de IBG-groep te zijn om haar studiefinanciering te kunnen verlengen.

Adolescent C heeft pijn in zijn knie. Na het onderzoek kleedt hij zich aan en vertelt mij dat zijn moeder vermoedt dat hij een scoliose heeft, die mogelijk de eenzijdige kniepijn veroorzaakt.

Bij patiënten A en C heeft onderdiagnostiek plaatsgevonden en mogelijk ook overdiagnostiek. Ook bij patiënt B verrichtten we te veel diagnostiek, hoewel we de context van de patiënt nu wel beter kennen. Zeker als intiem lichamelijk onderzoek nodig mocht zijn, is het van belang om de hulpvraag helder te hebben. We leren de huisartsen-in-opleiding af te stemmen met de patiënt en steeds dichter bij de werkelijke hulpvraag te komen, zodat de patiënt zich serieus genomen voelt. Dit item scoorde het hoogst in de recente arts-patiëntenquête van *Medisch Contact*.

En de aios? Ja, die horen te stuntelen in het begin als ze tijdens het exploreren op zoek gaan naar de woorden en de timing die bij hen passen. Langzaam ontwikkelen de aios een eigen repertoire, dat ze kunnen inzetten in alle fases van het consult. Als de bakker op dinsdag of woensdag in zijn eigen woorden had gevraagd wat konijn van worteltjestaart vond, had dat niet alleen tijd, maar ook werkplezier opgeleverd.

Mirjam Mathot, Margit Vermeulen, Sjoerd Zwart

1 Visser J. Arts en patiënt: geen paar apart. MC 2011;66:321-3.

Antwoord

De drie voorbeelden van mijn collega's snijden hout. Zij illustreren dat niet kan worden beweerd dat late hulpvraagverheldering altijd beter is. Maar dat wilde ik ook niet suggereren. Ik hoopte met mijn artikel op twee effecten: (1) dat huisartsen de gewraakte zin uit de titel niet meer zouden gebruiken *in de eerste minuut van het consult* (nog voordat er sprake kan zijn van verdieping van het

contact) en (2) dat er minder dogmatisch wordt omgegaan met het tijdstip van vraagverheldering.

De kern van mijn betoog was een protest tegen de te vroeg gestelde clichévraag. Of je de vraagverheldering nou in de eerste of derde fase van het consult doet, de exploratie van ideeën rond de klacht moet geschieden vanuit oprechte interesse voor de gedachtewereld van de patiënt, niet uit onmacht of haast. In supervisie blijkt dat juist *ervaren* huisartsen zich hieraan soms bezondigen, aios veel minder.

Overigens vind ik dat mijn collega's de schade van late vraagverheldering overdrijven:

1 Hoe vaak komen dit soort voorbeelden voor? Eens per week? Hoe erg is dat?
2 In *voorbeeld A*: het is ondenkbaar dat in een normale anamnese niet al duidelijk wordt dat het niet om een gewone keelpijn gaat. En screening van cardiovasculair risico na het keelonderzoek kost toch ook niet meer dan 5 minuten extra?
3 Wat betreft *voorbeeld B*: mijn artikel gaat natuurlijk niet over een consult met presentatie van een psychosociaal probleem. Daarbij is het hele eerste consult een grote 'intake'. Dat daar soms een (oneigenlijke) doelvraag achter steekt betekent overigens niet dat er bij de patiënt geen lijdensdruk is die empathie behoeft.
4 Bij *voorbeeld C* kan ik me moeilijk voorstellen dat er tijdens de anamnese en het lichamelijk onderzoek zo weinig contact is dat deze vraag niet eerder wordt gesteld, zo beladen met emotie is die niet.

Weet u trouwens hoe het (nogal absurdistische) konijnensprookje verder ging? Bakker: 'Worteltjestaart is helemaal niet vies, hoe kom je daarbij!? Je hebt zeker mijn *carrot cake* nog nooit geproefd. Hier, dit stuk krijg je gratis mee.' Konijn (een dag later): 'Een hele *carrot cake* graag!' De les hieruit: vooringenomenheid bestrijden loont. Misschien toch de moeite waard om de late vraagverheldering eens uit te proberen?

Luc van Berkestijn

Transparantie

De vraag 'Wat denkt u er zelf van?' kan problemen oproepen. Ik heb dat in de opleiding van huisartsen en in de eigen praktijk ook vaak meegemaakt. Van Berkestijn vraagt zich af of de problemen misschien met de timing te maken hebben en of de vraag niet beter na anamnese en onderzoek kan worden gesteld. Ik ben het hier hartgrondig mee oneens en wel om de volgende redenen.

Wij verlangen van patiënten dat zij transparant zijn, alles vertellen over hun ideeën, voorstellingen, angsten et cetera aangaande de klachten die zij presenteren. Zelf zijn wij allerminst transparant. Komt er ineens op een totaal onverwacht moment de vraag 'Wat denkt u er zelf van?' Natuurlijk heb je dan grote kans op negatieve reacties, zoals Van Berkestijn die ook signaleert. Wat hier aan de hand is, is niet een kwestie van timing maar van transparantie. Je moet als arts wel aan de patiënt duidelijk maken wat je beweegredenen en bedoelingen zijn.

