JAARGANG 54 / AUGUSTUS 2011

8

2011

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

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Eerste ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool risico

ONDERZOEK

Overdrachten in de palliatieve zorg aan de huisartsenpost

NASCHOLING

Kinderen die een vreemd voorwerp hebben ingeslikt

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP nhg

bsl-h&w 11-08.indb 1 21-07-11 13:22

8

WETENSCHAP

ONDERZOEK

414 Eerste ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool risico
Mark Nielen, Victor van der Meer, Pim Assendelft, François Schellevis

422 Overdrachten in de palliatieve zorg aan de huisartsenpost
Bart Schweitzer, Nettie Blankenstein, Luc Deliens, Henriëtte van der Horst

BESCHOUWING

428 Greep op psychische klachten
Lieke Hassink-Franke

432 Het profiel van de eerstelijnspsycholoog na dertig jaar
Jan Derksen, Arie de Jong

436 Behandeling van astma bij kinderen
Hans Uijen

COMMENTAAR

420 Aanpak van het PreventieConsult Cardiometabool risico
Marco Blanker

KLINISCHE PRAKTIJK

NASCHOLING

441 Patiëntgericht communiceren bij de borderlinecrisis
Remke van Staveren

444 Kinderen die een vreemd voorwerp hebben ingeslikt
David Pols, Hans van der Wouden, Patrick Bindels

450 Nieuwe ontwikkelingen bij de behandeling van coloncarcinoom
Miriam Koopman

HUISARTSENZORG IN CIJFERS

449 Niet-pluisgevoel: een diagnostisch instrument
Gé Donker, Sara Dorsman

KLINISCHE LES

456 Neuralgische amyotrofie: een onbekende oorzaak van schouderklachten
Tessa Ennik, Inge Nobacht, Floris van de Laar

IMPORT

462 Geïntegreerde aanpak chronische ziekte en depressie
Aletta Moelands, Karin Steenbakkers

463 Motivational interviewing bij type 2 diabeten
Lieke Hassink-Franke

CATS

464 Corticosteroïdinjecties bij chronische lagerugpijn
Naomi Koning, Wouter de Ruijter, Arie Knuistingh Neven

PEARLS

465 Psychologische interventies bij darmziekten niet effectief
Roger Damoiseaux

411 JOURNAAL
439 INTERVIEW
455 GENERALISME
454, 470, 471 BOEKBESPREKING
460, 466 COLUMNS
461 KENNISTOETS
467 INGEZONDEN

29 & NHG

bsl-h&w 11-08.indb 409 21-07-11 13:22

Hartzorgen

Preventie van hart- en vaatziekten in de huisartsenpraktijk is een hot item. In april verscheen de NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool risico (CMR). Aan de hand van die standaard kunnen huisartsen een uniform goed doordacht aanbod doen aan patiënten die met een vraag over hun risico op hart- en vaatziekten op het spreekuur komen. Daarnaast geeft de standaard, aangevuld door de gelijknamige NHG-PraktijkWijzer, aanwijzingen hoe huisartsen nog onbekende hoogrisicopatiënten in de praktijk actief kunnen opsporen.

Pilot PreventieConsult

Nielen et al. beschrijven in hun onderzoek een pilot: de implementatie van het actief aanbieden van het PreventieConsult CMR in zestien huisartsenpraktijken. Het onderzoek laat zien dat wanneer huisartsen 45-plussers in hun praktijk actief benaderen om een internetvragenlijst in te vullen, eenderde van de mensen dit ook werkelijk doet. Van degenen die na het invullen van de vragenlijst het advies krijgen naar de huisarts te gaan, doet eenderde dat ook werkelijk. Van degenen die de huisarts bezoeken wordt uiteindelijk bij 20% een cardiometabole aandoening vastgesteld. In dit onderzoek moesten er circa 100 mensen worden benaderd om 2 mensen met een aandoening op te sporen. Ook ging tweederde van de mensen met een verhoogde risicoscore op de risicoschatting *niet* naar de huisarts en werd er dus een groot deel van de mensen gemist die je juist zou willen zien.
Marco Blanker stelt in zijn commentaar dat het vooralsnog onduidelijk is of het actief aanbieden van het PreventieConsult Cardiovasculair risico door de huisarts effectief en doelmatig is. Voordat de hele beroepsgroep het PreventieConsult actief gaat aanbieden zou hij graag zien dat er eerst meer bekend is over de doelmatigheid uit gerandomiseerd onderzoek. Hij kiest er in zijn eigen praktijk voor patiënten nog niet actief aan te schrijven.

Doelmatigheid onzeker

Eerder verschenen al twee andere artikelen over de ervaringen met het PreventieConsult, in het NTvG (Rolf van de Kerkhof et al.) en in *Medisch Contact* (Maarten Klomp et al.). In deze experimenten was het percentage ingevulde vragenlijsten hoger (75% respectievelijk 69%) en kwamen er meer hoogrisicopatiënten op het spreekuur (72% respectievelijk 69%). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn het versturen van papieren vragenlijsten, vergezeld door een uitnodigingsbrief door de huisarts, en het sturen van reminders. Hoewel met deze aanpak uiteindelijk meer mensen worden bereikt, kost het de huisarts, POH en assistente ook meer tijd. Dit is een kritisch punt zolang het niet bekend is of huisarten de extra inspanningen om het PreventieConsult te organiseren gehonoreerd krijgen. Het College van Zorgverzekeringen moet hier nog over besluiten.
Belangrijker dan de onzekerheid over de vergoeding en de organisatie van het PreventieConsult is echter de onzekerheid over de doelmatigheid van het PreventieConsult. De uiteindelijke bedoeling is toch dat we door het actief aanbieden van het PreventieConsult afwijkingen zo vroeg mogelijk opsporen en hiermee morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van hart- en vaatziekten voorkomen. Dat hopen we – en verwachten we misschien ook – maar het is nog nooit goed aangetoond. Het lijkt mij in ieder geval dat we hier meer helderheid over moeten hebben voordat we onze patiënten op grote schaal actief kunnen gaan oproepen voor het PreventieConsult CMR.

Just Eekhof

bsl-h&w 11-08.indb 410 21-07-11 13:22

Speentje bij borstvoeding

Er zijn verschillende opvattingen over speengebruik bij borstvoeding. Het gebruik van een speen zou door een andere zuigtechniek kunnen leiden tot 'speen-tepelverwarring'. Ook zouden baby's met speen minder vaak aangelegd worden, waardoor de productie van moedermelk mogelijk achterblijft en eerder wordt overgegaan op flesvoeding. Er zijn echter heel wat baby's met borstvoeding én speen groot geworden.

In een recente Cochrane-review proberen onderzoekers feiten van fabels te scheiden. Zij vonden twee kwalitatief goede, gerandomiseerde onderzoeken naar het effect van een speen op de duur van borstvoeding bij in totaal 1302 zuigelingen. In het eerste, grootste onderzoek werden moeders geïncludeerd en hun zuigelingen vanaf de leeftijd van 2 weken (als de borstvoeding op gang was). Zij kregen ofwel een pakketje met 6 spenen, of uitgebreide informatie om hun baby te troosten zonder het gebruik van een speen. Na 3 maanden bleek er geen verschil tussen beide groepen in de duur en het voortzetten van de borstvoeding. In het tweede onderzoek werden 281 moeders onderzocht vanaf de geboorte van hun kind.

Foto: Linda Bröker

Zij werden gerandomiseerd tussen uitgebreide uitleg om hun kind te troosten mét, dan wel zónder gebruik van een speen. Ook hier bleek er gedurende de eerste 3 maanden geen verschil te zijn in de duur van de borstvoeding. De auteurs concluderen dat het gebruik van een speen vanaf de geboorte geen invloed heeft op het slagen van borstvoeding.

Het geven van een speentje in de eerste drie maanden kan dus geen kwaad. Of dit ook geldt als de borstvoeding nog op gang moet komen, is echter slechts in één, vrij klein onderzoek bekeken. Bij borstvoedingsproblemen in de eerste weken lijkt terughoudendheid in het aanbieden van een speen dus nog op zijn plaats. ■

Linda Bröker

Jaafar SH, et al. Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding (review). Cochrane Database Syst Rev 2011;3:CD007202.

BNP waardevol bij diagnostiek hartfalen

Bepaling van het BNP-gehalte is voor het stellen van de diagnose hartfalen waardevol in de huisartsenpraktijk. BNP (Brain Natriuretic Peptide) levert als additionele test aan anamnese en lichamelijk onderzoek meer diagnostische zekerheid dan een ECG of een röntgenfoto. Bovenop het klinisch onderzoek en de BNP-bepaling samen, hebben een röntgenfoto of ECG nauwelijks toegevoegde waarde.

Nederlandse en Engelse onderzoekers bekeken een groep van 276 patiënten bij wie de huisarts hartfalen vermoedde. Bij ruim 30% was hier inderdaad sprake van. Het klinische model bestond uit leeftijd, geslacht, bekende hartvaataandoening, diabetes, orthopnoe, verhoogde centraal veneuze druk (CVD), crepitaties, pitting oedeem en een S3 galop. Dit leverde een c-statistic op (een maat voor het discriminerend vermogen met een range van 0,5 tot 1,0) van 0,78. Toevoeging van het BNP-gehalte deed de c-statistic stijgen naar 0,91. ECG of thorax voegden hieraan niets toe. Overigens blijft het probleem dat ook zeer lage BNP-waardes (BNP < 100) hartfalen niet uitsluiten, en zeer hoge waardes (> 400) niet altijd hartfalen betekenen. Maar dat wisten we al. Opvallend was dat in dit onderzoek een kwart van de patiënten met hartfalen een normaal ECG had. Dat lijkt veel meer dan steeds wordt aangenomen. Al met al niet direct een reden om de NHG-Standaard te wijzigen. ■

Henk Schers

Kelder JC, et al. Quantifying the added value of BNP in suspected heart failure in general practice: an individual patient data meta-analysis. Heart 2011;97:959-63.

bsl-h&w 11-08.indb 411 21-07-11 13:22

Meer structuur nodig bij onverklaarde klachten?

Veel huisartsen vinden consulten met patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten lastig. Deze patiënten komen regelmatig op het spreekuur met ongerustheid, een onduidelijke hulpvraag en meerdere klachten tegelijk. Huisarts Olde Hartman onderzocht hoe patiënten en huisartsen de onverklaarde klachten bespraken en in welke fase van het consult dit ter sprake kwam.

Uit een kwalitatieve analyse van twintig video-opnamen bleek dat patiënten tijdens een consult bij de huisarts ruim de gelegenheid krijgen om hun verhaal te vertellen. Meestal brengen patiënten meerdere klachten ter sprake en vertellen zij spontaan over hun zorgen. Opvallend was dat vooral de patiënten zelf onderwerpen zoals de hulpvraag en ongerustheid ter sprake brachten. De huisartsen structureerden weinig en bepaalden niet de agenda. Wel gaven zij veel uitleg over de klachten, maar richtten deze uitleg niet op de zorgen van de patiënt. Het klopt dus dat patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten vaak hun klachten op een chaotische manier presenteren, maar het blijkt dat de huisarts weinig doet om het consult te structureren. Als de huisarts een duidelijke structuur in het consult aanbrengt zou dat voor deze patiënten én voor de huisarts waarschijnlijk beter zijn. ■

Ingrid Arnold

Olde Hartman TC, et al. How patients and family physicians communicate about persistent medically unexplained symptoms. A qualitative study of video-recorded consultations. Patient Educ Couns 2011;in press.

Jochen Cals winnaar Telesphorusprijs 2011

Huisarts in opleiding Jochen Cals heeft de Telesphorusprijs 2011 gewonnen met zijn proefschrift *Respiratory tract infections in general practice*. De prijs werd uitgereikt op de NHG-Wetenschapsdag op 23 juni 2011.

De jury van de Telesphorusprijs, bestaande uit prof.dr. H.J.M. Cools, prof. dr. H.J. Verkade en dr. J.A.H. Eekhof, heeft voor de tweejaarlijkse prijs voor het beste proefschrift 26 dissertaties beoordeeld van praktiserende huisartsen. Deze collega's promoveerden in 2009 en 2010. De juryleden nomineerden 6 proefschriften en beoordeelden deze kritisch en onafhankelijk van elkaar. De jury lette hierbij op 5 criteria: originaliteit, relevantie, methoden, toepasbaarheid voor de huisarts en de uitvoering van het boekje.

De onderwerpen gaven een goed beeld van de breedheid van ons vak. Madeleine Bruins Slots (*Biomarkers for the diagnosis of acute coronary syndrome*) onderzocht de toegevoegde waarde van sneltests in de huisartsenpraktijk bij patiënten met klachten van pijn op de borst, om cardiale ischemie aan te tonen of uit te sluiten. Jochen Cals (*Respiratory tract infections in general practice*) nam in zijn proefschrift de lageluchtweginfectie onder de loep: wat verwachten patiënten als ze hiermee naar de huisarts komen, welke redenen hebben huisartsen om antibiotica voor te schrijven en hoe kan het consult met de patiënt geoptimaliseerd worden? Florien van Heest (*Coming home to go... Palliative care in general practice*) bekeek vanuit verschillende invalshoeken de palliatieve zorg door de huisarts voor ernstig zieke en terminale patiënten thuis. Paul Houben (*Interpretation of diagnostic test results*) bestudeerde hoe huisartsen uitslagen van laboratorium en beeldvormende diagnostiek interpreteren en toepassen voor het stellen van een diagnose. Hein Janssens (*Gout arthritis in general practice*) deed in zijn proefschrift verslag van een aantal onderzoekingen van de pathogenese, diagnostiek, behandeling en prognose van jicht. Wouter de Ruijter (*Cardiovascular risk management in old age*) kwam tot de conclusie dat de klassieke risicofactoren niet opgaan voor ouderen, en keek naar de betekenis van nieuwe risicofactoren om toekomstige hart- en vaatziekten bij ouderen te voorspellen.

De jury gaf een eervolle vermelding aan het proefschrift van Hein Janssens. Zij had waardering voor het heel compleet, van verschillende kanten bekijken van de aandoening jicht die regelmatig voorkomt, maar waar relatief weinig aandacht aan wordt besteed. Er kwam echter maar één proefschrift unaniem in aanmerking voor de eerste prijs en dat was het proefschrift van Jochen Cals. Deze dissertatie blinkt vooral uit in toepasbaarheid, onder andere omdat Cals in een onderzoek helder beschrijft hoe je tijdens het consult voorkomt dat je ongewild antibiotica voorschrijft bij een lageluchtweginfectie. Hoewel in Nederland relatief weinig antibiotica worden voorgeschreven, is het onderzoek bovendien erg relevant. Ook in ons land schrijven dokters nog te vaak onterecht antibiotica voor. In dit proefschrift zijn alle aspecten goed en zeer compleet uitgewerkt. Cals wint dus terecht de eerste prijs. Gefeliciteerd! ■

Just Eekhof

bsl-h&w 11-08.indb 412 21-07-11 13:22

Wie schrijft die blijft

Onderzoek dat niet wordt opgeschreven en niet onder een breder publiek wordt verspreid zal altijd onbekend blijven, en is daarmee gelijkwaardig aan onderzoek dat nooit is uitgevoerd.

Foto: Shutterstock/Brian A Jackson

Een groep Engelse onderzoekers vergeleek de output van eerstelijns onderzoek (*primary care research*) in zes landen: Australië, Canada, Duitsland, Nederland, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk. Ze beperkten zich tot de periode 2001-2007 en tot publicaties die te vinden waren in Medline en Embase, de twee belangrijkste databases voor publicaties over medisch onderzoek.

Eerstelijns onderzoekers werden gedefinieerd als onderzoekers die zich met eerstelijns onderwerpen bezighielden, dan wel eerstelijns artsen die bij onderzoek waren betrokken. De gehanteerde definitie van het concept *primary care* komt sterk overeen met de in ons land gebruikelijke omschrijving van huisartsgeneeskunde.

De auteurs presenteren verschillende analyses waarbij gecorrigeerd wordt voor factoren als bruto nationaal product (BNP) en totaal aantal onderzoekers per land ongeacht discipline. Het Nederlandse eerstelijns onderzoek scoort goed. In termen van aantal publicaties gecorrigeerd voor BNP zijn we koplopers met bovendien een stijgende trend in de periode 2004-2006. Ook gerelateerd aan het totale onderzoekersbestand heeft ons land een flinke voorsprong op de andere vijf landen. Duitsland en de Verenigde Staten vormen in beide analyses de achterhoede. Het lijkt erop dat de maatregelen die de afgelopen decennia in ons land zijn genomen om het huisartsgeneeskundig onderzoek te stimuleren hun vruchten hebben afgeworpen. De beëindiging van het Programma Alledaagse Ziekten stemt tot pessimisme over de vraag of we onze koploperspositie zullen handhaven. ■

Hans van der Wouden

Glanville J, et al. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. BMJ 2011;342:d1028.

Alcoholpreventieprogramma's voor jongeren op scholen niet altijd effectief

Alcoholgebruik onder jongeren geeft in toenemende mate problemen op zowel sociaal, maatschappelijk, als op medisch gebied. Een Cochrane-review toont aan dat alcoholpreventieprogramma's op scholen voor kinderen tot 18 jaar regelmatig tot een reductie in het gebruik van alcohol leiden, maar lang niet altijd. Het positiefste effect hebben deze programma's op dronkenschap en binge drinking.

In dit onderzoek werden 53 trials geïncludeerd die het effect onderzochten van uitgevoerde alcoholpreventieprogramma's gericht op een gehele populatie in een specifieke setting (*universal*); in dit geval kinderen tot 18 jaar op scholen. De programma's maakten daarbij gebruik van methoden gericht op het ontwikkelen van psychologische en sociale vaardigheden (*peer resistance*), of beperkten zich tot educatieve methoden (bewustwording van de gevaren van alcohol) om alcoholgebruik te verminderen. De onderzoeken bleken helaas matig vergelijkbaar en er konden dan ook slechts analyses van kwalitatieve aard gemaakt worden.

Van de 11 trials die specifiek op alcohol gerichte programma's evalueerden, bleken er 6 enigszins succesvol. Veertien van de 35 trials die zich naast alcohol tevens richtten op (ander) drugsgebruik en antisociaal gedrag, bleken statistisch significante reductie van alcoholgebruik te geven. Daarbij speelden geslacht, baseline alcoholgebruik en etniciteit een grote rol.

Hoewel het niet mogelijk was duidelijk onderscheidende kenmerken tussen de verschillende goed of slecht scorende onderzoeken te vinden, lijkt het erop dat de programma's die zich bedienden van psychosociale methoden het meeste effect sorteerden.

Onderzoek in Engeland (NICE 2010) toonde aan dat alcoholpreventieprogramma's kosteneffectief zouden zijn als bij een investering van 75 miljoen pond een absolute reductie van alcoholinname van ten minste 1,4% zou worden geboekt. Dat lijkt een aantrekkelijke *small effect size* en uitvoerbaar bij het gebruik van effectieve preventieprogramma's. ■

Johan Schinkelshoek

Foxcroft DR, et al. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database Syst Rev 2011;5:CD009113.

bsl-h&w 11-08.indb 413 21-07-11 13:22

Mark Nielen, Victor van der Meer, Pim Assendelft, François Schellevis

ONDERZOEK

Eerste ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool risico

Samenvatting

Nielen MMJ, Van der Meer V, Assendelft WJJ, Schellevis FG. Eerste ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool risico. Huisarts Wet 2011;54(8):414-9.

Doel Bepalen welk deel van de mensen meedoet en het aantal nieuw opgespoorde aandoeningen tijdens de pilot implementatie van het PreventieConsult Cardiometabool risico (CMR).

Methode Zestien huisartsenpraktijken hebben deelgenomen aan de pilot implementatie PreventieConsult CMR. Patiënten tussen de 45 en 70 jaar moesten met een onlinerisicoschatting het risico op cardiometabole aandoeningen bepalen. In de helft van de praktijken kregen patiënten een uitnodiging in de vorm van een persoonlijke brief en in de andere helft gebeurde dat via folders en een poster in de wachtkamer. Deelnemers met een verhoogde score op de risicoschatting kregen het advies om een afspraak te maken voor een praktijkconsult. We gebruikten de gegevens van de risicoschatting, de praktijkconsulten en de resultaten van een vragenlijst onder een steekproef van de doelpopulatie.

Resultaten De respons op de uitnodigingsbrief en de poster en folders was respectievelijk 33% en 1%. In totaal hebben 617 personen de risicoschatting uitgevoerd, van wie er 392 (64%) een verhoogde score hadden. Dit resulteerde uiteindelijk in 142 patiënten op de praktijkconsulten. Bij 28 patiënten (20%) spoorden de huisartsen een of meer cardiometabole aandoeningen op.

Conclusie Eenderde van de genodigden heeft geparticipeerd in de risicoschatting van het PreventieConsult CMR, van wie meer dan de helft een verhoogde risicoscore had. Wanneer mensen met een verhoogde risicoscore op de risicoschatting bij de huisarts komen, blijkt een op de vijf een cardiometabole aandoening te hebben.

INLEIDING

De belangrijkste leefstijlgerelateerde oorzaken van ziekte en sterfte in Nederland zijn tabaksgebruik en overgewicht.[1] Omdat deze risicofactoren vaak onder de bevolking voorkomen, valt te verwachten dat het aantal mensen met cardiometabole aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten, aanzienlijk zal gaan toenemen.[2,3] Om zowel toekomstige problemen voor patiënten als een toename van kosten voor de gezondheidszorg te voorkomen, wordt het steeds belangrijker om deze aandoeningen te voorkomen.

Historisch gezien zijn in Nederland de preventieve en curatieve gezondheidszorg gescheiden sectoren, wat een adequate aanpak van gezondheidsproblemen op het grensvlak van preventie en curatie belemmert. Recente evaluaties van initiatieven op het gebied van de opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten[4] en chronische nierziekten[5] laten zien dat de effectiviteit hiervan groter zou zijn bij een betere inbedding in de curatieve zorg. Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen bij de vroegtijdige opsporing en preventieve behandeling van chronische ziekten.[6] Ze hebben een positieve houding ten aanzien van selectieve en geïndiceerde preventie van cardiometabole aandoeningen en vinden dat de huisartsenpraktijk hiervoor een geschikte plaats is.[7]

Het is daarom een logische stap dat het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Nederlandse Hartstichting, Nierstichting Nederland en het Diabetes Fonds het PreventieConsult Cardiometabool risico (verder 'PreventieConsult CMR' genoemd) hebben ontwikkeld. Het PreventieConsult CMR is bedoeld voor personen tussen de 45 en 70 jaar bij wie bij de huisarts niet eerder een cardiometabole aandoening heeft vastgesteld. Het kent een getrapte opbouw: in eerste instantie vullen deelnemers een onlinerisicoschatting in, waarna mensen met een verhoogde risicoscore een verwijzing krijgen naar de huisartsenpraktijk. De werkwijze is vastgelegd in de evidence-based NHG-Standaard Het PreventieConsult, Module Cardiometabool.[8] Hoewel de gebruikte methoden evidence-based zijn, zal de toekomst nog moeten uitwijzen of het PreventieConsult CMR een (kosten)effectieve manier is om mensen met een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen op te sporen en te behandelen.

Eind 2009 startten de ontwikkelaars met een pilot implementatie van het PreventieConsult CMR in zestien huisartsenpraktijken, met een begeleidend evaluatieonderzoek.[9] Aan

Wat is bekend?

- Het aantal mensen met cardiometabole aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten, zal in de toekomst aanzienlijk toenemen.
- Het PreventieConsult CMR is ontwikkeld met als doel het zo goed mogelijk bereiken en identificeren van mensen met een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen, gevolgd door een optimale begeleiding en behandeling ter voorkoming van (verdere) gezondheidsschade.

Wat is nieuw?

- Eenderde van de genodigden heeft meegedaan aan de risicoschatting van het PreventieConsult CMR; meer dan de helft van de deelnemers had een verhoogde risicoscore.
- Wanneer personen met een verhoogde risicoscore op de risicoschatting bij de huisarts komen, blijkt een op de vijf personen een cardiometabole aandoening (diabetes mellitus, hypertensie en/of hypercholesterolemie) te hebben.

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: dr. M.M.J. Nielen, onderzoeker/epidemioloog; prof.dr. F.G. Schellevis, afdelingshoofd. LUMC, Leiden: dr. V. van der Meer, huisarts/onderzoeker; prof.dr. W.J.J. Assendelft, huisarts, hoofd afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde. VUmc EMGO+ Instituut/afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: prof.dr. F.G. Schellevis, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. • Correspondentie: m.nielen@nivel.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

bsl-h&w 11-08.indb 414 21-07-11 13:22

de hand van gegevens uit dit onderzoek beantwoorden we de volgende vraagstellingen:

- Hoeveel patiënten hebben deelgenomen aan de verschillende onderdelen van het PreventieConsult CMR?
- Wat waren redenen om niet deel te nemen aan het PreventieConsult CMR?
- Wat heeft het PreventieConsult CMR opgeleverd in termen van het aantal patiënten met een verhoogde score op de risicoschatting en nieuw opgespoorde aandoeningen?

METHODE

Het PreventieConsult CMR

Het PreventieConsult CMR begint met een risicoschatting op internet om het risico op cardiometabole aandoeningen in te schatten. Deze risicoschatting bevat onder meer elementen van de SCORE-risicofunctie[10,11] en de FINDRISK-vragenlijst.[8,12] De risicoschatting kende tijdens de pilot drie mogelijke uitslagen: een verhoogde, licht verhoogde of lage risicoscore op een cardiometabole aandoening. Bij een lage of licht verhoogde risicoscore kreeg de deelnemer digitaal een gericht leefstijladvies, afhankelijk van de aanwezige risicofactoren. De patiënten met een verhoogde risicoscore kregen het advies om contact op te nemen met de huisarts voor twee praktijkconsulten.

Het eerste praktijkconsult bestond uit het bespreken van de antwoorden van de risicoschatting met de patiënt, het meten van risicofactoren en het verrichten van laboratoriumonderzoek. Bij het tweede consult gaf de huisarts een samenvatting van alle gegevens en maakte hij met de patiënt een keuze voor de aanpak van het risico. Indien nodig kon dit resulteren in een behandeling volgens de beschikbare richtlijnen en/of verwijzing naar programma's op het gebied van het verbeteren van de leefstijl.[8]

Opzet van de pilot

In totaal hebben zestien praktijken deelgenomen aan de pilot implementatie PreventieConsult CMR, verdeeld over drie verschillende regio's: Drenthe/Overijssel/Flevoland (acht praktijken), Rotterdam (vier praktijken) en Oostelijk Zuid-Limburg (vier praktijken). Praktijken konden zich via het NHG opgeven voor de pilot. Voorwaarde voor deelname was dat er een POH in de praktijk werkzaam was en er ten minste één programma lokaal of regionaal beschikbaar was voor patiënten met een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen (bijvoorbeeld een cursus stoppen met roken of een leefstijlinterventie). Daarnaast mocht er recentelijk geen screening hebben plaatsgevonden onder de doelgroep van het PreventieConsult CMR. De pilot duurde een half jaar en vond plaats in de periode van oktober 2009 tot en met april 2010.

Omdat er voorafgaande aan het evaluatieonderzoek onduidelijkheid was over de manier waarop we patiënten voor het PreventieConsult CMR het beste konden benaderen, probeerden we twee verschillende varianten uit, een 'actieve' en 'passieve'. Bij de actieve variant benaderde de huisarts patiënten met de vraag de risicoschatting uit te voeren. Hierbij maakte de huisarts een selectie van de doelgroep (mensen tussen de 45 en 70 jaar zonder manifeste cardiometabole aandoeningen).[8] Vanwege de haalbaarheid schreven de huisartsen niet alle mensen uit de doelgroep aan, maar selecteerden zij patiënten die geboren waren in de jaren 1939, 1946, 1952, 1958 en 1964. Ze verstuurden de uitnodigingsbrief in de periode van oktober 2009 tot januari 2010. In maart 2010 stuurden de huisartsen een herinneringsbrief. Bij de 'passieve variant' werden patiënten via posters en folders in de wachtkamer opgeroepen om de risicoschatting uit te voeren. Per regio bepaalden we door loting welke praktijk welke variant ging uitvoeren.

Meetinstrumenten

We maakten gebruik van vier verschillende gegevensbronnen. Ten eerste vroegen we de deelnemende huisartsenpraktijken een lijst samen te stellen van patiënten die in aanmerking kwamen voor het PreventieConsult CMR. In de acht praktijken met de actieve variant betrof dit de patiënten die de huisarts per brief had aangeschreven. In de praktijken met de passieve variant waren dit alle patiënten tussen de 45 en 70 jaar bij wie niet eerder een diagnose van een cardiometabole aandoening was gesteld. Het aangeleverde bestand bevatte geboortedatum, geslacht en postcode van de patiënten.

Ten tweede gebruikten we gegevens van de onlinerisicoschatting. Hierbij vroegen we de deelnemers ook naar geboortedatum, geslacht en postcode. Met behulp van deze gegevens koppelden we de resultaten van de risicoschatting aan het bestand van de huisarts. Na koppeling in een beveiligde omgeving, anonimiseerden we de gegevens volgens een privacyreglement. Deze werkwijze is in overeenstemming met de

Abstract

Nielen MMJ, Van der Meer V, Assendelft WJJ, Schellevis FG. An evidence-based cardiometabolic health check in general practice. Huisarts Wet 2011;54(8):414-9.

Purpose To investigate the participation of general practice patients in a voluntary cardiometabolic health check-up (PreventieConsult CMR) and the number of newly diagnosed cardiometabolic disorders.

Methods The PreventieConsult CMR was used and evaluated in 16 general practices. Patients between 45 and 70 years old without cardiometabolic disorders were invited to fill in an online questionnaire, the answers of which were used to calculate their risk (low, medium, or high) of cardiometabolic disorders. Half of the participating practices invited patients by means of a personal letter and the other half by means of leaflets and posters in the practice waiting room. Patients at high risk of cardiometabolic disorders were advised to consult their general practitioner. Data from the online risk questionnaire, GP consultation, and a questionnaire sent to a random sample of participating patients for a non-response analysis were analysed.

Results The response to the invitation letter and to the posters and leaflets was 33% and 1%, respectively. In total, 617 patients completed the online risk questionnaire, 392 (64%) of whom were at high risk of cardiometabolic disorders. In total, 142 patients consulted their GP and 28 (20%) were found to have one or more cardiometabolic disorders.

Conclusion About one-third of patients who were invited to participate took part in the PreventieConsult CMR pilot study, and half of these patients were considered at high risk and required further evaluation by their GP. Cardiometabolic disorders were diagnosed in 1 of 5 high-risk patients who consulted their GP.

bsl-h&w 11-08.indb 415 21-07-11 13:22

regels van het College Bescherming Persoonsgegevens.

Ten derde vroegen we de deelnemende huisartsen in hoeverre een van de volgende aandoeningen zijn opgespoord: diabetes mellitus, hypertensie, hypercholesterolemie en chronische nierziekte.

Ten slotte enquêteerden wij 3183 patiënten die tot de doelgroep van het PreventieConsult CMR behoorden. We gebruikten een papieren vragenlijst om inzicht te krijgen in de redenen waarom ze wel of niet deelnamen. Dit betrof alle aangeschreven patiënten in de praktijken met de actieve variant en een aselecte steekproef per praktijk van tweehonderd personen uit de doelpopulatie van patiënten in de praktijken met de passieve variant. Deze groep bevatte dus zowel mensen die deel hebben genomen aan het PreventieConsult CMR als non-respondenten. De vragenlijst bevatte vragen over de demografische achtergrond, risicofactoren voor cardiometabole aandoeningen en redenen om niet mee te doen aan de risicoschatting.

De gegevens zijn geanalyseerd aan de hand van frequentietabellen. Verschillen tussen mensen die wel en niet hebben deelgenomen aan het PreventieConsult CMR toetsten we met Student t-toetsen en chi-kwadraattoetsen met Stata 10.

Resultaten

Deelname aan de risicoschatting

In de praktijken met de actieve variant kregen 1583 mensen een uitnodigingsbrief van de huisarts om de risicoschatting in te vullen. Van deze groep hebben 521 personen (33%) dat gedaan. Bij de praktijken met de passieve variant bestond de doelpopulatie uit 8313 mensen, van wie 96 personen (1%) de risicoschatting hebben ingevuld [**figuur 1**].

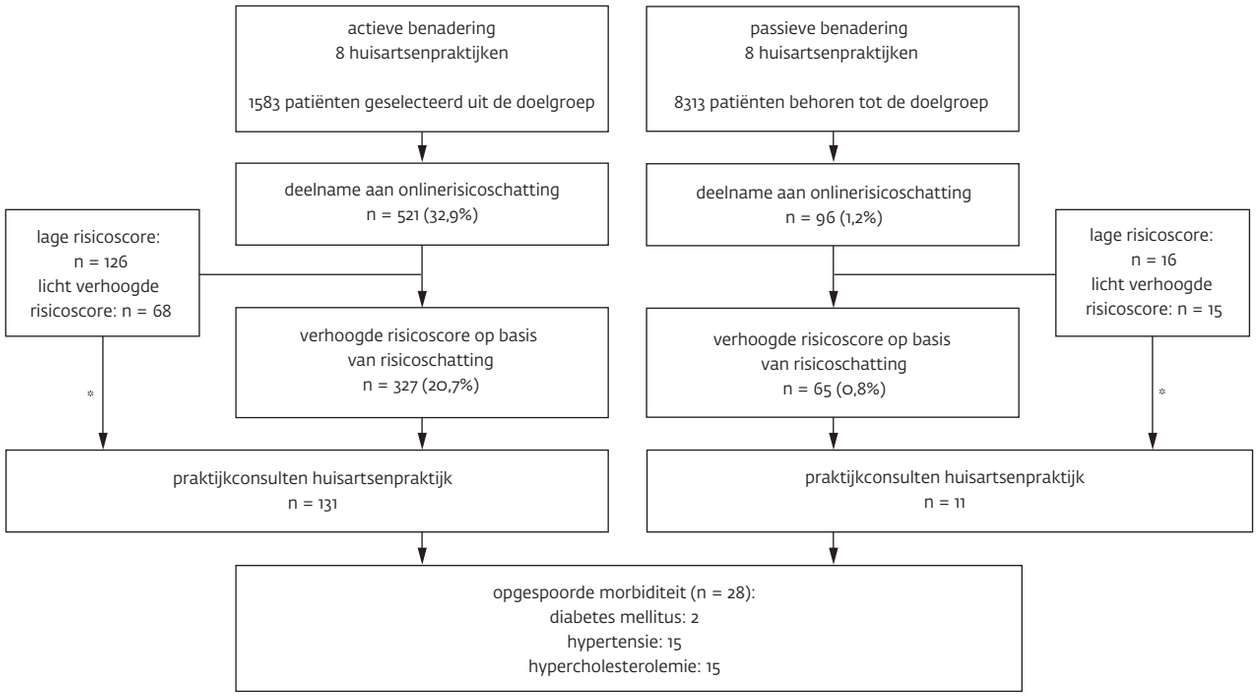
Van de in totaal 617 personen die de risicoschatting hebben uitgevoerd, hadden 392 personen (64%) een verhoogde risicoscore. Zij kregen het advies om naar de huisarts te gaan. Daarnaast hadden 83 personen (13%) een licht verhoogde risicoscore en 142 personen (23%) een lage risicoscore. Er was in deze verdeling van scores geen statistisch significant verschil tussen personen uit praktijken met de actieve variant en personen uit praktijken die de passieve oproepvariant hanteerden (gegevens niet weergegeven).

Deelname aan de praktijkconsulten

Gedurende de pilot zijn er in de 16 deelnemende praktijken 142 patiënten op praktijkconsult geweest, van wie 11 patiënten in de 'passieve praktijken' en 131 patiënten in de 'actieve praktijken' [**figuur 1**]. Van 109 van de 142 patiënten (77%) die op de praktijkconsulten zijn geweest, konden we op basis van geboortedatum, geslacht en postcode de uitslag van de risicoschatting koppelen aan de gegevens van de consulten. Bij de rest van de patiënten was dit niet mogelijk omdat een of meer van deze variabelen bij de risicoschatting niet (of niet juist) ingevuld waren.

Alleen patiënten met een verhoogde risicoscore op de risicoschatting kregen het advies de huisarts te bezoeken. Toch

Figuur 1 Stroomschema deelname aan PreventieConsult CMR



* Naar schatting had 9% van de bezoekers van de praktijkconsulten een lage of licht verhoogde risicoscore.

bsl-h&w 11-08.indb 416 21-07-11 13:22

bleek 9% van de bezoekers van de praktijkconsulten een lage of licht verhoogde risicoscore te hebben. Omdat niet van alle patiënten die op het praktijkconsult zijn geweest de uitslag van de risicoschatting bekend was, konden we niet direct berekenen hoeveel personen met een verhoogde risicoscore de huisarts hebben bezocht. Uitgaande van de bovenstaande gegevens heeft 91% van de patiënten op het praktijkconsult een verhoogde risicoscore op de risicoschatting. Dat betekent dat van de 131 patiënten op het praktijkconsult in de actieve praktijken naar schatting 119 personen (0,91 × 131) een verhoogde risicoscore op de risicoschatting hebben. Op basis hiervan schatten wij dat 36% (119/327) van de patiënten met een verhoogde score de huisarts heeft bezocht. In de passieve praktijken hebben naar schatting 10 patiënten een verhoogde risicoscore op de risicoschatting (0,91 × 11), resulterend in een respons van ongeveer 15% (10/65) onder de personen met een verhoogde score.

Aan de deelnemende huisartsen vroegen we hoeveel personen met een cardiometabole aandoening ze hebben opgespoord. Bij 28 van de 142 patiënten (20%) ontdekten de huisartsen een of meer cardiometabole aandoeningen: 2 maal diabetes mellitus, 15 maal hypertensie en 15 maal hypercholesterolemie. Bij 4 van de 28 patiënten spoorden de huisartsen zowel hypertensie als hypercholesterolemie op. Ze vonden geen nieuwe chronische nierziekten.

Non-respons op de risicoschatting

Om inzicht te krijgen in de redenen voor non-respons stuurden we een vragenlijst naar 3183 personen die deel uitmaakten van de doelgroep voor het PreventieConsult CMR. In totaal hebben 932 mensen deze enquête geretourneerd (29% respons). Voor de non-responsanalyse vergelijken we de respondenten die de risicoschatting hebben uitgevoerd (n = 274) met de respondenten die wel bekend waren met de risicoschatting, maar deze niet hadden ingevuld (n = 177). De overige respondenten waren niet op de hoogte van de risicoschatting of konden zich niet meer herinneren of ze er aan hadden deelgenomen.

Met behulp van stellingen onderzochten we de redenen voor non-respons. De belangrijkste waren angst dat invullen van een vragenlijst op internet de privacy schaadt (24%) en gebrek aan tijd om de onlinevragenlijst in te vullen (21%) [**figuur 2**]. Hierin verschilden de niet-deelnemers statistisch significant van deelnemers aan de risicoschatting. Daarnaast bleek dat personen die niet aan de risicoschatting deelnamen minder gemakkelijk toegang hadden tot internet dan de personen die wel deelnamen (24% geen toegang versus 11%, p < 0,001).

In [**tabel 1**] staan de demografische en sociaaleconomische kenmerken van de mensen die de risicoschatting wel en niet hebben uitgevoerd. Leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleidingsniveau en etnische achtergrond verschilden niet statistisch significant tussen beide groepen.

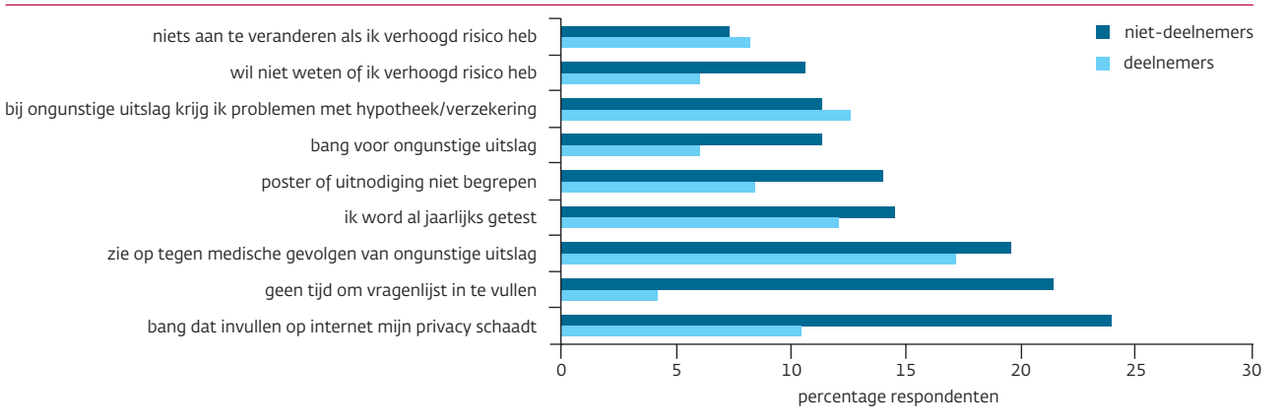
Een groter deel van de personen die de risicoschatting niet hebben uitgevoerd rookte (22,6% versus 16,8%) en had obesitas (15,6% versus 9,2%) in vergelijking met deelnemers, maar deze verschillen waren niet statistisch significant [**tabel 2**]. Wel was het gebruik van alcohol significant hoger onder niet-deelnemers (p < 0,001). Ten slotte bleken deelnemers in het verleden vaker dan niet-deelnemers een verhoogd bloedsuikergehalte te hebben gehad (8,9% versus 3,5%, p = 0,03).

BESCHOUWING

Tijdens de pilot van het PreventieConsult CMR hebben 617 personen een risicoschatting uitgevoerd. Bij de actieve variant lag de respons op de risicoschatting een stuk hoger dan bij de passieve variant (33% versus 1%). Van deze personen bleken er 392 (64%) een verhoogde risicoscore op deze risicoschatting te hebben, als gevolg waarvan zij het advies kregen om naar de huisarts te gaan. In totaal heeft de risicoschatting ervoor gezorgd dat 142 patiënten op het praktijkconsult zijn geweest, waar de huisartsen bij 28 personen (20%) een cardiometabole aandoening opspoorden.

Om tot een optimale preventie te komen van cardiometabole aandoeningen met het PreventieConsult CMR, is het niet alleen van belang dat er zo veel mogelijk mensen deelnemen aan de risicoschatting, maar ook dat de juiste mensen worden bereikt en uiteindelijk op het praktijkconsult terechtkomen.

Figuur 2 **Redenen om niet deel te nemen aan de onlinerrisicoschatting**



bsl-h&w 11-08.indb 417 21-07-11 13:22

Tabel 1 Demografische en sociaaleconomische kenmerken van personen die de risicoschatting wel en niet hebben uitgevoerd

	Risicoschatting uitgevoerd?		p-waarde
	Ja (n = 274)	Nee (n = 177)	
Leeftijd			
■ 40-45 jaar	14,2%	17,1%	0,83
■ 46-50 jaar	13,1%	12,5%	
■ 51-55 jaar	24,8%	27,3%	
■ 56-60 jaar	22,5%	19,3%	
■ 61-65 jaar	22,5%	15,3%	
■ 66-70 jaar	2,9%	4,0%	
■ > 70 jaar	4,0%	4,5%	
Geslacht			
■ Man	32,5%	39,2%	0,15
■ Vrouw	67,5%	60,8%	
Opleidingsniveau			
■ Laag	22,8%	28,9%	0,33
■ Midden	50,0%	47,4%	
■ Hoog	27,2%	23,7%	
Etniciteit			
■ Autochtoon	83,1%	87,5%	0,37
■ Westers allochtoon	9,9%	6,25%	
■ Niet-westers allochtoon	7,0%	6,25%	

Tabel 2 Aanwezigheid van risicofactoren bij personen die de risicoschatting wel en niet hebben uitgevoerd

	Risicoschatting uitgevoerd?		p-waarde
	Ja (n = 274)	Nee (n = 177)	
Roken			
■ Ja	16,8%	22,6%	
■ Nee, maar in het verleden wel gerookt	43,1%	35,6%	0,18
■ Nee, nooit gerookt	40,1%	41,8%	
Nederlandse Norm Gezond Bewegen			
■ Inactief	3,7%	5,2%	
■ Semiactief	53,1%	54,1%	0,69
■ Normactief	43,2%	40,7%	
BMI			
■ Ondergewicht (< 20 kg/m²)	4,8%	7,5%	
■ Normaal gewicht (20-25 kg/m²)	45,8%	40,5%	0,11
■ Overgewicht (25-30 kg/m²)	40,2%	36,4%	
■ Obesitas (> 30 kg/m²)	9,2%	15,6%	
Alcoholgebruik			
■ Nooit	65,6%	49,4%	
■ Weinig	21,6%	21,6%	< 0,001
■ Matig	9,9%	21,6%	
■ Veel	2,9%	7,4%	
Ooit verhoogd bloedsuikergehalte of diabetes gehad	8,9%	3,5%	0,03
Ouders, broers of zussen met diabetes	31,4%	24,6%	0,12
Ouders, broers of zussen met hart- en vaatziekten voor 60ste jaar	33,7%	29,0%	0,29

De respons van patiënten die de risicoschatting uitvoerden naar aanleiding van een uitnodigingsbrief van de huisarts bleek in dit onderzoek beduidend hoger dan die naar aanleiding van de posters en folders (33% versus 1%). Hierbij moeten we wel opmerken dat tijdens de pilot bij de passieve variant slechts ongeveer 40% van de doelpopulatie de huisartsenpraktijk heeft bezocht[9] en weet had van het PreventieConsult CMR. Hiermee rekening houdend ligt de respons bij de passieve variant ongeveer op 2,5%. In een vergelijkbaar regionaal initiatief in Eindhoven vond men een respons van 75% als de huisartsen de risicovragenlijst schriftelijk verstuurden en de patiënt vroegen deze terug te zenden naar de huisarts.[13] Om tot de meest efficiënte benadering te komen, moeten we de opbrengst afzetten tegen de verrichte inspanningen en kosten.

Het percentage patiënten met een verhoogde risicoscore op de risicoschatting dat de huisarts bezocht lag hoger bij de actieve variant dan bij de passieve variant (36% versus 15%). Deze percentages zijn vergelijkbaar met de gevonden percentages bij de Niercheck-campagne.[5] Als de patiënten de huisarts niet bezoeken neemt de efficiëntie van het PreventieConsult CMR af, omdat deze patiënten niet de behandeling krijgen die nodig is om de ontwikkeling van toekomstige aandoeningen uit te stellen of te voorkomen. Het is onduidelijk waarom ongeveer tweederde van de personen met een verhoogde risicoscore op de risicoschatting de huisarts niet heeft bezocht. Het kan zijn dat personen met een verhoogde score zelf al weten dat het beter is om te stoppen met roken of om af te vallen, en daar geen huisarts voor nodig denken te hebben. Ook is het mogelijk dat sommige mensen nog niet aan aanpassing van hun gedrag toe zijn.

De mensen die naar aanleiding van de uitnodiging deelnamen aan de risicoschatting verschilden wat betreft demografische en sociaaleconomische kenmerken niet van de non-responders. Wel was het gebruik van alcohol significant hoger onder niet-deelnemers en hadden deelnemers in het verleden vaker dan niet-deelnemers een verhoogd bloedsuikergehalte. Preventieve activiteiten als het PreventieConsult CMR willen nog wel eens een selectieve respons opleveren van gezonde mensen die zich zorgen maken over hun gezondheid (*worried-well*),[14] maar dit verschijnsel lijkt in deze pilot geen grote rol te spelen.

Wanneer patiënten uiteindelijk met een verhoogde risicoscore op de risicoschatting op het praktijkconsult komen, blijkt een op de vijf personen een cardiometabole aandoening (diabetes mellitus, hypertensie, hypercholesterolemie en/of een chronische nierziekte) te hebben. Door goede (preventieve) behandeling kan men bij deze personen verdere gezondheidsschade uitstellen of voorkomen. De opbrengst van preventieve behandeling van deze hoogrisicopatiënten zal men in een effectiviteitsonderzoek moeten onderzoeken.