Sinds ik een aantal keren negatieve reacties heb gekregen heb ik mij aangewend om de reden van die vraag te vermelden. Ik leid sindsdien die vraag in met 'Voordat **ik** nu verder ga zou ik graag willen weten wat **u** ervan denkt of wat **u** van mij verwacht. Dan kan ik daar rekening mee houden.' Na deze verandering in vraagstelling heb ik nooit meer een negatieve reactie op deze vraag gehad. Bij de evaluatie zeiden de meesten dat zij zich begrepen en gehoord voelden.

De reden dat ik vind dat deze vraag wel degelijk aan het begin van het consult moet worden gesteld, is dat patiënten (die niet als arts zijn opgeleid) nogal eens ideeën hebben waar ik als (beroepsmisvormde) arts niet op zou komen. Wat denkt u van de jonge man die bezorgd vraagt of zijn vriendin zwanger kan worden als **zij** geen ejaculatie heeft. Of de vrouw die buikpijn houdt na een hysterectomie en ervan overtuigd is dat de buikpijn wordt veroorzaakt door al het menstruatiebloed dat nu in haar buik ligt te rotten. Ideeën waar ik niet opgekomen zou zijn. Ik kan daar alleen maar achterkomen als ik ernaar vraag (Wat denkt u er zelf van?). En deze ideeën hebben natuurlijk veel invloed op de inhoud van het consult.

Peter van Hasselt

Antwoord

Mijn protest geldt de niet-ingeleide, plompverloren gestelde vraag. Als de vraag zo wordt ingekleed als collega Van Hasselt voorstelt, is die prima. Incorrecte voorstellingen over hoe het lichaam werkt kunnen in elke fase van het consult worden weerlegd. In een gewone anamnese merk je snel genoeg of daar sprake van is.

Luc van Berkestijn

Overige bijdragen aan de discussie staan op www.henw.org > Rubrieken > Discussie > Wat denkt u er zelf van?

PSA-screening

Collega Scholten bekritiseert de auteurs van de grote Europese onderzoeken naar het effect van screening op prostaatkankersterfte.[1] Hij beticht hen van volksverlakkerij door alleen maar in te zoomen op de relatieve risicoreductie. Daarbij komt hij met zeer negatieve aantijgingen aan het adres van de onderzoekers die ik eigenlijk voor dit tijdschrift ongepast vind.

Collega Bangma wordt op zijn beurt verlokt tot de uitspraak dat Scholten de plank volledig misslaat, mogelijk door de aanval op de man (en dus niet op de bal).[2] De inhoudelijke argumenten van Scholten snijden echter wel hout. Hoewel in de ERSPC het effect van screening op de prostaatkankerspecifieke sterfte als positief uit de bus komt, blijkt uit een recente meta-analyse dat dit resultaat nog niet kan worden veralgemeniseerd.[3]

Bangma benoemt dat door het aanbieden van *active surveillance* de diagnose prostaatkanker geen extra stress bij mannen geeft. Hoe sterk dat bewijs is weet ik niet. Ik denk dat hierbij vooral wordt getoond dat er in deze screening geen negatieve feedback van patiënten komt.[4,5] Veel mannen compenseren de last van de controles met de gedachte

dat ze er gelukkig toch op tijd bij waren. Dat de tumor anders nooit aan het licht zou zijn gekomen bedenken ze daarbij niet.

De zeer genuanceerde ERSPC-publicatie, die op de dag van het bewuste NOS-journaal al in de mailbox van alle huisartsen belandde,[6] biedt mij wel een zeer praktische handreiking. Aan patiënten kan klip en klaar worden uitgelegd dat wanneer alle Nederlandse mannen zouden deelnemen aan een screeningsprogramma minder mannen overlijden aan prostaatkanker. Dat daarvoor een groot aantal mannen moet worden belast met aanvullend onderzoek en de diagnose prostaatkanker die klinisch niet relevant hoeft te zijn, is goed over te brengen. Wie de gelukkige overlever is tussen de 48 behandelde lotgenoten, zal men vooraf nooit te weten komen. Na die uitleg zien veel mannen af van een PSA-test.

De resultaten van de ERSPC frustreren mij dus niet, maar ondersteunen mijn dagelijkse praktijkvoering. Daarbij beperk ik me graag tot de inhoud en houd ik me niet bezig met de beeldvorming van respectabele onderzoekers. Dat wens ik Scholten ook toe.

Marco Blanker

1 Scholten H. Ook zo blij met PSA? Huisarts Wet 2010;53:501-2.
2 Bangma CH. PSA-screening deugt. Huisarts Wet 2010;53:503.
3 Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, Stoffs TL, Vieweg J, Djulbegovic B, et al. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2010;341:c4543.
4 Ransohoff DF, McNaughton Collins M, Fowler FJ. Why is prostate cancer screening so common when the evidence is so uncertain? A system without negative feedback. Am J Med 2002;113:663-7.
5 Blanker M. Zonder bewijs screenen op prostaatkanker. Huisarts Wet 2003;46:184.
6 Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized european study. N Engl J Med 2009;360:1320-8.

Antwoord

Collega Blanker vindt dat mijn argumenten hout snijden maar ergert zich aan de manier waarop ik 'respectabele onderzoekers' bejegen.

Het verheugt me dat veel patiënten na de ongetwijfeld degelijke uitleg van Blanker afzien van een PSA. Ik vermoed dat het aantal nog groter zou zijn geweest als collega Bangma was afgekomen met z'n onderzoek naar de levenskwaliteit en Blanker daarover ook had kunnen voorlichten.

Zo netjes als het bij Blanker klaarblijkelijk toegaat, gaat het niet overal. Via een groot aantal opdringerige urologiesites kan men via de achterdeur ook aan een PSA komen. Een van deze sites wordt beheerd door onze respectabele onderzoekers.[1] Op deze site richt men zich nu op de ERSPC-controlegroep. Na deze groep eerst te hebben ingepeperd dat door screening de sterfte aan prostaatkanker vermindert, wordt hen nu in overweging gegeven zich alsnog te laten screenen. Veel wollig en empathisch taalgebruik, maar niet het feit dat 48 mannen moeten worden behandeld om na 9 jaar 1 sterfgeval te voorkomen. Het achterwege laten hiervan is de onderzoekers ernstig aan te rekenen. Ik spreek dan ook liever van marketeers die als voornaamste doel hebben de topzware afdeling Urologie van het Erasmus MC in leven te houden over de rug van hardwerkende Rotterdammers die niets mankeren.

Henk Scholten

1 http://www.erasmusmc.nl/urologie/actualiteiten/screeningprostaatkanker/

De discussie kan op onze website desgewenst worden voortgezet.

Medisch student tijdens de Tweede Wereldoorlog

Naar aanleiding van de bespreking van het boek *Witte Jassen en Bruinhemden* merk ik op dat daarin, evenals in het besproken boek, de rol van medisch studenten onvoldoende uit de verf komt.[1] In het boek is een hoofdstuk gewijd aan de 'Arbeitseinsatz'. Arbeiders werden gedwongen om in Duitsland te komen werken. Ook studenten die de 'loyaliteitsverklaring' niet hadden getekend moesten zich op 6 mei 1943 melden. Vermoedelijk 340 medisch studenten hebben daaraan gevolg gegeven en zijn grotendeels tewerkgesteld in ziekenhuizen in Duitsland. Ik was één van hen en kwam als eerstejaars medisch student terecht in Frankfurt. Daar moest ik als lijkenknecht werken in het Pathologisch Instituut van de Universiteit. Ik was 17 jaar!

Enkele oudere medestudenten zijn verpleger geworden. Toen zij eind 1943 met verlof gingen en niet terugkwamen, was voor mij de kans op verlof verkeken en heb ik tot april 1945 in Duitsland moeten werken. Dit is ook andere studenten overkomen zoals ik heb kunnen vaststellen in een onderzoek naar hun ervaringen.[2] Veel medisch studenten, zowel in Nederland als in Duitsland, hebben taken vervuld die het bereikte niveau van hun studie te boven gingen, zoals werken als arts terwijl ze slechts doctorandus waren! Zelf ben ik daarvan een sprekend voorbeeld, ik was destijds net met de studie begonnen en was aan het einde van mijn verblijf in Duitsland in staat een obductie zelfstandig uit te voeren.

Voor veel medisch studenten is het verblijf in Duitsland niet al te moeilijk geweest. De terugkeer naar Nederland na de oorlog is hen echter tegengevallen. Om van het voormalige Oost-Duitsland, dat was bezet door de Russen, terug te komen naar het westen hebben zij veel tegenslagen moeten overwinnen. Zelf ben ik met een Amerikaanse legertruck in juni naar huis teruggegaan en kon vrijwel direct daarna mijn studie in Amsterdam hervatten. Sommige medisch studenten hebben daarmee meer moeite gehad; in Groningen was een zuiveringscommissie van studenten nogal streng en sloot een aantal van hen tijdelijk uit van de studie. Een ernstige tegenslag bij terugkeer in het vaderland.