Tijdens de pilot van het PreventieConsult CMR maakten we gebruik van de conceptversie van de NHG-Standaard Het PreventieConsult, Module Cardiometabool risico. Op basis van de resultaten van het evaluatieonderzoek is de standaard aan-

bsl-h&w 11-08.indb 418 21-07-11 13:22

gepast.[9] Hierdoor kan de gebruikte terminologie in dit artikel afwijken van de gepubliceerde standaard. Zo is bijvoorbeeld de indeling van de risicoschatting aangepast. In plaats van een lage, licht verhoogde of verhoogde risicoscore op de risicoschatting maakt de huidige standaard een tweedeling en is de terminologie veranderd in een score boven of onder een drempelwaarde.

Dit onderzoek had een aantal beperkingen. Allereerst was het om privacyredenen niet mogelijk om alle gegevens van de risicoschatting te koppelen aan de gegevens van de praktijkconsulten. Als gevolg hiervan weten we niet van alle personen op het praktijkconsult het risico en of er risicofactoren aanwezig waren. Toch konden we op basis van de wel beschikbare gegevens een inschatting maken van de verdeling tussen lage, licht verhoogde en verhoogde risicoscore. Daarnaast is de non-responsanalyse gebaseerd op een vragenlijst met maar 29% respons. Het is niet vreemd dat deze respons zo laag is, aangezien de aangeschreven groep veel mensen bevat die in eerste instantie ook niet gereageerd hadden op de uitnodiging voor de risicoschatting. Het is onduidelijk in hoeverre een selectieve respons de resultaten heeft beïnvloed. Ten slotte kan ook de selectie van de deelnemende huisartsenpraktijken gezorgd hebben voor vertekening van de resultaten. Er is mogelijk sprake van een oververtegenwoordiging van praktijken die veel interesse hebben in preventie en/of daar meer aandacht aan besteden. Ook wat dit betreft is het niet duidelijk in hoeverre dit de resultaten heeft beïnvloed.

CONCLUSIE

Op grond van ons onderzoek kunnen we concluderen dat eenderde van de genodigden heeft geparticipeerd in de risicoschatting van het PreventieConsult CMR, van wie meer dan de helft van de deelnemers een verhoogde risicoscore had, waarbij nadere evaluatie nodig was. Wanneer uiteindelijk personen met een verhoogde risicoscore op de risicoschatting bij de huisarts komen, blijkt een op de vijf een cardiometabole aandoening te hebben. Uit toekomstig onderzoek moet blijken in welke mate (preventieve) behandeling van personen met een verhoogde risicoscore ook daadwerkelijk resulteert in het uitstellen of voorkomen van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten. ■

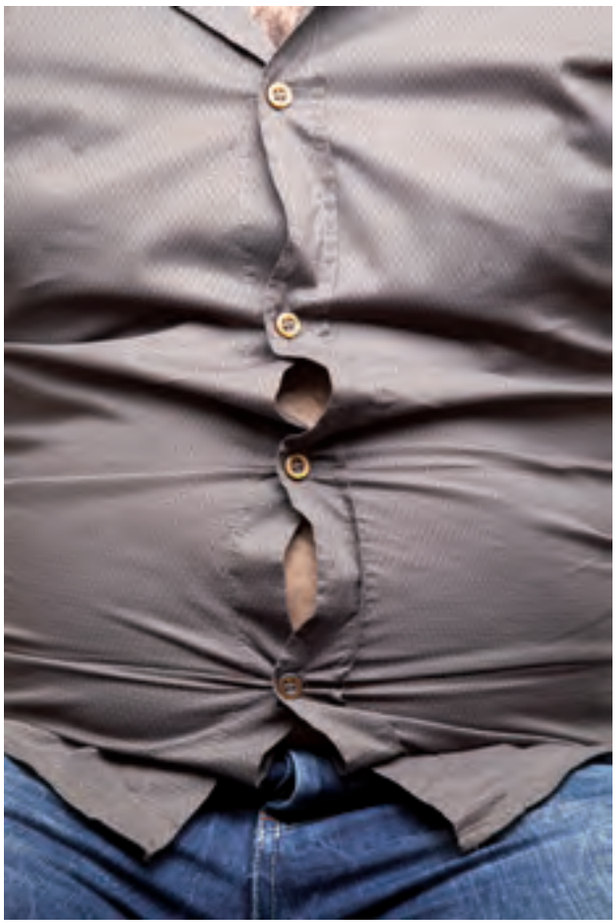


Foto: Shutterstock/Umit Erdem

LITERATUUR

1 Van der Lucht F, Polder JJ. Van gezond naar beter. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: RIVM, 2010.
2 King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes Care 1998;21:1414-31.
3 Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. Circulation 2001;27:2746-53.
4 De Jongh D, Van Dijk L, Schellevis FG. Vroege opsporing en behandeling van mensen met risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Evaluatie van initiatieven. Utrecht: NIVEL, 2007.
5 Nielen MM, Schellevis FG, Verheij RA. The usefulness of a free self-test for screening albuminuria in the general population: A cross-sectional survey. BMC Public Health 2009;9:381.
6 Drenthen AJM, Assendelft WJJ, Van der Velden J. Preventie in de huisartsenpraktijk: kom in beweging. Huisarts Wet 2008;51:38-41.
7 Nielen MM, Assendelft WJ, Drenthen AJ, Van den Hombergh P, Van Dis I, Schellevis FG. Primary prevention of cardio-metabolic diseases in general practice: A Dutch survey of attitudes and working methods of general practitioners. Eur J Gen Pract 2010;16:139-42.
8 Dekker JM, Alssema M, Janssen PGH, Van der Paardt M†, Festen CCS, Van Oosterhout MJW, et al. NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool risico. Huisarts Wet 2011;54:138-55.
9 Nielen MMJ, Van der Meer V, Schellevis FG. Evaluatie pilot PreventieConsult cardiometabool risico. Utrecht: NIVEL, 2010.
10 Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007;14 Suppl 2:S1-113.
11 Stalman WAB, Scheltens T, Smorenburg SM, Hukkelhoven CWPM, Burgers JS, Banga JD, et al. Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement. Utrecht: CBO/NHG, 2005.
12 Lindstrom J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: A practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes Care 2003;26:725-31.
13 Van de Kerkhof RM, Godefrooij MB, Wouda PJ, Vening RA, Dinant GJ, Spigt MG. Cardiometabole risicofactoren opgespoord met preventieconsult. Ned Tijdschr Geneeskd 2010;154:A1860.
14 Wall M, Teeland L. Non-participants in a preventive health examination for cardiovascular disease: characteristics, reasons for non participation, and willingness to participate in the future. Scand J Prim Health Care 2004;22:248-51.

bsl-h&w 11-08.indb 419 21-07-11 13:22

Marco Blanker

COMMENTAAR

Aanpak van het PreventieConsult Cardiometabool risico

INLEIDING

Het PreventieConsult Cardiometabool risico biedt een handvat om patiënten op verzoek geordend informatie te verschaffen over hun risico op cardiovasculaire en metabole aandoeningen.[1] Naast deze vraaggestuurde aanpak kan het PreventieConsult ook aan een grotere populatie worden aangeboden. Nielen et al. beschrijven de opbrengst van een dergelijk grootschalige aanpak door huisartsenpraktijken.[2] De NHG-site vermeldt dat deze pilot ertoe heeft geleid dat het PreventieConsult kan worden ingevoerd, althans als de financiering daarvoor is geregeld. Of de methode van Nielen et al. hiervoor toereikend is betwijfel ik echter.

PILOT PREVENTIECONSULT

De zoektocht van de auteurs naar nog onbekende risicopatiënten begon met het aanbieden van een gevalideerde vragenlijst aan de doelgroep die via een internetapplicatie moest worden ingevuld. De opbrengst van een actieve benadering – het aanschrijven van de doelgroep – leverde weliswaar veel meer reacties op dan de passieve benadering (posters in de praktijk) maar bleef zeer beperkt. Slechts eenderde van de genodigden reageerde en van de personen met een verhoogde risicoscore (tweederde van de deelnemers) volgde bij benadering 15% het advies om naar de huisarts te gaan voor verder onderzoek. In die groep bleek 20% een 'cardiometabole aandoening' te hebben, waarbij onduidelijk bleef of dit een nieuwe bevinding was. Dit is minder dan 1% van de primair aangeschreven populatie en bovendien gaat het hier vooral om de aanwezigheid van de risicofactoren hypertensie of hypercholesterolemie, zonder duiding van een behandelingsnoodzaak. Beide behoeven als op zichzelf staande risicofactor geen gerichte behandeling, maar moeten worden ingebed in de beoordeling van het absolute risico op hart- en vaatziekten.[3]

De opbrengst is al met al dus erg mager. Bovendien blijft een groot deel van de mensen met een (mogelijk) verhoogd risico thuis.

ANDERE AANPAK

Een andere aanpak om risicopatiënten op te sporen had veel meer effect, zowel wat betreft de reacties op de initiële uitnodiging als de vervolgstappen.[4] In dat onderzoek werden patiënten zonder manifeste cardiovasculaire aandoeningen of risicofactoren (al dan niet behandelde hypertensie en hypercholesterolemie) door de huisarts uitgenodigd een – overigens niet-gevalideerde – screeningslijst in te vullen en terug te sturen. Driekwart van de patiënten deed dat en 71% van de genodigden met een mogelijk verhoogd risico kwam op een eerste consult. Van hen bleek ruim 60% uiteindelijk geen verhoogd risico te hebben en daarmee eindigde het PreventieConsult. Bij 11% van de deelnemers bleek een of meer aandoeningen met een behandelingsindicatie te bestaan: 8,5% van de primaire doelgroep.

Het verschil met de aanpak van Nielen et al. was onder andere dat huisartsenpraktijken in dit onderzoek 'gewone' vragenlijsten aan hun patiënten gaven en hen niet naar internet verwezen. Hoewel we in een digitaal tijdperk leven, voelen patiënten zich misschien toch minder aangesproken door internet dan door de dokterspraktijk.

OPBRENGST

Terecht merken Nielen et al. op dat we de opbrengsten moeten afwegen tegen de inspanningen en kosten. De opbrengst van de directe aanpak door de huisarts is fors hoger dan de internetaanpak, terwijl de inspanningen niet veel groter lijken. Wel kost het verwerken van de vragenlijsten extra tijd en zijn er meer postzegels nodig.

De internetapplicatie geeft deelnemers een direct inzicht in het geschatte risico met bijhorend advies om (al dan niet) de praktijk te bezoeken: de actie ligt vervolgens bij de patiënt die het advies gemakkelijk naast zich neer kan leggen. In de directe aanpak horen patiënten vanuit de praktijk of zij een verhoogd risico hebben en krijgen zij een afspraak aangeboden: de actie ligt bij de praktijk en misschien voelen patiënten zich dan meer betrokken.

Tot de opbrengst van de directe aanpak hoort ook dat de huisarts informatie krijgt over het niet-deelnemen aan een dergelijk programma. Om privacyredenen kon vanuit de internetapplicatie immers geen terugkoppeling plaatsvinden, waardoor die informatie verloren ging in de aanpak van Nielen et al. Patiënten die niet deelnemen of het advies voor een vervolgconsult niet opvolgen komen veelal wel om andere redenen in de praktijk, waardoor een extra mogelijkheid ontstaat om dit onderwerp te bespreken. Informatie over dergelijk 'zorgmijdend' gedrag kan ook belangrijk zijn bij andere gezondheidsproblemen. Dit zou een mooie bijvangst kunnen zijn van de benadering vanuit de eigen praktijk. Aansluiten bij de fase van motivatie tot leefstijlverandering vergroot in het algemeen de kans dat een doel wordt bereikt.

TEST UW RISICO

De vragenlijst van het PreventieConsult is als 'risicotest' inmiddels ook buiten studieverband beschikbaar via de site www.testuwrisico.nl. Het is opvallend dat de site vermeldt de test pas te doen als de patënt daarvoor wordt uitgenodigd door de huisarts. Met de toevoeging 'Bent u niet uitgenodigd? Ook dan kunt u de test doen. Het kan dan wel zijn dat uw huisarts nog niet het PreventieConsult aanbiedt en het vervolg voor verdere hulp nog niet helemaal heeft kunnen regelen. U kunt dit navragen bij uw huisarts en melden dat u deze test op ei-

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen: dr. M. H. Blanker, huisarts-epidemioloog. Tevens huisarts bij Huisartsenpraktijk Blanker & Thiele in Zwolle. • Correspondentie: blanker@belvederelaan.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: Marco Blanker was (tot 1 april 2011) directeur en medisch adviseur bij de Zorggroep Zwolle. Deze zorggroep heeft de CVRM-zorg niet aanbesteed.

bsl-h&w 11-08.indb 420 21-07-11 13:22

gen initiatief hebt gedaan.' wordt de indruk gewekt dat huisartsen onvoorbereid (kunnen) zijn op patiënten die spontaan een als betrouwbaar geduide risicotest doen en met die uitslag de huisarts bezoeken.

Een (medisch-inhoudelijk) argument waarom huisartsen dit PreventieConsult nu al moeten omarmen is dat zij in staat zijn risico's werkelijk te kunnen duiden. Dit in tegenstelling tot andere gremia die met aangeboden screening vaak voor veel onrust zorgen en waarin de behandeling van afzonderlijke risicofactoren nog steeds gemeengoed lijkt. Aanpak door huisartsenpraktijken leidt mogelijk tot minder medicalisering, al kan ik dat niet cijfermatig onderbouwen.

TEN SLOTTE

Het is vooralsnog onduidelijk of het actief aanbieden van het PreventieConsult cardiovasculair risico door de huisarts effectief en doelmatig is. Informatie uit gerandomiseerd onderzoek is nodig voordat de hele beroepsgroep het PreventieConsult actief gaat aanbieden. Medisch-inhoudelijke argumenten moeten centraal staan bij het maken van die afweging en niet politieke of positionele argumenten. Praktijken die het PreventieConsult desondanks nu al breed willen aanbieden zouden in ieder geval de persoonlijke strategie moeten volgen, daarbij de gevalideerde scoringslijst van Nielen et al. moeten gebruiken en niet de afstandelijke internetapplicatie. Totdat de onderbouwing steviger wordt, kijk ik zelf de kat nog even uit de boom en beperk mij tot het beantwoorden van vragen die door patiënten worden gesteld, ook als zij al spontaan de risicotest hebben ingevuld. ■

LITERATUUR

1 Dekker JM, Alssema M, Janssen PGH, Van der Paardt M†, Festen CCS, Van Oosterhout MJW, et al. NHG-Standaard Het PreventieConsult Cardiometabool risico. www.nhg.org. Geraadpleegd in mei 2011.
2 Nielen MMJ, Van der Meer V, Assendelft WJJ, Schellevis FG. Eerste ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool risico. Huisarts Wet 2011;54:414-9.
3 NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. www.nhg.org. Geraadpleegd in juni 2011.
4 Van de Kerkhof RM, Godefrooij MB, Wouda PJ, Vening RA, Dinant GJ, Spigt MG. Cardiometabole risicofactoren opgespoord met preventieconsult. Ned Tijdschr Geneeskd 2010;154:A1860.

NHG-Verenigingsraad zoekt vier nieuwe leden (huisartsen)

Door het (statutair) aftreden van vier leden van de NHG-Verenigingsraad zijn wij op zoek naar nieuwe leden, huisartsen die:

- zich verbonden voelen met het Nederlands Huisartsen Genootschap;
- belangstelling hebben voor de inhoudelijke ontwikkeling van de beroepsgroep en daaraan een bijdrage willen leveren;
- zich actief willen inzetten voor een goed contact van het NHG met de leden;
- voor een groot deel van de tijd werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk;
- bij voorkeur werkzaam zijn in het zuidoosten van het land (Limburg, Noord-Brabant, Gelderland).

Vooral huisartsen met een allochtone achtergrond worden uitgenodigd om te solliciteren.
Bij de selectie van de Verenigingsraadsleden wordt namelijk gestreefd naar een zo goed mogelijke afspiegeling van de beroepsgroep. Hierbij spelen criteria als verdeling over het land (ook stad/platteland), het werkgebied (wetenschappelijk onderzoek, basisopleiding, beroepsopleiding, de nascholing, de 'gewone praktijk'), sekse, leeftijd en praktijkvorm een rol.

Wanneer u belangstelling heeft, kunt u tot 1 september 2011 een brief met uw motivatie en uw CV sturen aan de voorzitter van de NHG-Verenigingsraad, prof.dr. P.J.E. Bindels, p/a NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.

De Verenigingsraad van het Nederlands Huisartsen Genootschap geeft het inhoudelijke beleid van het NHG mede vorm. De Raad is begin 2004 van start gegaan, na de bestuurlijke vernieuwing van het NHG.
De Verenigingsraad van het NHG komt gemiddeld zesmaal per jaar bijeen en heeft als belangrijkste taak het gevraagd en ongevraagd adviseren van het NHG-bestuur over de hoofdlijnen van het te voeren inhoudelijk beleid. Daarnaast heeft de Raad instemmingsrecht bij de meerjarenbeleidplannen en jaarplannen van het NHG.
De leden van de Verenigingsraad worden door de Algemene Ledenvergadering van het NHG benoemd voor een periode van vier jaar. Deze termijn kan eventueel met opnieuw vier jaar worden verlengd. Momenteel bestaat de Raad uit 21 huisartsen.

Meer informatie over de NHG-Verenigingsraad - onder andere alle Adviezen die de Raad in de afgelopen jaren aan het NHG-bestuur heeft uitgebracht - kunt u vinden u op de webpagina's op de NHG-website: www.nhg.org (Het NHG > NHG-Verenigingsraad).

U kunt ook contact opnemen met de ambtelijk secretaris van de Raad, mevr. drs. A.H. Corpeleijn, tel. 030-2823500 of e-mail: a.corpeleijn@nhg.org.

bsl-h&w 11-08.indb 421 21-07-11 13:22

Bart Schweitzer, Nettie Blankenstein, Luc Deliens, Henriëtte van der Horst

ONDERZOEK

Overdrachten in de palliatieve zorg aan de huisartsenpost

Samenvatting

Schweitzer BPM, Blankenstein AH, Deliens L, Van der Horst HE. Overdrachten in de palliatieve zorg aan de huisartsenpost. Huisarts Wet 2011;54(8):422-6.

Doel De zorg buiten kantooruren is in Nederland gereorganiseerd, net als in Engeland en Denemarken. Huisartsen werken nu vanuit grootschalige huisartsenposten. Patiënten reageren in het algemeen positief, maar spreken soms ook hun bezorgdheid uit over de kwaliteit van zorg die patiënten in de palliatieve fase tijdens de diensten krijgen. In de palliatieve zorg is continuïteit van zorg van groot belang. Om die te garanderen is een adequate informatieoverdracht nodig. In dit onderzoek zijn we nagegaan hoe het op de huisartsenpost staat met de beschikbaarheid van informatie over patiënten in palliatieve zorg, wat de inhoud van die informatie is en welk effect informatieoverdracht over deze patiëntengroep heeft.

Methode We hebben een exploratief onderzoek gedaan naar alle telefoontjes met betrekking tot palliatieve zorg die huisartsen gedurende een jaar met de centrale huisartsenposten van Amsterdam hebben gevoerd.

Resultaten Het totale aantal telefoontjes over patiënten die palliatieve zorg nodig hadden betrof 0,75% van alle telefoontjes naar de huisartsenpost. De huisartsen droegen informatie over in 25% van deze telefoontjes, maar als het een patiënt uit een verzorgingshuis betrof ging het om 12%. Bij patiënten die terminaal ziek waren steeg het aantal informatieoverdrachten naar 29%. Meestal betrof de informatie medische gegevens. In meer dan 90% van de gevallen ging het om informatie over de diagnose en huidige problemen, 45% betrof informatie over de wensen van de patiënt en 30% ging over de psychosociale situatie van de patiënt. De waarnemer legde een visite af na 53% van de telefoontjes over patiënten in palliatieve zorg. Als huisartsen informatie hadden overgedragen, kregen minder patiënten een verwijzing naar het ziekenhuis.

Conclusie Huisartsen schrijven in veel gevallen geen overdracht over hun patiënten in palliatieve zorg ten behoeve van de huisartsenpost. Waarnemers die op de post werken moeten dus vaak palliatieve zorg verlenen in complexe situaties zonder dat ze adequate informatie tot hun beschikking hebben. Het is belangrijk om huisartsen aan te moedigen en te trainen om deze informatie voor de huisartsenposten beschikbaar te maken.

INLEIDING

De reorganisatie van de zorg buiten kantooruren in de vorm van de dienstenposten heeft invloed op de kwaliteit van de palliatieve zorg [**kader**].[1] Een groot deel van de palliatieve zorg vindt thuis plaats. Dat is vooral in het laatste levensjaar van een patiënt het geval. In veel Europese landen besteedt men bij de ontwikkeling van de palliatieve zorg dan ook veel aandacht aan de eerste lijn.[2] Nederlandse huisartsen vinden dat palliatieve zorg voor stervenden een belangrijk onderdeel is van de integrale, continue en persoonlijke zorg waar ze naar streven. Tot het jaar 2000 deed de eigen huisarts voor de meeste patiënten de palliatieve zorg ook buiten kantooruren. Zowel patiënten als huisartsen beschouwden deze situatie als een waardevol element in de palliatieve zorg.[3] De beschikbaarheid van de eigen huisarts is sterk veranderd na de komst van de huisartsenposten. Patiënten krijgen nu zorg van een dokter die ze niet kennen. Daarnaast worden diensten, in het bijzonder nachtdiensten, vaak gedaan door jonge huisartsen, die soms alleen werken als dienstdokter op een huisartsenpost.

De reorganisatie in Nederland volgde op soortgelijke veranderingen in de vroege jaren negentig in Engeland en Denemarken.[4,5] Patiënten in Engeland, Denemarken en Nederland zijn over het algemeen positief over de zorg die ze krijgen van de huisartsenposten, maar spreken soms ook hun bezorgdheid uit over de kwaliteit van zorg die patiënten in de palliatieve fase tijdens de diensten krijgen.[6,7]

Een Engels onderzoek naar de ervaringen van patiënten in palliatieve zorg en hun verzorgers liet zien welke barrières zij ondervinden als ze buiten kantooruren zorg nodig hebben. Deze ontstonden vooral door hun eigen onzekerheden en de inadequate reacties van de huisartsenposten, die voornamelijk zijn ingericht op acute medische zaken en minder op het tegemoetkomen aan de behoeften rond de palliatieve zorg.[8]

Wat is bekend?

- Sinds het ontstaan van de dienstenposten nemen waarnemende dokters ook een groot deel van de palliatieve zorg buiten kantooruren voor hun rekening.
- Continuïteit in de palliatieve zorg is belangrijk. Als de eigen huisarts niet zelf aanwezig kan zijn, is een adequate informatieoverdracht belangrijk.

Wat is nieuw?

- Slechts in 25% van alle palliatieve contacten is een overdracht aanwezig, die vooral bestaat uit gegevens over de diagnose en huidige problemen.
- De helft van de telefonische contacten over palliatieve zorg resulteert in een visite door de waarnemer.
- De aanwezigheid van een overdracht hangt samen met minder verwijzingen naar een ziekenhuis.

VUmc, EMGO+ Instituut, afdeling Huisartsgeneeskunde, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: B.P.M. Schweitzer, huisarts; dr. A.H. Blankenstein, huisarts; prof.dr. H.E. van der Horst, huisarts. VUmc EMGO+ Instituut, afdeling Sociale Geneeskunde: prof.dr. L. Deliens, medisch socioloog. Vrije Universiteit Brussel, Faculteit der Geneeskunde en Farmacie, Onderzoeksgroep Zorg rond het Levenseinde: prof.dr. L. Deliens, medisch socioloog. • Correspondentie: schweitz@tiscali.nl
• Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. • Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Schweitzer BPM, Blankenstein AH, Deliens L, Van der Horst HE. Out-of-hours palliative care provided by GP co-operatives: availability, content and effect of transferred information. BMC Palliative Care 2009;8:17. • Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

bsl-h&w 11-08.indb 422 21-07-11 13:22

Uit recent onderzoek onder Amsterdamse huisartsen die zijn aangesloten bij de huisartsenpost blijkt dat huisartsen ontevreden zijn over de kwaliteit van de informatie die zij tot hun beschikking hebben over patiënten die palliatieve zorg krijgen.[9]

Uit ander Engels onderzoek blijkt dat slechts weinig huisartsen routinematig informatie over hun patiënten in palliatieve zorg naar de huisartsenpost sturen. De introductie van een speciaal faxformulier resulteerde in een toename van de informatieoverdracht.[10,11]

Palliatieve zorg is vaak complex en vraagt om een deskundig beleid, dat is gebaseerd op goede informatie. Als continuïteit in persoon niet mogelijk is, is een adequate overdracht van informatie belangrijk om een goede kwaliteit van zorg te kunnen garanderen.[12] Een tekort aan informatie kan leiden tot minder adequate symptoomcontrole en een toename van het aantal onnodige ziekenhuisopnamen. Bovendien voelen patiënten en hun verzorgers zich dan onzeker en onvoldoende ondersteund.[13,14]

Huisartsen in Engeland zijn over het algemeen tevreden met de palliatieve zorg die de huisartsenposten leveren, maar dat geldt minder in de grote steden. Daar klagen huisartsen en wijkverpleegkundigen over de continuïteit van zorg, de kwaliteit van de adviezen, een afgenomen bereidheid om visites af te leggen en problemen bij het verkrijgen van medicatie.[15] Patiënten en hun verzorgers vinden het moeilijk om de huisartsenpost te bellen. De beslissing om te bellen wordt sterk beïnvloed door psychosociale factoren en inhoudelijk betreft het vooral fysieke problemen. Positieve ervaringen van patiënten en verzorgers zijn gerelateerd aan een goede organisatie bij de huisartsenpost, vooral met betrekking tot informatieoverdracht, en empathische reacties van assistentes en waarnemers.[10]

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de informatieoverdracht aan de huisartsenpost met betrekking tot patiënten in palliatieve zorg. Verder willen we nagaan welke invloed die informatie heeft op de zorg die de waarnemer levert.

We formuleerden de volgende onderzoeksvragen:

- In welk percentage van de contacten met de huisartsenpost met betrekking tot patiënten in palliatieve zorg beschikte de post over informatie van de eigen huisarts?
- Welke patiëntkenmerken zijn gerelateerd aan die informatieoverdracht?
- Wat is de inhoud van de overdrachten?
- Is er een relatie tussen de beschikbaarheid van informatie en de acties van de waarnemer?

Palliatieve zorg

Onder palliatieve zorg verstaan we zorg in de palliatieve fase van een ongeneeslijke ziekte, waarbij die fase de periode beslaat vanaf het moment dat genezing niet langer het doel van de behandeling is, tot aan het overlijden.16 Als men verwacht dat de patiënt op korte termijn (drie maanden of minder) overlijdt, spreekt men over palliatieve terminale zorg. Terminale zorg maakt dus onderdeel uit van de palliatieve zorg.

METHODE

Het onderzoek vond plaats in de regio Amsterdam. De Stichting HuisartsenDienstenposten Amsterdam (SHDA) beheert hier acht huisartsenposten waarbij alle 424 in de regio Amsterdam gevestigde huisartsen en ongeveer 800.000 inwoners zijn aangesloten. De meeste huisartsen werken zelf als waarnemer op de posten.

Het betreft een cross-sectioneel exploratief onderzoek. Gedurende een jaar hebben we met behulp van Callmanager, het gegevensbestand dat de SHDA gebruikt, alle contacten met de huisartsenposten in Amsterdam over patiënten in palliatieve zorg in kaart gebracht. Voor dit onderzoek gebruikten we alle eerste palliatieve patiëntencontacten tussen 1 november 2005 en 1 november 2006 met de Amsterdamse huisartsenposten.

Meetinstrumenten

Het aantal contacten en het soort (telefonisch consult, consult, visite) verkregen we uit het jaarverslag van de SHDA. We screenden de records van alle telefoontjes in het Callmanagergegevensbestand elektronisch en identificeerden telefoontjes over palliatieve zorg door te zoeken op de tekstwoorden: 'palliatief', 'terminaal', 'kanker', 'carcinoom', 'inoperabel', 'morfine' en 'fentanyl'. Dat leverde 2304 records op die een van de onderzoekers (BS) heeft nagekeken, waarbij hij 1263 records die geen palliatieve zorg betroffen heeft verwijderd. De sensitiviteit van deze methode beoordeelden we door de resultaten van deze elektronische screening te vergelijken met de resultaten die we verkregen door alle gegevens over de periode van een maand handmatig na te lopen. Daarbij keek de onderzoeker of hij uit de context van het gehele geregistreerde consult alsnog kon opmaken dat het een palliatief consult betrof. Hij vond geen nieuwe records betreffende palliatieve zorg, waarop we besloten niet het hele bestand handmatig na te lopen.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden haalden we de volgende gegevens uit de geselecteerde records:

- Vraag 1: de aan- of afwezigheid van overgedragen informatie.
- Vraag 2: patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht, verblijfplaats, de diagnose zoals gesteld door de waarnemer, en terminale fase, zoals beoordeeld door de waarnemer).
- Vraag 3: de inhoud van de overgedragen informatie (diagnose, prognose, medicatie, huidige problemen, zorgplan, kennis van de patiënt van de prognose, wensen van de patiënt, betrokken verzorgenden, eerdere contacten en beschikbaarheid van de eigen huisarts); uit een eerder onderzoek bleek dat waarnemers tevreden zijn met de kwaliteit van de overgedragen informatie als deze elementen aanwezig zijn.[9]
- Vraag 4: het soort contact met de waarnemer (telefonisch, consult, visite) en de zorg die de waarnemer leverde (medicatie voorschrijven, alleen advisering, verwijzing voor opname).

We analyseerden de gegevens met SPSS 15.0. Voor alle variabelen berekenden we frequenties. Om te bepalen of patiënten

bsl-h&w 11-08.indb 423 21-07-11 13:22

voor wie informatie van de eigen huisarts beschikbaar was verschilden van patiënten bij wie dat niet het geval was, gebruikten we chi-kwadraattoetsen voor de variabelen geslacht, verblijfplaats, ziektediagnose, al dan niet terminaal zijn, het soort contact en de door de waarnemer geleverde zorg.

We voerden een logistische regressieanalyse uit om de samenhang vast te stellen tussen verwijzing naar het ziekenhuis, leeftijd, verblijfplaats (thuis, verzorgingshuis), al dan niet terminaal zijn, wel of geen overdracht en de contactredenen (pijn, hart- en vaatklachten, buikklachten, longklachten, urinewegsymptomen, psychische klachten en overige klachten).

RESULTATEN

Gedurende de onderzoeksperiode namen patiënten of verzorgenden in totaal 137.828 keer telefonisch contact op met de huisartsenposten in Amsterdam. Het ging 1041 keer om een patiënt in palliatieve zorg, waarbij het 553 verschillende patiënten betrof. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 73,5 jaar. De waarnemers noteerden de diagnose kanker het meest als onderliggend lijden (76,5%). In 16,1% was het onderliggend lijden niet bekend. Van alle patiënten in palliatieve zorg die de waarnemers zagen voldeed 71,8% aan onze definitie van terminaal zieke [**tabel 1**].

Bij 141 patiënten was er informatie aan de huisartsenpost overgedragen (25,5%). Hier valt de groep patiënten boven de 90 jaar op. Bij hen was slechts in 10,5% een overdracht aanwezig. Voor patiënten in verzorgingshuizen was de overdracht ook laag (12,1%). Bij terminaal zieke patiënten vonden er in 29% van de gevallen overdrachten plaats. De inhoud van de overdracht bestond vooral uit 'harde' medische gegevens, terwijl informatie over de wensen van de patiënt en de context waarin de zorg plaatsvindt veel minder vaak een plaats in de overdracht kreeg [**tabel 2**].

De telefonische contacten over patiënten in palliatieve zorg vormden in de onderzoeksperiode 0,75% van alle telefonische contacten [**figuur**]. Deze contacten resulteerden vaker in een visite (53%) dan de overige contacten (13%). De aanwezigheid van een overdracht was niet bepalend voor de afhandeling (telefonisch advies of visite). Van de patiënten bij wie een overdracht had plaatsgevonden, kreeg 4,3% een verwijzing naar het ziekenhuis; als er geen overdracht was geweest, kreeg 15,1% een verwijzing. Bij gemiddeld 57,2% van de patiënten in palliatieve zorg schreef de waarnemer medicatie voor [**tabel 3**].

Verblijf thuis, pijn en hartklachten waren factoren die positief bijdroegen aan verwijzing naar het ziekenhuis. De aanwezigheid van een overdracht had hierop een negatieve invloed. De Nagelkerke R^2 voor dit model was 0,209, dat wil zeggen dat dit model bij benadering 21% van de variantie verklaart [**tabel 4**].

BESCHOUWING

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn dat de eigen huisarts in 25% van de contacten informatie had overgedragen en dat die overdracht meestal medische gegevens betrof. Voor de groep patiënten boven de 90 jaar vonden we slechts in 10,5% van de contacten een overdracht. De huisartsen droegen minder informatie over met betrekking tot de wensen van de patiënt en diens persoonlijke situatie. Bij patiënten in verzorgingshuizen vond maar in 12% van de contacten informatieoverdracht plaats. De meerderheid van alle contacten over patiënten met palliatieve zorg betrof terminale patiënten, en voor deze patiënten schreven de huisartsen in verhouding vaker overdrachten.

Tabel 1 Overdracht aan de huisartsenpost en patiëntkenmerken

Patiëntkenmerken	Geen overdracht		Wel overdracht		
	n = 412 (74,5%)	%	n = 141 (25,5%)	%	p
Geslacht					0,459
■ Man	216	52,4	79	56,0	
■ Vrouw	196	47,6	62	44,0	
Leeftijd (jaren)					0,220
■ < 60	79	19,2	30	21,2	
■ 60-70	78	18,9	34	24,1	
■ 71-80	108	26,2	29	20,6	
■ 81-90	96	23,3	42	29,8	
■ > 90	51	12,4	6	4,3	
Gemiddeld (sd)	73,5 (14,2)				
Verblijfplaats					0,002
■ Thuis	339	82,3	131	92,9	
■ Verzorgingshuis	73	17,7	10	7,1	
Diagnose					0,951
■ Kanker	298	72,3	125	88,7	
■ Hartfalen	16	3,9	5	3,5	
■ COPD	11	2,7	4	2,8	
■ Neurologisch	3	0,7	2	1,4	
■ Onbekend	84	20,4	5	3,5	
Terminaal?					0,003
■ Terminaal ziek	282	68,4	115	81,6	
■ Niet terminaal ziek	130	31,6	26	18,4	

Tabel 2 Inhoud van de overdracht van huisarts naar huisartsenpost

Inhoud overdracht (n = 141)	%*
Diagnose	97,2
Huidige problemen	90,1
Medicatie	84,4
Relevante beleidswijzigingen	72,3
Prognose	52,5
Wensen van de patiënt	44,7
Informatie over de verzorgers	41,8
Voorgaande contacten	41,8
Kennis van de patiënt over de diagnose	40,4
Andere betrokken professionals	39,0
Psychosociale context	30,5
Beschikbaarheid van de eigen huisarts	9,9

* Percentage overdrachten waarin de huisarts over dit item informatie verstrekte

bsl-h&w 11-08.indb 424 21-07-11 13:22

Als er een overdracht had plaatsgevonden kregen patiënten minder snel een verwijzing naar een ziekenhuis. Het aantal telefonische contacten over palliatieve patiënten bedroeg slechts 0,75% van het totaal van de telefonische contacten met de huisartsenpost.

Vergelijking met bestaande literatuur

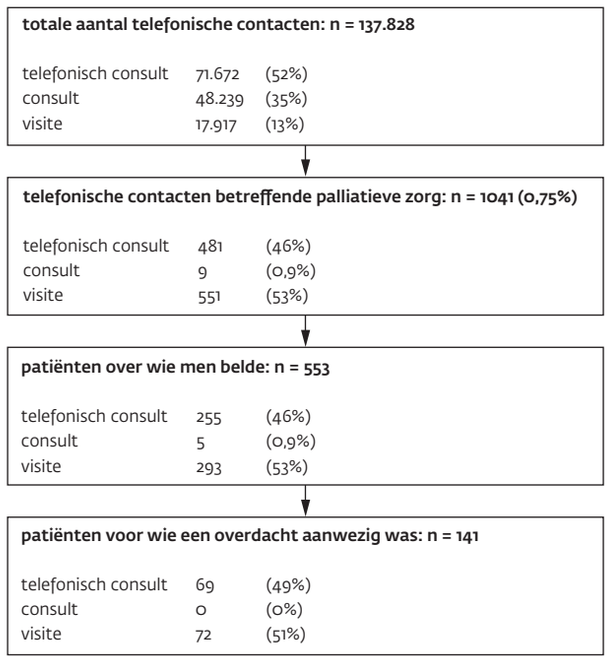
Hoewel huisartsen zich bewust zijn van het belang van informatieoverdracht stellen ze de huisartsenposten vaak niet op de hoogte van de problemen en behoeften van hun patiënten met palliatieve zorg.[17,18] Eerdere onderzoeken suggereren dat de continuïteit van zorg bedreigd wordt als er op de huisartsenpost onvoldoende informatie beschikbaar is.[10] Een speciaal faxformulier voor de overdracht van informatie voor huisartsen resulteerde in een toename van het aantal overdrachten.[11]

Huisartsen hebben het belang van een overdracht en de kwaliteit van de overgedragen informatie aan de hand van een webenquête beoordeeld.[9] Daarbij vonden ze informatie over de diagnose, het al dan niet terminaal zijn van de patiënt en de gebruikte medicatie belangrijk, naast informatie over de door de patiënt gewenste behandeling, veranderingen in het ziekteproces en de wensen van de patiënt met betrekking tot het levenseinde. Ze stelden ook informatie op prijs over de persoonlijke situatie van de patiënt.

Wij vonden dat er maar in 25% van alle palliatieve contacten een overdracht had plaatsgevonden en dat die overdracht vooral gegevens betrof over de diagnose en de huidige problemen. Andere gegevens troffen we veel minder aan, wat de bruikbaarheid van de overdracht niet erg groot maakt.

In een rapport uit Engeland over de relevantie van informatieoverdracht stelden de onderzoekers vast dat een tekort aan informatie ertoe kan leiden dat men de symptomen minder goed onder controle krijgt en dat er sprake is van een toename van onnodige verwijzingen naar het ziekenhuis.[13] Wij vonden dat huisartsen bij een bruikbare overdracht minder patiënten doorverwezen. Of deze ziekenhuisverwijzingen noodzakelijk waren of niet is een interessant onderwerp voor verder onderzoek.

Figuur Contacten over palliatieve zorg en de informatieoverdracht aan de huisartspost



Tabel 3 Overdracht aan de huisartsenpost en actie van de waarnemer

	Totaal		Geen overdracht		Wel overdracht		p
	n = 553	%	n = 412	74,5%	n = 141	25,5%	
Actie waarnemer							0,009
■ Advies zonder medicatie	164	29,7	120	29,1	44	31,2	
■ Medicatie voorgeschreven	316	57,1	227	55,1	89	63,1	
■ Verwijzing naar ziekenhuis	68	12,3	62	15,1	6	4,3	
■ Onbekend	5	0,9	3	0,7	2	1,4	

Tabel 4 Logistische regressie: determinanten van verwijzing naar het ziekenhuis

	OR Gecorrigeerd	95%-BI	Wald	p	OR Niet gecorrigeerd	95%-BI Niet gecorrigeerd
Verblijfplaats (huis versus verzorgingshuis)	1,984	0,514-7,659	0,988	0,320	4,204	1,289-13,716
Informatieoverdracht (ja versus nee)	0,258	0,106-0,628	8,925	0,003	0,252	0,107-0,598
Terminaal ziek (ja versus nee)	0,621	0,355-1,087	2,783	0,095	0,420	0,250-0,706
Leeftijdsgroep (jonger versus ouder)	0,798	0,627-1,016	3,343	0,067	0,683	0,553-0,842
Kanker (ja versus nee)	1,290	0,353-4,721	0,148	0,700	1,983	0,590-6,660
Pijn als RFE (ja versus nee)	0,480	0,235-0,978	4,087	0,043	0,377	0,197-0,772
Hartklachten als RFE (ja versus nee)	6,984	1,168-41,774	4,536	0,033	14,937	2,682-83,195
Maag-/darmklachten als RFE (ja versus nee)	1,627	0,804-3,294	1,829	0,176	2,646	1,406-4,980
Nagelkerke R^2 0,209						

RFE = reason for encounter, ofwel contactreden

bsl-h&w 11-08.indb 425 21-07-11 13:22

Dat er minder overdrachten plaatsvinden voor patiënten die in verzorgingshuizen wonen zouden we kunnen verklaren aan de hand van de opvatting van huisartsen, die vinden dat de zorg voor deze patiënten en de beschikbaarheid van informatie een verantwoordelijkheid is van het personeel van het verzorgingshuis. Van deze patiënten is ook vaak ter plekke een dossier aanwezig. Slechts weinig verzorgenden in een verzorgingshuis hebben voldoende training in de zorg met betrekking tot het levenseinde. Het is daarom belangrijk dat huisartsen bijdragen aan de continuïteit van zorg door informatie te verschaffen aan de huisartsenpost.[19]

Huisartsen dragen ook minder informatie over met betrekking tot de groep oudste patiënten. Dat kan komen doordat het vaak complexe problemen betreft die samenhangen met comorbiditeit. Maar ook hier is vaak een zorgmap aanwezig die de beschikbare medische informatie bevat.

Als men buiten kantooruren telefonisch contact zoekt voor een patiënt met palliatieve zorg, dan is deze patiënt vaak al terminaal. Dit pleit ervoor om op deze contacten sneller met een visite te reageren.

Sterke en zwakke punten

Een sterk punt is dat een onderzoek als dit in Nederland nog niet eerder is gedaan. Het geeft het beeld van alle eerste contacten met een huisartsenpost die betrekking hebben op palliatieve zorg, in een grootstedelijk gebied en gedurende een periode van een jaar. We hebben ook voor alle patiënten over wie was gebeld de beschikbaarheid van overdrachten onderzocht. Een beperking is dat we niet weten hoe vaak huisartsen een overdracht hebben geschreven voor een patiënt voor wie niet gebeld was. Het is dus mogelijk dat huisartsen meer overdrachten schrijven, maar dat die nooit gebruikt worden.

CONCLUSIE

Ondanks het belang van continuïteit van zorg in de terminale fase dragen huisartsen voor de meerderheid van hun patiënten in palliatieve zorg nauwelijks schriftelijke informatie over. Als ze het wel doen, is die informatie voornamelijk beperkt tot medische gegevens. Informatie over de persoonlijke situatie van de patiënt en over zijn wensen ontbreekt vaak.

Waarnemers bij de huisartsenpost zijn dus genoodzaakt palliatieve zorg te verlenen in complexe situaties zonder dat ze over adequate informatie over een patiënt beschikken. Ze zullen zich beter ondersteund voelen als deze informatie beschikbaar is. Mogelijk kunnen ze dan (onnodige) ziekenhuisopnamen vermijden.

Aanbevelingen

Huisartsenposten moeten een effectief informatieoverdrachtsysteem ontwikkelen en implementeren. Huisartsen dienen zich ervan bewust te zijn dat het mogelijk nadelig kan uitpakken voor hun patiënten in palliatieve zorg als ze informatie over de zorg niet overdragen. Daarom moeten ze leren om dit adequaat te doen.

Als het elektronisch patiëntendossier buiten kantooruren toegankelijk wordt, dan zou dit een overdracht moeten bevatten waarin voor waarnemers relevante informatie staat. Een toename van het aantal overdrachten door huisartsen aan de huisartsenpost zou de palliatieve zorg door de huisartsenposten kunnen verbeteren. ■

LITERATUUR

1 Giesen P, Mokkink H, Ophey G, Drijver R, Grol R, Van den Bosch W. Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de Centrale Huisartsenpost? Huisarts Wet 2005;48:207-10.
2 Janssens RJ, Ten Have HA. The concept of palliative care in The Netherlands. Palliat Med 2001;15:481-6.
3 Borgsteede S. Zorg in de laatste levensfase in de huisartsenpraktijk in Nederland [Proefschrift]. Amsterdam: VUmc/EMGO+ Instituut, 2006.
4 Hallam L. Primary medical care outside normal working hours: Review of published work. BMJ 1994;308:249-53.
5 Christensen MB, Olesen F. Out of hour service in Denmark: Evaluation five years after reform. BMJ 1998;316:1502-5.
6 Moll van Charante E, Giesen P, Mokkink H, Oort F, Grol R, Klazinga N, Bindels P. Patient satisfaction with large-scale out-of hours primary health care in The Netherlands: Development of a postal questionnaire. Fam Pract 2006;23:437-43.
7 Giesen P, Moll van Charante E, Janssens H, Mokkink H, Bindels P, Van den Bosch W, et al. Patients evaluate accessibility and nurse telephone consultations. Patient Educ Couns 2007;65:131-6.
8 Worth A, Boyd K, Kendall M, Heany D, Macleod U, Cormie P, Hockley J, et al. Out-of-hours palliative care: a qualitative study of cancer patients, carers and professionals. Br J Gen Pract 2006;56:6-13.
9 Schweitzer B, Blankenstein N, Willekens M, Terpstra E, Giesen P, Deliens L. GP's views on transfer of information about terminally ill patients to the out of hours co-operative. BMC Palliat Care 2009;8:19.
10 Barclay S, Rogers M, Todd C. Communication between GPs and cooperatives is poor for terminally ill patients. BMJ 1997;315:1235-6.
11 Munday D, Douglas A, Carroll D. GP out-of-hours cooperatives and the delivery of palliative care. Br J Gen Pract 1999;15:21-5.
12 Michiels E, Deschepper R, Bernheim J, Mortier F, Van der Kelen G, Van der Stichele R, et al. The role of general practitioners in continuity of care at the end of life. Pall Med 2007;21:409-15.
13 Thomas K. Out-of-hours palliative care in the community. London: Macmillan Cancer Relief; 2001:5-6.
14 King N, Bell D, Thomas K. An out-of-hours protocol for community palliative care: practitioners' perspectives. Int J Pall Nurs 2003;9:277-82.
15 Shipman C, Addington-Hall J, Barclay S, Briggs J, Cox I, Daniels L, et al. Providing palliative care in primary care: how satisfied are GPs and district nurses with current out-of-hours arrangements? Br J Gen Pract 2000;50:477-8.
16 Wanrooij BS, Koelewijn M (redactie). Palliatieve zorg. De dagelijkse praktijk van huisarts en verpleeghuisarts. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
17 Burt J, Barclay S, Marshall N, Shipman C, Stimson A, Young J. Continuity within primary palliative care: An audit of practice out-of-hours co-operative. J Public Health (Oxf) 2004;26:275-6.
18 Munday D, Dale J, Barnett M. Out-of-hours palliative care in the UK: perspectives from general practice and specialist services. J R Soc Med 2002;95:28-30.
19 Heals D. Development and implementation of a palliative care link-nurse programme in care homes. Int J Palliat Nurs 2008;12:604-9.

bsl-h&w 11-08.indb 426 21-07-11 13:22

In Memoriam Geert Bremer

Op 20 juni 2011 overleed Geert Bremer, oud-hoogleraar huisartsgeneeskunde te Groningen. Hij is 86 jaar geworden.

Van 1953 tot 1980 was Geert Jacob Bremer apotheekhoudend huisarts in Nieuwkoop. Hij promoveerde in 1964 op een proefschrift over het verwijzen in de huisartsenpraktijk. Daarin onderwierp hij zijn eigen verwijzingen aan een analyse. In 1970 werd hij benoemd tot lector huisartsgeneeskunde in Leiden en van 1980 tot zijn emeritaat in 1990 was hij hoogleraar huisartsgeneeskunde in Groningen.

Geert hoorde tot de groep actieve huisartsen die met de Woudschotenconferentie in 1964 het reveil van de huisarts en de huisartsgeneeskunde inzette en daarmee grote invloed heeft gehad op de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde en de gehele Nederlandse geneeskunde. De Woudschotenconferentie was een mannenbijeenkomst met alleen NHG-leden: allen huisdokters, geen specialisten, geen psychologen, geen buitenlanders, geen patiënten(verenigingen).