Heert Dokter

1 Kramer A. Artsen leverden indrukwekkende verzetsbijdrage tijdens de Tweede Wereldoorlog. Huisarts Wet 2011,54:45.
2 Dokter HJ, Verhage F. Binneveld JMW. Een onbelicht verleden. De verplichte tewerkstelling van medische studenten in nazi-Duitsland (1943-1945). Assen: Van Gorcum, 2001.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1 = Juist / 2 = Juist / 3 = Juist De huisarts kan de diagnose polymyalgia rheumatica (PMR) stellen als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan: leeftijd ouder dan vijftig jaar; bilaterale pijn en stijfheid in nek en schoudergordel en/of heupgordel; door de pijn veroorzaakte bewegingsbeperking die langer dan vier weken bestaat; ochtendstijfheid > 60 minuten; én BSE > 40 mm/uur.

Hakvoort L, Dubbeld P, Ballieux MJP, Dijkstra RH, Meijman HJ, Weisscher PJ, et al. NHG-Standaard Polymyalgia rheumatica en arteriitis temporalis. www.nhg.org. Geraadpleegd in januari 2011.

4 = Juist Eenmalige hemospermie bij jonge mannen (< 40 jaar) – zonder bijkomende klachten of afwijkingen bij lichamelijk onderzoek en urineonderzoek – is vrijwel altijd onschuldig en rechtvaardigt een afwachtend beleid. Bij persisterende klachten kan de huisarts een proefbehandeling cotrimoxazol geven. Als de klacht na deze antibiotische behandeling aanhoudt of als de patiënt boven de 40 is, volgt verwijzing naar de uroloog.

Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W *(redactie). Kleine kwalen in de huisartspraktijk. 5e geheel herziene druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2007.*

Keeman JN, Schadé E (redactie). Spoedeisende hulp in de huisartspraktijk. 2e herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.

5 = Juist / 6 = Juist Een keratitis is een ontsteking van het hoornvlies. De klachten bestaan uit een diffuus rood pijnlijk oog, wazig zien, fotofobie en bij onderzoek zijn troebelingen van de cornea te zien. Na toediening van een oppervlakteanestheticum verdwijnen de pijn en fotofobie in 10 tot 20 seconden. Een iridocyclitis is een ontsteking van de iris, het corpus ciliare of de choroidea. Hierbij hoort ciliaire roodheid, diepe pijn van het oog, een nauwe soms verkleefde pupil en lichtschuwheid. Bij onderzoek zie je een gestoorde directe en indirecte pupilreactie op licht, toename van pijn bij de consensuele lichtreactie en geen pijnvermindering na toediening van een oppervlakteanestheticum. Ook kunnen descemetstippen of een hypopyon aanwezig zijn. Bij vermoeden van één van beide diagnoses moet de patiënt met spoed naar de oogarts worden verwezen.

Rietveld RP, Cleveringa JP, Blom GH, Baggen MEJM, Bink D, Oltheten JMT, et al. NHG Standaard Het rode oog (Eerste herziening). www.nhg.org. Geraadpleegd in januari 2011.

Stilma JS, Voorn ThB (redactie). Oogheelkunde. Praktische huisartsgeneeskunde. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.

7 = Onjuist Ondanks IUD-gebruik kan een zwangerschap ontstaan en dan is het raadzaam het spiraal te verwijderen, onafhankelijk van de wens de zwangerschap wel of niet te behouden. Verwijdering vermindert de kans op een voortijdige beëindiging van de zwangerschap door abortus, partus immaturus of prematurus en sepsis (vooral in het tweede trimester) bij vrouwen die de zwangerschap willen behouden. Mochten de draadjes niet meer zichtbaar zijn, dan wordt een echo gedaan om te kijken of het spiraal nog in situ is.

Smeenk RCJ, Van der Does FEE, Gimbel H, Kardolus GJ, Lesterhuis JM, Winten-Huisman M, et al. NHG-Standaard Het spiraaltje (Tweede herziening). www.nhg.org. Geraadpleegd in januari 2011.

8 = Juist / 9 = Onjuist / 10 = Onjuist Clusterhoofdpijn wordt gekenmerkt door aanvalsgewijs optreden van hevige borende tot stekende eenzijdige hoofdpijn rondom het oog of temporaal; deze hoofdpijn duurt onbehandeld 15 tot 180 minuten. De aanvallen gaan in tegenstelling tot migraine bijna nooit gepaard met misselijkheid en/of braken. De aanvallen treden op in clusters van enkele weken tot maanden. Daarna kan de patiënt soms maanden tot jaren volkomen vrij van hoofdpijnaanvallen zijn. De frequentie is doorgaans 1 tot 8 aanvallen per dag. Begeleidende verschijnselen kunnen zijn: rood oog ipsilateraal, tranend oog, neusverstopping, loopneus, zweten van gezicht en voorhoofd, pupilvernauwing, hangend ooglid of oedeem van het ooglid. Vaak is er bewegingsdrang tijdens een aanval. De aanvallen treden vooral 's nachts op. Over het beloop van clusterhoofdpijn is weinig bekend.

Knuistingh Neven A, Bartelink MEL, De Jongh TOH, Ongering JEP, Oosterhuis WW, Van der Weerd PCM, et al. NHG-Standaard Hoofdpijn. www.nhg.org. Geraadpleegd in januari 2011.

Hijdra A, Koudstaal PJ, Roos RAC (redactie). Neurologie. 3e herziene druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003.

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie
Hans van der Wouden, hoofdredacteur a.i.,
Linda Bröker, Jochen Cals, Eric van Rijswijk, Henk Schers,
Wilma Spinnewijn, Theo Verheij, Henk van Weert
De redactie werkt volgens een redactiestatuut
dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt.
De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder
de verantwoordelijkheid van het NHG.

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

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

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

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

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

Nieuwe abonnementen
Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen
Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten)
particulieren: € 164,-, studenten: € 82,-
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 Media, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernr. 32107635 op 17 juni 2010. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

ISSN 0018-7070

Nederlandse uitgeversverbond
Groep uitgevers voor vak en wetenschap

HOI 2011 PRINT

NHG

VAN DE VOORZITTER

Samen op weg

Aan de LHV/NHG Toekomstvisie 2012 is in de loop van de tijd invulling gegeven in de vorm van een Concretisering en een tiental Standpunten op het gebied van de inhoud en de organisatie van de huisartsenzorg. Toekomstvisie en Standpunten zijn enerzijds een weerslag van het gedachtegoed van de beroepsgroep, en anderzijds richtinggevend voor onszelf en de wereld om ons heen. Daarmee maak je als beroepsgroep meteen ook duidelijk waar je staat.

Die duidelijkheid vraagt soms wel om ferme standpunten over grenzen en verantwoordelijkheden. Het benoemen van palliatieve zorg als persoonlijke, individuele zorg van de huisarts en uitspraken over de bereikbaarheid zijn daarvan voorbeelden.

Op dit moment wordt gewerkt aan een nieuwe beschrijving van de Kernwaarden van de huisartsgeneeskunde. Dit is ook de opmaat voor de nieuwe Toekomstvisie 2022, die LHV en NHG gezamenlijk ontwikkelen. In het komende jaar zal daarover weer een intensieve samenspraak plaatsvinden met verschillende groepen huisartsen en andere betrokkenen in den lande, en ongetwijfeld kunt u ook langs elektronische weg daaraan een bijdrage leveren. Samen op weg naar een toekomstbestendige huisartsgeneeskunde!

Arno Timmermans

Eerste NHG-Voorjaarscongres
vrijdag 13 mei - Domus Medica te Utrecht

In één dag helemaal 'bijgepraat'!

- Hoe zorgt u ervoor dat u uw vakkennis *up to date* houdt? U hoort het tijdens de openingslezing van het NHG-Voorjaarscongres uit de mond van prof dr. Patrick Bindels.
- Hoe zit het met de taakverdeling tussen huisarts en praktijkondersteuner bij de COPD-zorg? En hoe gaat u om met de zorg voor mensen met ernstige psychische stoornissen? Wat zijn de nieuwste ontwikkelingen in de palliatieve zorg? En wat is al dan niet zinvol bij bekkenbodemtraining? U gaat hier allemaal actief mee aan de slag in de vier plenaire workshops.
- Heeft u daarna toch nog vragen? U kunt ze tijdens de pauzes 'op de markt' stellen aan de kaderhuisartsen en andere deskundigen, zoals leden van de NHG-expertgroepen.
- Of bent u misschien zelf kaderhuisarts? In dat geval kunt u met uw collega's succesvolle activiteiten uitwisselen tijdens de *afterparty*.

nhg scholing

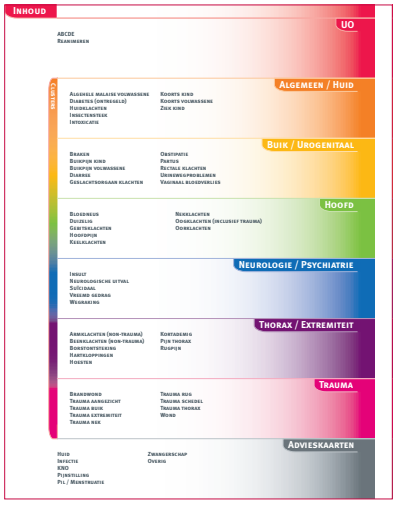
Meer informatie en inschrijving
Ga naar onze website (www.nhg.org) en kijk onder 'agenda'. U vindt hier actuele informatie over het programma en kunt zich hier ook inschrijven. ■

Binnenkort verwacht:

De NHG-TriageWijzer

In tien jaar tijd is de NHG-Telefoon-Wijzer uitgegroeid tot dé standaard voor triage in de huisartsgeneeskunde. Toch wordt dit instrument nog deze zomer vervangen door de NHG-TriageWijzer. De komst van de nieuwe Nederlandse Triage Standaard (NTS) heeft inhoudelijke aanpassingen noodzakelijk gemaakt.