Begonnen als lid van de referatenclub met het publiceren van boekbesprekingen in *Huisarts en Wetenschap* werd hij in 1958 lid van de Redactiecommissie. Zijn eerste artikel ging over stambomen, zijn tweede over het werk van de huisarts dat hem na aan het hart lag. Hij was een huisarts met een missie: het wetenschappelijk opleiden van huisartsen en het op de kaart zetten van de huisartsgeneeskunde in de Faculteit der Geneeskunde.

Geert maakte jarenlang deel uit van de NHG-werkgroep Alphen aan den Rijn, een zeer productieve, kritische studiegroep die opbouwend met het vak huisartsgeneeskunde bezig was. Behalve een gedreven en door zijn patiënten geliefd huisarts was Geert ook een gewaardeerd opleider, wetenschapper en schrijver. Zijn leven lang streed hij voor een betere wetenschappelijke opleiding van huisartsen. En hij was een fervent pleitbezorger van bibliotherapie: lezen helpt genezen.

Als hoogleraar huisartsgeneeskunde in Groningen begon hij met het formuleren van onderwijsdoelstellingen, introduceerde het vierdejaarstentamen huisartsgeneeskunde en bereidde de deelname van huisartsen aan het artsexamen voor.

Tegelijkertijd stelde Geert de structuur van de vakgroep duidelijk vast met een organogram. Onder zijn leiding werden de verantwoordelijkheden van de vakgroep en universitaire huisartsenpraktijk geformuleerd en in reglementen vastgelegd. Die regelementen gaven hem houvast.

Daarnaast startte Geert het wetenschappelijk onderzoek. Zijn eerste stap was een artikel over mislukt onderzoek waarin hij onderzoek dat niet tot een goed einde was gebracht, en vooral onderzoek dat ongepubliceerd op de plank was blijven liggen, analyseerde om van te leren. Daarna formuleerde hij het onderzoeksbeleid en wijdde hij zich voornamelijk aan het onderzoek naar patiënten met een ernstige invaliderende kwaal, de beroerte.

Geert was gebrand op het publiceren van onderzoek. Om het promoveren van praktiserende huisartsen te stimuleren richtte hij de Geert Bremer Stichting op. Deze reikt tweejaarlijks de Telesphorusprijs uit aan de auteur van de beste dissertatie. De auteur moet praktiserend huisarts of in opleiding tot huisarts zijn. Zelf had hij bij zijn emeritaat 120 artikelen gepubliceerd en 10 promovendi begeleid. Na zijn emeritaat bleef hij geïnteresseerd en betrokken. In 2001 promoveerde hij voor de tweede maal, nu bij Mart van Lieburg en Betty Meyboom-de Jong, op het proefschrift *Hora est*, een onderzoek naar 400 proefschriften van praktiserende huisartsen uit de periode 1900-95.

Naast zijn wetenschappelijke publicaties schreef Geert belletrie: gedichten en boeken, vaak alleen, soms met anderen. *Indrukken van een medisch toerist*, *Een geschenk van de koning, verhalen van een huisarts* en *Wuiven naar de vijand* over zijn oorlogservaringen als te werk gestelde in Duitsland, waar hij tuberculose opliep. Na de oorlog moest hij een jaar kuren, volgens hem een leerzame ervaring voor een dokter. Met Wim Hazeu stelde hij een gedichtenbundel samen over ziek zijn – *Mijn dokter is een goede dokter, hij heeft mij niet zieker gemaakt*. Bij zijn afscheid als hoogleraar had hij voor elke medewerker een kwatrijn geschreven dat hij zelf voorlas. Ook schreef hij mee aan *De huisarts van toen*, gevolgd door een historisch overzicht over *De huisarts in het interbellum*. Juist voor zijn overlijden had hij een boek afgerond over het christus-medicusmotief.

Geert was medeoprichter van het Nederlands Omar Khayyám Genootschap, zat in een leesclub en verdiepte zich onder meer in religie en beeldende kunst. Schaken was zijn grootste hobby. Hij was erevoorzitter voor het leven van zijn schaakclub Capablanca.

Tijdens zijn carrière ontving Geert tweemaal een onderscheiding van het NHG: het insigne en de speld. Op 10 november 1973 ontving hij de NHG-insigne voor zijn bijdrage aan de ontwikkeling van *Huisarts en Wetenschap*. Hij schreef voor H&W tientallen artikelen met zeer uiteenlopende onderwerpen. In september 2000 kreeg hij de NHG-speld als waardering voor zijn gift van de 400 dissertaties die hij had geanalyseerd in zijn proefschrift. Het NHG heeft die waardevolle verzameling proefschriften in beheer gegeven aan de bibliotheek van het KNMG.

Geert Bremer heeft de huisartsgeneeskunde een grote dienst bewezen. Het NHG wenst de familie veel sterkte toe bij het verwerken van dit verlies. ■

Betty Meyboom-de Jong

bsl-h&w 11-08.indb 427 21-07-11 13:22

Lieke Hassink-Franke

BESCHOUWING

Greep op psychische klachten

Samenvatting

Hassink-Franke LJA. Greep op psychische klachten. Huisarts Wet 2011;54(8):428-31.

Psychische klachten komen veel voor. Veel patiënten geven de voorkeur aan psychologische begeleiding in de eigen huisartsenpraktijk en krijgen liever geen medicatie. Tegelijk hebben artsen in opleiding tot huisarts (aios) behoefte om meer psychologische gespreksvaardigheden te leren. *Problem-solving treatment* (PST) zou hiervoor een goede optie kunnen zijn. PST is een korte, psychologische behandeling (maximaal zes sessies van elk hoogstens 30 minuten) die patiënten leert hoe ze zelf stapsgewijs hun problemen in het dagelijks leven kunnen aanpakken. Ons onderzoek wees uit dat aios deze behandeling goed kunnen leren en deze ook zinvol vinden voor hun consultvoering. PST biedt een praktisch handvat bij de behandeling van patiënten met psychische klachten en bevat generieke vaardigheden, zoals het concretiseren van problemen en activeren van patiënten, die ook toepasbaar zijn bij andere consulten. Bovendien verbeterden de patiënten met psychische klachten die PST kregen meer dan de patiënten die gebruikelijke zorg ontvingen. Wij adviseren huisartsenopleidingen om aios problem-solving-vaardigheden te leren, zodat zij een praktisch instrument in handen krijgen voor de behandeling van patiënten met psychische klachten.

INLEIDING

Psychische klachten komen veel voor: ongeveer 1 op de 4 volwassen Nederlanders heeft klachten als somberheid, angst, stress, slapeloosheid, nervositeit en/of prikkelbaarheid.[1] Huisartsen rapporteren dat psychische problemen in 1 op de 5 consulten een rol spelen.[2] Prevalentiecijfers van psychische klachten in de eerste lijn variëren van 12 tot 33%, en deze cijfers nemen alleen maar toe, in alle lagen van de bevolking.[3,4] Het werkverzuim van mensen met deze klachten is vaak hoog en ze beïnvloeden de kwaliteit van leven veelal negatief. Daarnaast krijgen dergelijke klachten bij velen een chronisch of recidiverend karakter,[5] waardoor zij hun huisarts vaker bezoeken dan andere patiënten. Deze consulten duren bovendien langer dan andere consulten.[2] Daarmee vormen psychische klachten een substantieel deel van de dagelijkse werklast van een huisarts.

Het overgrote deel van de patiënten met psychische klachten krijgt een behandeling van hun eigen huisarts. Huisartsen schrijven vaak medicatie voor, meestal benzodiazepines en/of antidepressiva. Maar medicatie is niet altijd adequaat: ze is niet altijd geïndiceerd, heeft belangrijke bijwerkingen, de therapietrouw is laag, de effectiviteit van benzodiazepines is beperkt en de effectiviteit van antidepressiva is minder groot dan men vaak veronderstelt. Patiënten geven bovendien vaak de voorkeur aan niet-medicamenteuze behandelingen.[6,7] Nu passen de meeste huisartsen in hun behandeling wel enige vorm van 'praten' toe,[8] maar veel huisartsen (in opleiding) blijken behoefte te hebben aan een gestructureerdere manier om patiënten met psychische klachten niet-medicamenteus te behandelen.[9-11]

Problem-solving treatment (PST) kan een goede optie zijn. Dit is een korte, psychologische behandeling, die is afgeleid van cognitieve gedragstherapie en specifiek ontwikkeld is voor gebruik in de eerste lijn.[12] Het doel is om patiënten te leren hoe ze zelf stapsgewijs met problemen in hun dagelijks leven kunnen omgaan. De veronderstelling is dat klachten afnemen als patiënten (weer) meer controle over hun problemen krijgen. Als patiënten meer positieve ervaringen opdoen met betrekking tot hun eigen probleemoplossend vermogen, nemen hun zelfvertrouwen en hun gevoel van controle tijdens problematische situaties toe. Gedurende de behandeling heeft de patiënt een actieve rol, terwijl die van de behandelaar steeds kleiner wordt. PST bestaat uit zeven fasen [de **tabel** en de **casus**]. De behandeling telt vier tot zes sessies (van maximaal 30 minuten elk) in twee tot drie maanden tijd.

PST is effectief bij de behandeling van angst en depressie.[13-15] Daarnaast heeft deze behandelvorm positieve effecten bij onverklaarde lichamelijke klachten[16] en palliatieve zorg.[17] We onderzochten de effectiviteit van PST voor de behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk en de haalbaarheid van PST-training tijdens de huisartsenopleiding. Daarvoor hadden we vier redenen:

- de gebleken effectiviteit van PST bij een aantal aandoeningen;
- de behoefte die huisartsen in opleiding (aios) hebben aan een gestructureerde manier van gespreksvoering bij patiënten met psychische klachten;
- de behoefte bij patiënten aan een behandeling door middel van gesprekken;
- de geschiktheid van PST voor de eerste lijn.

De kern

- Zowel patiënten als huisartsen (in opleiding) hebben behoefte aan niet-medicamenteuze alternatieven bij de behandeling van psychische klachten.
- Huisartsen in opleiding vinden problem-solving treatment (PST) hiervoor een geschikt handvat vanwege het concrete en praktische karakter.
- PST omvat generieke vaardigheden die ook van pas komen tijdens andere consulten.
- Training in problem-solving-vaardigheden verdient een vaste plaats in de huisartsopleiding.

UMC St Radboud, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. L.J.A. Hassink-Franke, huisarts/onderzoeker. • Correspondentie: l.franke@elg.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

bsl-h&w 11-08.indb 428 21-07-11 13:22

Casus

Olivier is 38 jaar, getrouwd en heeft twee zoons (vijf en zeven jaar oud). Hij bezoekt mijn spreekuur vanwege somberheid, prikkelbaarheid en moeheid. Hij is inmiddels vier weken thuis van zijn werk, maar merkt nog geen verbetering. Hij werkt bij een groot postbedrijf waar ontslagen dreigen, wat de werksfeer heeft verslechterd. Ook Olivier vreest ontslag. Van zijn leidinggevende krijgt hij weinig steun – die dringt erop aan dat hij zijn werk hervat. Thuis hangt hij veel op de bank, hij sport niet meer en onderneemt nog maar nauwelijks sociale activiteiten. Dat mist hij overigens wel. Hij voelt zich inmiddels een slechte vader en zijn echtgenote ziet hij de laatste tijd weinig omdat zij veel tijd besteedt aan haar chronisch zieke, alleenstaande vader.

Tijdens de eerste sessie vraag ik hem welke van deze problemen hij als eerste wil aanpakken. Hij kiest de angst voor ontslag. We werken het probleem uit via de stappen van de problem-solving-methode en definiëren het als volgt: 'Ik ben bang om ontslagen te worden, omdat ik van mijn baas nooit hoor of hij wel tevreden over mijn werk is.' Het doel luidt: 'Tijdens de komende twee weken uitzoeken wat mijn baas nu eigenlijk van mijn werkzaamheden vindt.' De volgende oplossingen komen aan bod: 'Deze vraag via een e-mail stellen, hem een brief schrijven, hem bellen, een gesprek met hem aangaan. Dit samen met de P&O-functionaris of bedrijfsarts met hem bespreken.' Als huiswerk spreken we af: 'Samen met de bedrijfsarts een gesprek met mijn baas hebben. Dit gesprek voorbereiden door mijn vragen alvast op papier te zetten.'

De week erop heeft hij een gesprek met zijn baas, waarbij de bedrijfsarts ook aanwezig is. Het is een erg geruststellend gesprek, want zijn baas maakt duidelijk dat hij bijzonder tevreden over hem is en niet verwacht dat er voor hem ontslag zal dreigen. Dit lucht Olivier erg op, waardoor hij even weer wat energie krijgt.

Op dezelfde wijze werken we ook enkele andere problemen uit: hij gaat met zijn kinderen buiten weer eens een potje voetballen en hij organiseert een avondje uit met zijn vrouw.

Tabel De zeven fasen van problem-solving treatment

- Uitleg en rationale van de behandeling
- Probleemdefinitie
- Vaststellen van haalbare doelen
- Genereren van oplossingen
- Evaluatie en keuze van de oplossing
- Implementatie van de gekozen oplossing
- Evaluatie

Deze beschouwing gaat in op de vraag of PST een plaats verdient in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

EFFECTIVITEIT VAN PST BIJ PSYCHISCHE KLACHTEN

Cochrane-review

Door middel van een Cochrane-review beoordeelden we de effectiviteit van PST ten opzichte van gebruikelijke zorg, medicatie of andere psychologische behandelingen bij volwassen patiënten met psychische klachten in de huisartsenpraktijk. We includeerden 12 onderzoeken met in totaal 2261 patiënten. In het algemeen waren de effecten van PST niet significant beter dan die van gebruikelijke zorg, andere psychologische behandelingen, antidepressiva of een placebo. Voor patiënten met een depressieve stoornis bleek PST echter effectiever dan gebruikelijke zorg, een placebo of groepseducatie. Patiënten uit de PST-groep hadden een ruim tweemaal grotere kans op herstel en wonnen meer aan kwaliteit van leven.

Gecontroleerde trial

Beschrijving van het onderzoek

Daarnaast vergeleken we aan de hand van een gecontroleerde trial de effectiviteit van PST met die van gebruikelijke zorg voor patiënten met psychische klachten in de huisartsenpraktijk.[18] Zowel PST als gebruikelijke zorg werd door derdejaars aios gegeven (n = 81). Aios leverden gedurende het gehele onderzoek ofwel PST ofwel gebruikelijke zorg, afhankelijk van hun eigen voorkeur. We vroegen aios om ieder 4 tot 6 patiënten met psychische klachten in te sluiten. Onder 'psychische klachten' verstonden we alle klachten met betrekking tot somberheid, angst, stress, enzovoort, ongeacht of de patiënten voldeden aan de criteria voor de diverse DSM-IV- stoornissen. Het ging dus zowel om stoornissen als om 'sub threshold'-condities. We sloten patiënten in als zij gedurende het afgelopen half jaar a) driemaal of vaker met psychische klachten bij de huisarts waren geweest en als ze b) een score van 4 of hoger hadden op de General Health Questionnaire (een zelfrapportagelijst voor het meten van psychische klachten, die bestaat uit 12 items). Bij aanvang van het onderzoek en na 3 en 9 maanden vulden de deelnemende patiënten vragenlijsten in met vragen over depressie, angst en de kwaliteit van leven.

Achtendertig aios leverden PST en sloten 98 patiënten in; 43 aios leverden gebruikelijke zorg en sloten 104 patiënten in. Patiënten in de PST-groep ontvingen gemiddeld 4,3 PST-sessies (spreiding 1-7). De gemiddelde consultfrequentie naast deze sessies was 0,7 (spreiding 0-5). Patiënten die gebruikelijke zorg ontvingen hadden een gemiddelde consultfrequentie van 3,3 (spreiding 1-12). In de PST-groep kregen 3 patiënten

Abstract

Hassink-Franke LJA. Tackling mental health problems. Huisarts Wet 2011;54(8):428-31.

Mental health problems are common, and many patients prefer to receive psychological counselling rather than pills and medications from their general practitioner. Furthermore, trainee general practitioners need to acquire skills appropriate to a psychological consultation. Problem-solving treatment (PST) may be an option. PST is a short psychological intervention (maximally six sessions of maximally 30 minutes) during which the patient learns, in a step-wise fashion, to tackle daily problems. Our research shows that trainee GPs can master this intervention and find it relevant to their consultations. PST provides a practical basis for treating patients with mental health problems and encompasses generic skills, such as problem identification and patient activation, that are useful for other consultations. Moreover, patients with mental health problems who received PST showed a greater improvement than did patients who received care as usual. We recommend that training programmes for GP trainees should teach problem-solving skills, so that trainees have a practical method for helping patients with mental health problems.

bsl-h&w 11-08.indb 429 21-07-11 13:22

tijdens de behandeling een verwijzing naar een psychiater (n = 2) of maatschappelijk werk (n = 1). In de gebruikelijkezorggroep kregen 10 patiënten een verwijzing naar een psychiater (n = 3), maatschappelijk werk (n = 2) of een psycholoog (n = 5). Psychofarmacagebruik verschilde niet tussen beide groepen.

PST-patiënten verbeterden significant meer dan patiënten die gebruikelijke zorg ontvingen. PST-patiënten rapporteerden na 3 maanden significant minder symptomen van depressie en angst, en na 9 maanden significant minder angst en een betere kwaliteit van leven dan patiënten in de controlegroep. Meer PST-patiënten dan gebruikelijkezorgpatiënten herstelden van een somatoforme stoornis of een angststoornis. In tegenstelling tot de bevindingen van de Cochrane-review herstelden de PST-patiënten in onze trial niet significant vaker van een depressie dan gebruikelijkezorgpatiënten. Dit kan komen doordat bij een depressieve stoornis meer sessies en meer deskundigheid van PST nodig zijn dan de aios konden leveren.

Hoewel de resultaten van de trial erop wijzen dat PST door aios waarschijnlijk beter is voor patiënten met psychische klachten dan gebruikelijke zorg door aios, blijft het onduidelijk of we het positieve effect in dit onderzoek echt aan PST kunnen toeschrijven. De interne validiteit van de trial was namelijk beperkt door een selectiebias van aios. Aanvankelijk was het effectiviteitsonderzoek een gerandomiseerde trial waarbij we de aios at random over groepen verdeelden. Het bleek echter dat alleen aios die PST wilden uitvoeren patiënten includeerden, waardoor er te weinig patiënten werden ingesloten. Om toch een vergelijking te kunnen maken tussen PST en gebruikelijke zorg, kregen aios de keuze om ofwel PST, ofwel gebruikelijke zorg te leveren. Dit leidde tot een selectie van aios in de PST-groep. Mogelijk waren deze aios gemotiveerder om psychische klachten te behandelen dan hun collega's die gebruikelijke zorg leverden. Hierdoor kunnen de effecten van PST overschat zijn. Daarom weten we niet zeker of de positieve effecten het resultaat waren van specifieke PST-technieken of niet-specifieke effecten, omdat PST-aios misschien gemotiveerder waren of hun contacten met patiënten met psychische klachten dankzij PST beter gestalte konden geven.

Interpretatie

Dat wij wel gunstige effecten zagen van PST op de symptomen angst en depressie, terwijl uit de Cochrane-review geen positieve effecten van PST naar voren kwamen, komt waarschijnlijk doordat de controlegroepen in de onderzoeken van de review meestal gebruikelijke zorg door de eigen huisarts kregen. Zorg door de eigen huisarts is mogelijk vooral effectief dankzij het vertrouwen van de patiënt in de dokter en doordat de huisarts het gesprek beter afstemt op de patiënt omdat de huisarts de patiënt al kent. Factoren als hoop, troost, empathie, zorgzaamheid, betrokkenheid en de arts-patiëntrelatie spelen hierbij een belangrijke rol. Dergelijke behandeleffecten noemt men wel 'niet-specifieke' effecten. Dit in tegenstelling tot de 'specifieke' effecten van een behandeling. Een voorbeeld van die laatste is het resultaat van een technisch goed toegepaste PST.

Het effect van een psychologische behandeling is altijd de optelsom van specifieke en niet-specifieke effecten, waarbij de niet-specifieke factoren zwaarder wegen dan de specifieke.[19] Een technisch goed toegepaste behandeling door een voor de patiënt nieuwe therapeut zal mogelijk vooral effect hebben vanwege het specifieke element, terwijl behandeling door de huisarts vaak meer effect heeft door de niet-specifieke elementen. De gebruikelijke zorg door de eigen huisarts is in onderzoeken in de Cochrane-review misschien vrij effectief geweest dankzij de niet-specifieke effecten, met als gevolg dat het verschil met de PST kleiner (en niet-significant) werd. Bij ons onderzoek haalden de patiënten in de interventiegroep een gunstig resultaat omdat ze het positieve effect ondergingen van zowel PST als van de hen bekende dokter.

HAALBAARHEID VAN DE PST-TRAINING

In de Verenigde Staten bleek PST-training haalbaar tijdens de huisartsenopleiding.[20] Ook in Nederland is dat het geval, blijkens ons onderzoek.[21] Aios uitten zich bovendien positief over deze training:[22] in focusgroepinterviews gaven ze aan dat PST-training interessant en nuttig was. De training gaf hen een praktisch handvat ten behoeve van de behandeling van psychische klachten. Ze waardeerden het concretiserende en structurerende karakter ervan, evenals het aspect van empowerment voor de patiënt, waarbij men patiënten stimuleert om eigen oplossingen te bedenken en te implementeren in hun dagelijks leven, en patiënten zelf verantwoordelijk zijn voor hun oplossingen.

De aios vonden wel dat de uitvoering van PST te veel tijd kostte in de dagelijkse praktijkvoering en dat het toepassen van een psychologische behandeling niet tot de taken van een huisarts behoort. Ze zeiden allemaal dat ze *elementen* uit de behandeling zouden gaan toepassen. Hierbij noemden ze het concretiseren van problemen, het brainstormen over praktische oplossingen en het activeren van patiënten. Bovendien leek hen dit niet alleen nuttig voor consulten over psychische klachten, maar ook voor veel consulten die geen psychische klachten betreffen.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

PST in de huisartsenopleiding

Op basis van de resultaten van de trial en de Cochrane-review lijkt PST niet bijzonder effectief te zijn voor de behandeling van patiënten met psychische klachten, met uitzondering van een depressieve stoornis. Daarom adviseren we dan ook niet om PST breed te implementeren. Huisartsen (in opleiding) hebben echter wel behoefte aan een handvat aan de hand waarvan ze gesprekken met deze patiëntengroep kunnen vormgeven. Daartoe lijkt PST geschikt: deze benadering geeft aios het gewenste praktische houvast en PST-training is goed in te passen in de huisartsenopleiding. Bovendien geven aios aan dat ze de meer algemene vaardigheden uit de behandeling, zoals het concretiseren van problemen en oplossingen, het formuleren van haalbare doelen en het activeren van patienten, tijdens andere consulten willen inzetten. Dat biedt hen

bsl-h&w 11-08.indb 430 21-07-11 13:22

niet alleen houvast, maar is bovendien zinvol voor patiënten, want self-management-programma's waarvan problem-solving onderdeel uitmaakte bleken effectief bij bijvoorbeeld artrose, lagerugpijn en diabetes mellitus type 1.[23-25] Zolang er in de eerste lijn geen vergelijkbare andere behandeling beschikbaar is die zo kort en praktisch is, is het om deze redenen toch een goede optie om aios kennis te laten maken en te laten oefenen met problem-solving-vaardigheden. Dit zou aansluiten bij het NHG-Standpunt GGZ in de huisartsenzorg, dat het belang van het definiëren van problemen benadrukt, naast het bevorderen van het zelfoplossend vermogen van patiënten.[26] Het goed leren toepassen van een volledige behandeling PST kan een keuzemodule zijn binnen huisartsenopleidingen.

PST door huisartsen

In ons onderzoek hebben wij de effecten van PST door de *eigen* huisarts van de patiënt niet onderzocht. Dat aspect verdient eerst verder onderzoek voordat we Nederlandse huisartsen adviseren om PST toe te passen voor het brede scala aan psychische klachten. We veronderstellen dat de effecten van PST door huisartsen gunstiger zullen zijn dan die van PST door aios, vooral omdat huisartsen al een langer bestaande relatie met hun patiënten hebben, waardoor de eerdergenoemde niet-specifieke factoren een groter effect zullen hebben. De opvattingen over PST zijn bij huisartsen waarschijnlijk niet veel anders dan bij de aios in ons onderzoek, want in Australisch onderzoek bleken huisartsen dezelfde voor- en nadelen van het gebruik van PST te zien. Ze vonden PST erg nuttig en praktisch, en waren van mening dat het goed past bij de pragmatische benadering van veel huisartsen.[27] Ook zij vonden het zinvol – en lastig! – om de omslag te maken van het geven van advies naar het helpen van de patiënt om zelf een oplossing te vinden. Zij noemden als belangrijkste barrière de tijdsinvestering.

Een mogelijke oplossing is dat huisartsen, net zoals de aios suggereerden, alleen elementen van PST toepassen, zodat deze aangepaste aanpak in een dubbel consult past. Hoewel dit aantrekkelijk klinkt en er een officieel protocol voor *brief problem-solving* bestaat, zijn er nog geen gegevens over de effectiviteit hiervan bij psychische klachten.[28]

Ten slotte lijkt het erop dat PST ook goed door een POH-ggz uitgevoerd kan worden, want uit Brits onderzoek bleek dat verpleegkundigen PST bij een depressieve stoornis even effectief kunnen toepassen als huisartsen.[29] Onderzoek zal moeten uitwijzen wat de effecten van PST door een POH-ggz exact zijn, vooral als men daarmee ook het bredere scala aan psychische klachten wil bedienen dat zo kenmerkend is voor de huisartsenpraktijk. ■

LITERATUUR

1 Verhaak PF, Hoeymans N, Garssen AA, Westert GP. Mental health in the Dutch population and in general practice: 1987-2001. Br J Gen Pract 2005;55:770-5.
2 Zantinge EM, Verhaak PF, Kerssens JJ, Bensing JM. The workload of GPs: consultations of patients with psychological and somatic problems compared. Br J Gen Pract 2005;55:609-14.
3 Van Rijswijk E. Mental health problems in general practice – an explorative study on diagnosis and treatment [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud University Nijmegen Medical Centre; 2005.
4 King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. Br J Psychiatry 2008;192:362-7.
5 Van Weel-Baumgarten EM, Van den Bosch WJ, Van den Hoogen HJ, Zitman FG. The long-term perspective: a study of psychopathology and health status of patients with a history of depression more than 15 years after the first episode. Gen Hosp Psychiatry 2000;22:399-404.
6 Lowe B, Schulz U, Grafe K, Wilke S. Medical patients' attitudes toward emotional problems and their treatment. What do they really want? J Gen Intern Med 2006;21:39-45.
7 Fritzsche K, Armbruster U, Hartmann A, Wirsching M. Psychosocial primary care – what patients expect from their General Practitioners A cross-sectional trial. BMC Psychiatry 2002;2:5.
8 Robinson JW, Roter DL. Counseling by primary care physicians of patients who disclose psychosocial problems. J Fam Pract 1999;48:698-705.
9 Kerwick S, Jones R, Mann A, Goldberg D. Mental health care training priorities in general practice. Br J Gen Pract 1997;47:225-7.
10 Oopik P, Aluoja A, Kalda R, Maaroos HI. Family doctors' problems and motivating factors in management of depression. BMC Fam Pract 2006;7:64.
11 Ratcliffe J, Gask L, Creed F, Lewis B. Psychiatric training for family doctors: what do GP registrars want and can a brief course provide this? Med Educ 1999;33:434-8.
12 Mynors-Wallis L. Problem-solving treatment for anxiety and depression: A practical guide. Oxford University Press, 2005.
13 Mynors-Wallis LM, Gath DH, Lloyd-Thomas AR, Tomlinson D. Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. BMJ 1995;310:441-5.
14 Dowrick C, Dunn G, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS, Page H, Lehtinen V, et al. Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group. BMJ 2000;321:1450-4.
15 Mynors-Wallis L, Davies I, Gray A, Barbour F, Gath D. A randomised controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. Br J Psychiatry 1997;170:113-9.
16 Wilkinson P, Mynors-Wallis L. Problem-solving therapy in the treatment of unexplained physical symptoms in primary care: a preliminary study. J Psychosom Res 1994;38:591-8.
17 Wood BC, Mynors-Wallis LM. Problem-solving therapy in palliative care. Palliat Med 1997;11:49-54.
18 Hassink-Franke LJA, Van Weel-Baumgarten EM, Wierda E, Engelen MWM, Beek MM, Bor HHJ, et al. Effectiveness of problem-solving treatment by general practice registrars for patients with emotional symptoms. Accepted for publication. J Prim Health Care 2011 Sep.
19 Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. Psychotherapy 2001;38:357-61.
20 Hegel MT, Dietrich AJ, Seville JL, Jordan CB. Training residents in problem-solving treatment of depression: a pilot feasibility and impact study. Fam Med 2004;36:204-8.
21 Franke LJ, Van Weel-Baumgarten EM, Lucassen PL, Beek MM, Mynors-Wallis L, Van Weel C. Feasibility of training in problem-solving treatment for general practice registrars. Eur J Gen Pract 2007;13:243-5.
22 Hassink-Franke LJ, Olde Hartman TC, Beek MM, Van Weel C, Lucassen PL, Van Weel-Baumgarten EM. Problem-solving treatment in general practice residency: A focus group study of registrars' views. Patient Educ Couns 2010 Sep 8 [Epub ahead of print].
23 Van den Hout JH, Vlaeyen JW, Heuts PH, Zijlema JH, Wijnen JA. Secondary prevention of work-related disability in nonspecific low back pain: does problem-solving therapy help? A randomized clinical trial. Clin J Pain 2003;19:87-96.
24 Didjurgeit U, Kruse J, Schmitz N, Stuckenschneider P, Sawicki PT. A time-limited, problem-orientated psychotherapeutic intervention in Type 1 diabetic patients with complications: a randomized controlled trial. Diabet Med 2002;19:814-21.
25 Heuts PH, De Bie R, Drietelaar M, Aretz K, Hopman-Rock M, Bastiaenen CH, et al. Self-management in osteoarthritis of hip or knee: a randomized clinical trial in a primary healthcare setting. J Rheumatol 2005;32:543-9.
26 NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg. GGZ in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG/LHV, 2007.
27 Pierce D, Gunn J. GPs' use of problem solving therapy for depression: a qualitative study of barriers to and enablers of evidence based care. BMC Fam Pract 2007;8:24.
28 Van Weel-Baumgarten E, Jane-Llopis E, Mynors-Wallis L, Anderson P. Prevention of mental illness in primary care. The IMHPA manual and the general practitioners' role. Eur J Gen Pract 2005;11:92-3.
29 Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. BMJ 2000;320:26-30.

bsl-h&w 11-08.indb 431 21-07-11 13:22

Jan Derksen, Arie de Jong

BESCHOUWING

Het profiel van de eerstelijnspsycholoog na dertig jaar

Samenvatting

Derksen J, De Jong A. Het profiel van de eerstelijnspsycholoog na dertig jaar. Huisarts Wet 2011;54(8):432-5.

Nederland kent sinds het begin jaren van de tachtig het beroep van eerstelijnspsycholoog. Dit is een generalist die nauw samenwerkt met de huisarts en andere zorgverleners in de eerste lijn, en daarin onderscheidt hij zich van andere, meer specialistische ggz-werkers. De eerstelijnspsycholoog voert, vanuit een biopsychosociale optiek, korte psychologische interventies uit in een geografisch duidelijk afgebakende regio. Naast psychologische diagnostiek en *stepped care* zijn ook preventie en het bevorderen van gezondheid belangrijke aspecten van het werk. Een oriëntatie gericht op de gemeenschap en op empowerment staan centraal.

In deze bijdrage komen aan de orde: de geschiedenis van het beroep, de omvang van de hulpverlening, de verwijsmogelijkheden voor de huisarts en het profiel van de ideale eerstelijnspsycholoog.

OPKOMST PSYCHOLOGISCHE ZORG

Het idee om kortdurende psychologische hulp laagdrempelig aan te bieden in de leefomgeving van potentiële cliënten ontstond in Nederland aan het eind van de jaren zeventig. In deze jaren van economische recessie waren veel jonge psychologen, net klaar met hun doctoraal klinische psychologie, op zoek naar werk. Hun opvattingen droegen het stempel van de ronkende jaren zestig: psychologische hulp moest beschikbaar worden gemaakt voor het grote publiek en niet alleen voor de YAVIS-patiënten (jong, aantrekkelijk, verbaal, intelligent en succesvol), en zij wilden daaraan bijdragen door de drempels voor die hulp te slechten. Aangezien noch de ziekenfondsen, noch de particuliere verzekeraars psychologische hulp vergoedden, pasten deze jonge psychologen hun tarieven aan aan het inkomen van de cliënt. Dat was niet gebruikelijk in Nederland.

De opkomst van het beroep van eerstelijnspsycholoog (ELP) in Nederland ging gepaard met aanzienlijke publiciteit, en kreeg begin jaren tachtig zijn beslag.[1-3] De huisartsenpraktijken in stad en platteland hebben tegenwoordig een meer of minder intensieve samenwerkingsrelatie met een eerstelijnspsycholoog. Sinds 1 januari 2008 vergoedt de basisverzekering acht zittingen per kalenderjaar, met een eigen bijdrage van tien euro per zitting, en in aanvullende verzekeringen komen hier nog twee tot vier zittingen bij. Het Nederlandse model van psychologische hulpverlening in de eerste lijn is uniek in de wereld en kan als een groot succes worden beschouwd.[4,5]

UMC St Radboud, afdeling Klinische psychologie, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen: prof.dr. J.J.L. Derksen, eerstelijnspsycholoog en hoogleraar Klinische psychologie. Mr. A. de Jong, huisarts en gezondheidsjurist. • Correspondentie: jjlderksen@planet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

OMVANG PSYCHOLOGISCHE ZORG

Op dit moment staan in het kwalificatieregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) 1280 eerstelijnspsychologen ingeschreven. Ruim 1100 van hen zijn lid van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). De LVE draagt zorg voor de landelijke en regionale organisatie, regelt registratie, herregistratie, bijscholing en nascholing, en hanteert een kwaliteitsreglement. Volgens berekeningen van de LVE is er, uitgaande van de hulpvraag, behoefte aan één fulltime eerstelijnspsycholoog op 12.500 inwoners. In de komende jaren zal er een tekort ontstaan van ongeveer zevenhonderd eerstelijnspsychologen, want velen van hen werken parttime en het RIVM voorspelt een stijging van de hulpvraag van 10 tot 15% per jaar. Het netwerk van eerstelijnspsychologen is nu al niet helemaal dekkend, en doorgaans moeten zij samenwerken met te veel verschillende huisartsen.

Het aantal aanmeldingen bij eerstelijnspsychologen is in de afgelopen jaren sterk gegroeid. In 2006, 2007 en 2008 maakten respectievelijk 76.000, 84.000 en 90.000 Nederlanders gebruik van hun diensten.[6-8] Van de hulpzoekenden was 65% vrouw en 35% man, 9% jonger dan 21 jaar (kinderen komen nog weinig bij de ELP) en 5% ouder dan 70. Een kwart van de cliënten was laagopgeleid (basisonderwijs of vmbo). Steeds meer cliënten – tegenwoordig bijna 30% – melden zich rechtstreeks bij de eerstelijnspsycholoog. Het aandeel verwijzingen door de huisarts daalde van 77% in 2002 tot thans ongeveer 60%, en 10% komt via andere verwijzers zoals bedrijfsartsen. Negentig procent van de cliënten komt voor het eerst op consult, voor 10% is het een heraanmelding.

Gemiddeld duurt de behandeling negentien weken. Ruim 70% van de cliënten wordt in maximaal acht, 90% in maximaal twaalf zittingen behandeld. Voor 71% van de cliënten kan men spreken van een reguliere beëindiging van de behandeling, 12% wordt naar de tweedelijnszorg verwezen en het drop-outpercentage is (ruim) 17%.

De kern

- Het beroep van eerstelijnspsycholoog, dat in Nederland in de jaren tachtig is ingevoerd, is uniek in de wereld.
- Nederland telt momenteel ongeveer 1300 geregistreerde eerstelijnspsychologen, wat te weinig is voor uniforme landelijke dekking. Er is een tekort van ongeveer 700 fte, want de behoefte aan laagdrempelige psychologische hulp is stijgende.
- Verwijzingen door de huisarts hebben een steeds geringer aandeel in de clientèle van eerstelijnspsychologen. Eenderde van de cliënten komt uit zichzelf op een consult.
- De werkwijze, attitude en praktijkvoering van de thans werkzame eerstelijnspsychologen zijn zeer divers. Het zou wenselijk zijn een uniform beroepsprofiel op te stellen dat de eerstelijnspsycholoog volledig integreert in de eerste lijn. Zo kan laagdrempelige, goed bereikbare en betaalbare psychologische hulp voor eenieder gerealiseerd worden.

bsl-h&w 11-08.indb 432 21-07-11 13:22

Van de volwassen cliënten had de helft van de klachten betrekking op een stemmings-, angst- of aanpassingsstoornis. Van de kinderen en jongeren had een belangrijk deel ook gedragstoornissen.[8]

VERWIJZING DOOR DE HUISARTS

Door de jaren heen zijn er diverse al dan niet lokale richtlijnen voor samenwerking en verwijscriteria verschenen, vaak gericht op een bepaalde aandoening of diagnose. De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) voor Angststoornissen en voor de Depressieve stoornis zijn hiervan voorbeelden.[9,10] Vanuit de tweede lijn zijn er bewegingen gemaakt naar de eerste lijn, bijvoorbeeld door ggz-medewerkers in de huisartsenpraktijk te plaatsen (GGZ op afroep, POH GGZ) voor het doen van intakegesprekken, kortdurende behandelingen dan wel doorverwijzingen bij zwaardere problematiek.

Voor de huisarts is het van belang dat hij een goed triage-instrument ter beschikking heeft om te kunnen beoordelen of hij de problematiek in de eigen praktijk kan (en wil) behandelen, dan wel moet doorverwijzen binnen de eerste of naar de tweede lijn. In de regio Midden-Brabant is in 2006 een transmurale regionale Richtlijn Stemmingsstoornissen verschenen die behandel-en-verwijsalgoritmen bevat voor depressieve episode bij volwassenen en ouderen, depressieve episode bij kinderen en jeugdigen, dysthyme stoornis en bipolaire stoornis. Dit algoritme bevat de diagnostische criteria, de aanvullende onderzoeken, de overlegmomenten en de verwijscriteria naar eerste of tweede lijn.

Een ander belangrijk facet is de bekendheid van de huisarts met de eerstelijnspsycholoog. Ggz-instellingen hebben een dusdanige omvang dat de huisarts niet meer weet bij welke behandelaar de patiënt terechtkomt, maar voor de eerstelijnspsycholoog geldt dat niet. De huisarts kent diens persoonlijkheid en de extra's die naast het basispakket in huis zijn, en kan die ten volle benutten.

In zijn algemeenheid kan men voor verwijzing naar de eerstelijnspsycholoog een aantal criteria aanhouden. Met name duur, ernst en aard van de klachten zijn daarbij belangrijk. Ernstige problematiek moet meestal naar de tweede lijn verwezen worden; lichte problematiek kan de huisarts ook zelf begeleiden. Psychische klachten zijn vaak verweven met lichamelijke klachten, waarvoor de huisarts een behandeling instelt of, zoals bij rug-, nek- en schouderklachten maar ook bij hyperventilatieklachten, de fysiotherapeut erbij betrekt. De huisarts wacht dan vaak het resultaat van de behandeling en het natuurlijke beloop af. Verbeteren de problemen na verloop van tijd niet of worden ze ernstiger, dan komt de eerstelijnspsycholoog in beeld.

Ook vanuit het perspectief van de psycholoog zijn duur, ernst en aard van de problematiek de belangrijkste criteria voor verwijzing.[11]

Duur

Het lijkt zinvol om verwijzing te beperken tot klachten die minder dan een half jaar bestaan. Dit betekent in veel gevallen dat de symptomen recent zijn opgetreden en dus niet sterk zijn ingeslepen in het gedrag.

Ernst

Het moet gaan om mensen die hun moeilijkheden nog in een ambulante setting kunnen hanteren en dus niet geheel overspoeld worden en korte of langere tijd moeten worden opgenomen. Op de DSM-schaal voor *global assessment of functioning* (GAF) moeten deze cliënten hoger dan 50 scoren.[12] Een GAF-score lager dan 50 houdt in dat iemand ernstige symptomen heeft, bijvoorbeeld suïcidaal is, ernstige dwangrituelen kent of veelvuldig winkeldiefstallen pleegt. Het sociaal functioneren en het functioneren in het beroep of op school zijn bij een GAF-score onder de 50 ernstig verstoord.

Aard

Verwijzing is zinvol bij stemmingsstoornissen, angststoornissen, somatoforme stoornissen en aanpassingsstoornissen. Ook as II van de DSM, persoonlijkheidsstoornissen, is van belang voor een eventuele verwijzing. Trekken van een persoonlijkheidsstoornis mogen wel een rol spelen, maar bij een duidelijk te classificeren persoonlijkheidsstoornis is verwijzing naar de tweede lijn zinvoller. Wanneer de patiënt een stoornis heeft die niet met behulp van de DSM te classificeren is, kan het zinvol zijn ook te denken aan verwijzing naar het algemeen maatschappelijk werk.

Verwijzing naar een psychiater is vooral geïndiceerd bij cliënten met een psychotische stoornis, zoals een depressie met psychotische trekken, een bipolaire (manisch-depressieve) stoornis of een korte psychotische reactie. Datzelfde geldt bij combinatieproblematiek, waarbij ernstige lichamelijke en psychische problemen samengaan.

Indien de huisarts twijfels heeft over de diagnostiek kan de eerstelijnspsycholoog de psychologische diagnostiek preciseren.

Abstract

Derksen J, De Jong A. Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years later. Huisarts Wet 2011;54(8):432-5.

Primary care psychology has been recognized as a profession in the Netherlands since the early 1980s. The primary care psychologist is a generalist who works in close cooperation with general practitioners and other primary care professionals, but is different from other, more specialized mental health professionals. He or she provides services for a clearly delimited geographic region and is responsible for the provision of short-term psychological interventions from a biopsychosocial perspective. In addition to psychological assessment and the provision of stepped care, prevention and health promotion, with a focus on community and empowerment, are important aspects of the primary care psychologist's work. This article, the first of two, covers the history of the profession, general practitioners' referral possibilities, and the profile of a primary care psychologist. The second article will deal with the costs, effectiveness, and content of the primary care psychologist's activities and duties, and with the new training programme.

bsl-h&w 11-08.indb 433 21-07-11 13:22

Foto: Shutterstock/Knorre

GENERALISTEN

Aanvankelijk had de Nederlandse overheid bezwaren tegen de komst van de eerstelijnspsycholoog, omdat zij gewend was psychologen als specialisten te zien, en specialisten horen niet thuis in de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit veranderde na de ontwikkeling van een opleidingsprogramma voor de gz-psycholoog. Deze wordt per slot opgeleid tot generalist en niet, zoals de klinisch psycholoog, tot specialist. In de gezondheidszorg speelt het contrast tussen specialistische en generalistische zorg een belangrijke rol.[13] Wat is dat verschil?

Generalisten diagnosticeren anders dan specialisten. Contextuele informatie speelt voor de eerstelijnspsycholoog een grotere rol dan voor de klinisch psycholoog. Is voor de laatstgenoemde vooral de interne dynamiek van een aandoening van belang (de exacte componenten van een depressieve stoornis, de specifieke kenmerken van een paniekaanval, de precieze kwetsbaarheden bij iemand met een persoonlijkheidsstoornis), voor de generalist moet het diagnostisch proces juist grondig genoeg zijn om vast te stellen of men kan volstaan met generalistische hulp of moet verwijzen naar een specialist. Dit is niet simpelweg een kwestie van ernst: een probleem kan heel ernstig zijn maar de beste oplossing kan evengoed een korte systematische interventie zijn.

In de visie van de LVE is de psychologisch generalist – de eerstelijnspsycholoog – in de toekomst de poortwachter van de psychologische zorg en is de specialist meer gericht op het opheffen van de symptomen. De specialist zal bepaalde symptomen preciezer onderzoeken met toegespitste testtechnieken, waar de generalist vanaf het begin ook de gezonde aspecten van de cliënt en diens systeem zal betrekken in het proces van diagnostiek en interventie. De generalist zal in korte tijd een diagnostische werkhypothese opstellen en deze toetsen met behulp van psychologische interventies die gericht zijn op herstel van het functioneren – en niet, zoals specialistische interventies, op verandering van persoonlijkheidspatronen. De eerstelijnspsycholoog past kortdurende interventies toe en zorgt daarbij voor constante evaluatie en feedback,[14] zoals beschreven in de *stepped care*-strategie, maar hij houdt uiteraard niet rigide vast aan de *stepped care*-methodiek wanneer blijkt dat uitgebreidere diagnostiek zinvol is.[15]

CONTEXTUEEL WERKEN

De eerstelijnscontext staat centraal in de werkwijze van de eerstelijnspsycholoog. Deze verschilt daarin van de vrijgevestigd psychotherapeut, die een bepaalde methodiek centraal stelt en niet een bepaalde regio. In de eerste lijn gaat men uit van het geïntegreerde biopsychosociale model van gezondheid en ziekte, met specifieke aandacht voor gezondheidsbevordering, ziektepreventie en curatie.[16] Gezondheid staat daarin niet slechts gelijk aan de afwezigheid van ziekte, maar ook aan een goede kwaliteit van leven en sterke interpersoonlijke relaties. In dit perspectief vormen gezondheidsbevordering, diagnose en behandeling een continuüm. De eerstelijnspsycholoog zorgt idealiter dat de specifieke diensten worden afgestemd op de behoeften in de gemeenschap en zorgt dat hij duidelijk zichtbaar is in deze gemeenschap.[17]

Het werk van de psycholoog moet worden geïntegreerd in de eerste lijn.[18,19] Om het biopsychosociale model te kunnen waarmaken is samenwerking met de huisarts en het algemeen maatschappelijk werk noodzakelijk, maar niet voldoende. Integratie betekent ook dat de zorgverleners in de eerste lijn hun werk op elkaar afstemmen: de psycholoog begint niet opnieuw nadat de huisarts heeft verwezen, maar bouwt voort op diens interventies. Idealiter komen zij tot een gezamenlijk beleid voor de individuele cliënt, waarin de eerstelijnspsycholoog rekening houdt met de werkwijze van de huisarts, de wijkverpleging, de fysiotherapie en het algemeen maatschappelijk werk. Als men elkaar over en weer snel weet te vinden, is het mogelijk snel en effectief te handelen en de bureaucratische procedures die grotere instellingen kenmerken

bsl-h&w 11-08.indb 434 21-07-11 13:22

te vermijden. Met deze aanpak, op basis van evidence-based interventies, kunnen somatisering en psychologisering van klachten worden vermeden en duurt de behandeling doorgaans veel korter.

Integratie in de eerste lijn betekent voorts dat de eerstelijnspsycholoog zijn werkzaamheden beperkt tot één verzorgingsgebied, doorgaans één of enkele hagro's, waarin hij in principe verantwoordelijk is voor alle eerstelijns psychologische zorg (soms werken meerdere eerstelijnspsychologen in dezelfde regio, dan kunnen de cliënt en de huisarts kiezen). Die verantwoordelijkheid houdt ook in dat cliënten na verwijzing naar de tweede of derde lijn weer naar de eerstelijnspsycholoog terugkeren voor nabehandeling. (Tweede- en derdelijnshulpverleners zien dit laatste aspect regelmatig over het hoofd en lichten na de behandeling alleen de huisarts in; hier is nog veel voorlichting en zelfs opvoeding nodig.) Op die manier ontstaan er geen wachtlijsten – die passen niet in de eerste lijn – en blijven de bereikbaarheid en beschikbaarheid van psychologische zorg optimaal. De gebiedsbeperking biedt de mogelijkheid om te investeren in vaste samenwerkingsrelaties.

De eerstelijnspsycholoog is laagdrempelig, gedurende kantoortijden goed bereikbaar en, in bepaalde fasen van een interventie, zo nodig ook buiten kantoortijden bereikbaar. De werktijden horen zo flexibel te zijn dat ook cliënten die niet binnen kantoortijden kunnen komen toch hulp kunnen krijgen. Een inkomensafhankelijke korting op de tarieven kan een manier zijn om psychologische hulp in de regio bereikbaar te houden: in de periode tot 2008 bleek er voor in elk geval een groot deel van de cliëntenpopulatie een financiële drempel te bestaan om psychologiche hulp te zoeken.

De eerstelijnspsycholoog is zich, net als andere eerstelijnswerkers, er goed van bewust dat een teveel aan aandacht kan leiden tot psychologisering of medicalisering van klachten. De attitude van de eerstelijnspsycholoog is gericht op bevordering van de gezondheid en op, in modern jargon, *empowerment*: vermindering van stress en verbetering van de moraal. In vergelijking met de psychologische interventies in centra voor verslavingszorg of andere ggz-instellingen zijn de interventies van de eerstelijnspsycholoog vaak slechts minimaal.

HET PROFIEL IN DE PRAKTIJK

Wij hebben in het bovenstaande een ideaalbeeld geschetst zoals de LVE en wijzelf het graag zouden zien. De werkelijke situatie is momenteel nog zeer divers: er zijn eerstelijnspsychologen die zich vooral toeleggen op volwassenen, er zijn er die uitsluitend cognitieve gedragstherapie beoefenen en ook als zodanig zijn geregistreerd en gespecialiseerd, en weer anderen leggen zich vooral toe op de behandeling van angststoornissen. Bij veelvoorkomende problemen in de eerste lijn, zoals obesitas, diabetes en chronische pijn, ontbreken nog te vaak psychologische interventies gericht op gezondheid en leefstijl. Een ander voorbeeld: 88% van de door eerstelijnspsychologen gegeven consulten is individueel, terwijl de systemische benadering, waarbij men ook andere gezinsleden in de behandeling betrekt, bij uitstek in de eerste lijn zou passen.[8]

Andere Europese landen zoals België en Duitsland hebben geprobeerd om met een soortgelijke aanpak psychologische hulp in de eerste lijn te realiseren, maar zij hebben nog een grote achterstand ten opzichte van Nederland. In Groot-Brittannië hebben zorgorganisaties zelf in de jaren zeventig en tachtig klinisch psychologen ingeschakeld in de eerste lijn en veel onderzoek gedaan. In de Verenigde Staten is de laatste jaren een beweging waarneembaar in de richting van eerstelijns psychologische hulp door kleinschalige particuliere praktijken.[19]

De eerstelijns psychologische zorg is in Nederland inmiddels een stabiele factor geworden. De financiering is solide, er zijn twee beroepsorganisaties (NIP en LVE), er is registratie, nascholing, herregistratie en een kwaliteitsreglement. De marktwerking in de zorg heeft nieuwe uitdagingen gebracht; veel tweedelijnsinstellingen bewegen zich ook richting eerste lijn. Voor huisartsen wordt het daardoor soms lastig om onderscheid te maken in het aanbod. Het profiel van de eerstelijnspsycholoog, met zijn nadruk op context en generalisme, is daarbij van groot belang, want het sluit qua visie en werkwijze sterk aan bij de persoonlijke, continue en integrale zorg die de huisarts biedt. ■

LITERATUUR

1 Derksen J. Psychologische hulp in de eerste lijn. Baarn: Nelissen,1982.
2 Derksen J. Clinical psychologists in the primary health care system in the Netherlands. Am Psychol 1986;41:313-4.
3 Derksen J (redactie). De samenwerking tussen psycholoog en huisarts. Lisse: Swets Publishing Service, 1987.
4 Lamers E, Bosch F, Hinderink L, Verschuren C (redactie). Handboek psychologie in de eerste lijn. Kortdurende behandeling van veel voorkomende problemen. Amsterdam: Harcourt Assessment, 2006.
5 Derksen J. Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years of experience. Prof Psychol Res Pr 2009;40:493-501.
6 Jaarbericht Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. Amsterdam: LVE, 2007.
7 Jaarbericht Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. Amsterdam: LVE, 2008.
8 Jaarbericht Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. Amsterdam: LVE, 2009.
9 Vriezen JA, Lamers ETT, Faber E, Van Heest FB, Kroon M, Lagerberg JM, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Angststoornissen. Huisarts Wet 2007;50:S1-4.
10 Romeijnders ACM, Lamers ETT, Vriezen JA, Van Grunsven MJF, Kroon M, Lagerberg JM, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Depressieve stoornis. Huisarts Wet 2006;49:209-12.
11 Derksen J. De eerstelijnspsycholoog in relatie tot het RIAGG en het AMW: Een voorstel tot taakafbakening. De Psycholoog 1989;1:31-6.
12 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, text revision. Washington (DC): APA, 2000.
13 Hutschemaekers G, Boechorst F, Derksen J. Experts in soorten en maten, novicen, generalisten en specialisten in de GGZ. MGv, submitted 2010.
14 Lambert M. Emerging methods for providing clinicians with timely feedback on treatment effectiveness. An introduction. J Clin Psychol 2004;61:141-4.
15 Tiemens B, Hutschemaeckers G, Kaasenbrood A. Stepped care as decision model – more than just stepwise interventions. MGv 2006;59:916-30.
16 Borrel-Carrió F, Suchman A, Epstein R. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. Ann Fam Med 2004;2:576-82.
17 Black M, Nabors L. Behavioral and developmental problems of children in primary care: opportunities for psychologists. In: Frank R, McDaniel S, Bray J, Helding M (editors). Primary care psychology. New York: American Psychological Association, 2003.
18 Cummings N, O'Donohue W, Cummings J. The financial dimension of integrated behaviotal/primary care. J Clin Psychol Med Settings 2009;16:31-9.
19 Phelps R, Reed G. The integration and consolidation of health care: Implications for psychology in primary practice. In: Frank R, McDaniel S, Bray J, Helding M, editors. Primary care psychology. New York: American Psychological Association, 2003.

bsl-h&w 11-08.indb 435 21-07-11 13:22

Hans Uijen

BESCHOUWING

Behandeling van astma bij kinderen

Samenvatting

Uijen H. Behandeling van astma bij kinderen. Huisarts Wet 2011;54(8): 436-8.

De richtlijnen bevelen ter behandeling van kinderen met astma het gebruik van bronchusverwijders en corticosteroïden aan. In het algemeen volgen Nederlandse huisartsen de aanbevelingen trouw, al zijn zij nogal behoudend met het voorschrijven van medicijnen, met name corticosteroïden.

Aan de inhalatietechniek en de therapietrouw van de patiënten valt nog veel te verbeteren. Meegeven van schriftelijke uitleg en meer betrekken van de ouders bij de inhalatie-instructie zouden hier uitkomst kunnen bieden.

De laatste decennia zijn er wereldwijd richtlijnen voor de behandeling van astma bij kinderen opgesteld.[1,2] Beneden de leeftijd van 6 jaar is het niet mogelijk de diagnose astma met zekerheid te stellen.[3,4] Daarom maken de meeste richtlijnen een onderscheid tussen astmatherapie voor kinderen jonger en ouder dan 6 jaar.

Door de ontwikkelingen in de medicijnen voor astma zijn de voorschrijfpatronen door de huisarts in de loop der jaren veranderd. De richtlijnen kennen een belangrijke rol toe aan bronchusverwijders en corticosteroïden.[1,2] Die laatste dienen vooral om het astma onder controle te krijgen en te houden, en moeten tijdig worden voorgeschreven. De richtlijnen raden het voorschrijven van antibiotica, cromonen en mucolytica aan kinderen met astma niet aan.[5-8]

Als toedieningsvorm heeft inhalatietherapie de voorkeur, omdat dan de actieve stof direct in de luchtwegen terechtkomt.[9] Om een goede medicijndepositie in de longen te bereiken is een juiste inhalatietechniek nodig.[9] Belangrijk is ook dat de patiënt trouw het voorschrift van de arts volgt. Het is bekend dat de compliance bij inhalatietherapie verre van goed is.[10-12]

In mijn proefschrift *Luchtwegaandoeningen bij kinderen: Onderzoek in de huisartspraktijk* heb ik geprobeerd de behandeling van kinderen met astma in de huisartsenpraktijk inzichtelijk te maken en aanknopingspunten gezocht om die waar mogelijk te verbeteren.[13-15] Wij onderzochten onder andere de voorschrijfpatronen om mogelijke verbeterpunten op te sporen. Daarvoor gebruikten wij de gegevens van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2), die het NIVEL in 2001 uitvoerde in 104 praktijken.[16] Daarnaast vroegen we in vijf huisartsenpraktijken aan Nederlandse kinderen tot 12 jaar en hun ouders in hoeverre zij op de hoogte waren van de correcte uitvoering van de inhalatietherapie, en gingen wij na wat daarbij de aandachtspunten waren.

Maatschap Huisartsen Holten, Keizersweg 32, 7451 CS Holten: dr. J.H.J.M. Uijen, huisarts. • Correspondentie: uijenj@huisartsensalland.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. • Deze beschouwing is geschreven op basis van de hoofdstukken 4 en 5 van het proefschrift van de auteur. JHJM Uijen. Respiratory diseases in children: Studies in general practice [Proefschrift]. Rotterdam: Erasmus MC, 2011.

PATRONEN IN VOORSCHRIJFGEDRAG

Gedurende het jaar dat de NS2-registratie liep, stelden de deelnemende huisartsen bij 3562 kinderen de diagnose astma (4,3% van alle kinderen van 0-17 jaar). Van deze kinderen kregen er 569 (16%) ondanks de diagnose dat jaar geen medicatie, en ontvingen er 2993 (84%) minstens één recept. Van die laatste groep kreeg 36% éénmaal een voorschrift voor astmamedicatie, 25% tweemaal en 39% driemaal of vaker.

[**Tabel 1**] laat zien welke medicatie de huisartsen voorschreven, verdeeld naar leeftijd (0-5 jaar en 6-17 jaar) en geslacht. Van de uitgeschreven recepten was 53% voor een bronchusverwijder en 51% voor een corticosteroïd. Antibiotica, anticholinergica, leukotrieenantagonisten (LTRA's), mucolytica en cromonen werden veel minder vaak voorgeschreven. De kinderen ouder dan 6 jaar kregen vaker een bronchusverwijder dan de jongere groep (57% versus 47%, $p < 0{,}001$). Corticosteroïden daarentegen werden vaker voorgeschreven aan de jongere leeftijdsgroep (56% versus 48%, $p < 0{,}001$), en dat gold ook voor antibiotica en anticholinergica ($p < 0{,}001$ voor beide).

Continu of onderbroken

[**Tabel 2**] geeft voor de bronchusverwijders en corticosteroïden aan of het recept in het onderzoeksjaar vaak genoeg herhaald werd voor een doorlopende behandeling (drie of meer recepten) of dat de toediening werd onderbroken (één of twee recepten).

Ruim eenderde (35%) van de kinderen kreeg alleen een bronchusverwijder voorgeschreven, een kwart (24%) alleen een corticosteroïd en nog eens eenderde (33%) een combinatie van beide. De overige 7,5% kreeg andere luchtwegmedicatie, zonder bronchusverwijder of corticosteroïd.

In totaal kreeg 22% van de kinderen continue astmamedicatie, van wie eenvijfde alléén een bronchusverwijder.

De kinderen uit de jongste leeftijdsgroep (0-5 jaar) kregen minder vaak een bronchusverwijder voor continu gebruik dan de oudere kinderen. Voor jongens was het verschil 1,9% versus 5,1% ($p < 0{,}001$), voor meisjes 3,2% versus 6,9% ($p < 0{,}001$). Voor corticosteroïden vonden wij geen verschillen tussen de leeftijdsgroepen.

De kern

- Huisartsen zijn tamelijk behoudend met medicatievoorschriften voor kinderen met astma.
- Nog steeds gebruikt eenvijfde van de kinderen die doorlopend astmamedicatie krijgen, wel een bronchusverwijder maar geen corticosteroïd. Hier zit ruimte voor verbetering.
- Schriftelijke uitleg van de inhalatietechniek en het betrekken van de ouders bij de inhalatie-instructie zal de inhalatietherapie ten goede komen.

bsl-h&w 11-08.indb 436 21-07-11 13:22

Tabel 1 Soort astmamedicatie voorgeschreven aan kinderen met astma (0-17 jaar) in 2001

	0-5 jaar			6-17 jaar			Alle kinderen
	Jongens	Meisjes	Totaal	Jongens	Meisjes	Totaal	
Aantal contacten	1850	1086	2936	2023	1727	3750	6686
Bronchusverwijders	47,6%	46,0%	47,0%	55,4%	59,4%	57,2%	52,8%
Corticosteroïden	57,0%	53,8%	55,8%	49,6%	46,0%	48,0%	51,4%
Antibiotica	4,9%	5,0%	4,9%	3,0%	2,1%	2,6%	3,6%
Anticholinergica	2,9%	3,1%	3,0%	1,1%	1,3%	1,2%	2,0%
Leukotrieenantagonisten	0,2%	0,3%	0,2%	1,0%	1,1%	1,0%	0,7%
Mucolytica	0,4%	0,5%	0,4%	1,0%	0,5%	0,7%	0,6%
Cromonen	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	1,2%	0,6%	0,5%

De som van de percentages is meer dan 100% omdat gedurende een consult meer dan één recept kon worden uitgeschreven.

Bron: NS2.[16]

Tabel 2 Astmamedicatie voorgeschreven aan kinderen in 2001

	0-5 jaar			6-17 jaar			Alle kinderen
	Jongens (n = 860)	Meisjes (n = 538)	Totaal (n = 1398)	Jongens (n = 876)	Meisjes (n = 719)	Totaal (n = 1595)	(n = 2993)
Onderbroken behandeling (1 of 2 voorschriften per soort medicatie)							
■ bronchusverwijders alleen	31,7%	32,3%	31,9%	30,4%	30,2%	30,3%	31,0%
■ corticosteroïden alleen	20,1%	21,2%	20,5%	17,4%	15,3%	16,4%	18,3%
■ bronchusverwijders plus corticosteroïden	22,2%	18,6%	20,8%	22,0%	20,9%	21,5%	21,2%
Aaneengesloten behandeling (≥ 3 voorschriften per soort medicatie)							
■ bronchusverwijders alleen	1,9%	3,2%	2,5%	5,1%	6,9%	6,0%	4,4%
■ corticosteroïden alleen	6,3%	6,7%	6,4%	5,0%	5,2%	5,1%	5,7%
■ bronchusverwijders plus corticosteroïden	11,4%	9,1%	10,5%	12,9%	13,3%	13,1%	11,9%
Alleen andere medicatie (geen bronchusverwijders of corticosteroïden)	6,4%	8,9%	7,4%	7,2%	8,2%	7,6%	7,5%

* ≥ 3 voorschriften bronchusverwijders en/of ≥ 3 voorschriften corticosteroïden

Bron: NS2.[16]

Bronchusverwijders

Huisartsen behandelen over het algemeen kinderen met licht en matig astma.[1,17] De richtlijnen bevelen daarbij een getrapte aanpak aan: start met een bronchusverwijder en voeg een lage dosis corticosteroïd toe wanneer de symptomen niet overgaan of verergeren.[1,2] Dat strookt met onze bevinding dat de meeste kinderen in het onderzoeksjaar maar één of twee recepten kregen. Van de enkelvoudige recepten, waarbij het goed om zo'n proefbehandeling zou kunnen gaan, bevatte 72% een bronchusverwijder en 54% een corticosteroïd.

Inhalatiecorticosteroïden

Inhalatiecorticosteroïden zijn de meest effectieve medicijnen om astma bij kinderen onder controle te krijgen, en de richtlijnen bevelen aan er tijdig mee te starten bij kinderen die meer dan tweemaal per week een bronchusverwijder gebruiken.[1,2] Inderdaad bevatte 80% van de doorlopende behandelingen (meer dan twee recepten per jaar) corticosteroïden, maar nog steeds eenvijfde van deze kinderen kreeg alleen bronchusverwijders. Er is dus nog ruimte voor verbetering op dit vlak. Verder zou men verwachten dat kinderen boven de 6 jaar, omdat zij de diagnose astma al langer hebben, vaker een continue behandeling met corticosteroïden krijgen dan jongere kinderen.[4,18,19] Uit ons onderzoek komt echter een heel ander beeld naar voren. Dat zou kunnen wijzen op onderbehandeling van de oudere groep of overbehandeling van de jongere groep.

Andere medicatie

De richtlijnen voor astma bij kinderen zijn sinds 2001 niet fundamenteel veranderd. Zoals te verwachten was, schreven de huisartsen ook in ons onderzoekjaar naast bronchusverwijders en corticosteroïden niet vaak andere medicatie voor. Slechts 7,5% van de kinderen kreeg zulke andere medicatie, waaronder antibiotica (3,5%). In de richtlijnen van 2001 werden

Abstract

Uijen H. Treatment of asthma in children. Huisarts Wet 2011;54(8):436-8.

Guidelines recommend the use of bronchodilators and corticosteroids in the treatment of asthma in children. In general, Dutch general practitioners follow these guidelines, although they prescribe medicines, and especially corticosteroids, sparingly. Inhalation techniques and treatment compliance could be improved substantially, and this might be achieved by written instructions and information and greater parental involvement with inhalation therapy.

bsl-h&w 11-08.indb 437 21-07-11 13:22

leukotrieenantagonisten niet aanbevolen, en later onderzoek bevestigt die zienswijze.[20] LTRA's geven wel een klinische verbetering, maar nog altijd minder dan een lage dosis corticosteroïd.[21]

CONCLUSIE

De gegevens van NS2 zijn inmiddels tien jaar oud, maar onze bevindingen gelden waarschijnlijk ook nu nog. In ander onderzoek bleek dat zowel de incidentie van kno-problemen bij kinderen als het beleid van de huisarts daarbij opmerkelijk stabiel zijn gebleven tussen 2002 en 2008.[22] We hebben geen reden om aan te nemen dat dit voor astma anders is.

We kunnen concluderen dat de huisarts, die vooral kinderen met licht tot matig astma behandelt, per kind per jaar weinig medicatie voorschrijft. Nader onderzoek zal aan het licht moeten brengen of dit terecht is, of dat deze kinderen worden onderbehandeld. In de behandeling van astma door de huisarts is sowieso nog ruimte voor verbetering, aangezien eenvijfde van de kinderen die doorlopend medicatie krijgen, alleen bronchusverwijders en geen corticosteroïden krijgen.

DE JUISTE WIJZE VAN INHALEREN

Om te achterhalen hoeveel kinderen met astma en hun ouders afweten van inhalatietherapie en van juiste wijze van inhaleren, nodigden we in vijf huisartsenpraktijken alle kinderen tussen 0 en 12 jaar die astmamedicijnen gebruikten, uit voor een interview. Er namen 46 kinderen (respons 36%) met hun ouders deel aan het interview, waar zij ook hun eigen inhalatietechniek demonstreerden.

Van de 46 ouders zei 88% een vorm van instructie over de inhalatietherapie te hebben ontvangen: 45% van de apotheek, 26% van de huisartsenpraktijk en 17% in het ziekenhuis. In overgrote meerderheid (87%) bepaalde een ouder en niet het kind wanneer en hoe de inhalator gebruikt moest worden.

Van de kinderen die één inhalator gebruikten, deed 70% dat correct. Van de kinderen die meer dan één inhalator hadden, deed nog maar 46% het goed. Gemiddeld maakten de kinderen tweeënhalve fout tijdens hun demonstraties. Bijna de helft (49%) maakte de voorzetkamer op de juiste wijze schoon, slechts 26% ging op de juiste wijze na hoeveel doses nog in de inhalator aanwezig waren.

Men kan zich afvragen of iedere fout met een inhalator betekent dat de behandeling daadwerkelijk tekortschiet. We constateerden tijdens de demonstraties veel fouten, maar geen enkel kind had ernstige symptomen. De laatste tien jaar zijn de corticosteroïden potenter geworden, en zelfs met een mindere inhalatietechniek kunnen de symptomen verbeteren. Wel zou men in de toekomst nog eens moeten onderzoeken welk effect gebrekkige inhalatietechniek en therapietrouw hebben op de astmacontrole van het kind.

Ook kinderen die vele jaren ervaring hebben met inhalators maken nog veel fouten in hun inhalatietechniek en in de omgang met de inhalator en eventuele voorzetkamer. Ook de therapietrouw laat te wensen over. Betere uitleg en demonstratie van de inhalatietechniek, en het met nadruk meer betrekken van de ouders bij de inhalatie-instructie, kan hierin verbetering brengen. Een belangrijke aanbeveling voor de huisarts is de patiënt altijd schriftelijke informatie over de inhalatie-instructie mee te geven en bij vervolgconsulten steeds de inhalatietechniek en therapietrouw te checken, en eventuele fouten te corrigeren. ■

LITERATUUR

1 Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2007. http://www.ginasthma.org.
2 Bindels PJE, Van der Wouden JC, Ponsioen BP†, Brand PLP, Salomé PL, Van Hensbergen, et al. NHG-Standaard Astma bij kinderen. Huisarts Wet 2006;49:557-72.
3 Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ. Asthma and wheezing in the first six years of life. N Engl J Med 1995;332:181-2.
4 Zuidgeest MGP, Van Dijk L, Smit HA, Van der Wouden JC, Brunekreef B, Leufkens HGM, et al. Prescription of respiratory medication without an asthma diagnosis in children: A population-based study. BMC Health Serv Res 2008;8:16.
5 Phillips CB, Toyne H, Ciszek K, Attewell G, Kljakovic M. Trends in medication use for asthma in school-entry children in the Australian Capital territory, 2000-2005. Med J Aust 2007;187:10-3.
6 Tasche MJA, Van der Wouden JC, Uijen JHJM, Ponsioen BP †, Bernsen RM, Van Suijlekom-Smit LWA, et al. Inhaled sodium cromoglycate in preschool children with moderate asthma: A double-blind randomised placebo-controlled trial. Lancet 1997;350:1060-5.
7 Van der Wouden JC, Uijen JHJM, Bernsen RMD, Tasche MJA, De Jongste JC, Ducharme F. Inhaled sodium cromoglycate for asthma in children. Cochrane Database Syst Rev 2008, Issue 4. Art. No.: CD002173.
8 Graham V, Lasserson TJ, Rowe BH. Antibiotics for acute asthma. Cochrane Database Syst Rev 2001, Issue 2. Art. No.: CD002741.
9 O'Connell EJ. Optimizing inhaled corticosteroid therapy in children with chronic asthma. Pediatr Pulmonol 2005;39:74-83.
10 McQuaid EL, Kopel SJ, Klein RB, Fritz GK. Medication adherence in pediatric asthma: Reasoning, responsibility, and behavior. J Pediatr Psychol 2003;28:323-33.
11 Bender B, Wamboldt FS, O'Connor SL, Rand C, Szefler S, Milgrom H, et al. Measurement of children's asthma medication adherence by self report, mother report, canister weight, and Doser CT. Ann Allergy Asthma Immunol 2000;85:416-21.
12 Jonasson G, Carlsen KH, Sodal A, Jonasson C, Mowinckel P. Patient compliance in a clinical trial with inhaled budesonide in children with mild asthma. Eur Respir J 1999;14:150-4.
13 Uijen JHJM. Respiratory diseases in children: Studies in general practice [Proefschrift]. Rotterdam: Erasmus MC, 2011.
14 Uijen JHJM, Van Uijthoven YJW, Van der Wouden JC, PJE Bindels. Adequate use of asthma inhalation medication in children: More involvement of the parents seems useful. BMC Research Notes 2009;2:129.
15 Uijen JHJM, Van der Wouden JC, Schellevis FG, Willemsen SP, Van Suijlekom-Smit LWA, Bindels PJE. Asthma prescription patterns for children: Can GPs do better? Eur J Gen Pract 2011;17:109-15.
16 Westert GP, Schellevis FG, De Bakker DH, Groenewegen PP, Bensing JM, Van der Zee J. Monitoring health inequalities through general practice: The Second Dutch National Survey of General Practice. Eur J Public Health 2005;15:59-65.
17 Asher MI, Montefort S, Björkstén, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. ISAAC Phase Three Study Group. World time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC phases one and three repeat multicountry cross-sectional surveys. Lancet 2006;368:733-43.
18 Gerald JK, Sun Y, Grad R, Gerald LB. Asthma morbidity among children evaluated by asthma case detection. Pediatrics 2009;124:e927-33.
19 Stempel DA, Spahn JD, Standford RH, Rosenzweig JR, McLaughlin TP. The economic impact of children dispensed asthma medications without an asthma diagnosis. J Pediatr 2006;148:819-23.
20 Thomas M, Murray-Thomas T, Fan T, Williams T, Taylor S. Prescribing patterns of asthma controller therapy for children in UK primary care: A cross-sectional observational study. BMC Pulm Med 2010;10:29.
21 Ostrom NK, Decotiis BA, Lincourt WR, Edwards LD, Hanson KM, Carranza Rosenzweig JR, et al. Comparative efficacy and safety of low-dose fluticasone-propionate and montelukast in children with persistent asthma. J Pediatr 2005;147:213-20.
22 Uijen JH, Bindels PJ, Schellevis FG, Van der Wouden JC. ENT problems in Dutch children: Trends in incidence rates, antibiotic prescribing and referrals 2002-2008. Scand J Prim Health Care 2011;29:75-9.

bsl-h&w 11-08.indb 438 21-07-11 13:22

‘Betere voorlichting aan ouders bij behandeling van kinderen met astma’

In januari van dit jaar promoveerde Hans Uijen op zijn proefschrift *Respiratory Diseases in Children. Studies in General Practice* (zie ook zijn beschouwing op pagina 436 van dit nummer). Hij onderzocht de prevalentie en behandeling van zowel ondersteluchtweginfecties als bovensteluchtweginfecties bij kinderen. In een interview vertelt hij over de aspecten die van direct belang zijn voor het werk van de huisarts.

Aanloop naar promotie

Uijen deed al eerder onderzoek rond dit onderwerp en ‘groeide’ naar eigen zeggen als vanzelf naar dit promotieonderzoek toe. ‘Ik werkte een jaar bij het huisartseninstituut in Rotterdam en was destijds betrokken bij een trial naar cromoglycaat. Toen vervolgens geld vrijkwam voor onderzoek, stond ik op een tweesprong: wilde ik promoveren of huisarts worden? Ik koos voor het laatste, maar ook tijdens mijn opleiding raakte ik weer betrokken bij onderzoek naar luchtwegaandoeningen. Vervolgens ben ik gaan praktiseren als huisarts en werd ik bestuurlijk actief. Tot ik op een gegeven moment bedacht dat als ik ooit nog wilde promoveren, ik daar dan ook echt werk van moest gaan maken. Ik zocht contact met Hans van der Wouden, mijn copromotor, want ik wilde een goede begeleider voor mijn onderzoek. Als je jarenlang elke week vanuit Holten naar Rotterdam heen en weer moet reizen, wil je wel dat je onderzoek een succes wordt! Ik dacht dat ze liever jonge onderzoekers wilden, maar werd gelukkig met open armen ontvangen. Vanuit mijn ervaring met onderzoek naar cromoglycaat en kinderen, kwamen we bij dit onderwerp terecht en ik ben blij en trots dat het in vierenhalf jaar is gelukt het onderzoek af te ronden.’

Opstekers en dompers

Zoals bekend doen Nederlandse huisartsen het bepaald niet slecht als het gaat om hun zorg voor kinderen met luchtwegaandoeningen en dat blijkt ook weer uit het onderzoek van Uijen. ‘Slechts 2% van de kinderen met luchtwegklachten wordt opgenomen in het ziekenhuis, en dat geldt dus ook voor de kinderen met astma. Dat is een leuke opsteker voor de huisarts! Natuurlijk komt ook de specialist veel in aanraking met deze kinderen, maar het overgrote deel handelt de huisarts zelf af.’

Toch zijn op dit gebied wel degelijk nog verbeteringen te bereiken, meent Uijen. ‘Als huisarts schrijven we vaak antibiotica voor bij middenoorontsteking, tonsillitis, sinusitis en dergelijke. Maar we weten heus wel dat je bijvoorbeeld bij tonsillitis best een smalspectrum antibioticum kunt geven, en toch doen huisartsen dat niet. Misschien komt dit doordat de industrie daar de hand in heeft, want het kortetermijnbelang van de industrie is toch het brede spectrum in de pen van de huisarts te houden, ondanks het gevaar van resistentieontwikkeling. Maar anderszijds speelt misschien ook het gemak van de huisarts een rol; in de drukke praktijk van alledag is het moeilijk om geen antibiotica voor te schrijven. We doen het in Nederland natuurlijk goed, dat weten we allemaal. Maar je moet je er steeds van bewust zijn dat we terughoudend moeten blijven. Als je antibiotica voorschrijft, moet je je dus voortdurend blijven afvragen of je niet kunt volstaan met een smaller spectrum.’

Moeilijk bij twee...

Ook rond het voorschrijven van astmamedicatie zijn nog verbeteringen te bereiken. Een van de onderzoeksbevindingen van Uijen is namelijk dat bij 20% van de kinderen die continue astmamedicatie kregen voorgeschreven, deze uitsluitend bestond uit bronchusverwijders. ‘Huisartsen die voor een lange periode bronchusverwijders voorschrijven, kunnen wellicht het kind een grote dienst bewijzen door ze ook een corticosteroïd te geven. Eigenlijk zou je je elke keer als je een kind bronchusverwijders voor een lange termijn voorschrijft moeten afvragen: doe ik dit wel goed?’

Een andere opmerkelijke bevinding uit het onderzoek is dat er veel fouten worden gemaakt bij het gebruik van inhalatoren. ‘Als ze maar één inhalator hoeven te gebruiken, doet 70% van de kinderen dit goed. Dat lijkt heel aardig, maar het betekent dat dus 30% het fout doet, en dat is best veel. Maar erger is dat als de kinderen twee verschillende soorten inhalator moeten gebruiken, nog maar 45% het goed doet. Overigens dacht ik dat deze cijfers beter zouden zijn bij kinderen die onder behandeling van een specialist zijn, maar dat bleek niet het geval.’

Uijen vervolgt: ‘Dit is natuurlijk een groot probleem. Bij volwassenen kunnen corticosteroïden aan de bronchusverwijders worden toegevoegd, zodat die maar één soort inhalator hoeven te gebruiken. Maar bij kinderen kunnen nu eenmaal geen langwerkende bronchusverwijders worden voorgeschreven,

bsl-h&w 11-08.indb 439 21-07-11 13:22

dus die zullen altijd twee verschillende inhalatoren moeten gebruiken. Dat betekent dat er een nóg betere (schriftelijke) uitleg en demonstratie moet komen over het gebruik van de inhalatoren. Bij de uitleg en instructie moeten dan tevens de ouders worden betrokken, want ook die blijken onvoldoende te weten over de juiste wijze van gebruik van de inhalatoren. En als de ouders niet goed weten hoe het moet, kun je niet verwachten dat het kind het goed doet.'

Werkt cromoglycaat?

In zijn onderzoek maakte Uijen nog weer een zijstapje naar een onderwerp dat hij eerder onderzocht: het gebruik van cromoglycaat bij kinderen met astma. 'Dat vond ik echt erg leuk. Het middel kende jarenlang een enorme opgang, maar de werking ervan was nooit goed evidence-based onderzocht. Toen er een beter middel kwam zijn we dat allemaal gaan gebruiken, maar hoe zat het nou eigenlijk met die werking van dat cromoglycaat? Dat hebben we destijds bekeken in een placebogecontroleerd onderzoek. Daaruit bleek helemaal niet dat cromoglycaat überhaupt werkt. Misschien heeft het bij wat oudere kinderen enig effect, maar dat is dan nauwelijks klinisch relevant.'

Evidence-based modetrends

De onderzoeksbevinding rond de werking van cromoglycaat heeft Uijen flink aan het denken gezet. 'We dénken nou wel dat onze huidige medicijnen allemaal prima helpen, maar bij veel middelen is dat misschien helemaal niet zo. Lang niet alles is goed evidence-based onderzocht. Ikzelf ben daardoor heel kritisch geworden. Als ik nu een patient tegenover me heb, stel ik me altijd nog een keer extra de vraag: is dit wel nodig? Soms zijn er vervelende bijwerkingen, en heeft een patiënt dan niet meer last dan plezier van een middel? Ik ben dus terughoudender geworden bij het voorschrijven in het algemeen, maar vooral als het gaat om medicijnen waarnaar niet goed onderzoek is gedaan. Je kunt natuurlijk niet zelf alle middelen op hun merites beoordelen en met de standaarden sta je sterk, maar ook daarin worden nog altijd middelen vermeld waarover we nieuwe dingen ontdekken. Die wereld is dus voortdurend in beweging. En zelfs evidence-based medicine volgt modetrends, dat kun je niemand kwalijk nemen. Maar het betekent voor mij dat ik heel kritisch ben geworden bij wat ik wel en niet voorschrijf.'

Verrichtingentarief en overprescriptie

Een intrigerende stelling bij het proefschrift luidt: *Het huidige bekostigingssysteem van de huisartsenzorg zet aan tot meer contacten met de huisarts en werkt daarmee overprescriptie van antibiotica en andere geneesmiddelen in de hand.* Wat bedoelt Uijen hiermee? 'We hebben nu een inschrijftarief én een verrichtingentarief. Dat heeft natuurlijk voordelen, want een huisarts die meer werkt, verdient nu ook meer. Maar een negatieve kant is dat je nu iemand gemakkelijker terug laat komen op je spreekuur. Dan zul je dus ook vaker medicijnen voorschrijven, want wat zou je anders in dat herhalingsconsult doen als zich in de situatie niets nieuws heeft aangediend? Het financieren van verrichtingen heeft volgens mij per definitie meer verrichtingen tot gevolg; die gaan dan niet meer alleen op indicatie. En natuurlijk is de algemene tendens dat huisartsen echt wel terughoudend zijn, maar tóch ben ik ervan overtuigd dat deze maatregel een negatief effect heeft.'

Na de promotie

Na de afronding van zijn onderzoek is Uijen wel degelijk even in 'het beroemde zwarte gat' gevallen, zo zegt hij zelf. Hoe is dat nu? 'Vóór mijn promotieonderzoek was ik zeer actief naast mijn werk als huisarts. Ik deed veel bestuurlijk werk, was betrokken bij de oprichting van de huisartsenpost en zat later in de Raad van Toezicht van vier huisartsenposten. Toen dat bestuurswerk steeds meer *body* kreeg, heb ik ook een bestuurlijke opleiding gevolgd. Er was dus altijd mijn werk als huisarts in een heel leuke groepspraktijk, en daar dan nog een heleboel naast. Toen ik mijn promotieonderzoek had afgerond, was er alleen maar mijn huisartsenwerk en verder niets. Dus ja, ik viel wel even in een gat. Nu beschouw ik het als periode van heroriëntatie op wat ik hierna wil doen. Ik zal hoe dan ook huisarts blijven, want ik vind het een leuk vak en geniet van het contact met de patiënten en collega's. Daarnaast ga ik weer de bestuurlijke kant op, want ook dat werk vind ik leuk en inspirerend. Ik denk dat het belangrijk is om je talenten op andere gebieden te benutten als je de patiëntenzorg leuk wilt blijven vinden.'

Meent Uijen dat er op het gebied van zijn promotieonderwerp nog vervolgonderzoek nodig is? 'In elk geval moet bij het omgaan met luchtwegklachten van kinderen gekeken worden naar de rol van de ouders. Wat is hun kennis en begrip? Weten ze dat de meeste klachten vanzelf overgaan? Het is belangrijk betere geruststelling te geven aan ouders en hen meer te betrekken bij de behandeling en de therapietrouw. Dat komt dus allemaal neer op goede voorlichting en instructie. Maar wie weet vinden we ooit een pilletje waarmee we astma kunnen behandelen; dan wordt het allemaal meteen een stuk gemakkelijker.' ■

Ans Stalenhoef

bsl-h&w 11-08.indb 440 21-07-11 13:22

Remke van Staveren

Patiëntgericht communiceren bij de borderlinecrisis

NASCHOLING

INLEIDING

'Als je mij nú niet met de huisarts doorverbindt, dan spring ik voor de trein en dan heb jij het gedaan!'

Hulpverleners krijgen regelmatig te maken met borderlinepatiënten die in crisis verkeren. Een borderlinecrisis is een situatie waarbij een patiënte met een borderline persoonlijkheidsstoornis (borderlinepatiënten zijn meestal vrouwen) een dwingend beroep doet op hulp. De patiënte belt in nood de huisartsenpost, laat na een auto-intoxicatie een ambulance komen of meldt zich op de Spoedeisende Hulp met zelf aangebrachte snijwonden.

Als praktijkassistente op de huisartspost of dienstdoende huisarts weet u niet altijd of er sprake is van borderlineproblematiek, maar toch is het belangrijk deze stoornis in een zo vroeg mogelijk stadium te herkennen. Typisch borderlinegedrag is contextgebonden, het ontstaat vooral in de interactie met hulpverleners. Bij borderlinepatiënten zult u over het algemeen een prettiger werkrelatie en betere resultaten bereiken wanneer u uw wijze van communiceren aan hun persoonlijkheid aanpast.

In dit artikel beschrijf ik hoe u op patiëntgerichte wijze kunt omgaan met borderlinepatiënten die in crisis verkeren. Onderzoek wijst uit dat patiëntgericht communiceren een gunstig effect heeft op zorguitkomsten zoals de tevredenheid en therapietrouw van de patiënt, maar ook op diens gezondheid. Patiëntgericht communiceren leidt bovendien tot minder conflicten en minder medische consumptie.[1] Patiëntgerichtheid houdt in dat de arts moeite doet om niet alleen de ziekte maar ook de zieke te begrijpen. Een patiëntgerichte arts komt zoveel mogelijk tegemoet aan de behoefte van de patiënt om te weten en te begrijpen wat er aan de hand is (geruststelling), en aan de behoefte zich gekend en begrepen te voelen (erkenning).[2] Bij borderlinepatiënten gaat het vooral (vaak zelfs uitsluitend) om het betrekkingsniveau en de behoefte aan erkenning en begrip.

Samenvatting

Van Staveren R. Patiëntgericht communiceren bij de borderlinecrisis. Huisarts Wet 2011;54(8):441-3.

Patiëntgerichte geneeskunde is gebaseerd op een attitude van respect, acceptatie, echtheid en betrokkenheid, waarbij de hulpverlener de patiënt in principe benadert als iemand die verantwoordelijk en competent is. Patiëntgerichte communicatie zorgt voor een prettiger werkrelatie en betere resultaten. Dit artikel beschrijft hoe huisartsen en praktijkassistenten op patiëntgerichte wijze kunnen omgaan met een borderlinepatiënt die in crisis verkeert. Bij elk crisiscontact met een borderlinepatiënt moet de arts het risico op suïcide beoordelen.

HOE HERKENT MEN EEN BORDERLINECRISIS?

Alarmsymptomen als automutilatie of een (recidief) suïcidepoging zal vrijwel iedere hulpverlener herkennen als passend bij een borderlinecrisis. Er zijn ook andere symptomen. Een borderlinepatiënte in crisis presenteert zich vaak theatraal. Zij is in nood, en voor haar is dit gevoel ondraaglijk en allesoverheersend. Er is een soort 'instantcontact': de patiënte gedraagt zich van meet af aan verongelijkt, boos of verwijtend terwijl u haar misschien niet eens kent! Dat kan bevreemding opwekken bij de hulpverlener, maar ook heftige, soms tegenstrijdige gevoelens, variërend van beschermend tot afwerend. De patiënte legt de verantwoordelijkheid voor haar gedrag vaak buiten zichzelf, onder het motto: 'Ik heb borderline' en: 'Ik ben nu eenmaal zo'. De hulpverlener krijgt de verantwoordelijkheid voor het vinden van een oplossing in de schoenen geschoven: 'Als u mij niet opneemt, sta ik niet voor de gevolgen in'.

RESPECTEREN EN ACCEPTEREN

Het uitgangspunt van patiëntgerichte geneeskunde is een attitude van respect, acceptatie, echtheid en betrokkenheid, waarbij de hulpverlener de patiënt in principe beschouwt als verantwoordelijk en competent.[3,4] Dat is bij een borderlinepatiënte in crisis niet anders. Als u de patiënte respecteert en accepteert zoals zij is, en haar klacht serieus neemt, maakt dat de weg vrij voor verandering. Accepteren betekent niet dat u het overal mee eens moet zijn. Aan disfunctioneel gedrag zult u grenzen willen en ook moeten stellen. Het is de kunst dat te doen zonder de patiënte zelf af te wijzen.

Een goede arts-patiëntrelatie met een borderlinepatiënte is als goed ouderschap. U blijft uzelf (u bent 'echt'), u bewaakt uw reacties, u doet geen beloftes die u niet kunt nakomen en u maakt excuses voor gemaakte fouten (ook als het in uw ogen om iets kleins gaat, zoals iets te laat terugbellen). Als hulp-

De kern

- Bij borderlinepatiënten in crisis zult u een prettiger werkrelatie en betere resultaten bereiken wanneer u uw wijze van communiceren aanpast aan hun persoonlijkheid.
- Bij borderlinepatiënten gaat het vooral om het betrekkingsniveau en om de behoefte aan erkenning en begrip.
- De arts moet bij elke borderlinecrisis het risico op suïcide beoordelen.
- Borderlinepatiënten blijven, uitzonderingen daargelaten, zelf verantwoordelijk voor hun gedrag.

Psychiatrisch Expertise Collectief, WG-plein 357, 1054 SG Amsterdam: R. van Staveren, psychiater. • Correspondentie: r.vanstaveren@psychiatrische-expertise.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

bsl-h&w 11-08.indb 441 21-07-11 13:22

verlener stelt u duidelijke grenzen, bent u consequent en toch flexibel, en bent u rechtvaardig en betrouwbaar.[5,6] Tot slot: u geeft de patiënte de verantwoordelijkheid terug daar waar het kan. Lastig gedrag is op zichzelf geen stoornis. Borderlinepatiënten blijven zelf verantwoordelijk voor hun gedrag – uitzonderingen daargelaten [**kader**].

LAAT DE PATIËNTE KORT VENTILEREN

Als u gebeld wordt door een 'bekende' borderlinepatiënte, is het verstandig direct bij aanvang de tijdsduur van het gesprek te begrenzen. Op een later tijdstip kan het lastig worden het consult af te ronden zonder dat de patiënte het gevoel krijgt dat u haar alsnog afwijst. 'Dag mevrouw Janssen, we hebben tien minuten de tijd. Hoe kan ik u helpen?' of: 'Goed dat u belt. Ik heb nu tot (noem concreet tijdstip) de tijd voor u. Wat zou u met mij willen bespreken?' U zegt dus niet dat u *maar* tien minuten de tijd heeft. De patiënte zou dit kunnen opvatten als: 'Zie je nou wel, de dokter heeft maar tien minuten voor mij!'[7]

Ga niet mee in oeverloos praten over vroegere affectieve verwaarlozing of over uitzichtloze vooruitzichten, hoe reëel en invoelbaar ook. De patiënte maar laten spuien werkt vaak averechts: hoe meer inlevingsvermogen, begrip, gesprekken, afspraken en ventilatiemomenten, des te meer herbelevingen, wegrakingen, onveilig gedrag, automutileren en suïcidaliteit.[8] Blijf tijdens het gesprek in het hier en nu: wat is er nú aan de hand? 'Het verleden laten we even voor wat het is. Laten we kijken hoe het vanavond, nu, met u is. Daar hebt u al de handen aan vol, lijkt me.'

Probeer op subtiele wijze positief te formuleren. De borderlinepatiënte weet, net als iedereen, vaak beter wat ze níet wil dan wat ze wél zou willen. Op een uitspraak als: 'Ik wil niet meer leven zo!' kunt u reageren met: 'Zou het kunnen dat u naar meer rust en stabiliteit in uw leven verlangt?' En als ze haar gedrag verklaart met een statisch: 'Ik ben nu eenmaal zo', kunt u proberen dit om te buigen naar een meer veranderlijk: 'U doet nu zo. Daar hebt u vast een goede reden voor. Vertel eens?'

BEOORDEEL HET SUÏCIDERISICO

Bijna 10% van de borderlinepatiënten overlijdt vroegtijdig door suïcide.[6] Om die reden moet elk crisiscontact, ook bij een 'bekende' borderlinepatiënte, beginnen met een zo objectief en onbevangen mogelijke risicobeoordeling. Soms is (acuut) medisch ingrijpen noodzakelijk.

Vraag naar de directe aanleiding om nu te bellen: 'U hebt vast een goede reden om ons te bellen. Vertel eens ...' Vaak gaat het om een vermeend, dreigend of reëel verlies: een relatiebreuk, een ruzie, een behandelaar die op vakantie is gegaan. Een enkele keer blijft de trigger onduidelijk.

Vraag ook expliciet naar risicofactoren! Middelenmisbruik (alcohol, benzodiazepinen, drugs) in de afgelopen uren, angst en paniek, depressie, psychose, automutilatie, auto-intoxicatie (wat precies, hoeveel stuks, hoe laat)? Neem zo nodig passende maatregelen: bel een ambulance of de crisisdienst.

Maak onderscheid tussen chronische en acute suïcidaliteit. Wanneer het suïcidale appel of de suïcidale geste onderdeel is van habitueel en inadequaat probleemoplossend gedrag en de suïcidaliteit chronisch is geworden, dan is de patiënte daar zelf verantwoordelijk voor. De patiënte beslist uiteindelijk zelf over leven en dood. Zij is, belangrijke uitzonderingen daargelaten [**kader**], niet gebaat bij een arts die op kritische momenten de reddersrol op zich neemt. Het gaat er uiteindelijk om de patiënte te helpen zichzelf te beschermen.[5]

Risicofactoren voor suïcide bij een borderlinecrisis
- Verlies (vermeend, dreigend of reëel; het gaat om de beleving van de patiënte).
- Eenzaamheid (een uitgeput systeem).
- Angst of paniek.
- (Micro)psychotische episode.
- Depressieve episode.
- Middelenmisbruik (alcohol, benzodiazepinen, drugs).

BEPERK GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Bij de borderlinepatiënte is het belangrijk duidelijke grenzen te stellen, zonder machtsvertoon en rekening houdend met haar autonomie.[6] Leg (liefst direct) concreet en helder uit welke gedragingen u wel en niet accepteert. Gebruik een ikboodschap: 'Mevrouw Janssen, ik vind het niet prettig als u zo tegen mij tekeergaat. Als u daarmee doorgaat, beëindig ik het gesprek en leg ik de hoorn neer. U mag me terugbellen zodra u weer gewoon tegen me kunt praten.' Maak van het begin af aan duidelijk waar u de patiënte wel mee van dienst kan zijn en waarmee niet. Zeg bijvoorbeeld (op neutrale toon): 'Ik schrijf nooit extra benzodiazepinen voor. Zelfs niet als u uw recept kwijt bent of de nood hoog is. Het zijn verslavende middelen. Nu de afgesproken weekvoorraad op vrijdagavond al op is, zult u tot maandagochtend moeten wachten tot u weer nieuwe kunt halen.' Geef ook aan wat u wél te bieden hebt: 'Ik wil wel met u meedenken hoe u nu op een andere manier tot rust zou kunnen komen, als u dat wilt.'

Wees flexibel binnen de afgesproken grenzen, ook al klinkt dat tegenstrijdig. Soms is het beter gedeeltelijk toe te geven aan een patiënte in nood, dan haar de nodige zorg compleet te onthouden. De patiënte heeft, net als een opgroeiende puber, een empathische respons op haar veranderende behoeften nodig.[9]

Abstract

Van Staveren R. Patient-centered communication during a borderline crisis. Huisarts Wet 2011;54(8):441-3.