Met de verschijning van de NHG-TriageWijzer verandert de werkwijze niet, maar wel het instrument dat tot dusver werd gebruikt. De eerste editie is nog voor de zomer beschikbaar. Meer informatie over de inhoud en de veranderingen volgen spoedig. ■



Oproep!

Vertel ons uw verhalen over patiënten met kanker

Het NHG-Congres 2011 staat in het teken van kanker in de huisartsenpraktijk. Een interessant onderwerp! Het begeleiden van patiënten met kanker gaat vaak gepaard met bijzondere ervaringen en u kunt deze tijdens het congres delen met uw collega's.

Uw verhaal kan gaan over patiënten met kanker in uw praktijk, maar ook in uw familie. Of misschien heeft u zelf kanker (gehad).

Behalve het verhaal zelf is het voor uw collega's ook belangrijk om te horen welke invloed uw ervaringen hebben gehad op uw functioneren als huisarts. Wilt u tijdens het congres uw ervaringen delen met uw collega's in een daarvoor geschikte omgeving? Stuur dan uw verhaal (maximaal twee A4'tjes) vóór 1 juni naar evenementen@nhg.org. De congrescommissie maakt een selectie uit de inzendingen. ■

Als het kanker is...

bijzondergewone huisartsenzorg

world forum • den haag
11 november 2011

Cursus spoedeisende geneeskunde voor de huisarts

Dokter, kom snel!

Deze nascholing is speciaal ontwikkeld voor huisartsen, vooral diegenen die werken op een huisartsenpost. Het onderwijspakket bestaat uit vier op elkaar aansluitende onderdelen.

- Module 1: U leert de beginselen van de ABCDE-systematiek via een interactief digitaal lesprogramma (drie uur).
- Module 2: Het trainen van deelvaardigheden en praktische oefening in de ABCDE-systematiek (twee dagdelen).
- Module 3: Scenariotraining aan de hand van patiënten uit de huisartsenpraktijk met gebruikmaking van de ABCDE-systematiek (twee dagdelen).
- Module 4: Acute kindergeneeskunde, training van deelvaardigheden bij kinderen, het toepassen van de ABCDE-systematiek bij kinderen en scenariotraining (twee dagdelen).

Kijk voor alle cursusinformatie op www.nhg.org of www.osg-vvaa.nl. ■

HAweb in de testfase

De ontwikkeling van HAweb verloopt voorspoedig. Momenteel vindt bij het NHG en de LHV een interne test plaats met als doel na te gaan of hetgeen op papier is ontworpen ook in de werkelijkheid functioneert zoals het is bedoeld. Gelukkig blijkt dat het geval.

Met HAweb kunnen huisartsen veilig online samenwerken en kennis delen. Het is een onafhankelijke, interactieve website van LHV en NHG, met een professioneel netwerk en door de huisarts zelf in te richten 'dashboard'.

Zodra enkele kleine aanpassingen in de testversie zijn doorgevoerd, zullen enkele huisartsengroepen van start gaan met de bètaversie van HAweb. Deze huisartsen zullen dus als eersten HAweb gebruiken en in de praktijk testen. Aan de hand van hun ervaringen en wensen passen NHG en LHV de bètaversie verder aan. Op die manier kunt u straks zelf aan de slag met een goedwerkende, interactieve website.

In deze kolommen houden we u op de hoogte van de verdere ontwikkelingen! ■

NHG-AGENDA 2011 (aanvangs)data

- **Startersdag** 9 april
- **IOH-dagen** 14-15 april
- **NHG-Voorjaarscongres** 13 mei
- **Ca-PRI over verschuivingen in de zorgverlening rond kanker** 25-27 mei
- **Algemene Ledenvergadering** 9 juni
- **Congres Cardiovasculair Risicomanagement** 15 juni
- **Wetenschapsdag 2011** 23 juni
- **NHG-Congres 2011** 11 november

Meer informatie over deze activiteiten vindt u op www.nhg.org.

6th International Shared Decision Making conference

Bridging the gap!

19 t/m 22 juni - Maastricht

Het zesde internationale congres over gezamenlijke besluitvorming '*Bridging the gap between research and practice: patient pull or clinician push?*' wordt dit jaar in Nederland gehouden. Een goede kans voor u als huisarts om eens mee te praten over dit interessante onderwerp!

Op de laatste dag van het congres zal ook het *Platform Gezamenlijke Besluitvorming in de Gezondheidszorg* (voorlopige titel) zich presenteren. Dit platform, opgericht in een samenwerkingsverband van CBO, NPCF, RIVM, NHG, TNO en Trimbosinstituut, wil de bekendheid van keuzehulpen en het gebruik daarvan in de praktijk vergroten. Ook wil het meer aandacht krijgen voor *shared decision making* in onderwijs en richtlijnen. ■

Belangstelling? Kijk voor meer informatie en inschrijving op www.isdm2011.org

Nederlandse Triage Standaard als veldnorm in de acute zorgketen:

Eén taal in de keten!