Patient-centered medicine is based on respect, acceptance, genuineness and empathy, whereby the patient is considered to be responsible and competent. Patient-centered communication provides for a pleasant working relationship and better outcomes. This article describes how general practitioners and practice assistants should manage patients with borderline personality disorder in a crisis in a patient-centered manner. General practitioners should evaluate the risk of suicide each time they come into contact with such patients.

bsl-h&w 11-08.indb 442 21-07-11 13:22

TOON EMPATHIE MAAR BEHOUD DISTANTIE

Probeer de patiënte erkenning te geven voor wat er wél goed gaat, al is het nog zo weinig. Belt zij u met de mededeling dat ze op het punt staat al haar tabletten in te nemen, geef haar dan erkenning voor het feit dat ze in plaats daarvan met u belt. Zegt zij dat ze de pillen al heeft ingenomen, vraag haar dan hoe ze het voor elkaar heeft gekregen u desondanks te bellen (en informeer uiteraard ook naar soort en aantal). Als u dit doet op een toon waaruit blijkt dat u het oprecht meent, dan zou u wel eens versteld kunnen staan van haar adequate reactie.[7,10]

Erkenning geven (valideren, bevestigen) is gebaseerd op empathie. U laat ermee blijken dat u in staat bent te begrijpen hoe de patiënte denkt, voelt, zich gedraagt of het leven ervaart. Bij een borderlinepatiënte is erkenning geven riskant. Het is voortdurend balanceren tussen afstand en nabijheid, waarbij zowel een te kleine als een te grote afstand voor haar beangstigend kan zijn. Goedbedoelde empathische opmerkingen als: 'Ik begrijp het' of: 'Dat lijkt me moeilijk' komen te nabij en kunnen bij de patiënte een afwerend en meestal volkomen terecht: 'Wat weet ú er nou van?!' ontlokken.[11]

Marsha Linehan heeft een techniek beschreven waarbij de hulpverlener de borderlinepatiënte erkenning geeft met behoud van distantie.[12] De hulpverlener accepteert onvoorwaardelijk de motieven voor het gedrag van de patiënte, zonder het gedrag zelf goed te keuren. Een patiënte die zich gesneden heeft, laat u (op neutrale toon!) weten dat haar gedrag logisch volgt op haar huidige situatie: 'Na wat u me verteld hebt, kan ik begrijpen waarom u op deze manier de opgebouwde spanning probeert kwijt te raken.' Met de formulering 'na wat u me verteld hebt, kan ik begrijpen dat...' accepteert u het gedrag zoals het is, zonder de patiënte als persoon af te wijzen. Afhankelijk van de reactie stelt u een copingvraag: 'Hoe zou u nu dezelfde ontlading kunnen bereiken zónder uzelf zoveel schade aan te doen?' U legt hiermee impliciet de verantwoordelijkheid terug bij de patiënte.

TOETS AAN DE REALITEIT

Heeft de patiënte eenmaal kort de gelegenheid gehad haar grieven te ventileren, schat u in dat het risico op acute suïcidaliteit klein is en heeft u haar effectief erkenning gegeven, dan is het tijd om de situatie aan de realiteit te toetsen. Het streven is het impulsieve zelfdestructieve gedrag om te buigen naar minder destructief gedrag of, liefst, verbale expressie. U laat hierbij de verantwoordelijkheid bij de patiënte en houdt uw eigen rol bescheiden: 'U hebt gelijk, wij kunnen uw situatie ook niet verbeteren, hoe graag we dat ook zouden willen.'

Vraag naar een crisis- of behandelplan. De patiënte hieraan herinneren kan al deëscalerend werken: 'Hebt u met uw vaste behandelaar afspraken gemaakt over wat u op een moment als dit zou kunnen doen?' Vaak zijn er afspraken om afleiding te zoeken of iets te doen met een sterke sensorische prikkel, zoals hard rennen of een ijskoude douche nemen. Soms is er een 'bed-op-recept' afgesproken, een kortdurende opname ter crisisinterventie.

Probeer niet zelf adviezen te geven (dit ondermijnt de autonomie van de patiënte), maar stel zodanige vragen dat zij bij het beantwoorden zichzelf advies geeft: 'Wat gaat u de komende uren doen?', 'Hoe kreeg u uzelf eerder gekalmeerd?' Betrek ook de omgeving erbij: 'Wat zou uw moeder/vriendin u op een moment als dit adviseren, denkt u?'

Probeer op tijd te eindigen. Als het goed is, hebt u bij aanvang van het consult al aangegeven hoeveel tijd u beschikbaar had. Wanneer de afgesproken tijd bijna verstreken is, herinnert u de patiënte hieraan: 'We moeten het gesprek nu afronden. Hebt u met mij kunnen bespreken wat u van plan was?' Mocht zij over iets nieuws beginnen, leg haar dan uit waarom u er nu niet op ingaat: 'Ik kan me voorstellen dat u dit graag wilt bespreken. Ik vind het echter belangrijk om me aan afspraken te houden. Om die reden wil ik het gesprek nu beëindigen. U kunt (noem concreet tijdstip) met uw eigen behandelaar contact opnemen.' Sluit af met een korte samenvatting van wat u afgesproken hebt.[7] ■

Tips

- Begin én eindig op tijd.
- Beoordeel bij elk crisiscontact het suïciderisico.
- Laat kort ventileren, geef erkenning, toets dan pas aan de realiteit (temper de verwachtingen).
- Neem passende maatregelen waar nodig.
- Geef de verantwoordelijkheid terug waar het kan.

LITERATUUR

1 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Den Haag: Lemma, 2006.
2 Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Schellevis FG, Bensing JM, redactie. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiëntcommunicatie in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2004.
3 Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J Consult Psychol 1957;21:95-103.
4 Stewart MA, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centred medicine: Transforming the clinical method. Thousand Oaks (CA): Sage, 1995.
5 Van Luyn B. Crisisinterventie bij borderlinepatiënten. Tijdschrift voor Directieve Therapie en Hypnose 2001;3:286-307.
6 Van Meekeren E. Samenhangende behandeling van borderlinepatiënten. Amsterdam: Benecke, 2009.
7 Van Staveren R. Patiëntgericht communiceren. Utrecht: De Tijdstroom, 2010.
8 Dawson D, MacMillan HL. Relationship management of the borderline patient. New York: Brunner Mazel, 1993.
9 Gabbard GO. Management of counter transference with borderline patients. Washington/London: American Psychiatric Press, 1994.
10 Wachtel PL. Therapeutic communication. New York: The Guilford Press, 1993.
11 Van Staveren-Boer R. Empathie bij de psychiatrische patiënt: Contact maken bij weerstand. Huisarts Wet 2006;49:628-31.
12 Linehan MM. Validation and psychotherapy. In AC Bohart, LS Greenberg, editors. Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy. Washington (DC): American Psychological Association, 1997.

Deze nascholing is een aflevering van de serie 'Communicatie'. Afleveringen in deze serie verschijnen eens per kwartaal.

bsl-h&w 11-08.indb 443 21-07-11 13:22

David Pols, Hans van der Wouden, Patrick Bindels

NASCHOLING

Kinderen die een vreemd voorwerp hebben ingeslikt

INLEIDING

Ogenschijnlijk onschuldige problemen kunnen desastreus uitpakken als men ze niet goed beoordeelt. Dat kan gebeuren als kinderen voorwerpen inslikken. In het kader van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk[1] hebben de onderzoekers een eenjaarsprevalentie berekend van 0,6 per 1000 kinderen tot 18 jaar met de ICPC-code D79 (corpus alienum via mond/anus). In een standaardpraktijk zien we dit dus slechts eens per drie jaar. De hoogste prevalentie vinden we bij kinderen van 1 tot 4 jaar, namelijk 3 per 1000 jongens en 1,9 per 1000 meisjes. In Amerika zouden zich per jaar zo'n 100.000 patiënten melden bij de dokter omdat ze een voorwerp hebben ingeslikt. Bij tachtig procent van deze groep gaat het om kinderen.[2] Het merendeel van deze incidenten vindt plaats in de leeftijdsgroep van zes maanden tot zes jaar oud.[3-5] Volgens de literatuur leidt een ingeslikt voorwerp in minder dan 1% van de gevallen tot ernstige complicaties.[4]

Samenvatting

Pols DHJ, Van der Wouden JC, Bindels PJE. Kinderen die een vreemd voorwerp hebben ingeslikt. Huisarts Wet 2011;54(8):444-8.

Kinderen slikken soms vreemde voorwerpen in, waarna de ouders hen meenemen naar de huisarts. Een goed beleid bij ingeslikte voorwerpen kan ernstige complicaties voorkomen, maar men moet tevens waken voor overdiagnostiek en overbehandeling. Een gerichte anamnese en een algemeen lichamelijk onderzoek, met aandacht voor de vitale functies, vormen de hoeksteen voor het beleid. Als aanvullend diagnosticum heeft de huisarts de röntgenfoto tot zijn beschikking. (Spoed)verwijzing naar de tweede lijn is noodzakelijk indien er sprake is van 'rode vlaggen'. Dit betreffen patiënten die ABC-instabiel zijn, die tekenen van ontsteking (koorts) of obstructie (buikpijn, kwijlen en overgeven) hebben en patiënten bij wie sprake is van aanwijzingen voor bloedingen (hematemesis en melaena). De huisarts moet eveneens verwijzen als het vreemde voorwerp een (knoop)batterij betreft, indien hij vermoedt dat het kind verschillende magneten heeft ingeslikt en als het voorwerp lang (> 5cm) of scherp is. Men moet ook altijd bedacht zijn op het risico voor intoxicatie. Bij patiënten die geen verhoogd risico hebben op een gecompliceerd beloop en zonder de bovengenoemde 'rode vlaggen', kan men in principe voor een afwachtend beleid kiezen. Munten, knikkers en andere kleine stompe objecten zullen vaak spontaan binnen vier tot zes dagen het maag-darmkanaal passeren, zonder verdere complicaties. Men moet vooral de eerste drie dagen alert zijn op klachten.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: D.H.J. Pols, huisarts; dr. J.C. van der Wouden, universitair hoofddocent; prof.dr. P.J.E. Bindels, huisarts. • Correspondentie: d.pols@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

In westerse landen slikken kinderen het meest muntjes in (80%).[2] Ze slikken ook andere dingen in, bijvoorbeeld speelgoed (of onderdelen daarvan), veiligheidsspelden, magneten, botjes (vooral van vis en kip), juwelen, knikkers, (knoop)batterijen en schroeven. Kinderen slikken zelden meer dan één voorwerp in. Kinderen met een ontwikkelingsachterstand vormen hierop een uitzondering.

De auteur van het betreffende hoofdstuk in het boek *Kleine kwalen bij kinderen* beschrijft wat de huisarts bij een ingeslikt voorwerp moet doen.[6] Volgens dit hoofdstuk volstaat een vrij summiere anamnese. Over lichamelijk onderzoek rept de auteur niet. Verder stelt deze dat nader onderzoek niet geïndiceerd is als er geen klachten zijn, behalve als men zeker weet dat het een voorwerp betreft met een diameter groter dan 20 mm. Als we UpToDate raadplegen ontstaat echter een ander beeld, want deze bron acht veel uitgebreidere diagnostiek noodzakelijk.[7]

In dit artikel proberen we op basis van de internationale wetenschappelijke literatuur tot en met september 2010 meer duidelijkheid te verschaffen over het te voeren beleid. Hebben anamnese en lichamelijk onderzoek een meerwaarde in het diagnostische proces bij een kind dat een voorwerp heeft ingeslikt? Wat zijn 'de rode vlaggen' waar u op moet letten? Wanneer is aanvullend onderzoek zinvol? In welke gevallen is rustig afwachten een optie? En waar moet u tijdens de follow-up op letten?

In dit artikel gaan we er vanuit dat het kind een voorwerp heeft ingeslikt. Uit verschillende publicaties blijkt overigens dat ouders er vaak (60-92%) getuige van zijn als het kind iets inslikt of dat de kinderen zich spontaan melden bij de ouders als zij dit hebben gedaan.[5,8] Met het oog op de differentiële diagnostiek moet de huisarts vanzelfsprekend altijd rekening houden met een voorwerp in de trachea. We gaan daar niet

De kern

- Een gerichte anamnese en een algemeen lichamelijk onderzoek vormen de hoeksteen voor het beleid bij kinderen die een vreemd voorwerp hebben ingeslikt.
- (Spoed)verwijzing naar de tweede lijn is noodzakelijk bij patiënten die ABCDE-instabiel zijn, patiënten die tekenen van ontsteking (koorts), obstructie (buikpijn, kwijlen en overgeven) en/of tekenen van bloedingen (hematemesis, melaena) vertonen.
- Verwijzing is ook nodig indien het vreemde voorwerp een (knoop)batterij betreft, er mogelijk sprake is van intoxicatie, er verschillende magneten zijn ingeslikt en als het voorwerp lang (> 5 cm) of scherp is.
- De routineröntgenfoto is bruikbaar als aanvullend diagnosticum.
- Bij patiënten zonder 'rode vlaggen' kan de huisarts een afwachtend beleid voeren.

bsl-h&w 11-08.indb 444 21-07-11 13:22

verder op in omdat een afwachtend beleid in dit geval nooit geïndiceerd is.

(HETERO)ANAMNESE

Een nauwkeurige anamnese blijkt de hoeksteen te zijn voor de diagnostiek en het verdere beleid bij ingeslikte voorwerpen door kinderen. Overigens mag u een ingeslikt voorwerp niet uitsluiten als er bij de anamnese geen klachten naar voren komen en u bij het lichamelijk onderzoek geen afwijkingen vindt.[8]

Een interessante vraag is of kinderen wel betrouwbaar kunnen aangeven wat ze hebben ingeslikt en of ze hiervan klachten hebben. Uit een prospectief onderzoek in de tweede lijn onder 311 kinderen komt naar voren dat 82% van de kinderen ouder dan vijf jaar goed in staat is te vertellen wat ze hebben ingeslikt en welke klachten dit geeft.[9] Omdat 30% van de jongere kinderen dat niet kan aangeven, moet u bij deze groep dus extra alert zijn.

Symptomen waarmee kinderen bij de dokter komen

De meeste ingeslikte voorwerpen geven geen klachten bij het kind. Vaak is het de ongerustheid van ouders die leidt tot een doktersbezoek.

Voorwerpen hebben de neiging om vast te gaan zitten bij bepaalde anatomisch nauwe structuren, zoals het cricofaryngeale gebied, het middelste derde deel van de oesofagus, de onderste oesofageale sfincter, de pylorus en de ileocaecale klep.[4,10] Dat kan tot een breed en locatieafhankelijk spectrum van klachten leiden.

Vooral in de tweede lijn zien we veel dat het kind kwijlt, het gevoel heeft dat er 'iets vastzit', buikpijn heeft, misselijk is, moet overgeven, slikklachten heeft, last heeft van dyspneu, niet wil eten, moet hoesten en pijn heeft achter het sternum. De meest voorkomende klacht onder kinderen jonger dan vijf jaar is dat ze weigeren te eten.[9]

Rode vlaggen en risicofactoren

Mits de toestand van het kind het toelaat, begint u met de anamnese. Het is belangrijk om eerst na te gaan of er sprake is van 'rode vlaggen'. Vraag naar kortademigheid (tracheaobstructie), koorts (ontsteking), kwijlen, buikpijn en overgeven (tekenen van obstructie), en hematemesis en melaena (tekenen van gastro-intestinale bloedingen). Dergelijke waarschuwingssignalen vragen bij kinderen die waarschijnlijk een voorwerp hebben ingeslikt vrijwel altijd om een (spoed) verwijzing.[4,11]

Risicofactoren die de kans op een gecompliceerd beloop groter maken zijn de aanwezigheid van oesofageale ziekten (onder andere reflux, stricturen en aangeboren afwijkingen), verminderd cognitief vermogen, niet goed kunnen kauwen en slikproblemen. Overigens lijkt de grootste risicofactor voor complicaties een vertraagde diagnose te zijn.[12]

Informatie inwinnen over het ingeslikte voorwerp

Probeer het soort voorwerp, het aantal en het tijdstip van inname te achterhalen. Het is van belang om expliciet te vragen of het om (knoop)batterijen (bijvoorbeeld uit een gehoorapparaat) of magneten (bijvoorbeeld uit speelgoed) gaat. Deze voorwerpen vergroten namelijk het risico op complicaties. (Knoop) batterijen die zich in de slokdarm bevinden moet u beschouwen als een medisch spoedgeval, omdat necrose (soms binnen vijf uur) en perforatie in de tractus digestivus snel kunnen optreden.[4,11,13,14] Als het kind meer dan één magneet heeft ingeslikt, is het risico op complicaties vergroot als gevolg van de wederzijdse aantrekkingskracht. Het gaat dan bijvoorbeeld om druknecrose, perforaties, fistels of volvulus.[15] Bij twijfel over het aantal magneten moet u het kind in de tweede lijn laten beoordelen.

Als het niet om een batterij of magneet gaat, moet u proberen de volgende informatie over het ingeslikte voorwerp te achterhalen:

- Uit welk materiaal bestaat het voorwerp? Is het voorwerp radio-opaak (bijvoorbeeld een muntje) of radiolucent (bijvoorbeeld een plastic onderdeel van speelgoed)? Deze vragen houden verband met de opbrengst van eventuele röntgenfoto's als aanvullende diagnostiek. Is er gevaar op vergiftiging, bijvoorbeeld loodvergiftiging? Kan het kind medicijnen hebben ingenomen? Zo ja, wat is de kans op intoxicatie? Raadpleeg bij twijfel het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het RIVM.
- Gaat het om een scherp voorwerp (bijvoorbeeld een spijker of een speld) of een stomp voorwerp (zoals een knikker)? Bij scherpe voorwerpen is er in de tweede lijn 15 tot 35% risico op perforatie.[2] In de eerste lijn ligt dit risico waarschijnlijk lager.

Abstract

Pols DHJ, Van der Wouden JC, Bindels PJE. Children who have swallowed a foreign body. Huisarts Wet 2011;54(8):444-8.

Children sometimes swallow foreign bodies and are taken by their parents to their general practitioner. While good management of the problem can prevent severe complications, it is important to be alert to over-diagnosis and overtreatment. A focused history and general physical examination, with attention being paid to vital functions, form the cornerstone of management, with radiography as potential supplementary investigation. Urgent referral to secondary care is essential if there are red flags, such as patients with ABC instability, patients showing signs of inflammation (fever) or obstruction (stomach ache, salivation, and vomiting), and patients with signs of haemorrhage (haematemesis and melaena). Referral is also necessary if the child has swallowed a battery, one or more magnets, or a long (> 5cm) or sharp object. General practitioners should always be alert to the possibility of poisoning. Watchful waiting is recommended for patients not at risk of a complicated course and without the abovementioned red flags. Coins, marbles, and other small blunt objects are often spontaneously evacuated within 4-6 days without further complications. Doctors and parents should be alert for symptoms occurring in the first 3 days.

bsl-h&w 11-08.indb 445 21-07-11 13:22

- Wat is de lengte of de diameter van het voorwerp? In de internationale literatuur houdt men een lengte van 5 cm aan voor een afwachtend beleid bij kinderen. Voorwerpen langer dan 5 cm kunnen waarschijnlijk niet door de bochten in de dunne darm of kunnen de pylorus niet passeren, wat de kans op complicaties vergroot. Bij kinderen jonger dan één jaar adviseert men zelfs het voorwerp te laten verwijderen bij een geschatte of door middel van röntgenonderzoek geobjectiveerde lengte van 2 tot 3 cm.[4] In het betreffende hoofdstuk in het boek *Kleine kwalen bij kinderen* adviseert de auteur aanvullend onderzoek bij een diameter van > 20 mm.[6]
- Wat is het tijdstip van inname? Objecten die langer dan 24 uur in de slokdarm vastzitten vragen om een verwijzing vanwege de grotere kans op complicaties (druknecrose, erosies, perforaties, stricturen of fistels).[4,16] Vooral gedurende de eerste 72 uur moet u alert zijn op complicaties.

Aanbevelingen

Een uitgebreide (hetero)anamnese levert vaak nuttige informatie op die van belang is voor het verdere beleid. Wel moet u kritisch blijven en beseffen dat een (hetero)anamnese vooral bij jonge kinderen niet altijd volledig is.

LICHAMELIJK ONDERZOEK

Bij een retrospectief onderzoek (n = 112) vond men bij 90% van de patiënten geen afwijkingen bij het lichamelijk onderzoek.[8] Binnen de groep die wel afwijkingen had (10%), waren afwijkende longgeluiden het meest voorkomende symptoom. Deze getallen berusten op onderzoek in de tweede lijn. Te verwachten valt dat de kans op het vinden van afwijkingen bij het lichamelijk onderzoek in de eerste lijn veel lager ligt. Toch zou deze lage voorafkans op het vinden van afwijkingen geen ontmoediging moeten zijn om het kind na te kijken, maar moet u deze beschouwen als een mogelijk waardevolle aanvulling op de anamnese.

Rode vlaggen bij het lichamelijk onderzoek

De eerste stap van het lichamelijk onderzoek is een lege artis uitgevoerde inventarisatie volgens de ABCDE-systematiek. Als er problemen zijn met de luchtwegen, de ademhaling of de circulatie moet u hier eerst adequaat naar handelen. Bij de controle van de luchtweg en ademhaling dient u bij auscultatie specifiek te letten op luchtwegsymptomen die kunnen wijzen op tracheacompressie. Bij het onderzoek van de hals kunt u zwelling, erytheem of crepitaties vinden, die een oesofagusperforatie aannemelijk maken. Bij het abdominaal onderzoek kunnen symptomen die passen bij een acute buik een aanwijzing zijn voor darmobstructie of perforatie.

Aanbevelingen

Ondanks de lage voorafkans adviseren wij om altijd een lichamelijk onderzoek te verrichten. De voornaamste reden is dat het goedkoop, snel en niet belastend is. Het lichamelijk onderzoek kan richting geven aan het verder te voeren beleid en een rol spelen bij de effectieve geruststelling van kind en ouders.

EIGENSCHAPPEN AANVULLEND ONDERZOEK

De meeste ervaring is opgedaan met de conventionele röntgenfoto, een diagnosticum waarvan kosten en risico's acceptabel zijn. Een röntgenfoto kan waardevol zijn en heeft als voordeel dat u daarmee de anatomische locatie redelijk nauwkeurig kunt vaststellen. De röntgenfoto (in twee richtingen) moet het hele traject van de oesofagus en maag dekken.[4,17]

Volgens een retrospectieve analyse bij 1265 patiënten is met röntgendiagnostiek 100% van de metalen voorwerpen en 86% van de glazen objecten aan te tonen.[18] Een röntgenfoto heeft weinig toegevoegde waarde bij radiolucente voorwerpen, zoals plastic, hout en visgraatjes. Bij een perforatie kan op de thoraxfoto een pneumomediastinum zichtbaar zijn. We ontraden het aanvragen van contrastonderzoeken om radiolucente voorwerpen aan te tonen, omdat dit eventueel endoscopisch vervolgonderzoek kan bemoeilijken.[11]

De röntgenfoto kan dus nuttig zijn bij het aantonen en lokaliseren van een vreemd voorwerp, maar lijkt niet geschikt om het uit te sluiten wanneer de aard van het voorwerp onbekend is.

AFWACHTEND BELEID GERECHTVAARDIGD?

De beslissing om niet ieder kind met een ingeslikt voorwerp door te sturen naar de tweede lijn is gebaseerd op twee argumenten. Ten eerste bewijzen vele onderzoeken[16,19-24] dat een afwachtend beleid gerechtvaardigd is indien er geen 'rode vlaggen' zijn en u rekening houdt met de volgende criteria:

- Het kind is niet bekend met (aangeboren) slokdarmziekten.
- Het kind heeft geen klachten.

Ten tweede is bekend dat aanvullend onderzoek door middel van bijvoorbeeld een endoscopische interventie iatrogene schade kan opleveren.[16] Hierbij kunt u denken aan farynxbloedingen, oesofagusperforatie en mediastinitis.

Over het wel of niet standaard maken van röntgenfoto's in de diagnostische fase is de literatuur verdeeld. Sommige onderzoekers stellen dat men altijd een röntgenfoto moet maken omdat ook asymptomatische patiënten een vastzittend voorwerp in de oesofagus kunnen hebben.[25,26] Indien deze situatie langer dan 24 uur duurt, wordt het risico op complicaties (druknecrose, erosies, perforaties, stricturen of fistels) groter en adviseert men het voorwerp te verwijderen.[4,16,17,22,27]

Uit een eerstelijnsonderzoek uit 1995 bleek echter dat 4% van de kinderen in het verleden een muntje had ingeslikt.[23] Vijfentachtig procent van deze groep was succesvol thuisgebleven zonder beoordeling van een arts of vergiftigingencentrum. Ook een ander onderzoek ondersteunt een afwachtend beleid zonder het maken van röntgenfoto's.[24]

Een goede evidence-based aanbeveling is op grond van de huidige literatuur niet te doen. De overwegend Amerikaanse literatuur adviseert veelal om standaard een röntgenfoto te maken.

bsl-h&w 11-08.indb 446 21-07-11 13:22

Aanbevelingen

Indien het kind geen klachten heeft en het voorwerp een laag risico op complicaties geeft, kunt u volstaan met een afwachtend beleid. Het is noodzakelijk om de ouders te vragen om zeker de eerste drie dagen alert te zijn op klachten van pijn, braken, speekselvloed, onverklaarde slechte eetlust of benauwdheid. Nieuw contact is dan noodzakelijk.

Ondanks de beperkte evidence adviseren wij om laagdrempelig 24 uur na inname van het voorwerp een foto aan te vragen indien er twijfel bestaat over de passage, om zo uit te sluiten dat het radio-opake voorwerp nog in de slokdarm vastzit. Dit geldt temeer bij jonge kinderen met een onbetrouwbare anamnese. We hebben het beleid samengevat in de [**figuur**].

FOLLOW-UP BIJ AFWACHTEND BELEID

Wanneer een afwachtend beleid verantwoord lijkt, moet de arts het kind en de ouders goed instrueren. Vooral de eerste drie dagen na inname moet men alert zijn op alarmsymptomen. Bij twijfel moeten de ouders laagdrempelig kunnen overleggen met een arts.

Het merendeel van de voorwerpen passeert het maag-darmkanaal ongecompliceerd binnen vier tot zes dagen. Bij asymptomatische kinderen die een radiolucent voorwerp hebben ingeslikt, luidt het advies om zeker de eerste twee weken af te wachten. Experts adviseren de ontlasting in de gaten te houden. Onderzoek van de feces heeft helaas een beperkte waarde. Indien men een voorwerp in de feces vindt, geeft dit wel duidelijkheid over de passage. Vaak zal men het voorwerp niet vinden, onder andere omdat inspectie van de feces vaak onvolledig gebeurt. De kans op complicaties tijdens een afwachtend beleid is volgens ons echter zeer gering, zeker als er geen klachten zijn. Indien zekerheid gewenst is, moet men aanvullend onderzoek overwegen, om zo de passage van het voorwerp te beoordelen. Hiervoor is overleg met de tweede lijn noodzakelijk.

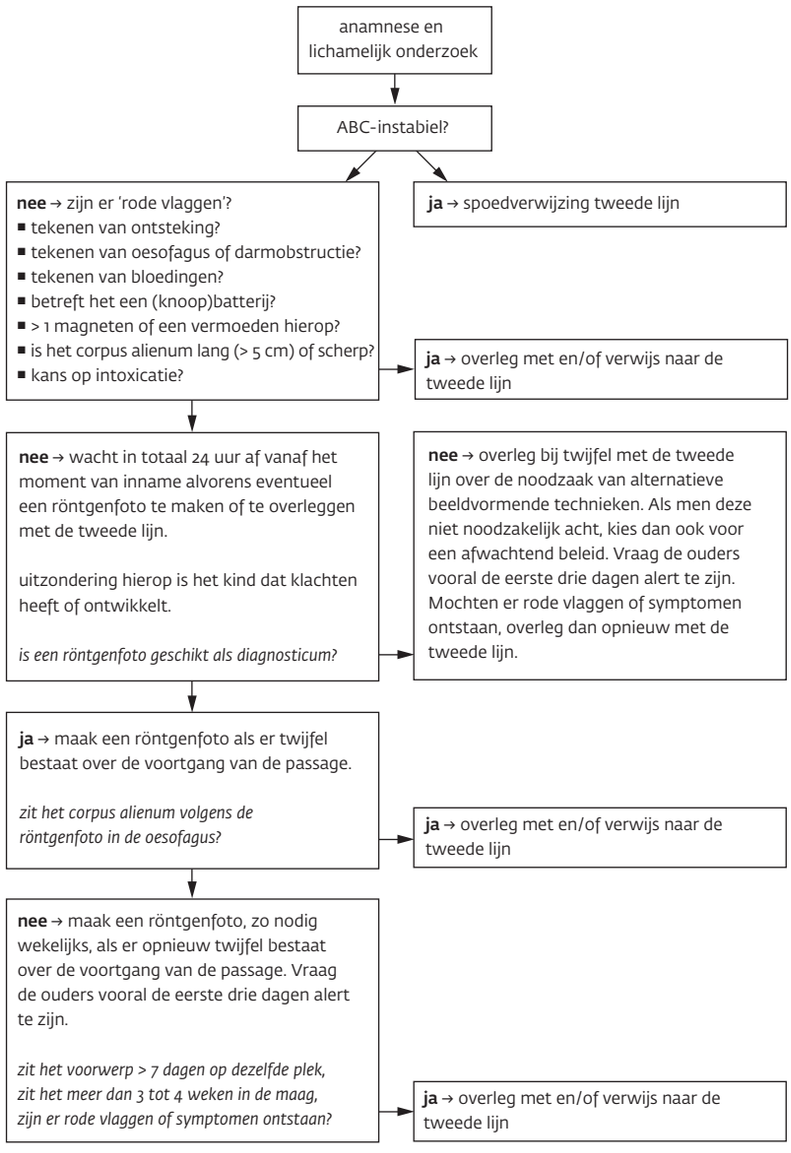
Bij asymptomatische kinderen die een glad, klein en radio-opaak voorwerp hebben ingeslikt is de röntgenfoto een goede optie om het voorwerp te vervolgen. Ook hier adviseren wij in eerste instantie een afwachtend beleid. De kans op complicaties is namelijk klein, vooral als er geen klachten zijn. Als men zekerheid wil, moet men een röntgenfoto laten maken. Eén foto per week zou genoeg moeten zijn voor de follow-up van een asymptomatisch kind dat een radio-opaak voorwerp heeft ingeslikt en bij wie twijfel bestaat over de passage.[4,11] Als een radio-opaak voorwerp langer dan zeven dagen op dezelfde anatomische plek zit of niet binnen drie tot vier weken de maag heeft verlaten, is overleg met de tweede lijn wenselijk. Vanzelfsprekend moet men ieder kind dat pas na enkele dagen klachten krijgt doorverwijzen (pijn, braken, speekselvloed, onverklaarde slechte eetlust of benauwdheid).

Het is de vraag of het zinvol is om iedere week een röntgenfoto te laten maken en of dat geen (iatrogene) schade oplevert. De stralingsbelasting zal in de praktijk meevallen, gezien de gemiddeld snelle passagetijd. Onderzoekers hebben gevallen beschreven waarin de passagetijd vier weken bedroeg.[4,8] Ook dan weegt de stralingsbelasting op tegen de eventuele complicaties van een voorwerp dat in de tractus digestivus vastzit. Goed wetenschappelijk onderzoek dat in de eerste lijn is uitgevoerd, is in de toekomst noodzakelijk. Op deze manier kan er een evidence-based advies gegeven worden over de follow-up. De vraag die in dit onderzoek centraal moet staan is de volgende: kan men ook een afwachtend beleid voeren bij asymptomatische patiënten, zonder onderzoek van de ontlasting en/of röntgenfoto's?

Aanbevelingen

Bij het merendeel van de kinderen is het vreemde voorwerp binnen vier tot zes dagen de tractus digestivus gepasseerd.

Figuur **Suggestie voor het beleid bij een ingeslikt vreemd voorwerp**



bsl-h&w 11-08.indb 447 21-07-11 13:22

Vooral gedurende de eerste drie dagen moet u extra alert zijn op de ontwikkeling van klachten. Een afwachtend beleid is te verdedigen bij afwezigheid van rode vlaggen en bij een glad en/of klein voorwerp.

De kans op complicaties tijdens afwachtend beleid is volgens ons zeer gering, zeker als er geen klachten zijn. Als u het zekere voor het onzekere wilt nemen, moet u aanvullend onderzoek overwegen, om zo de passage van het voorwerp te beoordelen.

BESLUIT

In dit artikel hebben wij getracht, ondanks het beperkte 'level of evidence' van de beschikbare literatuur, praktische en veilige handvatten te geven voor de behandeling van een kind dat een voorwerp heeft ingeslikt. Beter opgezette eerstelijnsonderzoeken zijn nodig om het beleid verder aan te scherpen. Deze onderzoeken moeten zich specifiek richten op de noodzaak van het wel of niet verrichten van aanvullende diagnostiek in de follow-upfase. ■

LITERATUUR

1 Van der Linden MW, Van Suijlekom-Smit LWA, Schellevis FG, Van der Wouden JC. Het kind in de huisartspraktijk. Rotterdam/Utrecht: Erasmus MC/NIVEL, 2005.
2 Wyllie R. Foreign bodies in the gastrointestinal tract. Curr Opin Pediatr 2006;18:563-4.
3 Little DC, Shah SR, St Peter SD, Calkins CM, Morrow SE, Murphy JP, et al. Esophageal foreign bodies in the pediatric population: our first 500 cases. J Pediatr Surg 2006;41:914-8.
4 Uyemura MC. Foreign body ingestion in children. Am Fam Physician 2005;72:287-91.
5 Louie JP, Alpern ER, Windreich RM. Witnessed and unwitnessed esophageal foreign bodies in children. Pediatr Emerg Care 2005;21:582-5.
6 Wagenaar HC. Ingeslikt voorwerp. In: Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Verheij ThJM (redactie). Kleine kwalen bij kinderen. Tweede druk. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg, 2009.
7 Gilger MA, Jain AK, McOmber ME. Foreign bodies of the esophagus and gastrointestinal tract in children. http://www.uptodate.com/contents/foreign-bodies-of-the-esophagus-and-gastrointestinal-tract-in-children. Version 18.3: 14 januari 2009.
8 Yalçin S, Karnak I, Ciftci AO, Senocak ME, Tanyel FC, Büyükpamukçu N. Foreign body ingestion in children: an analysis of pediatric surgical practice. Pediatr Surg Int 2007;23:755-61.
9 Wai Pak M, Chung Lee W, Kwok Fung H, Van Hasselt CA. A prospective study of foreign-body ingestion in 311 children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2001;58:37-45.
10 Waltzman ML. Management of esophageal coins. Curr Opin Pediatr 2006;18:571-4.
11 Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Johanson JF, et al. Guideline for the management of ingested foreign bodies. Gastrointest Endosc 2002;55:802-6.
12 Tokar B, Cevik AA, Ilhan H. Ingested gastrointestinal foreign bodies: predisposing factors for complications in children having surgical or endoscopic removal. Pediatr Surg Int 2007;23:135-9.
13 Yardeni D, Yardeni H, Coran AG, Golladay ES. Severe esophageal damage due to button battery ingestion: can it be prevented? Pediatr Surg Int 2004;20:496-501.
14 Kimball SJ, Park AH, Rollins MD 2nd, Grimmer JF, Muntz H. A review of esophageal disc battery ingestions and a protocol for management. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2010;136:866-71.
15 Butterworth J, Feltis B. Toy magnet ingestion in children: revising the algorithm. J Pediatr Surg 2007;42:e3-5.
16 Waltzman ML, Baskin M, Wypij D, Mooney D, Jones D, Fleisher G. A randomized clinical trial of the management of esophageal coins in children. Pediatrics 2005;116:614-9.
17 Arana A, Hauser B, Hachimi-Idrissi S, Vandenplas Y. Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature. Eur J Pediatr 2001;160:468-72.
18 Cheng W, Tam PK. Foreign-body ingestion in children: experience with 1,265 cases. J Pediatr Surg 1999;34:1472-6.
19 Sharieff GQ, Brousseau TJ, Bradshaw JA, Shad JA. Acute esophageal coin ingestions: is immediate removal necessary? Pediatr Radiol 2003;33:859-63.
20 Soprano JV, Fleisher GR, Mandl KD. The spontaneous passage of esophageal coins in children. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153:1073-6.
21 Soprano JV, Mandl KD. Four strategies for the management of esophageal coins in children. Pediatrics 2000;105:e5.
22 Conners GP, Chamberlain JM, Ochsenschlager DW. Conservative management of pediatric distal esophageal coins. J Emerg Med 1996;14:723-6.
23 Conners GP, Chamberlain JM, Weiner PR. Pediatric coin ingestion: a home-based survey. Am J Emerg Med 1995;13:638-40.
24 Conners GP, Cobaugh DJ, Feinberg R, Lucanie R, Caraccio T, Stork CM. Home observation for asymptomatic coin ingestion: acceptance and outcomes. The New York State Poison Control Center Coin Ingestion Study Group. Acad Emerg Med 1999;6:213-7.
25 Schunk JE, Corneli H, Bolte R. Pediatric coin ingestions. A prospective study of coin location and symptoms. Am J Dis Child 1989;143:546-8.
26 Hodge D 3rd, Tecklenburg F, Fleisher G. Coin ingestion: does every child need a radiograph? Ann Emerg Med 1985;14:443-6.
27 Bonadio WA, Emslander H, Milner D, Johnson L. Esophageal mucosal changes in children with an acutely ingested coin lodged in the esophagus. Pediatr Emerg Care 1994;10:333-4.

INTERMEZZO

Nico van Duijn

Roken

Gisteren heb ik niet gerookt. Dat leek me een aardig verjaarscadeautje voor haar, een dag niet-roken na 40 jaar verslaving. Dat vond zij ook, gelukkig. Vanochtend bedacht ik dat nog een dag niet-roken erg stoer zou zijn. Ik kan altijd weer beginnen met roken, morgen bijvoorbeeld. Ze vroeg 'Ben ik nog een beetje jarig vandaag?'. Ze bedoelde 'Krijg ik nog een dag niet-roken cadeau?' Ja, je bent nog een dag jarig.

Vandaag rook ik ook maar niet. Maar dat was wat overmoedig. Het valt enorm tegen, zo'n tweede dag zonder. Bij een volgende stoppoging sla ik de tweede dag over. Alles is onrust aan me. Mijn handen, vingers, benen, ademhaling: alles beweegt, alles zweet. Maar goed, het cadeautje is niet meer stinken, niet meer in de garage zitten, niet meer zo snurken. En vooral: meer kans dat we samen oud worden. Uiteindelijk gaat het daar om. Ik wil graag haar rolstoel duwen, later, en niet andersom. Veel hoef je daar niet voor te doen, gewoon stoppen met roken op je 57ste. Na 10 jaar niet-roken is de kans op nare ziektes weer normaal geworden. Op mijn 67ste kan ik dus weer gaan roken. Ik verlang er nu al naar. ■

bsl-h&w 11-08.indb 448 21-07-11 13:22

Gé Donker, Sara Dorsman

Niet-pluisgevoel: een diagnostisch instrument

Voor het stellen van een diagnose zijn niet alleen de anamnese en het klinisch onderzoek belangrijk maar ook gevoel en ervaring. Daarbij speelt het onderscheid tussen pluis en niet-pluis een grote rol. Het is opmerkelijk dat er nog weinig onderzoek naar het niet-pluisgevoel is gedaan. Het verschijnsel wordt breed erkend, zelfs in uitspraken van tuchtcolleges. Met behulp van gegevens van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) Peilstations onderzochten we kwantitatief waardoor het niet-pluisgevoel bij huisartsen ontstaat, welke acties hieruit voortkomen en hoe voorspellend dit gevoel is voor de diagnose kanker.

ASPECTEN VAN HET NIET-PLUISGEVOEL

Het niet-pluisgevoel kan plotseling of geleidelijk ontstaan en vaak zijn er geen objectieve argumenten voor. Kennis over de voorgeschiedenis en de context van een patiënt kan meespelen. Reflectie op het eigen handelen is een manier om het gevoel bij de diagnosestelling te laten meewegen en het niet-pluisgevoel te leren herkennen. Onderzoek met focusgroepen (huisartsen, experts) liet zien dat het niet-pluisgevoel functioneert als diagnostisch instrument en aanzet tot het zoeken naar objectieve redenen voor dit gevoel. Juist bij een ziekte als kanker, waarbij vroege opsporing van essentieel belang is voor de prognose, kan dit van waarde zijn.

TRIGGERS

In ons onderzoek gaven huisartsen – bij 133 gevallen van niet-pluisgevoel – heel verschillende triggers voor dit gevoel aan. In afnemende frequentie waren dit: onverklaard gewichtsverlies, palpabele tumor (met name in de borst), patiënt verschijnt normaliter zelden op het spreekuur, ongewone duur van klachten of het uiterlijk van de patiënt. Veelal ging het om een combinatie van deze factoren.

De huisartsen verwezen meer dan de helft van de patiënten bij wie zij een niet-pluisgevoel hadden direct naar een specialist. Daarnaast waren ook laboratorium-, röntgen- en echo-onderzoek gebruikelijke interventies om tot een diagnose te komen [**figuur 1**].

Deze voorlopige analyses zijn gebaseerd op data uit 2010, verzameld door huisartsen die participeren in de CMR Peilstations van het NIVEL. Dit netwerk bestaat uit 42 huisartsenpraktijken, verspreid over Nederland, die 0,8% van de Nederlandse patiëntenpopulatie vertegenwoordigen. De samenstelling is representatief wat betreft geografische spreiding en bevolkingsdichtheid. Sinds 1 januari 2010 registreren deze huisartsenpraktijken de consulten waarin de huisarts een niet-pluisgevoel betreffende kanker heeft. In een vragenlijst wordt geregistreerd wat de aanleiding is voor dit gevoel en welke interventie erop volgt. Drie maanden nadien wordt in een follow-upvragenlijst nagegaan welke diagnose is gesteld en of deze conform de geanticipeerde diagnose is. Aanvullend onderzoek naar de waarde van niet-pluisgevoel voor een vroege diagnose kanker wordt financieel ondersteund door de Stichting Stoffels-Hornstra.

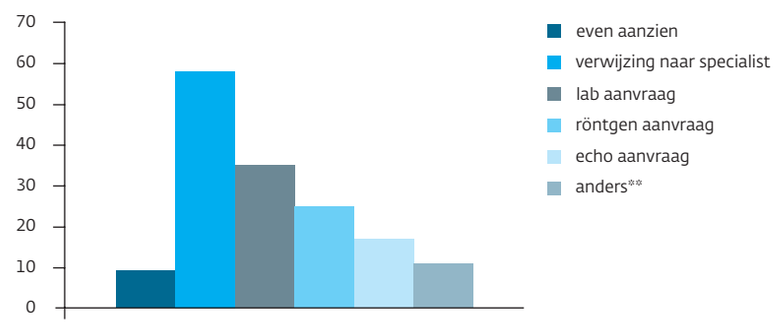
DIAGNOSE

Vervolgonderzoek na 3 maanden liet zien dat het niet-pluisgevoel in 65% van de gevallen tot een diagnose leidde. In 35% van alle niet-pluisgevallen werd de diagnose kanker bevestigd en bij 26% van de patiënten ging het om de diagnose die de arts oorspronkelijk vermoedde [**figuur 2**].

CONCLUSIE

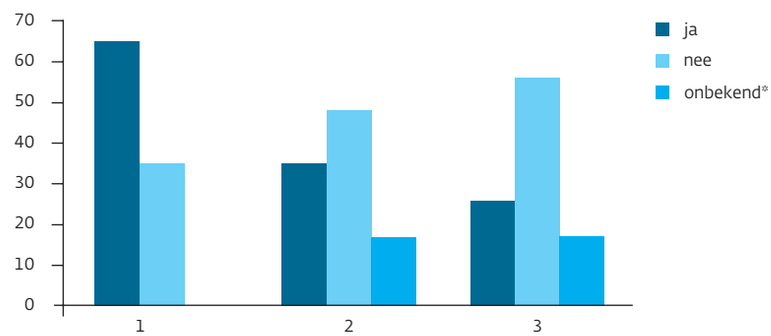
Het onderzoek laat zien dat het niet-pluisgevoel in de meeste gevallen aanleiding is voor actie van de huisarts (verwijzing naar de specialist of verder diagnostisch onderzoek). In tweederde van de gevallen leidde het niet-pluisgevoel tot een diagnose en bij ruim eenderde werd de diagnose kanker bevestigd. Het niet-pluisgevoel blijkt een niet geheel nauwkeurig maar wel waardevol diagnostisch instrument in de huisartsenpraktijk. De waarde van niet-pluisgevoel voor het vroeg diagnosticeren van kanker is onderwerp van nader onderzoek. ■

Figuur 1 **Interventie na een niet-pluisgevoel van de huisarts bij vermoeden van kanker***



* Binnen een consult kunnen meerdere interventies hebben plaatsgevonden.
** Anders: bijvoorbeeld CT-scan, scopie, faecesonderzoek.

Figuur 2 **De resultaten van de follow-upvragenlijst na drie maanden van het niet-pluisgevoel over de vragen: (1) Leidde het niet-pluisgevoel tot een diagnose? (2) Betrof het de diagnose 'kanker'? (3) Was dit de diagnose die vooraf werd vermoed?**



* De uitslag van het onderzoek was nog niet bekend of de patiënt zag zelf af van verdere diagnostiek.

bsl-h&w 11-08.indb 449 21-07-11 13:22

Miriam Koopman

NASCHOLING

Nieuwe ontwikkelingen bij de behandeling van coloncarcinoom

INLEIDING

Het colorectaal carcinoom (CRC) is één van de meest voorkomende vormen van kanker in Nederland met bijna 12.000 nieuwe patiënten (meer dan 90% ouder dan 50 jaar) en bijna 5000 sterfgevallen in 2007.[1] Een huisarts met een gemiddelde praktijk van 2350 patiënten ziet dus per jaar iets minder dan twee nieuwe patiënten met een CRC, maar dat worden er meer want de laatste tijd neemt het aantal patiënten fors toe, met name bij mannen. In het jaar 2015 zal het aantal nieuwe patienten naar verwachting 14.000 zijn, van wie 8000 ouder dan 65 jaar. Naast leeftijd zijn weinig lichaamsbeweging, ongezonde voeding en overgewicht belangrijke risicofactoren.[2]

Bij de stadiëring van coloncarcinomen gebruikt men de TNM-classificatie en onderscheidt men vier stadia [**tabel 1**]. De vijfjaarsoverleving neemt af met het stadium: zij is in stadium I ongeveer 90%, in stadium II 80-85%, in stadium III 60-75% en in stadium IV 5-10%.

Hierna volgt een overzicht van de nieuwe medisch-oncologische ontwikkelingen in de behandeling van colorectale carcinomen, met speciale aandacht voor de punten die voor de huisarts van belang zijn. In de behandeling onderscheidt men patiënten in stadium I-III, bij wie alleen een primaire tumor is aangetoond en die derhalve een redelijke kans hebben om na operatie te genezen, en patiënten in stadium IV, die uitzaaiingen hebben. De behandeling is bij deze laatste groep, waarin uiteindelijk ongeveer de helft van de patiënten terechtkomt, niet zozeer gericht op genezing als wel op verlenging van het leven en vermindering van de klachten.

Samenvatting

Koopman M. Nieuwe ontwikkelingen bij de behandeling van coloncarcinoom. Huisarts Wet 2001;54(8):450-4.

Het colorectaal carcinoom (CRC) is één van de meest voorkomende vormen van kanker in Nederland; in de praktijk van de gemiddelde huisarts krijgen jaarlijks ongeveer twee patiënten de diagnose. Belangrijke risicofactoren zijn leeftijd (ouder dan 50), weinig lichaamsbeweging, ongezonde voeding en overgewicht. Patiënten zonder metastasen (stadia I-III) komen in aanmerking voor een in opzet curatieve behandeling, met een redelijk goede prognose. Ongeveer de helft van alle patiënten ontwikkelt uiteindelijk toch metastasen en krijgt palliatieve systemische therapie. Van belang voor de huisarts zijn vooral de bijwerkingen van fluoropyrimidines, oxaliplatine en irinotecan, en die van nieuwe 'targeted' middelen zoals bevacizumab, cetuximab en panitumumab. Het onderzoek richt zich momenteel vooral op de identificatie van predictieve factoren die tot een betere selectie van patiënten voor deze behandelingen moeten gaan leiden.

STADIUM I-III: CURATIEVE OPZET

De hoeksteen van de curatieve behandeling is chirurgische resectie van de primaire tumor. Bij patiënten zonder aantoonbare uitzaaiingen, dus in stadium I, II en III, is genezing het doel. Toch zal bij ongeveer de helft van deze patiënten de ziekte na verloop van tijd terugkomen in de vorm van metastasen op afstand. Om de kans hierop zo klein mogelijk te maken, krijgen patiënten met een hoog risico op een recidief aanvullende ('adjuvante') chemotherapie. Tot 2004 gaf men patiënten in stadium III een adjuvante behandeling die bestond uit een combinatie van het chemotherapeuticum fluorouracil (5FU) met de foliumzuurmetaboliet leukovorine (LV). De werking van 5FU berust op het verstoren van de DNA-synthese, waardoor delende cellen te gronde gaan. Leukovorine versterkt dit effect. Deze middelen werden zes maanden lang eenmaal per maand intraveneus toegediend op vijf achtereenvolgende dagen.[3] Na 2004 is de behandeling van patiënten in stadium II en III aangepast op grond van een aantal onderzoeken.[4] Voor het totaal van de patiënten met een stadium-II-coloncarcinoom is de overlevingswinst van de adjuvante chemotherapie minder dan 5%, maar voor een subgroep met hoogrisicokenmerken bleek de winst vergelijkbaar met die van stadium III. Het hoge risico wordt met name bepaald door de uitbreiding van de tumor in de omgeving (T4) en een te klein aantal onderzochte lymfeklieren (< 10-12) waardoor een mogelijke lymfekliermetastase wijzend op een stadium III gemist kan zijn.[5] De indicatie voor adjuvante behandeling is dan ook uitgebreid naar patiënten met een hoogrisico stadium-II-coloncarcinoom.

Een andere ontwikkeling is de toevoeging van oxaliplatine aan 5FU/LV, waardoor de vijfjaars ziektevrije overleving bij patiënten met een stadium-III-coloncarcinoom steeg van 67,4% naar 73,3%.[5,6] Daarnaast kwamen er orale vormen van 5FU be-

De kern

- Jaarlijks wordt in Nederland bij bijna 12.000 nieuwe patiënten de diagnose colorectaal carcinoom gesteld en overlijden er 5000 aan deze aandoening.
- Gezien de risicofactoren: leeftijd (ouder dan 50), weinig lichaamsbeweging, ongezonde voeding en overgewicht, neemt het aantal nieuwe patiënten nog ieder jaar toe.
- Ook de vijfjaarsoverleving stijgt, door de ontwikkeling van nieuwe behandelingsschema's en medicamenten.
- Huisartsen zullen vaker patiënten te zien krijgen die behandeld zijn of worden voor een CRC. Belangrijke aandachtspunten zijn mogelijke bijwerkingen van de behandeling, en vooral laagdrempelig overleg met de oncoloog.

UMC Utrecht, afdeling Medische Oncologie, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. M. Koopman, medisch oncoloog. • Correspondentie: m.koopman-6@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

bsl-h&w 11-08.indb 450 21-07-11 13:22

Tabel 1 **Behandeling en prognose van coloncarcinoom**

	TNM-classificatie	Standaardbehandeling	Vijfjaars overleving
Stadium I	T1-2 N0 M0	chirurgie, geen adjuvante chemotherapie	90%
Stadium II	T3-4 N0 M0		80-85%
laagrisico		chirurgie, geen adjuvante chemotherapie	
hoogrisico	een van de volgende kenmerken aanwezig: ■ stadium T4; ■ perforatie bij presentatie; ■ minder dan 10 klieren beoordeeld; ■ veneuze invasie; ■ tumor slecht of ongedifferentieerd	conform stadium III	
Stadium III	Tx N1-3 M0	chirurgie gevolgd door adjuvante chemotherapie (fluoropyrimidine in combinatie met oxaliplatine)	60-65%
Stadium IV	Tx Nx M1	systemische therapie (fluoropyrimidinebevattend schema in combinatie met bevacizumab)	5-10%

T = maat voor de grootte en uitbreiding van de tumor, variërend van 1 tot 4.
N = maat voor aantal aangedane lymfeklieren, variërend van 0 tot 3.
M = af- of aanwezigheid van metastasen, respectievelijk 0 of 1.
x = onafhankelijk van gevonden waarde.

schikbaar, zoals capecitabine, die minstens zo effectief zijn maar minder bijwerkingen geven.[7] De patiënt neemt in deze setting gedurende twee weken tweemaal daags capecitabine in, gevolgd door een week rust. De meest frequente bijwerking is het hand-voetsyndroom: een rode verkleuring van de huid van handpalmen en voetzolen, die soms pijnlijk is en met vervelling gepaard kan gaan. Andere mogelijke bijwerkingen zijn misselijkheid, braken, diarree, moeheid en beenmergsuppressie. Haaruitval treedt doorgaans niet op.

Oxaliplatine heeft als meest frequente bijwerking een neuropathie die zich uit in (soms zelfs pijnlijke) tintelingen en/of een doof gevoel in de handen en voeten, dat bij kou verergert. De patiënt krijgt dan ook het advies om tijdens de behandeling geen spullen met blote handen uit de koelkast te pakken en geen koude etenswaren te nuttigen. Duur en ernst van de neuropathie kunnen in de loop van de behandeling toenemen. De neuropathie is meestal (maar niet altijd!) reversibel, en kan herstellen tot een jaar na de laatste oxaliplatinetoediening. Helaas zijn er nog geen effectieve middelen om deze bijwerking te voorkomen en/of te behandelen; de middelen die geregistreerd zijn ter bestrijding van neuropathische pijn zijn slechts bij enkele patiënten effectief. Overige mogelijke bijwerkingen bestaan uit misselijkheid, braken, diarree, allergische reactie, pijn tijdens de infusie, kaakkramp, moeheid, beenmergsuppressie (met name trombopenie) en zelden kaalheid. Oxaliplatine wordt intraveneus toegediend, met 5FU in een tweewekelijks schema (het zogenaamde FOLFOX-schema) en met capecitabine in een driewekelijks schema (CAPOX). Beide schema's leveren ten opzichte van het oude 5FU/LV-schema ongeveer evenveel overlevingswinst op en gelden tegenwoordig als standaardbehandeling,[8,9] al kiest men op basis van leeftijd en/of comorbiditeit soms nog wel voor monotherapie met 5FU-LV of capecitabine. De waarde van irinotecan en de zogeheten 'targeted' therapieën[10,11] als adjuvante behandeling is nog niet aangetoond. Deze middelen komen aan de orde bij de behandeling van gemetastaseerde ziekte.

PALLIATIEVE BEHANDELING

Ongeveer de helft van de patiënten met een colorectaal carcinoom krijgt afstandsmetastasen. Dit kan zijn op het moment van de primaire diagnose (stadium IV: synchrone metastasen) of op een later moment (metachrone metastasen). In dit laatste geval treden deze metastasen meestal binnen twee tot drie jaar na de primaire diagnose op. Bij een klein deel van de patiënten kunnen de metastasen chirurgisch verwijderd worden. Deze laatste groep patiënten heeft een vijfjaarsoverleving van rond de 40%, en sommigen genezen. De andere patiënten krijgen een palliatieve systemische behandeling, waarbij de mediane overleving rond de twee jaar ligt (zonder behandeling is de overleving zeven à acht maanden). Voor de totale groep patiënten met afstandsmetastasen, dus inclusief de kleine groep bij wie resectie mogelijk is, bedraagt de vijfjaarsoverleving 18%.[12] Ook met alleen systemische therapie is langdurige overleving mogelijk, maar dat geldt voor slechts zo'n 10% van de patiënten.

Chemotherapie

Lange tijd was 5FU/LV de enige beschikbare effectieve therapie, die resulteerde in een mediane overleving van elf tot

Abstract

Koopman M. New developments in the treatment of colon cancer. Huisarts Wet 2001;54(8):450-5.

Colorectal cancer is one of the most common cancers in the Netherlands, with two patients being diagnosed annually in the average general practice. Important risk factors are age (> 50 years), little physical activity, unhealthy diet, and overweight. Patients without metastases (stage I–III) are eligible for curative treatment and have a reasonable prognosis. However, about half of all patients ultimately develop metastases and receive palliative systemic treatment. It is important that general practitioners are aware of the side effects of fluoropyrimidines, oxaliplatin, and irinotecan, and of the newer 'targeted' drugs such as bevacizumab, cetuximab, and panitumumab. Current research is mainly focused on the identification of predictive factors that can lead to a better selection of patients eligible for these treatments.

bsl-h&w 11-08.indb 451 21-07-11 13:22

twaalf maanden.[14] In de laatste jaren zijn er orale fluoropyrimidines beschikbaar gekomen, zoals capecitabine en uracil/tegafur (UFT), die ongeveer even effectief zijn als 5FU/LV maar beter worden verdragen, al komt het hand-voetsyndroom bij deze orale middelen iets vaker voor.[15-20] Met de komst van irinotecan en oxaliplatine is de mediane overleving verder toegenomen van ongeveer acht tot rond de zeventien maanden. Irinotecan wordt net als oxaliplatine intraveneus toegediend. De belangrijkste bijwerkingen zijn diarree (zowel vroege als late), misselijkheid, braken, kaalheid, moeheid, een cholinerg syndroom tijdens of vlak na de infusie en beenmergsuppressie met het risico op neutropene koorts.

Tot 2007 werd een combinatie van een fluoropyrimidine met irinotecan of oxaliplatine beschouwd als standaard voor de eerstelijnsbehandeling van gemetastaseerd CRC. Twee onderzoeken toonden echter aan dat deze combinatietherapie niet tot betere overleving leidde dan het opeenvolgend toedienen van deze middelen.[21,22] Sequentiële toediening van de beschikbare chemotherapeutica kan dus een goed alternatief zijn bij de behandeling van gemetastaseerd CRC. Toch blijft de combinatiebehandeling, omdat zij tot een hoger responspercentage leidt, de voorkeur houden bij twee groepen patiënten. Dat zijn ten eerste patiënten bij wie men primair een verkleining van de metastasen nastreeft, bijvoorbeeld voor palliatie van lokale symptomen of om resectie van metastasen mogelijk te maken. En ten tweede heeft de combinatietherapie de voorkeur wanneer vervolgbehandelingen minder waarschijnlijk zijn, bijvoorbeeld omdat de conditie van de patiënt bij aanvang van de eerstelijnsbehandeling al matig is. Er is namelijk wel een positieve correlatie tussen het aantal toegediende chemotherapeutica (in totaal dus drie) en de overleving van de patiënt.[23] Het merendeel van de patiënten met een gemetastaseerd CRC heeft echter relatief weinig symptomen en/of komt niet in aanmerking voor resectie van metastasen na verkleining door chemotherapie. Bij hen is dus een eerstelijnsbehandeling met fluoropyrimidine monotherapie gerechtvaardigd.

Targeted therapie

Met de komst van een nieuwe klasse geneesmiddelen, de zogeheten doelgerichte of 'targeted' therapie, is de overleving van het gemetastaseerd CRC verder toegenomen. Deze middelen remmen specifieke signalen die van belang zijn voor tumorgroei. Drie middelen uit deze categorie, bevacizumab, cetuximab en panitumumab, zijn effectief gebleken bij het gemetastaseerd CRC.

Bevacizumab is een monoklonaal antilichaam gericht tegen de vasculaire endotheliale groeifactor (VEGF). Dit middel remt onder andere de vaatnieuwvorming in de metastasen en daarmee hun bloedvoorziening. Bevacizumab gaf in een combinatie met irinotecan en 5FU een mediane overlevingswinst van vier maanden ten opzichte van behandeling met alleen chemotherapie.[24] Toegevoegd aan een CAPOX- of FOLFOX-schema is de winst van bevacizumab mogelijk wat minder groot (twee tot drie maanden),[25] misschien doordat het middel in laatstgenoemd onderzoek korter werd toegediend dan de eerstgenoemde situatie. Bevacizumab wordt eenmaal per twee of drie weken intraveneus gegeven. Het middel wordt over het algemeen goed verdragen en heeft minder bijwerkingen dan chemotherapie. De belangrijkste bijwerking is hypertensie, die goed behandeld moet worden. Bij onbehandelde hypertensie bestaat er een klein risico op het ontwikkelen van een reversibel posterieur leuko-encefalopathiesyndroom (RPLS).[13] Dit is een ernstig, maar zeldzaam ziektebeeld waaraan de patiënt kan overlijden. Als de bloeddruk hoger is dan 150/100 mmHg wordt eerst de hypertensie behandeld en de toediening van bevacizumab uitgesteld tot normotensie bereikt is. Andere bijwerkingen van bevacizumab zijn proteïnurie, spierpijn, vertraagde wondgenezing en een licht verhoogd risico op een darmperforatie.[11] Patiënten die tijdens de behandeling met bevacizumab geopereerd moeten worden, krijgen het advies de bevacizumab vier tot zes weken voor de ingreep te staken.

Cetuximab en panitumumab zijn antilichamen tegen de epidermale groeifactorreceptor (EGFR). Signalen vanuit deze receptor spelen een rol bij celproliferatie, metastasering en vaatnieuwvorming. Het signaal van EGFR naar de celkern wordt doorgegeven via het oncogen *KRAS*. Als er in dit oncogen een mutatie aanwezig is, staat het signaal op dit niveau 'aan' en heeft remming op het meer proximale niveau van de EGFR geen effect. Behandeling met anti-EGFR-antilichamen is dan ook alleen geïndiceerd bij patiënten zonder *KRAS*-mutatie in de tumor, dus met een zogeheten *KRAS*-wildtypetumor (ongeveer 60%).[26] Van cetuximab en panitumumab is gebleken dat zij de overleving gunstig beïnvloeden in de eerstelijnsbehandeling, in combinatie met chemotherapie, en ook in de laterelijnsbehandelingen, als monotherapie.[25,27,28] Beide antilichamen worden intraveneus toegediend in een wekelijks (cetuximab) of tweewekelijks (panitumumab) schema. De belangrijkste bijwerking bestaat uit huid- en nagelafwijkingen die lijken op een acneiforme uitslag, voornamelijk op het gelaat en de romp. Deze huidafwijking kan optreden in verschillende gradaties, en de sterkte van de reactie hangt samen met de respons op de behandeling. De bijwerking wordt behandeld op basis van een stappenplan waarbij de dermatoloog laagdrempelig in consult wordt gevraagd. Andere bijwerkingen zijn allergische reacties (cetuximab), diarree en moeheid.

AANDACHTSPUNTEN VOOR DE HUISARTS

Iedere patiënt krijgt voorafgaand aan de behandeling met chemo- en/of targeted therapie uitleg over de bijwerkingen. Gezien het profiel van de bijwerkingen gaat hierbij veel aandacht uit naar de behandeling van misselijkheid/braken en diarree. Vooral bij patiënten die diarree krijgen tijdens een behandeling met capecitabine is het belangrijk dat zij de capecitabine staken en met hun behandelend oncoloog overleggen over de voortgang.

Als er tijdens de behandeling koorts optreedt (> 38,5 °C) moet de patiënt direct contact opnemen met het ziekenhuis. Patiënten zullen in dit geval het advies krijgen om naar het ziekenhuis te komen om hun bloedbeeld te laten onderzoeken,

bsl-h&w 11-08.indb 452 21-07-11 13:22

Tabel 2 Meest voorkomende bijwerkingen en aandachtspunten

Systeemtherapie	Meest voorkomende bijwerkingen	Behandeling	Punt van aandacht
Alle chemotherapeutica	misselijkheid/braken	metoclopramide, ondansetron, dexamethason	ondansetron kan leiden tot obstipatie
	diarree	loperamide	laagdrempelig overleg met behandelaar
	koorts	consult ziekenhuis	altijd overleg met behandelaar ivm mogelijkheid neutropenie
Fluoropyrimidines (5FU, capecitabine, UFT)	hand-voetsyndroom	vette crème (bijvoorbeeld cremor cetomacrogolis)	
Oxaliplatine	neuropathie	eventueel pregabaline of gabapentine (door oncoloog)	treedt met name op bij kou, zo nodig handschoenen gebruiken
Irinotecan	alopecia	in een aantal centra is hoofdhuidkoeling een mogelijkheid	
Bevacizumab	hypertensie	antihypertensiva (oncoloog)	
	vertraagde wondgenezing	n.v.t.	bevacizumab 4-6 weken voorafgaand aan ingreep staken
	spierpijn	paracetamol	
	darmperforatie (zeldzaam)	presentatie SEH	bij buikpijn laagdrempelig overleg
Cetuximab/panitumumab	acneiforme uitslag	antibiotica als crème of oraal (oncoloog/ dermatoloog)	behandeling door oncoloog in samenwerking met dermatoloog
	diarree	loperamide (oncoloog)	laagdrempelig overleg met behandelaar

aangezien er een ernstige neutropenie kan bestaan waarbij onmiddellijk een behandeling met intraveneuze antibiotica geïndiceerd is.

Gezien de complexiteit van de behandelingen krijgen de patiënten het dringende advies om bij bijwerkingen die optreden ondanks de preventieve medicatie, laagdrempelig te overleggen met hun behandelend oncoloog dan wel met een oncologieverpleegkundige (afhankelijk van het beleid in het betreffende ziekenhuis). Uiteraard kunnen ook huisartsen te maken krijgen met vragen van hun patiënten. [**Tabel 2**] geeft een overzicht van de meest voorkomende bijwerkingen en aandachtspunten. Maar ook hier luidt het advies: de behandelingen zijn complex en aarzel vooral niet om met de oncoloog te overleggen!

TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN

De effectiviteit van chemotherapie en 'targeted therapie' is de laatste jaren aanmerkelijk toegenomen, maar toch hebben veel patiënten daarbij nog steeds onvoldoende baat. Er is daarom een dringende behoefte aan kennis die de respons op de behandeling kan voorspellen. Helaas is de enige bruikbare predictieve marker voor anti-EGFR-therapie in de dagelijkse praktijk momenteel de aan- of afwezigheid van een *KRAS*-mutatie. Veel onderzoek is erop gericht om op basis van het genetische profiel van een tumor te komen tot een individueel gerichte behandeling. Dit onderzoek, op het niveau van eiwitten, RNA en DNA, is vooralsnog niet bruikbaar in de klinische praktijk. ■

LITERATUUR

1 Van Steenbergen LN. Zorg voor darmkankerpatiënten in Zuid-Nederland verder verbeterd. Ned Tijdschr Oncol 2010;7:310-3.
2 World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: A global perspective. Washington DC: AIRC, 2007.
3 O'Connell MJ, Laurie JA, Kahn M, Fitzgibbons jr RJ, Erlichman C, Shepherd LE, et al. Prospectively randomized trial of postoperative adjuvant chemotherapy in patiënts with high-risk colon cancer. J Clin Oncol 1998;16:295-300.
4 Punt CJA. Medicamenteuze behandeling van patiënten met colorectumcarcinoom. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:1441-7.
5 Gray RG, Barnwell J, Hills R, McConkey C, Willimas N, Kerr D. QUASAR: Adjuvant chemotherapy vs observation in patiënts with colorectal cancer; a randomised study. Lancet 2007;370:2020-9.
6 André T, Boni C, Navarro M, Tabernero J, Hickish T, Topham C, et al. Improved overall survival with oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment in stage II or III colon cancer in the MOSAIC trial. J Clin Oncol 2009;27:3109-16.
7 Twelves C, Wong A, Nowacki MP, Abt M, Burris H 3rd, Carrato A, et al. Capecitabine as adjuvant treatment of stage III colon cancer. N Engl J Med 2005;352:2696-704.
8 Schmoll HJ, Cartwright T, Tabernero J, Nowacki MP, Figer A, Maroun J, et al. Phase III trial of capecitabine and oxaliplatin as adjuvant therapy for stage III colon cancer: A planned safety analysis in 1,864 patiënts. J Clin Oncol 2007;25:102-9.
9 Wolmark N, Yothers G, O'Connell MJ, Sharif S, Atkins JN, Seay TE, et al. A phase III trial comparing mFOLFOX6 to mFOLFOX6 plus bevacizumab in stage II or III carcinoma of the olon: Results of NSABP Protocol C-08. J Clin Oncol 2009;27:18s (abstr. LBA4).
10 Goldberg RM, Sargent DJ, Thibodeau SN, Mahoney MR, Shields AF, Chan E, et al. Adjuvant mFOLFOX6 plus or minus cetuximab (Cmab) in patiënts (pts) with KRAS mutant (m) resected stage III colon cancer (CC): NCCTG Intergroup Phase III Trial N0147. J Clin Oncol 2010;28:15s (abstr. 3508).
11 Hurwitz H, Fehrenbacher L, Novotny W, Cartwright T, Hainsworth J, Heim W, et al. Bevacizumab plus irinotecan, fluorouracil, and leucovorin for metastatic colorectal cancer. N Engl J Med 2004;350:2335-42.
12 Kopetz S, Chang GJ, Overman MJ, Eng C, Sargent DJ, Larson DW, et al. Improved survival in metastatic colorectal cancer is associated with adoption of hepatic resection and improved chemotherapy. J Clin Oncol 2009;27:3677-83.
13 Koopman M, Muller EW, Punt CJA. Reversible posterior leukoencephalopathy syndrome due to bevacizumab. Dis Colon Rectum 2008;51:1425-6.
14 Modulation of fluorouracil by leucovorin in patiënts with advanced colorectal cancer: evidence in terms of response rate. Advanced Colorectal Cancer Meta-Analysis Project. J Clin Oncol 1992;10:896-903.
15 Hoff PM, Ansari R, Batist G, Cox J, Kocha W, Kuperminc M, et al. Comparison of oral capecitabine versus intravenous fluorouracil plus leucovorin as first-line treatment in 605 patiënts with metastatic colorectal cancer: Results of a randomized phase III study. J Clin Oncol 2001;19:2282-92.
16 Van Cutsem E, Twelves C, Cassidy J, Allman D, Bajetta E, Boyer M, et al. Oral capecitabine compared with intravenous fluorouracil plus leucovorin in patiënts with metastatic colorectal cancer: results of a large phase III study. J Clin Oncol 2001;19:4097-106.
17 Douillard JY, Hoff PM, Skillings JR, Eisenberg P, Davidson N, Harper P, et al. Multicenter phase III study of uracil/tegafur and oral leucovorin versus fluorouracil and leucovorin in patiënts with previously untreated meta-

bsl-h&w 11-08.indb 453 21-07-11 13:22

static colorectal cancer. J Clin Oncol 2002;20:3605-16.
18 Carmichael J, Popiela T, Radstone D, Falk S, Borner M, Oza A, et al. Randomized comparative study of tegafur/uracil and oral leucovorin versus parenteral fluorouracil and leucovorin in patiënts with previously untreated metastatic colorectal cancer. J Clin Oncol 2002;20:3617-27.
19 Cassidy J, Twelves C, Van Cutsem E, Hoff P, Bajetta E, Boyer M, et al. First-line oral capecitabine therapy in metastatic colorectal cancer: a favorable safety profile compared with intravenous 5-fluorouracil/leucovorin. Ann Oncol 2002;13:566-75.
20 Van Cutsem E, Hoff PM, Harper P, Bukowski RM, Cunningham D, Dufour P, et al. Oral capecitabine vs intravenous 5-fluorouracil and leucovorin: integrated efficacy data and novel analyses from two large, randomised, phase III trials. Br J Cancer 2004;90:1190-7.
21 Koopman M, Antonini NF, Douma J, Wals J, Honkoop AH, Erdkamp FL, et al. Sequential versus combination chemotherapy with capecitabine, irinotecan, and oxaliplatin in advanced colorectal cancer (CAIRO): a phase III randomised controlled trial. Lancet 2007;370:135-42.
22 Seymour MT, Maughan TS, Ledermann JA, Topham C, James R, Gwyther SJ, et al. Different strategies of sequential and combination chemotherapy for patiënts with poor prognosis advanced colorectal cancer (MRC FOCUS): A randomised controlled trial. Lancet 2007;370:143-52.
23 Grothey A, Sargent D, Goldberg RM, Schmoll HJ. Survival of patiënts with advanced colorectal cancer improves with the availability of fluorouracil-leucovorin, irinotecan, and oxaliplatin in the course of treatment. J Clin Oncol 2004;22:1209-14.
24 Saltz LB, Clarke S, Díaz-Rubio E, Scheithauer W, Figer A, Wong R, et al. Bevacizumab in combination with oxaliplatin- based chemotherapy as first- line therapy in metastatic colorectal cancer: A randomized phase III study. J Clin Oncol 2008;26:2013-9.
25 Lièvre A, Bachet JB, Boige V, Cayre A, Le Corre D, Buc E, et al. KRAS mutations as an independent prognostic factor in patiënts with advanced colorectal cancer treated with cetuximab. J Clin Oncol 2008;26:374-9.
26 Jonker DJ, O'Callaghan CJ, Karapetis CS, Zalcberg JR, Tu D, Au HJ, et al. Cetuximab for the treatment of colorectal cancer. N Engl J Med 2007;357:2040-8.
27 Cunningham D, Humblet Y, Siena S, Khayat D, Bleiberg H, Santoro A, et al. Cetuximab monotherapy and cetuximab plus irinotecan in irinotecan refractory metastatic colorectal cancer. N Engl J Med 2004;351:337-45.
28 Van Cutsem E, Köhne CH, Hitre E, Zaluski J, Chang Chien CR, Makhson A, et al. Cetuximab and chemotherapy as initial treatment for metastatic colorectal cancer. N Engl J Med 2009;360:1408-17.

Deze nascholing maakt deel uit van de serie 'Oncologie'. De afleveringen in de serie verschijnen maandelijks tot H&W 11, het congresnummer over oncologie.

zeer matig ●
matig ● ●
redelijk ● ● ●
goed ● ● ● ●
uitstekend ● ● ● ● ●

BOEKBESPREKING

Seksuele disfuncties

Van Lankveld J, Ter Kuile M, Leusink P, redactie. Seksuele disfuncties. Diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010. 238 pagina's, € 32,50. ISBN 978-90-313-8401-3.

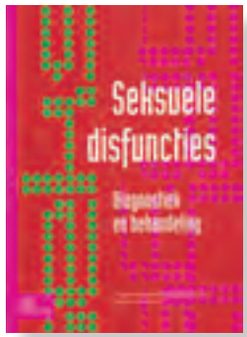
Doelgroep Huisartsen, aios huisartsgeneeskunde, seksuologisch geïnteresseerde medisch specialisten, psychologen, bekkenfysiotherapeuten, seksuologen.

Inhoud Als opvolger van *Behandelstategieën voor seksuele disfuncties* is dit boek bedoeld om nieuwe wetenschappelijke inzichten toegankelijk en toepasbaar te maken voor de verschillende professionals op het gebied van de seksuele gezondheidszorg. De beschreven behandelingen zijn zoveel mogelijk evidence-based, of op zijn minst consensus-based. Seksuologische problematiek vraagt om een multidisciplinaire aanpak en daarom zijn vrijwel alle hoofdstukken geschreven door duo's van arts of psycholoog samen met een seksuoloog.

Na een algemene inleiding bespreekt het tweede hoofdstuk hoe de hulpverlener rekening kan houden met verschillen in seksuele oriëntatie (homoseksualiteit) en culturele diversiteit, inclusief een aantal praktische tips. In hoofdstuk 3 komt de diagnostiek van seksuele klachten aan de orde. De auteurs pleiten voor een proactieve benadering, omdat veel patiënten problemen op seksueel gebied niet ongevraagd naar voren brengen. Vervolgens wordt de seksuologische anamnese beschreven en de indicaties voor en de aandachtspunten bij lichamelijk onderzoek. Een apart kader gaat over het onderzoek van de bekkenbodemmusculatuur.

Hoofdstukken 4 tot en met 11 zijn gewijd aan de seksuele disfuncties volgens een vast stramien: fenomenologie, incidentie/prevalentie, etiologie, diagnostiek en behandelmogelijkheden aan de hand van het PLISSIT-model, zodat de hulpverlener afhankelijk van discipline of competentieniveau de interventie kan bepalen.

Een aantal interventies is bij meerdere seksuele disfuncties toepasbaar en zijn te vinden én te downloaden op de bij de verschijning van dit boek gelanceerde website www.seksueledisfuncties.nl.



Oordeel Voor huisartsen en aios huisartsengeneeskunde die denken: 'oh help en hoe nu verder?' is dit een bijzonder overzichtelijk en vooral heel praktisch boek wanneer zij geconfronteerd worden met een patiënt met een seksuologisch probleem. De behandelmogelijkheden staan in de tekst en zijn daarnaast ook nog eens in een stappenplan ondergebracht. Ook de bijbehorende website www.seksueledisfuncties.nl is het aanklikken meer dan waard. ■

Corrie Vliet Vlieland

Waardering: ● ● ● ● ●

bsl-h&w 11-08.indb 454 21-07-11 13:22

Iris van Bennekom

Een generalistisch pardon...

Onlangs was ik in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg te gast bij een huisartsenconsult. De huisarts en ik kende elkaar van een project vijftien jaar geleden. Het was wederzijds een hartelijk weerzien. Het consult betrof een oudere opgewekte dame met veel gezondheidsproblemen, die nog zelfstandig woonde. Zij vertelde over haar levensgeschiedenis, de afname van gezondheid, het verlies van zelfredzaamheid en de toenemende eenzaamheid. Haar verhaal ging vooral over ontreddering; over wie nu eigenlijk de regie had en of er wel echt naar haar geluisterd werd. De gezondheidsklachten rechtvaardigden een veelheid aan medische behandelingen en medicatiebeleid. Ze was daarin de weg al heel lang kwijt en had dapper besloten het specialistisch circuit voortaan te mijden, want het ging niet om haar als mens maar steeds weer om een diagnose, een kwaal. Er was geen ruimte voor een gesprek over kwaliteit van leven, behoud van zelfredzaamheid, geluk en eenzaamheid. De huisarts luisterde aandachtig en werd stil. 'Tja, ik wist veel van u, maar eigenlijk niet waar het echt over moet gaan, namelijk wat u wilt en wat ik daarbij voor u kan betekenen'. De dame wist duidelijk wat voor haar kwaliteit van leven betekende en welke wensen zij voor haar resterende levensjaren had. Haar prioriteit was behoud van zelfredzaamheid en meer contact met haar omgeving. Aan de huisarts vroeg zij om de algemene regie te bewaken en haar niet te laten verdwalen in het woud van medische zorg. De huisarts erkende dat hij zelf ook niet eens meer precies wist waar de dame zich in het medisch doolhof bevond en hij sprak af dat hij de regie zou nemen en dat zij er op kon vertrouwen dat kwaliteit van leven het voornaamste doel zou zijn. Wij keken elkaar na afloop van het consult veelbetekenend aan: hier gaat het dus om. Weten wij wel genoeg over de wensen van ouder wordende mensen en biedt de huisartsenzorg wel het gewenste antwoord?

De huisarts in 2010

Voor de toekomst van de huisartsenzorg is veel aandacht en er is veel over geschreven, al jarenlang. Vijftien jaar geleden verscheen het boekje *De huisarts in 2010; perspectieven voor medische zorg*.[1] Destijds was ik daarbij betrokken, dus ben ik gaan kijken of de perspectieven van toen in de hedendaagse huisartsenzorg zijn terug te vinden. De bedoeling van het boekje was om beelden te schetsen over hoe het werk van huisartsen er in 2010 uit zou kunnen zien en hoe wij als samenleving de zorg ingericht zouden willen hebben. De analyse van de ontwikkelingen en trends zijn (achteraf bezien) verbluffend. Alle aspecten passeren de revue. De toename van maatschappelijk ondernemerschap, de noodzaak van preventie, de effecten van ICT, de multiculturele samenleving, de professionalisering van patiëntenorganisaties, transmurale zorg, veranderende rollen van overheid en verzekeraars en niet in de laatste plaats de spanning tussen specialist en generalist. De beschreven variëteit aan organisatie- en ondernemersconcepten voor de ordening en inrichting van huisartsenzorg is het nalezen en mijns inziens zelfs een hernieuwde uitgave waard. Dat geldt niet minder voor de aanpassingen die noodzakelijk leken om in de toekomst het ideaal van persoonlijke, integrale en continue zorg te borgen binnen de huisartsenzorg.

Waar is de ouderenzorg?

Echter hoe ik ook zoek, nergens tref ik in dit bijzondere boekje iets aan over de te verwachte vraag naar ouderenzorg. Uiteraard wel de signalering van toenemende vergrijzing, maar geen vertaling naar de impact daarvan op de samenleving en de betekenis voor de huisartsenzorg. De 'gewonnen' levensjaren brengen andere perspectieven op gezondheid en welzijn met zich mee. Het perspectief van medische zorg heeft veel aandacht in (wetenschappelijk) onderzoek, beleid en politieke besluitvorming gekregen. Het perspectief van kwaliteit van leven lijkt nog nauwelijks tot ons door te dringen, terwijl het daar bij ouderen juist wel om gaat. De vraag rijst of de huisartsenzorg zich vanuit het perspectief van de zorgvraag wel voldoende generalistisch heeft ontwikkeld. En of bij de toenemende technische en specialistische mogelijkheden we niet te veel voorbij gegaan zijn aan het aspect kwaliteit van leven. Ook de effecten van de vergrijzende samenleving op het arbeidspotentieel binnen de zorg is in 1995 blijkbaar een onderwerp van later zorg... Terwijl deze krimpende arbeidsmarkt dwingt tot behoud en bevordering van zelfredzaamheid van ouderen. Wederom dringt zich de vraag op of wij in 2010 de huisartsenzorg wel goed georganiseerd en geëquipeerd hebben in het licht van de gewenste zorg voor ouderen: generalistisch met een regiefunctie vanuit het perspectief van kwaliteit van leven. Laat ik bij mijzelf beginnen en bewaken dat binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg de huisartsenzorg en de maatschappelijke ondersteuning de aandacht krijgen die de patiënt verdient! ■

LITERATUUR

1 Bakker R, Schoenmaker A, Van der Zee H (redactie). De huisarts in 2010; perspectieven voor medische zorg. Utrecht: De Tijdstroom, 1995.

Iris van Bennekom is directeur Zorg en Gezondheid bij De Friesland Zorgverzekeraar en was tentijde van het artikel directeur Langdurige Zorg bij VWS. Daarvoor was zij ruim acht jaar directeur van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. • Correspondentie: iris.vanbennekom@defriesland.nl

bsl-h&w 11-08.indb 455 21-07-11 13:22

Tessa Ennik, Inge Nobacht, Floris van de Laar

KLINISCHE LES

Neuralgische amyotrofie: een onbekende oorzaak van schouderklachten

INLEIDING

In een Nederlandse normpraktijk gaan ongeveer drie consulten per week over schouderklachten. Meestal is de oorzaak een spier-, pees- of gewrichtsaandoening.[1] Maar ook neurologische aandoeningen kunnen schouderklachten veroorzaken.[2,3]

Neuralgische amyotrofie (NA) is een aandoening met asymmetrische betrokkenheid van de plexus brachialis.[4,5] Het ziektebeeld gaat gepaard met acute, hevige schouderpijn die niet reageert op veelgebruikte pijnstillers als paracetamol en NSAID's.[6] Omdat veel artsen de ziekte niet kennen, ondergaan patiënten vaak onnodig aanvullend onderzoek of zinloze intra-articulaire injecties.[5] Om die reden willen wij in deze klinische les de kennis over het ziektebeeld vergroten.

EPIDEMIOLOGIE EN PATHOGENESE

Er zijn weinig betrouwbare cijfers over de incidentie van NA. Op basis van gegevens uit de tweede en derde lijn schat men de incidentie op minstens 2 tot 4 per 10.000 mensen per jaar,[6,7] maar waarschijnlijk is dat getal in de eerste lijn hoger. Huisartsen missen de diagnose vermoedelijk regelmatig, enerzijds omdat NA bij hen weinig bekend is, anderzijds omdat de neurologische uitvalsverschijnselen vaak pas later optreden en discreet kunnen zijn. Bovendien is de aandoening zelflimiterend, zodat de huisarts lang niet altijd gedwongen wordt zijn diagnose te heroverwegen.[5,6]

De exacte oorzaak van NA is niet geheel duidelijk. Men vermoedt dat het een immuungemedieerde aandoening van de plexus brachialis is, waarschijnlijk op auto-immuunbasis.[4,7] In veel gevallen gaat aan de aanval een immunologische gebeurtenis vooraf, zoals een vaccinatie of infectie, of is de patiënt blootgesteld geweest aan psychische of mechanische stress (trauma, operatie, radiotherapie).[4,5] Er bestaat zowel een idiopathische als een erfelijke vorm van NA. Kennelijk is er een genetische factor die zorgt voor een verhoogde gevoeligheid. Kortom, NA is een complexe aandoening met een autoimmuuncomponent maar waarbij ook genetische en externe factoren een rol spelen.[7]

KLINISCH BEELD

Het eerste symptoom van NA is meestal acuut ontstane, zeer hevige unilaterale pijn in de schouder en bovenarm. De pijn bereikt binnen enkele uren een maximum en houdt patiënten vaak uit hun slaap. Veelgebruikte pijnstillers zoals paracetamol en NSAID's zijn in de regel niet effectief. De pijn houdt enkele dagen tot weken aan en is onafhankelijk van nek- of armbewegingen. Later volgt vaak een ander type pijn: een uitstralende, schietende pijn die optreedt bij extensie, abductie of elevatie van de arm ('teken van lasègue van de arm'), doordat de zenuwen van de plexus brachialis nog weken tot maanden gevoelig zijn voor tractie. Een deel van de patiënten ontwikkelt daarnaast nog een derde type pijn, namelijk een myalgene pijn van de paretische of compenserende spieren. Doordat NA

Samenvatting

Ennik TA, Nobacht EG, Van de Laar FA. Neuralgische amyotrofie: een onbekende oorzaak van schouderklachten. Huisarts Wet 2011;54(8):456-9.

Neuralgische amyotrofie (NA) is een oorzaak van schouderpijn waarmee elke huisarts wel eens te maken krijgt maar waarover desondanks weinig bekend is. Heftige onverklaarde pijn in de schouder is een reden om de patiënt enige tijd te volgen en goed te letten op motorische en sensibele uitval. Met name uitval die niet herleidbaar is tot één zenuw of zenuwwortel wijst op NA. Als andere oorzaken voldoende zijn uitgesloten, kan men de diagnose stellen. In principe heeft de huisarts vervolgens de keuze tussen (voorlopig) afwachten, zelf behandelen of de patiënt verwijzen, maar de ernst van de klachten noopt vaak tot onmiddellijke behandeling. Die bestaat uit adequate pijnstilling en pragmatisch gebruik van prednison, met fysiotherapie ter ondersteuning en om complicaties te voorkomen. Deze aanpak is echter nog maar ten dele wetenschappelijk onderbouwd. Bij patiënten met NA in de voorgeschiedenis dient men alert te zijn op een recidief.

De kern

- Patiënten met acute, heftige pijn aan één schouder kunnen getroffen zijn door neuralgische amyotrofie (NA), een aandoening van de plexus brachialis.
- NA is bij veel huisartsen onbekend en wordt niet genoemd in de NHG-Standaard Schouderklachten, maar komt waarschijnlijk vaker voor dan men denkt.
- De diagnose wordt gesteld na uitsluiting van andere diagnosen. Naast de acute schouderpijn zijn multifocale neurologische uitvalsverschijnselen in de bovenste extremiteit een belangrijke aanwijzing.
- NA heeft vaak een langdurig beloop, met een risico op secundaire spier- en gewrichtsproblemen en een kans op recidieven.
- De behandeling kan bestaan uit prednison, aanvullende pijnbestrijding en fysiotherapie, maar deze behandelingen zijn niet evidence-based.

Huisartspraktijk Oosterhout, Van Boetzelaerstraat 12, 6515 JD, Nijmegen: T.A. Ennik, senior coassistent huisartsgeneeskunde; E.G. Nobacht, huisarts. Gezondheidscentrum Frans Huygen te Lent en UMC St Radboud, afdeling Eerstelijns geneeskunde: dr. F.A. van de Laar, huisarts. • Correspondentie: f.vandelaar@elg.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

bsl-h&w 11-08.indb 456 21-07-11 13:22

De heer Kokkelman

Mijnheer Kokkelman (35 jaar) wordt vroeg in de ochtend wakker door een zeurende en stekende pijn in zijn rechterschouder, met tintelingen in de rechterhand. De pijn neemt snel toe en is binnen enkele uren zeer hevig. Op de huisartsenpost krijgt hij een recept voor ibuprofen en paracetamol. Twee dagen later neemt mijnheer Kokkelman contact op met zijn eigen huisarts, omdat de hevige pijn niet afneemt. Hij slaapt er slecht van en heeft zich ziek gemeld op zijn werk. Bij lichamelijk onderzoek is sprake van hypertonie van de rechter musculus trapezius en musculus levator scapulae. De beweeglijkheid van nek en schouder is opvallend goed, gegeven de heftige pijn. De huisarts concludeert dat hier waarschijnlijk sprake is van een myogeen probleem. De volgende dagen zijn er meerdere contacten in verband met aanhoudende pijn. Een andere NSAID en toevoeging van tramadol zijn niet afdoende.

Figuur 1 **Scapula alata rechts**

Bron: Van Gijn en Van Dijk 2009.[3]

Een week na aanvang van de pijn klaagt de heer Kokkelman over een doof gevoel in de vingers en licht krachtverlies in de rechterarm. Hij merkt dit bij het openen van potjes, omdraaien van sleutels, schakelen en reiken met de arm. Weer een aantal dagen later valt hem op dat 'zijn bot nu ook uitsteekt'. Ook heeft hij verschillende 'doffe' plekken op zijn arm gevoeld. Bij onderzoek is sprake van een afstaand schouderblad (scapula alata, [**figuur 1**]). De dienstdoend huisarts herkent het beeld als NA vanwege ervaringen met eerdere patiënten. In overleg met de neuroloog wordt gestart met morfine retard, een stootkuur prednisolon en diclofenac. Al snel is de zeurende pijn beter te verdragen, maar de stekende, schietende pijn blijft aanwezig. De huisarts verwijst mijnheer Kokkelman daarom naar de neuroloog. Deze start met gabapentine en verwijst patiënt naar een speciaal revalidatiespreekuur voor NA. Vijf maanden later meldt de revalidatiearts van deze 'plexuspoli' dat de heer Kokkelman weer volledig aan het werk is. Na lichte belasting is nog een milde scapula alata zichtbaar. De patiënt voelt alleen pijn bij zware belasting. De fysiotherapeut behandelt hem voor de restklachten.

Mevrouw Van Oldenbarneveld

Mevrouw Van Oldenbarneveld is een dertigjarige huisarts die twee maanden geleden per sectio bevallen is van een zoon. Haar voorgeschiedenis vermeldt geen bijzonderheden. Ze bezoekt het spreekuur omdat ze bemerkt heeft dat haar linker schouderblad afstaat. Drie dagen na haar bevalling heeft zij bovendien hevige pijn in haar linkerschouder gehad die twee dagen aanhield. In de weken daarna was de kracht in de schoudergordel licht verminderd. Bij lichamelijk onderzoek is er een evidente scapula alata, zichtbaar bij voorwaarts heffen van de arm. De beweeglijkheid van het schoudergewricht is normaal en zonder pijn. De huisarts legt (na ruggespraak met een neuroloog) uit dat de klachten waarschijnlijk berusten op NA. Gezien de afwezigheid van pijn besluiten arts en patiënte om het spontane beloop af te wachten. Zeven maanden na het debuut van de klachten is de kracht genormaliseerd.

aanleiding kan geven tot veranderde schouderbiomechanica ervaren sommige patiënten bovendien in een later stadium klachten ten gevolge van glenohumerale pathologie.[6]

Het tweede kernsymptoom van NA is een plotselinge motorische en/of sensibele uitval die in veel gevallen pas na enkele dagen tot weken optreedt.[5,6,8] Omdat de aandoening zich in de plexus bevindt, heeft de uitval een 'vlekkig' (multifocaal) patroon. De plexus is immers een knooppunt van zenuwen uit verschillende wortels, die uittreden als perifere zenuwen. De ziekte houdt zich daarbij niet aan één wortel of perifere zenuw. Motorische en/of sensibele uitval die niet herleidbaar is tot één wortel of één perifere zenuw is daarom sterk verdacht voor een plexuslaesie.[5,6,8] In 71% van de gevallen staan spierzwakte en atrofie van de bovenste plexusspieren, waaronder de musculus supra- en infraspinatus, deltoideus en biceps, op de voorgrond [**figuur 2**].[8] In veel gevallen is ook de nervus thoracicus longus bij het ziekteproces betrokken en ontstaat via parese van de musculus serratus anterior het kenmerkende beeld van een afstaand schouderblad (scapula alata). Dit verschijnsel ziet men bij maar liefst tweederde van de patiënten, ook in beide hier beschreven gevallen.[5,6] Ongeveer 80% heeft daarnaast sensibele stoornissen: vlekkige hypesthesie, dysesthesie of tintelingen van de arm of hand (zoals de heer Kokkelman). Opvallend is dat de sensibele symptomen en de pijn meestal niet correleren met de lokalisatie van de parese.[6]

Het klinische beeld van NA kan erg uiteenlopend zijn. Behalve de structuren van de plexus brachialis kunnen ook andere perifere zenuwen bij het ziekteproces betrokken zijn. Soms zijn de enige verschijnselen van een aanval een vervelend gevoel in de bovenarm met daaropvolgend kortdurende afname van de knijpkracht van de hand. Zelfs pijnloze aanvallen komen voor. Er zijn echter ook gevallen beschreven met hevige bilaterale schouderpijn en ernstige orthopneu door schade aan de nervus phrenicus.[5,6]

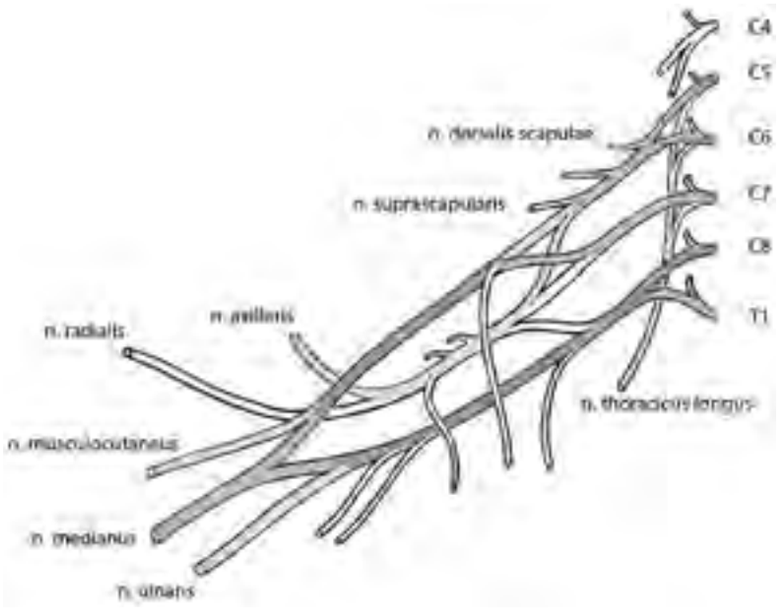
Abstract

Ennik TA, Nobacht EG, Van de Laar FA. Neuralgic amyotrophy. Huisarts Wet 2011;54(8):456-9.