Acute zorg op de juiste plaats, het juiste moment en door de juiste hulpverlener; aldus de basisgedachte van de Nederlandse Triage Standaard (NTS). Het NHG heeft in 2010 de NTS geautoriseerd en ontwikkelt nu voor de hulpverleners in de spoedeisende huisartsenzorg de NHG-TriageWijzer.

Gebruikers en onderzoek aan de basis

Mede op basis van de input van gebruikers, professionals en experts is een triagesysteem ontstaan voor zowel de telefonische als fysieke triage op de huisartsenposten, de afdelingen SEH van de ziekenhuizen en de ambulancekamers. Daarmee hanteren alle betrokkenen in de spoedeisende zorg dezelfde criteria als zij een hulpvraag krijgen voorgelegd. Voor het zover was moesten de diverse organisaties nauw samenwerken om criteria te ontwikkelen waar hun medewerkers mee uit de voeten konden.

Dit ambitieuze en wereldwijd unieke project is in 2009 wetenschappelijk geevalueerd om de betrouwbaarheid, validiteit, toepasbaarheid, doelmatigheid en veiligheid van de NTS te bepalen.[1] Op basis van de aanbevelingen uit dit onderzoek is de medische inhoud en de technische applicatie verbeterd en is extra training voor triagisten ontwikkeld. Omdat dit onderzoek in een vroeg stadium van de pilot is uitgevoerd, wordt vervolgonderzoek nog wel wenselijk geacht.

Ambulancezorg Nederland (AZN), de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV) en het NHG werkten sinds 2005 samen aan de ontwikkeling van een landelijke triagestandaard voor de acute zorgketen. Vanaf 2010 is ook de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) daar nauw bij betrokken.

Lessen uit de pilot

Er zijn negen regio's betrokken bij het project waarin de NTS wordt 'uitgeprobeerd'. De lessen die uit deze pilot naar voren komen, worden dit jaar gebruikt voor het maken van een implementatiehandboek. Dit geeft toekomstige deelnemers handvatten bij het invoeren van de NTS.

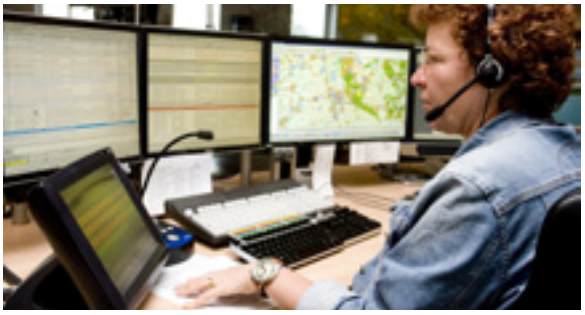
De overstap van diagnostisch denken naar urgentiedenken kost tijd en aandacht, evenals het structureel gebruikmaken van een beslissingsondersteuningssysteem. Deze cultuuromslag is nog niet in alle pilotregio's helemaal een feit. Maar daarvoor zet de projectgroep zich in, samen met de gebruikers en het management in de regio's.

Van pilot naar gebruik

Vanaf 1 juli dit jaar ontgroeit NTS de pilotstatus. De deelnemende partijen hebben op basis van de projectresultaten de intentie uitgesproken om de samenwerking te blijven voortzetten. Zodra meer bekend is over de vorm die deze samenwerking krijgt, wordt daarover bericht in de nieuwsbrieven van NTS en de betrokken partijen.

Het NHG en de NVSHV hebben de standaard inmiddels als ketenrichtlijn aangenomen. Bij de Ambulancezorg is de procedure daartoe gestart.

De NHG-TelefoonWijzer, alom bekend in huisartsenpraktijken en vooral op huisartsenposten, gaat deze zomer plaatsmaken voor een nieuw product: de NHG-TriageWijzer, die geheel zal zijn gebaseerd op de NTS.



Elektronische applicaties

Meerdere softwareleveranciers zijn geïnteresseerd in het bouwen van een applicatie voor de NTS. Tot dusver hebben twee leveranciers voor hun applicatie het NTS-keurmerk verkregen: Labelsoft (Callmanager) en Semlab (Meditra). Labelsoft heeft inmiddels de nieuwste versie van de NTS in de applicatie verwerkt. In deze versie 4 zijn ook de verbeteringen opgenomen op basis van gebruikerservaringen en de bijeenkomst van ruim dertig triage-experts tijdens de Radio Kootwijkconferentie.[2] ■

Wilt u meer weten? Kijk dan voor actuele informatie op www.de-nts.nl.