At some time, most general practitioners see neuralgic amyotrophy (NA) as a cause of shoulder pain, but little is known about the disorder. Severe unexplained shoulder pain is a reason to monitor patients, to see whether motor or sensory deficits develop. Deficits that cannot be traced to just one nerve or nerve root are indicative of NA, and the diagnosis can be made after exclusion of other possible causes. As management strategy, the general practitioner has the choice of watchful waiting, treating the patient, or referral, but the severity of symptoms often necessitates immediate treatment, which consists of adequate pain relief and prednisone, when considered appropriate, with physiotherapy as adjunctive therapy and to prevent complications. This management strategy is only partly evidence based. General practitioners should be alert to recurrence in patients with a history of NA.

bsl-h&w 11-08.indb 457 21-07-11 13:22

Figuur 2 Plexus brachialis rechts



Bij neuralgische amyotrofie is vaak met name het bovenste deel van de plexus brachialis aangedaan: de nervus dorsalis scapulae (innerveert de musculi rhomboidei), de nervus suprascapularis (mm. infra- en supraspinatus), nervus axillaris (m. deltoideus) en nervus musculocutaneus (m. biceps). Bij een groot deel van de patiënten is ook de nervus thoracicus longus (m. serratus anterior) aangedaan.[7]

Bron: Van Gijn en Van Dijk 2009.[3]

DIAGNOSE

Bij een patiënt met acuut ontstane hevige schouderpijn zonder directe aanleiding en bij wie het onderzoek van de schouder geen afwijkingen laat zien, of afwijkingen die niet in verhouding staan tot de pijn, dient de huisarts te denken aan NA. Anamnese en lichamelijk onderzoek moeten 'referred pain' door bijvoorbeeld een hartinfarct of galblaaspathologie uitsluiten. Als het algemeen lichamelijk onderzoek niets oplevert en de pijn niet gepaard gaat met neurologische uitvalsverschijnselen is het verstandig de patiënt na enkele dagen tot een week opnieuw te beoordelen. Ontwikkelt zich vervolgens een vlekkige motorische en/of sensibele uitval van de bovenste extremiteit, dan wordt de diagnose NA zeer waarschijnlijk.[6,8]

In de differentiaaldiagnose staan ook andere ziektebeelden die schouderpijn met neurologische uitval kunnen veroorzaken [**tabel**]. Bij cervicale radiculopathie is de uitval herleidbaar tot één zenuwwortel, is de pijn meestal houdingsafhankelijk en begint deze in de nek.[6,8] Multifocale motorische neuropathie geeft geen sensibele uitval en meestal ook geen pijn. Een carpaletunnelsyndroom kan zich ook nog wel eens atypisch presenteren met pijn en tintelingen die uitstralen naar de arm en schouderregio, maar hierbij is de uitval altijd herleidbaar tot één perifere zenuw.[6]

Behalve NA zijn er ook andere plexusaandoeningen, bijvoorbeeld als gevolg van een direct trauma, operatie of radiotherapie. Ook metastasen en pancoasttumoren kunnen plexusletsel veroorzaken, maar dan is er meestal een sluipend beloop met progressieve pijn en een hornersyndroom. Tot slot kunnen ook ziekten zoals het neurogeen thoracic-outletsyndroom, infecties (Lyme, hiv) en tumoren van het perifere zenuwstelstel de plexus aandoen.[6,9]

Er is geen aanvullend onderzoek waarmee NA ondubbelzinnig kan worden aangetoond, maar een thoraxfoto kan zin hebben om een pancoasttumor uit te sluiten, en bloedonderzoek naar Lyme en hiv kan een infectie uitsluiten. Indien de patiënt verwezen wordt naar de neuroloog, zal deze vaak een MRI aanvragen om een ruimte-innemend proces uit te sluiten, en een elektromyogram maken.[6]

BEHANDELING

Tot nu toe is geen enkele therapie bewezen effectief gebleken bij NA.[7] Het bewijs dat er is, is anekdotisch en berust vooral op enkele case reports. De aanvankelijke acute hevige schouderpijn lijkt het best te reageren op een combinatie van een NSAID en een opiaat.[6] Het landelijk referentiecentrum voor NA, het UMC St Radboud, adviseert om bij een aanval een langwerkend NSAID (bijvoorbeeld diclofenac retard tweemaal daags 100 mg) met langwerkend morfine (bijvoorbeeld morfine retard tweemaal daags 10-20 mg) voor te schrijven.[10] Er zijn case reports (zoals die van de heer Kokkelman) die suggereren dat een stootkuur corticosteroïden in de acute fase de pijn vermindert.[7] Gegevens uit het UMC St Radboud laten bovendien zien dat prednison het krachtherstel kan versnellen (dit trad op binnen een maand bij 28,2% van de met prednison behandelde patiënten versus 6,3% van de niet-behandelde patiënten), maar tonen geen significante verschillen in andere uitkomstvariabelen.[11] Een recente Cochrane-review kon het nut van corticosteroïden niet bevestigen.[7] Veel neurologen adviseren desondanks om bij hevige pijn in de acute fase te starten met prednison: 60 mg per dag gedurende zeven dagen, in de week erna af te bouwen met 10 mg per dag.[10] Coanalgetica zoals gabapentine, carbamazepine en amitriptyline zijn bij een deel van de patiënten effectief bij het bestrijden van het tweede pijntype, de 'schietende pijn' (zie de heer Kokkelman). Deze zijn echter pas na enkele weken werkzaam en dus niet

Tabel Differentiaaldiagnose van schouderpijn met neurologische uitval

Aandoeningen van de plexus brachialis
■ neuralgische amyotrofie
■ trauma of iatrogeen
■ pancoasttumor
■ lymeborreliose
■ hiv-infectie
■ metastasen
■ neurogeen thoracic-outletsyndroom
■ tumor van het perifere zenuwstelstel
Cervicale radiculopathie
Multifocale motorische neuropathie
Carpaletunnelsyndroom

bsl-h&w 11-08.indb 458 21-07-11 13:22

geschikt voor de acute fase.[5,6] Het derde type pijn, de spierpijn die na een aanval ontstaat, is vaak hardnekkig. Medicamenteuze pijnstilling en zenuwblokkades helpen over het algemeen nauwelijks. Eén van de meest effectieve interventies is fysiotherapie. Het doel van de oefentherapie is het behouden van soepele arm- en schouderbewegingen en het voorkomen van disfunctionele compensatiestrategieën. Daarnaast is het belangrijk dat patiënten zorgen voor een goede afwisseling van rust en dagelijkse activiteiten.[6,9]

Gedeeltelijk herstel, tot 80 à 90% van het uitgangsniveau, neemt over het algemeen zes tot achttien maanden in beslag.[3] Volledig herstel duurt langer: geen van de tweehonderd NA-patiënten die verwezen waren naar het UMC St Radboud, was binnen een jaar volledig hersteld.[11] In sommige gevallen ontstaat zelfs permanente spierzwakte.[5,8]

Hoewel er in de eerste lijn geen prognostisch onderzoek gedaan is, is het mogelijk dat de prognose daar gunstiger is. Immers, mevrouw Van Oldenbarneveld werd niet verwezen en was binnen een jaar volledig hersteld. Bij idiopathische NA volgt in de meeste gevallen (75%) geen recidief.[3] De prognose van de erfelijke vorm is minder gunstig: de kans op volledig herstel is kleiner en het recidiefpercentage is hoger.[4]

CONCLUSIE

Waarschijnlijk wordt de incidentie van NA sterk onderschat, mede doordat het ziektebeeld bij veel artsen onbekend is. Het feit dat de NHG-Standaard Schouderklachten NA niet noemt als mogelijke oorzaak van schouderpijn, draagt daaraan bij.

Bij hevige schouderpijn zonder directe aanleiding en zonder aanwijzingen voor subacromiale of glenohumerale pathologie moet de huisarts denken aan NA. Is er tevens sprake van motorische en/of sensibele uitval die niet herleidbaar is tot één zenuw(wortel), dan is de diagnose NA zelfs zeer waarschijnlijk. De aanwezigheid van een voorafgaand trauma of immunologische gebeurtenis ondersteunt de diagnose. Patiënten moeten worden geïnformeerd over het vaak langdurige beloop van de aandoening, het risico op secundaire spier- en gewrichtsproblemen en de kans op recidieven. ■

DANKBETUIGING

Wij danken neuroloog dr. N. van Alfen van het UMC St Radboud voor haar kritisch commentaar op een eerdere versie van het artikel.

LITERATUUR

1 Winters JC, Van der Windt DAWM, Spinnewijn WEM, De Jongh AC, Van der Heijden GJMG, Buis PAJ, et al. NHG-Standaard Schouderklachten, tweede herziening. Huisarts Wet 2008:51:555-65.
2 Bindels PJE, Vermeulen M, (redactie). Het neurologie formularium: Een praktische leidraad. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
3 Van Gijn J, Van Dijk GW (redactie). Probleemgeoriënteerd denken in de neurologie: Een praktijkboek voor de opleiding en de kliniek. Utrecht: De Tijdstroom, 2009.
4 Van Alfen N. Neuralgic amyotrophy [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2006.
5 Gonzalez-Alegre P, Recober A, Kelkar P. Idiopathic brachial neuritis. Iowa Orthop J 2002;22:81-5.
6 Van Alfen N. The neuralgic amyotrophy consultation. J Neurol 2007;254:695-704.
7 Van Alfen N, Van Engelen BGM, Hughes RAC. Treatment for idiopathic and hereditary neuralgic amyotrophy (brachial neuritis). Cochrane Database Syst Rev 2009; Issue 3. Art No.: CD006976.
8 Miller JD, Pruitt S, McDonald TJ. Acute brachial plexus neuritis: an uncommon cause of shoulder pain. Am Fam Physician 2000;62:2067-72.
9 Van Nugteren K, Winkel D, Van Alfen N, Van Engelen BGM, Van der Tas P, Walravens C. Onderzoek en behandeling van de schouder: Orthopedische casuïstiek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
10 UMC St Radboud. Revalidatie bij Neuralgische Amyotrofie (NA) [internet]. http://www.umcn.nl/Zorg/Ziektebeelden/Documents/Revalidatie%20bij%20 Neuralgische%20Amyotrofie.pdf. Geraadpleegd 28 juni 2011.
11 Van Alfen N, Van Engelen BGM. The clinical spectrum of neuralgic amyotrophy in 246 cases. Brain 2006;129:438-50.

Nico van Duijn

Sterfte

Gemiddeld leven we langer, onze levensverwachting neemt toe. Mannen worden gemiddeld 78,5 jaar, vrouwen 82,7 jaar. De helft is dus daarvoor overleden. Jammer is dat die extra jaren die vrouwen krijgen geen leuke jaren zijn. Want dan komen de gezondheidsproblemen en allerlei beperkingen.
In alle landen neemt de levensverwachting toe. De Japanners staan aan de top met een gemiddelde van 85 jaar. Het was een land met een grote achterstand, daarna met een sterk stijgende welvaart. Frankrijk en Denemarken kennen een sterk toenemende levensverwachting. Toen de muur viel in de jaren 80 steeg de gemiddeld lage levensverwachting in Oost-Duitsland enorm, in korte tijd. Toen de Sovjet-Unie uiteenviel daalde de levensverwachting daar sterk, in korte tijd. Blijkbaar heeft welvaart direct invloed op sterfte van ouderen.

Vreemd is dat in Nederland en de Verenigde Staten de levensverwachting veel langzamer stijgt, sinds 20 jaar. Tegelijk geven Nederlandse ouderen een erg hoog cijfer aan hun eigen kwaliteit van leven. Kun je ziek worden van tevreden in een seniorenwoning zitten? Niemand die het weet. Ik heb wel een advies, alleen voor hetero's. Laten vrouwen een 4,5 jaar jongere man zoeken. Dan kan die gezond en wel voor haar zorgen in haar laatste slechte jaren vol gebreken en ziekte. En als het gemiddelde mensen zijn, dan overlijden ze tegelijk. Waarschijnlijk is dat het moeilijkste, gemiddeld zijn. ■

bsl-h&w 11-08.indb 459 21-07-11 13:22

COLUMN

Taai ongerief...

Als kleine jongens werden wij in een teil gewassen; een badkamer of douche was er niet. Op zaterdag werd in een grote ketel in de keuken het water heet gestookt. Achtereenvolgens moesten er dan vijf kinderen 'in bad'. Dat betekende dat het water voor het eerste kind gloeiend heet moest zijn, wilde er voor het laatste nog enigszins warm water overblijven. Omdat ik naar pianoles moest, was ik als eerste aan de beurt. Ik had dus altijd schoon, maar gloeiendheet water. Ik kan mij niet herinneren ooit zonder dreigementen in de teil te zijn gestapt. Na tien seconden had ik dan door eerstegraads verbrandingen vuurrode kousen aan. Na tien minuten stond ik, inmiddels van top tot teen vuurrood, weer naast de teil. Het ergste moest dan echter nog komen. Zowel mijn ondergoed als matrozenpak waren door mijn moeder eigenhandig gebreid van een naar soort schapenwol. Zestig jaar later bezorgt het typen van deze regels mij nog altijd kippenvel!

Tussen mij en hinderlijke kleding is het later nooit meer goed gekomen. Toen ik werd opgeroepen voor herhaling van de militaire dienst heb ik zo veel nachten panisch liggen woelen over die vreselijke uniformstof dat ik mij in arren moede tot de legerleiding heb gewend met de mededeling dat ik een 'uniformallergie' had. Ze hadden duidelijk geen zin in gezeur, want twee dagen later al kreeg ik het verzoek de plunjezak met legerspullen retour te zenden. Verder heb ik mij vaak impopulair gemaakt door ook als dat 'vereist' was niet in smoking of jacquet te verschijnen. In *Taai ongerief* heeft Theo Thijssen de kledingellende uit zijn jeugd beeldend beschreven. Nooit heb ik mij bij het lezen van een boek zo goed begrepen gevoeld.

Bij taai ongerief zullen wij vandaag de dag niet snel meer aan ondergoed denken. Mijmerend op een mediterraan terras bedenk ik dat ik de term steeds beter vindt passen bij het ouder worden en misschien ook wel bij het vergrijzingsprobleem. Ik zie er nog altijd veel jonger uit dan mijn grootvader en mijn vader, die ik allebei in leeftijd allang ben gepasseerd. Toch word ik overal – en terecht – bij de bejaarden gerekend. En wij bejaarden worden een ernstig probleem. Er zijn nomadenstammen bij wie, als de stam aan het eind van een seizoen weer verdertrekt, ouderen bepalen of zij deze keer nog meegaan dan wel besluiten om met een weekje proviand achter te blijven en daarmee de dood onder ogen te zien. Ze willen wellicht niet dood, maar voor alles willen ze de anderen niet tot last zijn. Je moet er toch niet aan denken dat je besluit nog mee te gaan en dat je dan vanuit alle tenten van die blikken toegeworpen krijgt van: oh, jij dacht nog wel van nut te kunnen wezen? In Japan hebben bejaarden aangeboden te helpen bij het reinigen van de rampzalige kerninstallaties. Wij gaan toch dood, redeneren ze, dan kunnen we misschien nog iets betekenen voor de toekomst van onze kleinkinderen. Dat zie ik ons, Nederlandse bejaarden, nog niet zo snel zeggen!

Van alle kosten in de gezondheidszorg die wij in ons leven veroorzaken, maken we het grootste deel in onze laatste jaren. Er is weer een bezuinigingsronde gaande. Ziekenhuizen moeten uiteraard goedkoper gaan werken en het basispakket wordt weer wat verder uitgekleed. Op dat laatste lijkt mij de uitdrukking 'goedkoop is duurkoop' erg van toepassing. Allerlei – misschien nutteloze maar populaire en vaak niet erg dure – voorzieningen worden eruit gehaald. Dat betekent dat patiënten naar alternatieven gaan zoeken, zoals bezoekjes aan specialisten. Dat zal in de meeste gevallen tot kostenverhoging leiden.

Wordt er wel ergens systematisch overwogen hoe lang een bejaarde recht heeft op bepaalde behandelingen? Een index opstellen voor het vaststellen van de actuele leeftijd van een persoon en/of lichaam moet geen probleem zijn. Dan kunnen we vervolgens bepalen voor welke herstel-, genezings- en/of aanpassingsvoorzieningen bij welke leeftijd de maatschappij nog wil opdraaien. Onze skeletten en organen lijken mij er niet op gebouwd om meer dan tachtig, negentig jaar mee te gaan. Moeten we ons daar maar niet eens bij neerleggen? Daar lijken reëlere winsten mee te boeken dan met het geschraap in de voorzieningen voor productieve mensen. Ik kijk er niet naar uit, maar voel dat er een tijd komt waarop ik moet afzien van de geboden mogelijkheden om aldus voldoende ruimte te laten voor wie na mij komt. Dan ben je goed af als je rijk bent, zult u zeggen, want dan kun je de voorzieningen zelf betalen. Dat is zo, maar je bent sowieso al beter af als je niet arm bent, omdat je dan aanzienlijk ouder wordt. En het is maar zeer de vraag of de jaren die je aan je leven nog weet toe te voegen door je portemonnee te trekken, je nou werkelijk zoveel extra vreugde zullen geven... ■

Hans van der Voort

E-mail: hvdvoort@knmg.nl

bsl-h&w 11-08.indb 460 21-07-11 13:22

KENNISTOETS: VRAGEN

Mevrouw Van de Laar, 70 jaar, heeft matig-ernstig COPD (Gold III). Zij gebruikt aan medicatie: salmeterol 2dd 50 mcg en fluticason 2 dd 500 mcg. Ze belt de huisarts met de vraag of hij wil langskomen, omdat ze sinds een dag weer erg benauwd is en slijm ophoest. Ze heeft geen koorts. Bij aankomst ziet de huisarts een niet-cyanotische dame met dyspnoe in rust, een sterk verlengd expirium en een ademfrequentie van 32 per minuut. De huisarts, die een ernstige exacerbatie constateert, is van plan medicatie toe te dienen. Effectieve interventies op de korte termijn zijn in dit geval:

1 het ophogen van de dosis fluticason;

2 het toedienen van ipratropium per inhalator;

3 het voorschrijven van een antibioticum.

Mevrouw Duran, 37 jaar, moeder van twee tieners, komt bij de huisarts. Zij is al een paar dagen ongerust vanwege bruine uitvloed uit haar linkertepel. Zij is bang voor borstkanker. In haar familie komt borstkanker niet voor. Bij het lichamelijk onderzoek zijn er geen palpabele of zichtbare afwijkingen. De huisarts stelt mevrouw Duran voor om enkele weken af te wachten.

4 Het beleid van de huisarts is correct.

De huisarts maakt de uitnodigingen voor de jaarlijkse griepvaccinatie. Kinderen onder de zes jaar krijgen van haar de oproep om na vier weken langs te komen voor een herhaling. De huisarts besluit aan David, 5 jaar, Mark, 5 jaar, Eva, 5 jaar en Julia, 4 jaar, geen herhalingsoproep te sturen (1) omdat zij vorig jaar al een griepvaccinatie kregen.

5 Het gestelde na 1 is correct.

De heer Phillips, 23 jaar, komt op het spreekuur omdat het zijn familie is opgevallen dat hij gele ogen heeft. Hij klaagt zelf over moeheid. Hij is altijd gezond geweest en gebruikt paracetamol vanwege rugklachten. Bij lichamelijk onderzoek vindt de huisarts behalve icterus geen afwijkingen. De lever is niet vergroot en niet pijnlijk. De huisarts heeft bloed laten prikken op verdenking van virale hepatitis. De uitslag van het bloedonderzoek luidt: normale ALAT en negatieve hepatitisserologie. De huisarts overweegt op basis van deze uitslagen andere oorzaken van de icterus. De volgende diagnose(s) past/passen bij bovenstaande bevindingen:

6 hemolytische anemie;

7 syndroom van Gilbert.

Mevrouw Den Dolder is zes weken geleden poliklinisch bevallen van haar eerste kind. Direct postpartum constateerde de kinderarts geen afwijkingen, ook geen hartgeruis. Nu bezoekt mevrouw Den Dolder de huisarts omdat haar zoon zo matig drinkt. Het lukt niet meer de voorgeschreven hoeveelheid voeding te geven. Zijn gewicht is de afgelopen week ook niet voldoende toegenomen. De huisarts ziet een slapende baby. De ademhalingsfrequentie is 62/minuut in rust, de kleur en turgor zijn normaal. Bij auscultatie vindt de huisarts een hartgeruis. Hij denkt aan een aangeboren hartafwijking en overweegt de diagnose ventrikelseptumdefect met beginnende decompensatio cordis.

8 Het feit dat de huisarts een hartgeruis hoort dat bij de geboorte niet aanwezig was, past bij de werkdiagnose.

9 De gemeten ademfrequentie past bij de werkdiagnose.

10 Het achterblijven van de groei pleit voor de werkdiagnose.

De antwoorden staan op pagina 472.

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.

bsl-h&w 11-08.indb 461 21-07-11 13:22

Aletta Moelands, Karin Steenbakkers

IMPORT

Geïntegreerde aanpak chronische ziekte en depressie

INLEIDING

Depressie komt veel voor bij patiënten met coronairlijden of slecht gereguleerde diabetes mellitus. De groep patiënten met beide aandoeningen heeft een grotere kans op een slechter beloop van zowel de somatische als de psychische problemen dan patiënten met slechts een van de aandoeningen. Mogelijk levert een geïntegreerde behandeling van deze verschillende aandoeningen betere ziektecontrole en ziekte-uitkomsten op. Katon et al. bekeken in dit onderzoek de effecten van een dergelijke geïntegreerde behandeling.

ONDERZOEK

Design Gerandomiseerd interventieonderzoek in de Verenigde Staten. Alle patiënten met slecht gereguleerde diabetes mellitus, coronairlijden of beide werden via het EPD van deelnemende huisartsen geselecteerd. Met telefonisch en schriftelijk afgenomen vragenlijsten werd bekeken of bij deze patiënten sprake was van depressie. Dit bleek bij 214 patiënten het geval, zij werden gerandomiseerd. De follow-up was na 12 maanden.

Interventie De interventiegroep volgde gedurende twaalf maanden een programma met elke twee tot drie weken een afspraak met een speciaal opgeleide verpleegkundige. Met medicatie en een zelfhulpprogramma werd toegewerkt naar individueel bepaalde doelen, in de vorm van verlaging van HbA1c, LDL-cholesterol, systolische bloeddruk en depressiescores. Voortgang en eventuele aanpassingen in het behandelplan werden in wekelijkse bijeenkomsten met de verpleegkundige, een psycholoog, een psychiater en een huisarts besproken. Na het behalen van hun doelen volgden de deelnemers een onderhoudsprogramma met maandelijks telefonisch contact. Bij verslechtering van ziektecontrole werden de contacten geïntensiveerd. De controlegroep kreeg enkel het advies een afspraak te maken bij hun huisarts om hun depressie, diabetes mellitus of coronairlijden te behandelen.

Uitkomstmaten Primaire uitkomstmaat was de gecombineerde daling van HbA1c, LDL-cholesterol, systolische bloeddruk en depressiescores na twaalf maanden. Secundaire uitkomstmaten waren een goede ziektecontrole na twaalf maanden, tevredenheid over de geboden zorg en kwaliteit van leven.

Analyses Van de waarden van het HbA1c, LDL-cholesterol, systolische bloeddruk en de depressiescores na twaalf maanden werd een multivariantiemodel gemaakt om over deze uitkomsten een gezamenlijk interventie-effect te bepalen.

Resultaten Honderdachtenzeventig patiënten voltooiden het onderzoek. Patiënten in de interventiegroep hadden gemiddeld 10 fysieke en 10,8 telefoonafspraken met de verpleegkundige. Na 12 maanden liet de interventiegroep een significant grotere daling te zien van de verschillende ziektematen en depressiescores dan de controlegroep. HbA1c daalde in de interventiegroep met 0,81 procentpunt (controlegroep: 0,23 procentpunt), LDL daalde 0,4 mmol/L (controlegroep: 0,2 mmol/L) en de systolische bloeddruk daalde 4,7 mmHg (controlegroep: -0,4 mmHg). Na interventie bereikten significant meer patiënten een goede ziektecontrole: 37% tegen 22% in de controlegroep. De interventiegroep had een significant betere kwaliteit van leven en was aantoonbaar meer tevreden over de geboden behandeling dan de controlegroep.

Beschouwing De onderzoekers concluderen dat een geïntegreerde behandeling de ziektecontrole van zowel de somatische als de psychische aandoeningen verbetert.

INTERPRETATIE

Het aantal Nederlanders met diabetes mellitus of coronairlijden is groot en blijft toenemen. Depressie komt in deze groep veel voor en de patiëntengroep die zou kunnen profiteren van deze interventie is dan ook groot. Dit is het eerste grote onderzoek dat een gecombineerde behandeling van diabetes mellitus, coronairlijden en depressie bekijkt. De eerste resultaten zijn positief, er zijn echter kanttekeningen te plaatsen. Zo was er sprake van een follow-up van slechts twaalf maanden. Het gaat hier echter om chronische aandoeningen en een dergelijke interventie is enkel waardevol als er sprake is van een duurzaam effect. Om hierover uitspraken te doen is deze follow-up wellicht te kort. Ook wordt niets gezegd over patiënten die terugvallen na bereiken van een goede ziektecontrole. Daarnaast lijkt er sprake van contaminatie, want een klein deel van de artsen zorgde zowel voor patiënten van de interventiegroep als van de controlegroep. Ten slotte kan men zich afvragen wat hier de positieve uitkomst opleverde: de interventie alleen of juist de frequente contactmomenten en de aandacht die verpleegkundigen hadden voor de deelnemers.

Een interventie als deze wordt in Nederland al grotendeels toegepast in de vorm van protocollaire behandeling van diabetes mellitus en cardiovasculair risicomanagement door praktijkondersteuners. Volgens dit onderzoek zou hieraan ook aandacht voor een mogelijke depressie moeten worden toegevoegd met zonodig een behandeling hiervoor. Praktisch is dit misschien lastig gezien de kleine groep praktijkondersteuners die gediplomeerd is voor behandeling van zowel somatische als psychische aandoeningen. De uitkomsten pleiten vooral ook voor een betere afstemming tussen huisarts, praktijkondersteuner en eventueel praktijkondersteuner-ggz in de signalering en behandeling van depressie bij chronische aandoeningen. ■

UMC St Radboud, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: A. Moelands, student geneeskunde klinische fase; K. Steenbakkers, aios huisartsgeneeskunde. • Correspondentie: A.K.Moelands@gmail.com

LITERATUUR

1 Katon WJ, Lin EHB, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B, et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. N Engl J Med 2010;363:2611-20.

bsl-h&w 11-08.indb 462 21-07-11 13:22

Lieke Hassink-Franke

Motivational interviewing bij type 2 diabeten

IMPORT

INLEIDING

Bij patiënten met diabetes mellitus type 2 zijn therapietrouw en het naleven van een gezonde leefstijl vaak een groot probleem. *Motivational interviewing*, ofwel motiverende gespreksvoering, wordt gezien als een mogelijke oplossing hiervoor. Deense onderzoekers keken of een cursus motivational interviewing voor huisartsen de therapietrouw en leefstijl van patiënten met diabetes mellitus type 2 verbetert.[1]

ONDERZOEK

Design Een clustergerandomiseerde gecontroleerde trial met patiënten tussen de 40 en 69 jaar oud bij wie door screening nieuwe type 2 diabetes was ontdekt. De deelnemende huisartsen waren per praktijk gerandomiseerd naar een interventiegroep met huisartsen die een cursus motivational interviewing volgden en een controlegroep zonder cursus. Geen enkele huisarts had eerder deelgenomen aan een cursus motivational interviewing. De cursus bestond uit een training van 1,5 dag en tweemaal een halve vervolgdag in het eerste jaar. Daarnaast volgden alle huisartsen in zowel de interventie- als controlegroep een cursus van een halve dag over de behandeling van type 2 diabetes. Hierin werd benadrukt dat huisartsen counselors voor hun patiënten moeten zijn, waarbij zij beslissingen over de behandeling gezamenlijk met de patiënt nemen. Deense huisartsen hebben 45 minuten voor een preventieconsult. In dit onderzoek was het alle huisartsen toegestaan om 3 keer een consult van 45 minuten te gebruiken.

Uitkomstmaten De uitkomstmaten op baseline en na een jaar waren HbA1c, cholesterolspectrum, BMI, bloeddruk, voorgeschreven medicatie, aantallen afgehaalde recepten bij de apotheek, en consultfrequentie. Daarnaast vulden de patiënten vragenlijsten in over roken en bewegen.

Resultaten In totaal deden 80 praktijken (140 huisartsen) mee aan het onderzoek: 37 praktijken (64 huisartsen) zaten in de interventiegroep en 43 praktijken (76 huisartsen) zaten in de controlegroep. Alle huisartsen in de interventiegroep namen deel aan de cursus en minder dan 10% was afwezig bij de vervolgbijeenkomsten. In de interventiegroep zaten 307 patiënten en in de controlegroep 321 patiënten. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 61 jaar en 58% was man. Na een jaar waren de uitkomsten in beide groepen significant verbeterd zonder significante verschillen tussen de twee groepen. Het HbA1c verbeterde in beide groepen met gemiddeld 0,7. Huisartsen in de interventiegroep gebruikten gemiddeld 1,7 consulten voor motivational interviewing.

Beschouwing De auteurs concluderen dat motivational interviewing geen effect had op de therapietrouw bij patiënten met door screening opgespoorde nieuwe type 2 diabetes. Er was echter een significante verbetering van de therapietrouw na een jaar in beide groepen. Als mogelijke verklaring voor het ontbreken van een verschil tussen beide groepen noemen de auteurs het feit dat de huisartsen in de interventiegroep minder dan twee van de drie geplande consulten gebruikten voor motivational interviewing. Ook kan de training van een halve dag van huisartsen in beide groepen dit verschil hebben verkleind. Huisartsen uit de controlegroep waren zich door deze training beter bewust van de behandeling van type 2 diabetes, waaronder het motiveren tot leefstijlverandering. Ten slotte was er maar weinig ruimte om een effect van motivational interviewing aan te tonen, omdat een groot deel van de patienten in beide groepen waardes hadden (bijvoorbeeld HbA1c, cholesterolspectrum, bloeddruk of BMI) die eigenlijk vanaf het begin van het onderzoek al binnen de streefwaardes lagen. Zo had 66% van de patiënten in de interventiegroep en 69% van de patiënten in de controlegroep op baseline reeds een HbA1c van 6,4 of lager.

INTERPRETATIE

Dit grote Deense onderzoek laat niet direct een meerwaarde zien van motivational interviewing bij patiënten met type 2 diabetes. Wel lijkt counseling in het algemeen gunstig, want zowel in de interventie- als controlegroep verbeterden bloeddruk, cholesterol, HbA1c en BMI significant. In beide groepen mochten de huisartsen maar liefst driemaal 45 minuten besteden aan het bespreken van de behandeling. Daarnaast volgden alle huisartsen tevoren een opfriscursus omtrent de behandeling van type 2 diabetes, waarin werd benadrukt hoe belangrijk het is dat huisarts en patiënt samen een behandelplan maken. Uit onderzoeken naar diverse psychotherapeutische behandelingen, waarin men vaak ook gedragsverandering nastreeft, blijkt dat juist de aspecten tijd en gezamenlijke besluitvorming een groot aandeel leveren in het effect.

Het is overigens de vraag of motivational interviewing werkelijk geen meerwaarde heeft, want het ging in deze onderzoekspopulatie om patiënten die door screening opgespoord waren, waarbij hun HbA1c-waardes niet per se te hoog waren. Het waren dus niet de meest ernstige diabeten. Mogelijk was het in deze groep veel gemakkelijker om winst te behalen, bijvoorbeeld al met de extra tijd zoals de controlegroep kreeg. De groep met ernstiger type 2 diabetes omvat waarschijnlijk patiënten die veel lastiger te bewegen zijn tot een gezondere leefstijl. In deze groep valt misschien wel een effect te behalen met motivational interviewing. ■

LITERATUUR

1 Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B. Effect of "motivational interviewing" on quality of care measures in screen detected type 2 diabetes patients: A one-year follow-up of an RCT, ADDITION Denmark. Scan J Prim Health Care 2011;29:92-8.

UMC St Radboud Nijmegen, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. L.J.A. Hassink-Franke, huisarts en onderzoeker. • Correspondentie: l.franke@elg.umcn.nl

bsl-h&w 11-08.indb 463 21-07-11 13:22

Naomi Koning, Wouter de Ruijter, Arie Knuistingh Neven

CATS

Corticosteroïdinjecties bij chronische lagerugpijn

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

Vraagstelling Diverse artsen in Nederland bieden caudale epidurale en transforaminale epidurale injecties met corticosteroïden aan als therapie bij chronische lagerugpijn. De NHG-Standaard adviseert een afwachtend beleid. Is het rationeel om te verwijzen voor een epidurale injectie?

Zoekstructuur Het doorzoeken van de Cochrane database (zoektermen 'low back pain', 'radiculopathy', 'sciatica') leverde één systematische review op.[1] We doorzochten PubMed met zowel de MeSH-termen als met de vrije teksttermen 'epidural injection' en 'low back pain'. We vonden een aantal systematische reviews en een recente RCT. We kozen ervoor om op basis van twee systematische reviews en de RCT de vraag te beantwoorden.[1-3]

Resultaten Staal et al. beschreven in de Cochrane-review twee onderzoeken (n = 48 en n = 35) die epidurale corticosteroïdinjecties vergelijken met placeboinjecties.[1] De conclusie was dat er slechts beperkt bewijs is voor pijnvermindering op de korte termijn ten gunste van de interventie. In één onderzoek werd verbetering gerapporteerd met een anestheticum op de korte termijn bij 16 van de 24 personen. Een anestheticum gecombineerd met methylprednison leverde bij 18 van de 24 personen verbetering op. In een ander onderzoek was er op de korte termijn verbetering bij 56% in de interventiegroep (n = 16) en bij 26% (n = 19) in de controlegroep.

Chou et al. beschreven een uitgebreide systematische review over de niet-chirurgische behandeling van lagerugpijn.[2] Er werden 20 RCT's gevonden waarbij epidurale steroïdinjecties werden vergeleken met placebo bij patiënten met uitstralende pijn. Het aantal ingesloten patiënten per onderzoek liep uiteen van 23 tot 228. Het effect op de korte termijn was bij 7 onderzoeken gunstig, bij 7 onderzoeken niet gunstig, in 4 gevallen onduidelijk en bij 2 onderzoeken werd het effect na 3 maanden niet bepaald. Op de lange termijn (> 3 maanden) waren de getallen respectievelijk 4 positief, 11 geen verbetering, 2 onduidelijk en bij 3 onderzoeken werd geen langetermijneffect bepaald.

Sayegh et al. beschreven een RCT waarin epidurale steroïdinjecties werden vergeleken met waterinjecties als controle.[3] In deze RCT werden 183 patiënten met lagerugpijn al dan niet met uitstraling gerandomiseerd in een interventiegroep met een epidurale corticosteroidinjectie (n = 93) en in een controlegroep met een epidurale injectie met water (n = 90). Beide injecties werden gecombineerd met een lokaal anestheticum (xylocaïne). De primaire uitkomstmaat was functioneel herstel gemeten met een vragenlijst. De steroïdgroep liet een significant snellere en een grotere verbetering zien, zowel op de korte termijn als na 6 maanden en na 1 jaar ($p < 0{,}001$). De test van Lasègue liet na 1 maand een significante verbetering in de interventiegroep zien ($p < 0{,}008$) ten opzichte van de controlegroep. Na 6 maanden en na 1 jaar was er geen significant verschil meer (p-waarden 0,340 respectievelijk 0,248).

Bespreking De onderzoeken beschrijven met name patiënten met lagerugpijn met uitstraling. Patiënten die al waren geopereerd zijn buiten beschouwing gelaten. Deze patiëntengroep komt echter veel voor in de huisartsenpraktijk. De verschillende onderzoeken waren zeer heterogeen, zodat er niet gepoold kon worden.

Conclusie Voor een epidurale injectie bij patiënten met lagerugpijn zonder uitstraling is geen goed gecontroleerd onderzoek voorhanden. Het meeste onderzoek is verricht bij patiënten met uitstralende lagerugpijn. Op de korte termijn (< 3 maanden) lijkt er een gunstig effect te zijn. Op de lange termijn (> 3 maanden) is er weinig verschil tussen wel en niet behandelen.

Betekenis Er is onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing voor de behandeling van chronische lagerugpijn met corticosteroïdinjecties. Verwijzing voor een epidurale injectie is dus niet rationeel. ■

LITERATUUR

1 Staal JB, De Bie R, De Vet HC, Hildebrandt J, Nelemans P. Injection therapy for subacute and chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev 2008;(3):CD001824.
2 Chou R, Atlas SJ, Stanos SP, Rosenquist RW. Nonsurgical interventional therapies for low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society clinical practice guideline Spine (Phila Pa 1976) 2009;34:1078-93.
3 Sayegh FE, Kenanidis EI, Papavasiliou KA, Potoupnis ME, Kirkos JM, Kapetanos GA. Efficacy of steroid and nonsteroid caudal epidural injections for low back pain and sciatica: a prospective, randomized, double-blind clinical trial. Spine (Phila Pa 1976) 2009;34:1441-7.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 2088, 2301 CB Leiden: N. Koning, aios; dr. W. de Ruijter, huisarts; dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog. • Correspondentie: a.knuistingh-neven@lumc.nl

bsl-h&w 11-08.indb 464 21-07-11 13:22

Roger Damoiseaux

Psychologische interventies bij darmziekten niet effectief

PEARLS

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

Context Inflammatoire darmziekten, zoals de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa, hebben een negatieve invloed op het welbevinden van patiënten. Veranderingen in de ziekteactiviteit zijn gecorreleerd met angst en depressie. Ook heeft stress mogelijk een negatief effect op de ziekte. Het lijkt dan ook logisch om het effect van psychologische behandelingen bij inflammatoire darmziekten te onderzoeken.

Klinische vraag Wat is het effect van psychologische behandelingen (in aanvulling op medicatie) op patiënten met een inflammatoire darmziekte?

Conclusie auteurs Bij volwassenen had psychologische behandeling na 6 en 12 maanden geen effect op de kwaliteit van leven, depressieve klachten of ziekteactiviteit. Bij adolescenten was er na 6 maanden een geringe verbetering in kwaliteit van leven. Het effect op de ziekteactiviteit werd niet onderzocht en de review betrof slechts 2 onderzoeken met samen 71 adolescenten. Psychologische behandeling voor alle patiënten met inflammatoire darmziekten is volgens de auteurs dan ook niet gerechtvaardigd.

Beperkingen Slechts enkele van de 21 onderzoeken (1745 patiënten) konden worden gebruikt voor statistische meta-analyse. De interventies verschilden aanzienlijk en de uitkomstmaten werden niet eenduidig gepresenteerd. De methodologische kwaliteit van de verschillende onderzoeken was matig, vooral vanwege het ontbreken van blindering en minder valide randomisatie. De beschrijving van de ziekteactiviteit bij insluiting was eveneens vaak matig en varieerde sterk.

Bron Timmer A, Preiss JC, Motschall E, Rücker G, Jantschek G, Moser G. Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel disease. Cochrane Database Syst Rev 2011, Issue 2. Art. No.: CD006913.

COMMENTAAR

De relatie tussen stress en somatische aandoeningen is terug te voeren op het dilemma van de kip en het ei: wie of wat was er eerst? In de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw gold het myocardinfarct als een aandoening die vooral door stress werd veroorzaakt. De zogenaamde A-types waren daar erg vatbaar voor. Ook de maagzweer was voor de ontdekking van de helicobacter pylori vooral een door stress veroorzaakte kwaal. Met onze toenemende kennis van de pathofysiologie en etiologische factoren hebben we tegenwoordig andere verklaringen voor het ontstaan van deze ziekten. Het bevreemdt me dan ook niet dat deze review geen effect laat zien van psychologische behandelingen op de ziekteactiviteit van inflammatoire darmziekten.

Natuurlijk veroorzaakt ziekte psychologische stress en die verdient serieuze aandacht. Ook bij inflammatoire darmziekten is er een forse impact op het psychisch welbevinden van patiënten. Wat mij dan wel verwondert is dat psychologische interventies nauwelijks verbetering van kwaliteit van leven laten zien bij deze groep patiënten. De auteurs van deze review geven hiervoor als mogelijke verklaring dat er veel patiënten deelnamen die maar weinig psychische problemen ervoeren. Echter, een onderzoek dat wel specifiek patiënten insloot met een hoge psychische last liet óók geen effect zien op een verbetering van kwaliteit van leven. Een andere verklaring is dat de medische behandeling veel meer impact heeft op de kwaliteit van leven, waardoor een psychologische interventie in het niet valt. De huidige behandeling van inflammatoire darmziekten is met de immuunmodulerende middelen dusdanig effectief dat de meeste patiënten in remissie komen of in ieder geval een forse vermindering van hun ziektelast hebben. Dit zal zeker zijn effect hebben op hun psychisch welbevinden en vervolgens ook op hun kwaliteit van leven.

Het belangrijkst bij patiënten met een inflammatoire darmziekte is een goede medicamenteuze behandeling. Daarnaast zul je als behandelend arts ook de psychische toestand van de patiënt in de gaten moeten houden en zonodig moeten reageren met een psychologische interventie. Maar dat gaat in feite op voor elke ziekte. ■

Huisartsenpraktijk 'de Hof van Blom', Hof van Blom 7, 8051 JT Hattem: dr. R.A.M.J. Damoiseaux, huisarts. • Correspondentie: rdamoiseaux@hotmail.com

bsl-h&w 11-08.indb 465 21-07-11 13:22

COLUMN

Snot

Na een korte klop steek ik mijn hoofd om de deur: 'Is er iemand die me even kan assisteren om bij mevrouw Waagsma een katheter in te brengen?' Op de verpleegpost van het verzorgingshuis is iedereen plotseling extreem druk met het roeren in zijn of haar koffie. De manager van de afdeling wijst naar een geblondeerde verzorgende. 'Ina! Waarom reageer je niet? Jij bent de verantwoordelijk verzorgende en volgens mij heb ik je gisteren héél duidelijk gemaakt…' In drie passen is Ina de koffiekamer uit. Met een rood hoofd beent ze richting kamer 253. Ik ren achter haar aan en zie net op tijd dat ze abrupt stilstaat. 'Als hij wil dat ik óók stop, moet hij vooral zo doorgaan,' klinkt haar stem, gesmoord in een overmaat aan snot. 'Als alles verkeerd is, als…. Nou ja, dat gaat u ook niks aan. Aan de slag met die katheter.'

Ik aarzel. Zou zij weten dat ik de aanleiding ben van de uitbrander die ze gisteren waarschijnlijk kreeg? 'Kom. Die katheter lukt me prima alleen,' zeg ik snel. 'Ga eerst maar even rustig…' 'Nee, dokter!' Haar blonde permanent schudt heftig heen en weer. 'Ik assisteer u!' en ze zwaait de deur van het appartement van mevrouw Waagsma open.

Foto: Shutterstock/DanielW

Mevrouw Waagsma is 101. Vier maanden geleden, en acht dagen na haar honderdeneende verjaardag, klom ze op een keukentrapje om zilverpoets uit het bovenste kastje te pakken. Ze viel en brak haar heup. En ondanks de splinternieuwe kophalsprothese is ze sindsdien bed-stoel-patiënt. Mevrouw Waagsma heeft de afgelopen maanden vier forse doorligwonden opgelopen en is veertien kilo afgevallen. Ze heeft me twee weken geleden gesmeekt om de dagelijkse bed-stoel-transfer uit haar mobilisatieprogramma te halen, omdat het 'zo'n pijnlijk gedoe' is. Ik vroeg haar of ze een half uur vooraf aan de zorg haar tabletje oxynorm kreeg. Dit bleek, aldus het verzorgingsteam, een 'onhaalbare opdracht'. Sindsdien schrijf ik haar fentanyl neusspray voor. Maar helaas wordt ook die stelselmatig vergeten. Toen ik twee dagen geleden ('Pakjes drinken? Nee, die heb ik nog nooit gekregen.') ontdekte dat haar koelkast vol met onaangeroerde pakjes nutridrink stond, werd het me te veel. Ik zocht de afdelingsmanager op, spuwde mijn gal en hij beloofde onmiddellijke verbetering in 'de kwaliteit van zorg'. Die belofte heeft in ieder geval tot de nodige onrust gezorgd, besef ik, terwijl ik Ina een zakdoek overhandig. 'Kom hier in de keuken maar even bij, dan ga ik alvast met mevrouw praten,' fluister ik haar toe en loop de slaapkamer in.

Mevrouw Waagsma blijkt vandaag in een allerbest humeur. 'Ha dokter. Kijk, ik heb gisteren wat chinees besteld.' Ze wappert met de folder. 'Dat deed ik ook vaak voor ik hier in het 'grijze haren'-huis terechtkwam. U zei toch dat ik veel energie nodig had om die wonden te laten genezen? O ja, die neusspray: dat is heerlijk spul hoor. Die kreeg ik gisteren opeens. Het lijken wel drugs!'

Net als ik de spullen heb klaargelegd, komt Ina binnenlopen, haar gezicht nog steeds vol snot. 'Dag mevrouw Waagsma,' brengt ze moeizaam uit, terwijl ze met twee armen haar benen uit elkaar trekt. Ik weet niet of ik nu stoïcijns met de procedure moet beginnen of toch liever eerst Ina de kamer uit bonjouren. Ben je ondervoed, bedlegerig, verwaarloosd en vol doorligwonden en lig je net even lekker te trippen op wat morfine, staat er plotseling een snikkende verzorgende aan je bed…

Aan de andere kant wordt het inbrengen van deze katheter wel erg lastig als zij haar benen niet vast houdt. 'Ina, ehh.. Het lukt echt wel alleen hoor,' zeg ik zacht. 'Ik denk dat je beter…' 'Nee, dokter.' Een nee dat geen tegenspraak duldt, ondanks de overmaat aan snot. 'Ik assisteer u.' Verward trek ik mijn handschoenen aan. Hoe ga ik om met verwaarloosde patiënten, verzorgingshuis-verzorgenden en hun managers? Zou dat onderdeel van de opleiding kunnen worden? Zijn hier nascholingen over? Mevrouw Waagsma's opgewekte blik is inmiddels verdwenen. Met grote ogen staart ze naar het betraande gezicht van Ina. Die veegt met haar elleboog het laatste snot van haar gezicht en heft dan met een kille blik haar hoofd op: 'Mevrouw Waagsma: Vertelt u de dokter eens precies: wie heeft u gisteren twee pakjes nutridrink gegeven? En wíe heeft u gisteren uw neusspray gegeven? Nou?' ■

Anne Hermans
Anne is in opleiding in Noordwoud.

De namen zijn om privacyredenen gefingeerd.

bsl-h&w 11-08.indb 466 21-07-11 13:22

Voeding en beweging

De voor het PreventieConsult ontwikkelde lijst van risicofactoren betrekt in de scoreberekening niet de mate van lichamelijke activiteit en voeding.[1] Een gemiste kans volgens mij.

Volgens de NHG-Standaard CVRM is een risicoreductie te bereiken van 30 tot 40 procent door het consumeren van een goede mediterrane voeding met voldoende groente, minder transvet, meer omega-3-vetzuren, meer noten, zaden en fruit en drie keer in de week adequate beweging.

De standaard richt zich daarentegen op het totaalcholesterol en de ratio HDL en TC. Daarbij wordt het WOSCOPS-onderzoek aangehaald als bewijs. Dit onderzoek laat zien dat gezonde mannen van 40 tot 70 jaar die allemaal rookten en overgewicht hadden met 40 mg simvastatine minder hart- en vaatziektes krijgen. De absolute risicoreductie is 0,7 procent wat een NNT van 140 geeft. Deze risicoreductie steekt schril af bij de waardes van 30 en 40 procent die aanpassen van voeding en bewegen kunnen opleveren.

Daarnaast schept het indelen van mensen in hoog- en laagrisicogroepen een soort schijnzekerheid op het krijgen van hartaanvallen en/of beroertes. Onderzoek gepubliceerd in de BMJ in 2003 laat echter precies het omgekeerde zien.[2] Tien jaar lang werden 6600 mensen gevolgd die een hoge of lage kans hadden op het krijgen van hart- en vaatziekten. Het betrof hier de Framingham risicoscore; hoog was boven de 30 procent en laag eronder. Nu blijkt dat het aantal werkelijk opgetreden fatale en niet-fatale hartaanvallen en beroertes een stuk lager is dan voorspeld. Het opmerkelijkst is dat de meeste cardiovasculaire events optraden in de groep met het laagste risico... Precies omgekeerd aan wat je verwacht. Dat roept natuurlijk vragen op. Zijn we wel met de juiste risicofactoren bezig? Kunnen we niet beter de andere risicofactoren er meer bij betrekken ? Goed bewegen, mediterraan eten en werken aan stressreductie brengt waarschijnlijk meer preventie van hart- en vaatziekte dan bloeddrukbehandeling en cholesterolverlaging.[3] Ik vindt het jammer en een echt gemiste kans om voeding, stress en beweging niet bij de NHG-Standaard Het PreventieConsult te betrekken.