Linda Tolsma, ambtelijk secretaris NTS

1 Het onderzoeksrapport is op te vragen via secretariaatnts@de-nts.nl
2 Zie het verslag in het NHG-nieuws: Werkconferentie over de Nederlandse Triage Standaard: Triage op één golflengte. Huisarts wet 2010;53(8):nhg-33

&NHG

Interview met Bas Spelberg:

‘Zelfmanagement moet complicaties bij chronische ziekten tegengaan’

Een van de speerpunten in het NHG-beleid is verbetering van de kwaliteit van de begeleiding van chronisch zieken. De meeste aandacht gaat daarbij vooralsnog uit naar de zorg rond astma/COPD en - binnen het NHG - rond diabetes. Huisarts Bas Spelberg is als wetenschappelijk medewerker van de NHG-sectie Scholing nauw betrokken bij het project waarin het implementatietraject voor zelfmanagement rond diabetes wordt uitgestippeld. In een interview vertelt hij over de plannen en activiteiten.

Wat wordt verstaan onder zelfmanagement bij ziekte?
‘Vroeger werd in de zorg voor chronisch zieken vooral gekozen voor de ziektegerichte benadering, tegenwoordig verschuift dat steeds meer in de richting van een patiëntgerichte benadering. De nadruk komt dus meer te liggen op de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf bij het omgaan met zijn ziekte. Het gaat hierbij niet alleen om medicijngebruik, maar ook om een gezonde leefstijl. De patiënt krijgt daarover de regie, maar dan moet hij natuurlijk wel ondersteuning krijgen van de zorgverleners. Het doel is dat de patiënt op die manier uiteindelijk minder ziektegerelateerde problemen krijgt en dat complicaties worden voorkomen. Dat is wat wordt bedoeld met zelfmanagement.’

Hoe is het NHG hierbij betrokken geraakt?
‘Vanuit het Nationaal Actieprogramma Diabetes is het NHG gevraagd om de zorg voor diabetes te verbeteren en een van de pijlers daarvan is zelfmanagement. Wij zijn nu aan het onderzoeken wat op het gebied van zelfmanagement bewezen zinvol is; dat onderdeel van het werk neemt Arnoud Klein Ikkink van de sectie Standaardenontwikkeling voor zijn rekening. En als we weten wat bewezen goede stappen zijn, bekijken we samen met de andere betrokken disciplines hoe we ervoor kunnen zorgen dat patiënten die ook gaan zetten. Het zal daarbij voor ons een belangrijke taak zijn om dusdanige scholing op te zetten dat alle hulpverleners die bij de diabeteszorg zijn betrokken op dezelfde wijze voorlichting geven aan de patiënt, zodat die geen tegengestelde informatie krijgt over wat hij wanneer moet doen. De hulpverleners zullen bovendien getraind worden in coachen en motiveren van de patiënt. Ook zal in de scholing worden opgenomen wat nodig is om binnen de eigen organisatie een diabetesnetwerk te kunnen opzetten, opdat overal zorggroepen van de grond komen.’

Waarop ligt de focus bij zelfmanagement?
‘Het zal voor de patiënt natuurlijk een belangrijk onderdeel zijn dat hij zijn leefstijl op een gezonde manier moet aanpassen aan zijn ziekte, dus gezonde voeding, voldoende lichaamsbeweging, niet roken, afvallen et cetera. Verder zal de patiënt zelf een aantal dingen rond zijn ziekte moeten monitoren; in het geval van diabetes is dat dus meting van het eigen glucosegehalte. En tot slot moet de patiënt leren om zelf problemen op te lossen en risico’s in te schatten, zodat complicaties worden voorkomen. Gezonde coping, noemen we dat.’

Wat is jouw taak bij dit alles?
‘Ik ontwerp het implementatietraject in samenspraak met de andere disciplines, opdat het een breed gedragen aanpak wordt. Het NHG is, zeg maar, de aanjager van het traject. We ontvangen daarvoor in eerste instantie tot 1 juni financiering van het ministerie van VWS, dus voor die tijd moeten we enkele dingen in beeld hebben. Voor de zomer nog organiseren we dus twee werkconferencies met de andere disciplines en daarbij bespreken we wat zinvolle scholing voor alle betrokkenen is. Wat moet erin en wat niet? Wat hebben de disciplines nodig om goede educatie te kunnen geven? Hoe zorgen we ervoor dat iedereen hetzelfde doet? Want er zijn natuurlijk heel veel disciplines betrokken bij diabeteszorg: huisartsen, praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen, maar ook diëtisten, fysiotherapeuten, podotherapeuten, oogartsen, internisten en kinderartsen. Die neuzen moeten allemaal dezelfde kant op. Het gaat nu dus veel over samenwerking. Als het implementatietraject op de kaart staat, moet het vervolgens worden uitgevoerd. Hopelijk krijgt het NHG straks ook de gelegenheid om de scholingsmethoden te ontwikkelen.’

En wanneer gaat de Nederlandse huisarts hier iets van merken?
‘Er is lang en veel gepraat over dit onderwerp zonder dat er echt actie van de grond kwam. Daarom is er nu veel gas achter gezet. Ik neem aan dat we die vaart erin kunnen houden en dan moet er toch binnen afzienbare tijd scholing zijn ontwikkeld die huisartsen, praktijkondersteuners en andere zorgverleners kunnen volgen.’ (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.