Rob Elens

1 Dekker JM, Alssema M, Janssen PGH, Van der Paardt M†, Festen CCS, Van Oosterhout MJW, et al. NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool risico. Huisarts Wet 2011:54:138-55.
2 Brindle P, Jonathan E, Lampe F, Walker M, Whincup P, Fahey T, et al. Predictive accuracy of the Framingham coronary risk score in British men; prospective cohort study. BMJ 2003;327:1267.
3 Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, Hickie IB, Hunt D, Jelinek VM, et al. 'Stress' and coronary heart disease: psychosocial risk factors. Med J Aust 2003;178:272-6.

Antwoord

Collega Elens noemt het een 'gemiste kans' dat in de risicovragenlijst die voor het PreventieConsult is ontwikkeld items over voeding en beweging ontbreken. De risicoscore ten behoeve van het PreventieConsult voorspelt het risico op het optreden van hart- en vaatziekten, type-II-diabetes en chronische nierschade. Deze score is ontwikkeld voor personen die geen van deze drie aandoeningen hebben en is dus specifiek bedoeld voor preventiedoeleinden. Er is gebruikgemaakt van gegevens uit drie Nederlandse cohortstudies: de Rotterdam Studie, de PREVEND-studie (Prevention of REnal and Vascular ENd-stage Disease) (stad Groningen) en de Hoorn Studie, met een gemiddelde follow-up van zeven jaar. Voor de selectie van predictoren is gebruikgemaakt van de items die voorkomen in bestaande risicoscores. Behalve die in de vragenlijst staan waren dit: roken, geschiedenis van zwangerschapsdiabetes, opleidingsniveau, consumptie van koffie, consumptie van alcohol. Deze items voegden echter niets toe aan de voorspellende waarde van de test en zijn daarom niet meegenomen in de score. Items die verwijzen naar de aanwezigheid van de drie hier betreffende aandoeningen zijn bij voorbaat buiten beschouwing gelaten. Dit sluit aan bij de werkwijze van het PreventieConsult: aanwezigheid van een van deze ziekten sluit de deelname aan het PreventieConsult immers uit.

Een beperking van de score is dat informatie over sommige risicofactoren, die mogelijk wel een voorspellende waarde hebben, ontbreekt. Er was echter geen informatie beschikbaar over voedingsgewoonten, lichamelijke activiteit en stress. Er zijn overigens ook nog andere factoren die betrokken moeten worden bij de toepassing van deze risicoscore. Zo was er geen informatie over stress en bestond de onderzoekspopulatie uit Kaukasiërs. Waarschijnlijk geeft de score een onderschatting van het risico voor mensen van Turkse, Marokkaanse en Hindoestaanse afkomst. Wij begrijpen dat collega Elens het jammer vindt dat voeding, beweging en stress niet meegenomen zijn in de risicoscore. Echter, wij beschouwen dat niet als een 'gemiste kans'. Het had niet anders gekund want de data waren simpelweg niet beschikbaar. Bovendien weten we niet op voorhand of en hoe data over voeding, beweging en stress de risicoscore beïnvloed zouden hebben. ■

Paul Janssen

Vaccinatie van ouderen tegen influenza (vervolg)

Graag reageer ik op de antwoorden van Bueving & Van der Wouden[1] en Van Weert[2] op mijn ingezonden stuk.[3]

Ik meldde dat Bueving & Van der Wouden ten onrechte schreven: 'Tevens overweegt de Gezondheidsraad een verdere verlaging van de leeftijdsgrens voor griepvaccinatie van 60 naar 50 jaar. Op basis van het huidige bewijs is dat standpunt niet te handhaven'. Dat standpunt is er namelijk niet. In plaats van in alle helderheid te erkennen dat zij zich hebben vergist in het weergeven van het standpunt van de Gezondheidsraad[4] zeggen zij niet in 'een semantische discussie' te willen vervallen. Hun constatering dat de Raad wel heeft nagedacht over het vaccineren van 50-59-jarigen klopt wel maar dat was ook onderdeel van de adviesaanvraag. Dat de Gezondheidsraad over adviesvragen nadenkt

bsl-h&w 11-08.indb 467 21-07-11 13:22

– en daarbij relevant bewijsmateriaal, onzekerheden en kennishiaten weegt – voordat hij een conclusie trekt is zijn taak.

Het is voorts onduidelijk op grond waarvan Bueving & Van der Wouden menen dat de Raad impliciet kleur bekent door in de researchagenda geen aandacht te besteden aan de wenselijkheid van nieuw onderzoek bij gezonde volwassenen. Gezien de relatief beperkte burden of illness bij gezonde volwassenen tot 60 jaar legde de Raad de prioriteit qua onderzoeksaanbevelingen elders. Als Bueving & Van der Wouden, die in hun reactie overigens benadrukken dat er vele RCT's bij gezonde volwassenen zijn gedaan, daar anders over denken en menen dat een nieuwe – indien gericht op het voorkomen van complicaties en sterfte noodzakelijkerwijs buitengewoon grote – trial bij gezonde volwassenen gewenst en verdedigbaar is, staat het hen uiteraard vrij daartoe een onderzoeksvoorstel te ontwikkelen.

Ook zeggen Bueving & Van der Wouden: 'De mening dat bij gezonde (oudere) volwassenen tussen 50 en 65 jaar een placebogecontroleerd onderzoek ethisch niet meer verantwoord zou zijn vanwege voldoende bewijskracht van observationeel onderzoek op het gebied van het voorkomen van complicaties delen wij niet'. Deze door hen bestreden 'mening' staat niet in mijn ingezonden brief, waarnaar ik de lezer graag verwijs.[3] Wijzend op de eerdere trial bij 60-plussers[5] gaf ik aan dat het op ethische gronden onwaarschijnlijk is dat een – noodzakelijkerwijs zeer grote – trial met als eindpunten klinische complicaties en sterfte nog gaat gebeuren nu al is bewezen is dat vaccinatie van ouderen een belangrijke deel van de influenzagevallen voorkomt. Maar ook wat dit betreft staat het Bueving & Van der Wouden vanzelfsprekend vrij een naar hun oordeel overtuigend voorstel voor onderzoek bij ouderen in te dienen.

Bueving & Van der Wouden zeggen dat ik de auteurs van de Cochrane-review over griepvaccinatie bij gezonde volwassen (vanaf 16 jaar)[6] tekort doe omdat er sinds het verschijnen van het advies van de Gezondheidsraad in 2007 25 RCTs aan de body of evidence zijn toegevoegd. Ik had het echter niet over 16-plussers maar over influenzavaccinatie bij ouderen, waarbij ik nog opmerk dat genoemde Cochrane-review geen aparte analyse voor 60-64-plussers presenteert.

Van Weert schrijft mij de 'constatering' toe '(...) dat we dus ook maar moeten geloven dat diezelfde vaccinatie ook de complicaties kan voorkomen'. In mijn analyse van de situatie[3] komt het woord geloven echter niet voor. Ik denk niet dat het helpt als we elkaars beoordeling van hoe om te gaan met nu eenmaal voorkomende beperkingen in de beschikbare evidence in de gezondheidszorg op zo'n manier gaan karakteriseren.

Van Weert zegt dat ik niet inga op de kwestie van de belangenconflicten. Maar ik wees er op dat juist gezien het belang van dit punt de Gezondheidsraad een extern getoetste procedure hanteert waaraan diverse andere wetenschappelijke en professionele gremia een voorbeeld nemen.

Ik ben het met Van Weert eens dat twijfel bij het publiek aan het nut van griepvaccinatie een voedingsbodem kan zijn voor twijfel aan het nut van andere vaccinaties. Gelukkig kennen wij in Nederland een, ook internationaal bezien, relatief hoge vaccinatiegraad onder de doelgroepen van de diverse vaccinaties. Laten we dat zo houden. De door Van Weert terecht genoemde last op de schouders van deskundigen brengt dan, naast het naar beste kunnen opbouwen van bewijsvoering en beoordelen van de stand van de beschikbare – helaas niet altijd complete – evidence, ook een goede weergave van elkaars beoordeling en standpunten met zich mee. ■

André Knottnerus

1 Bueving H, Van der Wouden JC. Antwoord. Huisarts Wet 2011;54:178.
2 Van Weert H. Antwoord. Huisarts Wet 2011;54:178.
3 Knottnerus JA. Vaccinatie van ouderen tegen influenza. Huisarts Wet 2011;54:177-8.
4 Gezondheidsraad. Griepvaccinatie: herziening van de indicatiestelling. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/09.
5 Govaert TM, Thijs CT, Masurel N, Sprenger MJ, Dinant GJ, Knottnerus JA. The efficacy of influenza vaccination in elderly individuals. A randomized double-blind placebo-controlled trial. JAMA 1994;272:1661-5.
6 Jefferson T, Di Pietrantonj C, Rivetti A, Bawazeer GA, Al-Ansary LA, Ferroni E. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. Cochrane Database Syst Rev 2010; Issue 7. Art. No: CD001269.

Antwoord

De voortgaande discussie over het nut van griepvaccinatie bij ouderen waarderen wij zeer. Natuurlijk denkt de Gezondheidsraad na over adviezen, hij oordeelt echter ook expliciet. Zoals op pagina 41 van het rapport onder het kopje Oordeel over vaccinatie: 'De effectiviteit van griepvaccinatie bij gezonde 50-65-jarigen is tot op heden niet afzonderlijk in goede klinische studies onderzocht. Bij de gehele groep gezonde volwassenen jonger dan 65 jaar (onder wie dus ook 50- tot 65-jarigen) is de effectiviteit voor het krijgen van griep aangetoond.'[1] De door ons besproken Cochrane-review concludeert echter over gezonde volwassenen iets heel anders namelijk: 'Inactivated influenza vaccines decrease the risk of symptoms of influenza and time of work, but their effects are minimal, especially if the vaccines and the circulating viruses are mismatched. There is no evidence that they affect complications or transmission'.[2] Dat geldt ook voor de in het advies aangehaalde Cochrane-review: 'Influenza vaccines are effective in reducing serologically confirmed cases of influenza. However, they are not as effective in reducing cases of clinical influenza and number of working days lost. Universal immunisation of healthy adults is not supported by the results of this review'.[3] Vervolgens komt in het rapport de in opdracht van de Gezondheidsraad bij het Julius Centrum uitgevoerde onderzoek naar sterfte en ziektelast door griep naar voren met als oordeel van de Gezondheidsraad dat 'onder gezonde 50- tot 65-jarigen griepperiodes samengaan met een overmaat aan huisartsbezoeken, ziekenhuisopnames en sterfte'. Uitkomst van dit alles: de effectiviteit is aangetoond en alleen de kosteneffectiviteitanalyse voorkomt vaccinatie van 50-60-jarigen. Wij zijn op basis van de huidige evidence niet overtuigd van de door de Gezondheidsraad geponeerde effectiviteit van influenzavaccinatie bij

bsl-h&w 11-08.indb 468 21-07-11 13:22

deze groep. Gezien de twijfels sluiten wij ons aan bij wat de review van Jefferson[2] zegt over verder onderzoek: 'The major differences in effect size between outcomes highlight the need for careful consideration of the best study designs to assess the effects of public health measures such as vaccines. Large studies encompassing several influenza seasons are required to allow the assessment of the effect of vaccines on seemingly rare outcomes such as complications and death'. ■

Herman Bueving, Hans van der Wouden

1 Gezondheidsraad. Griepvaccinatie: herziening van de indicatiestelling. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/09.
2 Jefferson T, Di Pietrantonj C, Rivetti A, Bawazeer GA, Al-Ansary LA, Ferroni E. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. Cochrane Database Syst Rev 2010: Issue 7. Art. No: CD001269.
3 Demicheli V, Rivetti D, Deeks JJ, Jefferson TO. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. Cochrane Database Syst Rev 2004: Issue 3. Art. No: CD001269.

Antwoord

Ik vind het bewonderenswaardig dat collega Knottnerus op deze wijze blijft opkomen voor zijn mening. Dat toont aan hoezeer (ongevraagde) interventies door huisartsen de gemoederen bezighouden. Over de mate van bewijs die nodig is om preventiebeleid op te baseren kan men van mening verschillen. Dat we hiermee voorzichtig moeten omgaan blijkt bijvoorbeeld ook uit de gang van zaken rondom de HPV-vaccinatie van jonge meisjes. Ik ben ervan overtuigd dat Knottnerus daarover net zo bezorgd is als ikzelf. Het laatste woord is hierover vast nog niet gezegd, maar wat mij betreft hebben we nu beiden onze mening voldoende naar voren gebracht. ■

Henk van Weert

Therapie bij spierspanningshoofdpijn

In het meinummer van H&W staat een onderzoek over de effectiviteit van manuele therapie bij chronische spierspanningshoofdpijn.[1] De conclusie luidt dat 'manuele therapie op korte en lange termijn effectiever is in het verminderen van de symptomen van CSSH dan de behandeling van de huisarts'. Die conclusie is naar onze mening veel te stevig.

- De hypothese is dat 'manuele therapie herstel van de bewegingsfunctie van de cervicale wervelkolom geeft en daardoor via centrale pijnmechanismen de hoofdpijn kan dempen'. Het is onduidelijk waarop deze hypothese is gebaseerd; misschien werkt manuele therapie wel via een ander mechanisme.
- In dit niet-geblindeerde onderzoek weet iedere patiënt welke behandeling hij krijgt. Dat is lastig als we het effect van manuele therapie willen onderzoeken omdat er a) subjectieve uitkomstmaten zijn gebruikt en b) patiënten mogelijk heel verschillend gedrag vertoonden tijdens het onderzoek.
- Een subjectieve uitkomst (pijn of 'ervaren herstel') in combinatie met het niet-blinderen van de interventie zou kunnen leiden tot het (onbewust) geven van wenselijke antwoorden. De objectiefste uitkomst (gebruik van pijnstillers) laat echter geen effect zien, ook niet na 28 weken!
- Indien patiënten in de manuele therapiegroep naast hun manuele therapie ook stressoren hebben aangepakt (zoals meer sporten, gezonder leven) is het waargenomen effect een combinatie van die elementen en dus niet enkel toe te schrijven aan de manuele therapie die je bestudeert.
- Voor wie is manuele therapie effectief? Hoeveel mensen zijn er eigenlijk benaderd en hoeveel van hen wilden meedoen aan het onderzoek? Waarschijnlijk zijn er mensen in het onderzoek terechtgekomen die een heilzaam effect verwachten van manuele therapie en als je dan in de huisartsgroep komt, baal je natuurlijk flink en merk je minder herstel.
- Ons voornaamste punt: wat vergelijken ze nu eigenlijk? De groep die manuele therapie krijgt, wordt gedurende 6 keer 30 minuten (= 180 minuten) behandeld; de huisartsgroep krijgt 2 à 3 keer 10 minuten aandacht (= maximaal 30 minuten). Zou de conclusie dan wellicht moeten zijn dat een behandeling van 180 minuten effectiever is dan een behandeling van 30 minuten? We kunnen de hypothese dan herformuleren als 'manuele therapie kent een intensiever contact dan standaardzorg door de huisarts en kan daardoor spierspanningshoofdpijn dempen'.

Met veel mitsen en maren (niet-geblindeerde interventie, subjectieve uitkomst, onduidelijke inclusiecriteria) suggereert dit onderzoek dat gedurende 6 x 30 minuten met de handen bewerken van de nek meer effect heeft op spierspanningshoofdpijn dan 2 à 3 keer 10 minuten praten met de huisarts. Dat het bewerken van de nek door een manueel therapeut moet gebeuren en niet door de buurvrouw is in dit onderzoek zeker niet wetenschappelijk aangetoond. ■

Harry Groenwold, Rolf Groenwold

1 Castien RF, Van der Windt DAWM, Blankenstein AH, Grooten A, Dekker J. Effectiviteit van manuele therapie bij chronische spierspanningshoofdpijn. Huisarts Wet 2011;54:244-7.

Antwoord

Graag willen wij de heren Groenwold & Groenwold bedanken voor hun reactie op de publicatie van een door ons uitgevoerde randomised clinical trial in H&W. Zij plaatsen kritische opmerkingen bij meerdere aspecten van het onderzoek met als belangrijkste opmerking dat er geen causale relatie kan worden gelegd tussen de resultaten van het onderzoek en de manuele therapie interventie.

De eerste opmerking richt zich op het ontbreken van referenties over de hypothese over de werkingmechanismen van de manueel-therapeutische behandeling. Literatuur over de relatie tussen bewegingsfunctie van de nek- en spanningshoofdpijn[1-5] en centrale sensitisatie[6-10] is hierbij toegevoegd.

Zoals verder in de reactie te lezen is, betreft het een pragmatisch onderzoek waarin patiënten en behandelaars conform de praktijk de interventies ondergaan en uitvoeren. Dit heeft als nadeel

bsl-h&w 11-08.indb 469 21-07-11 13:22

dat blindering niet mogelijk is en dat er in dit geval een verschil in tijdsinvestering aanwezig is tussen beide interventies. Bij de beschouwing wordt dit verschil in aandacht erkend als een factor die een bijdrage kan hebben geleverd aan het gunstige resultaat.

De door Groenwold & Groenwold veronderstelde mogelijke voorkeur van patiënten voor manuele therapie hebben wij getracht te ondervangen door van alle aangemelde patiënten (n = 204) de patiënten met een sterke voorkeur voor manuele therapie niet te laten participeren in de trial. Hen werd gevraagd te participeren in een parallel cohort (n = 105) om daarmee de kans op verschil in wenselijke antwoorden te minimaliseren.

We zijn het eens met de opmerking dat dit onderzoek geen duidelijkheid geeft over het werkingsmechanisme van de manuele therapie. Wij zijn daar zelf ook erg benieuwd naar en zullen de data van RCT en cohort hierop nader analyseren.

Of de buurvrouw het beter doet dan de manueel therapeut kan wellicht worden onderzocht in een volgende op te zetten randomised clinical trial. Tot die tijd zullen we het moeten doen met de huidige beschikbare evidentie: bij patiënten met spanningshoofdpijn is het zinvol een verwijzing voor manuele therapie te overwegen. ■

René Castien, namens de auteurs

1 Zwart JA. Neck mobility in different headache disorders. Headache 1997;37:6-11.
2 Hagen K, Einarsen C, Zwart JA, Svebak S, Bovim G. The co-occurrence of headache and muskuloskeletal symptoms amongst 51.050 adults in Norway. Eur J Neurol 2002;9:527-33.
3 Watson DH, Trott PH. Cervical headache: an investigation of natural head posture and upper cervical muscle performance. Cephalalgia 1993;13:272-84.
4 Fernandez-de-las-Penas C, Alonso-Blanco C, Luz Cuadrado M, Gerwin R, Pareja J. Trigger points in the suboccipital muscles and forward head posture in tension-type headache. Headache 2006;46:454-60.
5 Fernández-de-las-Peñas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML, Pareja JA. Forward head posture and neck mobility in chronic tension-type headache: a blinded, controlled study. Cephalalgia 2006;26:314-9.
6 Fumal A, Schoenen J. Tension-type headache: current research and clinical management. Lancet Neurol 2008;7:70-83.
7 Ashina S, Babenko L, Jensen R, Ashina M, Magerl W, Bendtsen L. Increased muscular and cutaneous pain sensitivity in cephalic region in patients with chronic tension-type headache. Eur J Neurol 2005;12:543-9.
8 Bezov D, Ashina S, Jensen R, Bendtsen L. Pain perception studies in tension-type headache. Headache 2011;51:262-71.
9 Buchgreitz L, Egsgaard LL, Jensen R, Arendt-Nielsen L, Bendtsen L. Abnormal pain processing in tension-type headache: a high-density EEG brain mapping study. Brain 2008;131:3232-8.
10 Lindelof K, Ellrich J, Jensen R, Bendtsen L. Central pain processing in chronic tension-type headache. Clin Neurophysiol 2009;120:1364-70.

BOEKBESPREKING

zeer matig ●
matig ● ●
redelijk ● ● ●
goed ● ● ● ●
uitstekend ● ● ● ● ●

Subjectieve kijk op voeding

Tjioe-America M. Beter met voeding. Welvaartsziektes voorkomen en behandelen door inzicht in de verborgen gebreken in onze moderne voeding. Uitgeverij Lumen, 2010. 208 pagina's. Prijs € 18,50. ISBN 978 90 815931 13.

Doelgroep Het boek is bedoeld voor iedereen die 'bewust wil werken aan z'n eigen gezondheid en die van z'n gezinsleden'. Het is tevens voor voedingskundigen die 'meer uit hun vak willen halen dan zij ooit voor mogelijk hebben gehouden' en voor artsen die hun patiënten 'duurzaam willen genezen'.

Inhoud In het eerste deel *Ziektes en degeneratie door tekorten in moderne voeding, de theorie* staat de auteur uitvoerig stil bij de chronisch degeneratieve invloed van een onvolwaardig voedingspatroon. Gebrekziekten door het ontbreken van vitale stoffen zijn het gevolg. Als voorbeelden noemt ze onder meer gebitsproblemen, stoornissen in het maag-darmstelsel, overgevoelige slijmvliezen en hoofdpijn. Het denatureren van voedsel in de zin van bewerking van granen, suikers en vetten maar ook het gebruik van de magnetron resulteert in beschadiging van het voedsel.

In het deel *Mijn praktijk voor voedingstherapie* gaat de auteur uitgebreid in op persoonlijke ervaringen. Aan de hand van patiënten maakt ze duidelijk dat het diëtistische consult veel uitvoeriger dient te geschieden dan momenteel het geval is, met name om een veel gerichter voedingstherapie te kunnen instellen. Zo verdwenen pijnlijke benen en onderhuidse knobbeltjes bij kinderen na het verbeteren van het voedingspatroon. Verder bespreekt ze ADHD, multipele sclerose, autisme en crimineel gedrag in relatie tot een gedenatureerd, onvolwaardig voedingspatroon.

Het laatste deel *Praktische voedingsadviezen* laat zien hoe de dagelijkse voeding er zou moeten uitzien om aan voeding gerelateerde ziekten te voorkomen dan wel te genezen. De auteur baseert de aanbevelingen voornamelijk op persoonlijke ervaringen. Voorbeelden van de onderwerpen die in dit hoofdstuk worden besproken zijn:

bsl-h&w 11-08.indb 470 21-07-11 13:22

achtergronden bij de gebruikelijke voedingsmiddelen, dagschema's, voeding bij ouderen en kinderen, voedingssupplementen.

Oordeel De inhoud van dit boek leidt af van de inmiddels verkregen inzichten in de uitermate complexe materie van de preventieve en curatieve voedingsleer. De belangrijkste reden is dat objectief wetenschappelijke passages worden vervlochten met sterk subjectieve ervaringen, gelardeerd met uiteenlopende patiëntencasus. Hierdoor wordt een ogenschijnlijk vernieuwend beeld van de mogelijkheden van de voedingsleer neergezet terwijl veel veronderstellingen reeds lang geleden wegens onvoldoende onderbouwing zijn weerlegd. Dit vertroebelend beeld maakt het boek ongeschikt voor de aangegeven doelgroepen. ■

Jaap van Binsbergen

Waardering: ●

Onmisbare update over astma/COPD

Van Duin B. Astma en COPD. Practicum huisartsgeneeskunde, een serie voor opleiding en nascholing. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg, 2010. 88 pagina's. Prijs € 20,95. ISBN 978 90 352 3192 4.

Doelgroep Huisartsen, huisartsen in opleiding, praktijkondersteuners, beleidsmakers (patiëntenverenigingen, beroepsverenigingen andere zorgverleners, overheid, ziektekostenverzekeraars).

Inhoud De lezer wordt via de beproefde methode van de serie Practicum huisartsgeneeskunde bijgepraat over diagnostiek, behandeling en ketenzorg voor astma en COPD. Aan de hand van casussen bespreekt de auteur het beleid systematisch, conform de NHG-standaarden, landelijke transmurale afspraken en consensus ketenzorg COPD. De belangrijkste punten in dit boek zijn: anamnese is leidend, aanvullend onderzoek is echt aanvullend, dubbeldiagnose astma en COPD komt vaker voor dan gedacht, beoordeling van de ziektelast met vragenlijsten is onontbeerlijk, ketenzorg staat nog in de kinderschoenen.

Astma bij kinderen De auteur beschrijft de gang van een piepende peuter tot een tobbende puber die wegens benauwdheid met een voetbalwedstrijd moet stoppen. Hij beschrijft de diagnostiek en behandeling in de diverse leeftijdsfasen, met als belangrijke aspecten allergiestatus, het verschil tussen luchtwegverwijders en ontstekingsremmers, therapietrouw, invloed op het dagelijks leven en de verschillen in benadering van ouders en het kind zelf.

Astma bij volwassenen Hier komen dezelfde aspecten als bij kinderen aan de orde. Daarnaast gaat de auteur in op de belangrijke rol van de praktijkondersteuner.

COPD De auteur besteedt aandacht aan de dissimulerende roker, tot aan de terminale fase met zuurstof thuis aan toe. De uitleg over het begrip hyperinflatie laat zien waarom een klein ventilerend volume in een emfysemateuze thorax veel COPD-patiënten zo beperkt in hun dagelijkse bezigheden. Verder bespreekt hij het belang van de ziektelast en wat daaraan te doen is met reactivering. Ook de samenwerking met de longarts komt uitgebreid aan bod.

Er is een aparte casus over de dubbeldiagnose astma en COPD waarin de auteur de lezer langs alle nuances van dit vraagstuk leidt. De conclusie luidt: misschien is de 'Dutch hypothesis' wel te snel in de ban gedaan.

Het slothoofdstuk over de ketenzorg bespreekt de ideale situatie. Duidelijk wordt hoe belangrijk naadloze overgangen in de zorgketen voor patiënten zijn en hoeveel werk er nog aan de winkel is.

Oordeel In stijl en inhoud toont de auteur zich de huisarts, docent en inhoudsdeskundige. Hij is beknopt en volledig, biedt toelichting in overzichtelijke stappen en geeft de juiste selectie van punten extra aandacht. Ik heb slechts enkele detailopmerkingen: kinderen met astma mogen van mij zeker ook naar de praktijkondersteuner, laat de aandacht voor astma niet verslappen door de focus op ketenzorg en financiering COPD, de ideaaltypische beschrijving van ketenzorg miskent iets te veel de soms barre werkelijkheid van onderhandeling met partijen hierover. Desondanks is dit boek een onmisbare update over de zorg voor patiënten met astma en/of COPD. ■

Wouter van Hensbergen

Waardering: ●●●●●

bsl-h&w 11-08.indb 471 21-07-11 13:22

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1 = Onjuist / 2 = Juist / 3 = Onjuist Bij een ernstige COPD-exacerbatie bestaat de behandeling in eerste instantie uit het toedienen van bèta-2-sympaticomimetica als dosisaerolsol per inhalatiekamer, bij onvoldoende effect gevolgd door ipratriopium per inhalatiekamer. Als er binnen een half uur geen verbetering optreedt, verwijst de huisarts de patiënt naar de longarts. Treedt er wel verbetering op, dan volgt een controle binnen enkele uren tot de volgende dag. Daarnaast start de patiënt met prednisolon 30 mg gedurende 7 tot 14 dagen en geeft de huisarts instructies over het gebruik van bronchusverwijders gedurende 24 uur (bijvoorbeeld dubbele dosis of gebruik van een inhalatiekamer). De huisarts adviseert het gebruik van antibiotica niet, tenzij er klinische infectieverschijnselen zijn in combinatie met een zeer slechte FEV_1 of als er onvoldoende verbetering binnen vier dagen is. Op grond van ervaringen met eerdere exacerbaties kan hij soms wel besluiten eerder tot antibiotica over te gaan.

Smeele IJM, Van Weel C, Van Schayck CP, Van der Molen T, Thoonen B, Schermer T, et al. NHG-Standaard COPD (Tweede herziening). www.nhg.org. Geraadpleegd in juni 2011.

4 = Onjuist Bruine of bloederige tepeluitvloed berust in ongeveer 10% van de gevallen op een maligniteit. Een andere oorzaak is een melkgangfistel met een fistelopening op de rand van de tepelhof. Tepeluitvloed die bruin of bloederig is, vereist nader onderzoek. Omdat mammografie hierbij onvoldoende houvast geeft, is verwijzing naar een mammapoli aangewezen. Enkel- of dubbelzijdige, melkachtige of heldere tepeluitvloed is geen reden voor ongerustheid.

De Bock GH, Beusmans GHMI, Hinloopen RJ, Corsten MC, Salden NMA, Scheele ME, et al. NHG-Standaard Diagnostiek van mammacarcinoom (Tweede herziening). www.nhg.org. Geraadpleegd in juni 2011.

5 = Juist Vaccinatie bij kinderen jonger dan zes jaar wordt na vier weken herhaald zodat er zich voldoende antistoffen kunnen vormen. Deze tweede vaccinatie kan vervallen als het kind in een van de twee voorgaande seizoenen ook is gevaccineerd.

Van Essen GA, Bueving HJ, Voordouw ACG, Berg HF, Van der Laan JR, Van Lidth de Jeude CP, et al. NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie (Eerste herziening). www.nhg.org. Geraadpleegd in juni 2011.

6 = Juist / 7 = Juist Bij een patiënt met icterus en normale ALAT-waarden zonder afwijkingen bij hepatitisserologie is er sprake van een prehepatische icterus, waarschijnlijk door hemolytische anemie of het syndroom van Gilbert. Bij vermoeden van hemolytische anemie wordt het anemieprotocol in het bloed geprikt, en volgt zo nodig een verwijzing naar de internist. Het syndroom van Gilbert is een genetische variant waarbij de concentratie van bilirubine in het bloed licht is verhoogd door minder efficiënt verlopende conjugatie van bilirubine in de lever. Het syndroom wordt meestal ontdekt op jongvolwassen leeftijd en gaat niet gepaard met klachten. De icterus treedt vaak op na een infectie, die in dit geval ook de opgetreden moeheid kan verklaren. Voor verdere diagnostiek naar deze aandoening kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de MDL-arts.

Van Geldrop WJ, Numans ME, Berg HF, Van Putten AM, Scheele ME, Bouma M. NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen (Tweede herziening). www.nhg.org. Geraadpleegd in juni 2011.

8 = Juist / 9 = Juist / 10 = Juist Een souffle ten gevolge van een ventrikelseptumdefect wordt in de eerste dagen tot weken geleidelijk luider door een dalende longweerstand, waardoor een drukverschil ontstaat tussen linker en rechter ventrikel. Bij een grote shunt ontstaan geleidelijk verschijnselen van decompensatio cordis: traag drinken, het niet leegdrinken van de fles, transpiratie bij inspanning, tachypnoe en soms afnemende diurese. Onvoldoende calorieopname bij een toegenomen behoefte leidt tot achterblijven van de gewichtstoename.

Prins A, Verheugt FWA, redactie. Cardiologie. Praktische huisartsgeneeskunde. 2e herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.

Van den Brande JL, Derksen-Lubsen G, Heymans HSA, Kollée LAA, redactie. Leerboek kindergeneeskunde. Utrecht: De Tijdstroom, 2009.

H&W

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

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

Redactiesecretariaat
Henny Helsloot, Marjolein Oosterom, 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

bsl-h&w 11-08.indb 472 21-07-11 13:22

VAN DE VOORZITTER

Bezuiniging op succes...

Barbara Starfield overleed op de dag dat de minister van VWS haar bezuinigingsplannen voor de huisartsenzorg bekendmaakte. Decennialang deed Starfield onderzoek naar gezondheidszorgsystemen over de gehele wereld. Steeds weer kwam daarbij naar voren dat de gezondheidszorg in landen met een stevige eerstelijnszorg betere uitkomsten in gezondheid en doelmatigheid oplevert. Betere zorg voor minder geld!

In een van haar laatste artikelen, *Reinventing Primary Care in Health Affairs*, vergelijkt Starfield de ontwikkeling van de zorg in Canada en de Verenigde Staten.

Ze benoemt drie karakteristieken die essentieel zijn voor een goede en doelmatige gezondheidszorg: invloed van de overheid op de verdeling van mensen en middelen, universele dekking van de zorg door één betalende instantie of de overheid, en een lage of geen eigen bijdrage voor de eerstelijnszorg.

Deze karakteristieken lijken in het Nederlandse systeem nog (!) aanwezig. Het beleid moet zich dus richten op een versterking van de positie van de eerste lijn. De vraag is of dit in de afgelopen jaren voldoende gebeurde. Recentelijk ontwikkeld beleid en samenwerking, en de actieve rol van de eerste lijn rond preventie; dit kabinet verwijst het allemaal naar de prullenmand. In de eerste lijn zijn meer kosten gemaakt door het succes van de kwaliteitsverbetering van de zorg, de taakdelegatie naar praktijkverpleegkundigen en de substitutie van de zorg voor chronisch zieken van de tweede naar de eerste lijn. De kortingen die in reactie daarop worden opgelegd, vallen niet zo goed te begrijpen. We kunnen Barbara Starfield helaas niet meer uitnodigen om het nog een keer uit te leggen. We kunnen alleen maar hopen dat de resultaten van haar werk ooit de basis gaan vormen voor doordacht beleid.

Arno Timmermans

Vier Ca-PRI-congresgangers aan het woord

Het jaarlijkse Ca-PRI-(Cancer and Primary Care Research International Network-)congres vond ditmaal in Nederland plaats. In Noordwijkerhout praatten onderzoekers uit verschillende landen met elkaar over de rol van de eerstelijnszorg voor patiënten met kanker. Vier congresgangers vertellen over hun ervaringen tijdens dit congres over het thema *Substitutie van de tweede naar de eerste lijn* op de NHG-website (zie www.nhg.org → nieuws → NHG-nieuws uit H&W). ■

HAweb: alweer een stap dichterbij!

De testfase van HAweb is succesvol afgerond; zo'n driehonderd huisartsen leverden feedback en ventileerden nieuwe ideeën en wensen. 'Het is handiger dan mijn favorieten. Hiermee houd ik al mijn internetbronnen overzichtelijk op een rij', vertelt een deelnemende kaderhuisarts.

Momenteel zijn ongeveer vijftig groepen actief en veel testende huisartsen maakten alvast een groep aan voor hun hagro om straks meteen te kunnen samenwerken als in het najaar HAweb 'live' gaat.

Deze maand nog vindt de zogenaamde **stresstest** plaats, want als straks grotere aantallen huisartsen dagelijks gebruikmaken van HAweb, moet het natuurlijk wel stabiel blijven! ■

Werkt u met een groep huisartsen aan een project of in een samenwerkingsverband en wilt u een preview? Meld u dan aan via www.HAweb.nl.

NHG-TriageWijzer gecombineerd met nascholing

Het is u vast niet ontgaan: de NHG-TelefoonWijzer heeft een opvolger. In deze NHG-TriageWijzer zijn alle ingangsklachten, triagecriteria en urgentiecategorieën gebaseerd op de Nederlandse Triage Standaard. U kunt de losbladige TriageWijzer bestellen in een abonnementsvorm, zodat u alle actualiseringen automatisch ontvangt. Maar er is meer!

Bij de TriageWijzer is digitale scholing ontwikkeld om u en uw praktijkassistentes bij de overgang naar het nieuwe systeem te ondersteunen. U raakt vertrouwd met een belangrijk werkdocument van uw assistente en met het 'urgentiedenken' dat leidend is in de triage. Huisartsen die de TriageWijzer bestellen voor hun assistente, krijgen zelf (gratis) toegang tot deze nascholing (1 uur accreditatie). Meer weten? Kijk op www.nhg.org/triagewijzer voor meer informatie, de prijzen en abonnementsvoorwaarden. ■

bsl-h&w 11-08.indb 29 21-07-11 13:22

NHG-Wetenschapsdag 2011

Zorginnovatie: politiek spel of voer voor onderzoekers?

Dit jaar werd de NHG-Wetenschapsdag georganiseerd in samenwerking met de afdeling Eerstelijnsgeneeskunde van het Universitair Medisch Centrum St Radboud. Plaats van samenkomst van de congresdeelnemers was dus Nijmegen. In één dag zijn de resultaten van het wetenschappelijk huisartsgeneeskundig onderzoek uit het afgelopen jaar gepresenteerd. Op de NHG-website vindt u een uitgebreid verslag van de dag (www.nhg.org → nieuws → NHG-nieuws uit H&W). Hieronder leest u een beknopte samenvatting.

Openingslezingen

Na de gebruikelijke welkomstrituelen wordt het thema van deze Wetenschapsdag in de openingslezingen belicht vanuit twee niet-huisartsgeneeskundige invalshoeken. Jelle van der Weijde van Tunstall Healthcare Group houdt de eerste lezing: '*Evidence based* innoveren: het perspectief van het bedrijfsleven'. Hij gaat in op voorbeelden van samenwerking met onderzoekers uit de eerste lijn.

Harry Nienhuis van de Raad van Bestuur van Menzis hield de tweede openingslezing: '*Evidence based* innoveren: het perspectief van de verzekeraar'. Ook hij gaat in op kansen voor samenwerking rond onderzoek in vooral de eerste lijn. Beide sprekers hebben daarbij oog voor de soms conflicterende belangen.

Voordrachten, posterpresentaties en workshops, maar geen CAT's

Na de plenaire openingslezingen verdelen de aanwezigen zich in kleinere groepen voor de parallelsessies. Wie belangstelling heeft voor de *voordrachten* woont in een uurtje de presentatie van vier onderzoeken bij, met steeds gelegenheid tot het stellen van vragen. Tijdens de *posterpresentaties* wordt onder begeleiding van een moderator een wandelingetje gemaakt langs diverse thematisch geschikte posters; de makers ervan lichten hun onderzoek kort toe. In de drie *workshops* worden de onderwerpen meer uitgediept; te weten:

- De wetenschap achter goede grafieken.
- Cardiovasculair risicomanagement nieuwe stijl: geïntegreerde zorg in de praktijk.
- Alles wat u altijd al wilde weten over randomised trials.

Anders dan vorige jaren zijn er dit jaar geen presentaties van *Critically Appraised Topics* (CAT's) voor de Jan van Esprijs. De jury was namelijk van mening dat er geen onderzoek was afgerond dat met kop en schouders boven de andere uitstak en besloot daarom dit jaar de prijs niet uit te reiken .

Slotlezing over de noodzaak van innovatie

In de slotlezing gaan Chris van Weel en Wil van den Bosch, beiden hoogleraar aan het UMC St Radboud, in op innovatie vanuit de eerste lijn zelf. Van Weel als 'echte wetenschapper' belicht daarbij de wetenschappelijke noodzaak hiervan; Wil van den Bosch, die naast hoogleraar ook 'nog altijd een gewone perifere huisarts is' – zoals hijzelf zegt – gaat in op de noodzaak vanuit de praktijk.

Uiteindelijk kunnen wetenschap en praktijk het natuurlijk prima samen vinden als het gaat om initiatieven tot innovatie en de uitwerking daarvan. (AS) ■

Op reis voor de toekomst

Deze zomer maakten bestuursleden van LHV en NHG een reis door het zuiden van het land. Ze legden werkbezoeken af in het kader van de ontwikkeling van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022.

Vooral ervaringen met innovaties in de huisartsenzorg rond samenwerking en preventie stonden in de belangstelling. Er waren bijvoorbeeld ontmoetingen met vertegenwoordigers van Zorggroepen in West-Brabant en Eindhoven. Er is een bezoekje gebracht aan 'de ongezondste regio van Nederland'- te weten Kerkrade. Met Philips Healthcare is gesproken over de innoverende mogelijkheden van ICT. En ook 'het ziekenhuis van de 21ste eeuw', met aandacht voor een helende omgeving, is bezocht.

De bestuursleden deden op hun reis vele ervaringen op. Wie het hele resiverslag wil lezen kan terecht op de NHG-website (www.nhg.org > nieuws > NHG-nieuws uit H&W). Informatie over de jongste stand van zaken en de activiteiten rond de Toekomstvisie 2022 is te vinden op www.tkv2022.nl. ■

bsl-h&w 11-08.indb 30 21-07-11 13:22

NHG-Symposium

Werkbare multidisciplinaire richtlijnen? Netwerkrichtlijnen!

Voorafgaand aan de Algemene Ledenvergadering van juni vond traditiegetrouw een inhoudelijk symposium plaats. Het thema was ditmaal de netwerkrichtlijn als antwoord op de behoefte aan meer samenwerking en afstemming tussen verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij een aandoening. Hierbij zag de eerste netwerkrichtlijn – over Subfertiliteit – het licht. Onderstaand vindt u een beknopte samenvatting van de bijeenkomst. Een uitgebreider verslag is te vinden op www.nhg.org → nieuws → NHG-nieuws uit H&W.

Goed bezocht

NHG-bestuursvoorzitter Arno Timmermans verheugt zich over de grote opkomst. 'Maar er is dan ook een mooi project afgerond en dit is dus een heuglijk moment. Het is goed om dan even bij de inhoud van het project stil te staan.'

De voordelen van de zojuist gereedgekomen netwerkrichtlijn Subfertiliteit worden deze middag voor het voetlicht gebracht.

Plenaire sprekers

- Tjerk Wiersma, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker NHG, gaat in op de 'wordingsgeschiedenis' van de netwerkrichtlijn Subfertiliteit. Eerst zijn gelijktijdig de vier deelrichtlijnen geactualiseerd en vervolgens is daar de overkoepelende netwerkrichtlijn op gebaseerd. Wiersma pleit voor een specifieke opleiding tot richtlijnontwikkelaar en voor afspraken over een uniform format voor richtlijnen in Nederland.
- Teus van Barneveld, hoofd afdeling Professionele Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten, gaat in op de modernisering van medische richtlijnen en pleit ervoor dat er aandacht komt voor een goede implementatie.
- Pieter Vierhout, chirurg en voorzitter van de Regieraad Kwaliteit van Zorg, vertelt over de voordelen die een op te richten 'kwaliteitsinstituut' zou kunnen hebben.

Na deze inleiders is het de beurt aan de zaal, die volop discussiëert over voor- en nadelen van de in de netwerkrichtlijn beschreven samenwerking.

Uitreiking eerste netwerkrichtlijn

Jan Kremer, gynaecoloog en hoogleraar Voortplantingsgeneeskunde, reikt vervolgens het eerste exemplaar van de netwerkrichtlijn Subfertiliteit uit aan Pieter Vierhout. In het boekje zijn naast de netwerkrichtlijn ook de daaraan ten grondslag liggende deelrichtlijnen van de betrokken beroepsgroepen gebundeld. Vierhout stelt: 'Ik ben onder de indruk van wat ik vanmiddag heb gehoord over de manier waarop nu al wordt gewerkt aan kwaliteit. Ga vooral door met het ontwikkelen van netwerkrichtlijnen en pak daarbij een onderwerp op waarvan je weet dat het discussie zal opleveren maar waarbij succes toch zeer waarschijnlijk is. Dan zullen er alleen maar winnaars zijn!'

Vanuit de zaal komen al enkele suggesties naar voren over mogelijke nieuwe onderwerpen: astma, diabetes en dermatologische aandoeningen. Met astma is overigens al een aanvang gemaakt. (AS) ■

Besluiten van de Algemene Ledenvergadering

- Tijdens de ALV van 9 juni zijn het inhoudelijk en het sociaal jaarverslag van het NHG en de financiële jaarrapporten van de NHG-Vereniging en -Uitgeverij vastgesteld, alsmede het jaarverslag van de Verenigingsraad.
- Een nieuwe opdracht aan accountskantoor BDO kan worden verstrekt voor een periode van drie jaar.
- Om antwoord te kunnen geven op een vraag uit de vorige ALV of het NHG wel duurzaam en maatschappelijk verantwoord belegt, zijn de criteria voor de beleggingsportefeuille beschreven. De leden stemmen hiermee in.
- De leden accorderen drie profielschetsen: twee voor leden van de Raad van Toezicht en één voor de voorzitter van de Verenigingsraad; de drie betrokkenen treden eind dit jaar statutair af.
- De benoeming van de hoogleraren Nijpels en Verheij als (plaatsvervangend) lid van de Autorisatiecommissie is bekrachtigd. De autorisatie van de NHG-Standaarden Acuut hoesten en Het PreventieConsult module Cardiometabool risico is bekrachtigd, alsmede het addendum bij de standaard Stoppen met roken betreffende vareniclinegebruik.
- Het NHG-LHV-Standpunt Het ondersteunend team in de huisartsenvoorziening is geaccordeerd.
- Het NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde is geaccordeerd en zal nu als grondslag voor de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 dienen. ■

NHG-AGENDA 2011 (aanvangs)data

- **Zorggroepencongres 2011** 14 september
- **NHG-Congres 2011 Als het kanker is...** 18 november
- **Algemene Ledenvergadering** 1 december

Dit najaar zijn diverse bijeenkomsten in het land georganiseerd rond de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Kijk op www.tkv2022.nl voor de data en regio's en schrijf u in voor een bijeenkomst!

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

bsl-h&w 11-08.indb 31 21-07-11 13:22

&NHG

Interview met Roy Beijaert:

Vijfentwintig jaar werken bij het NHG

Deze zomer is Roy Beijaert 25 jaar in dienst bij het NHG, waarmee hij de 'oudste' werknemer van het genootschap is. In een interview kijkt hij terug op zijn loopbaan en vooral op zijn werk op het terrein van de patiëntenvoorlichting.

Hoe zag je werk er 25 jaar geleden uit?
'Het NHG was toen nog maar een heel klein clubje, gevestigd in een herenhuis aan de Utrechtse Burgemeester Reigerstraat. Naast mijn praktijk werkte ik één dag per week bij het NHG. Ik notuleerde af en toe de vergaderingen van het Dagelijks Bestuur, maakte deel uit van de commissie Praktijkvoering en de werkgroep Preventie, en zat samen met Hans van der Voort in de congresorganisatie. Als er een illustratie nodig was, werd aan mij gevraagd een tekeningetje te maken. En verder repareerden we natuurlijk ook nog het dak als dat nodig was...'

En wat deed je, pakweg, 20 jaar geleden?
'We waren toen verhuisd naar het Wilhelminapark en schreven de Bouwstenen voor de Praktijkvoering – boekjes waarin steeds één onderwerp werd aangepakt, bijvoorbeeld sterilisatie, de inhoud van het ampulenetui en spirometrie – en een boekje over thuiszorgtechnologie. Bovendien verschenen in die tijd de eerste standaarden. Daar zaten in het begin ook richtlijnen voor de praktijkvoering bij; ik heb bijvoorbeeld nog meegeschreven aan de standaard over bereikbaarheid/beschikbaarheid.'

Hoe raakte je betrokken bij de patiëntenvoorlichting?
'Er was destijds discussie over patiëntenvoorlichting; was dat wel een taak voor het NHG? In die tijd verzorgde er wel een bedrijf de voorlichtingsfolders voor de huisartsenpraktijk, maar dat was geen onafhankelijke informatie. Wij wilden dat anders. We gingen op zoek naar huisartsen met affiniteit op dit terrein en richtten de Redactie Voorlichting op. Met dat klankbord schreven we dat hele folderrek vol. Ik weet nog dat we toen die Afrikaanse figuurtjes hebben zitten tekenen. Grafische vormgeving was ook een taakje in die tijd. Bemoeienis hebben met het héle product, dat voelde goed.
Niet veel later merkte ik in mijn praktijk dat ik behoefte had aan nog een andere vorm van voorlichting: een tekst die ik kon meegeven aan de patiënt ná het consult. De informatie die je mondeling verstrekt blijft niet goed hangen. Ik ging op zoek naar een vorm voor een "beklijftekst" en de Redactie Voorlichting had daar wel oren naar. Sindsdien schrijf ik samen met Marjolein van Lennep de NHG-Patiëntenbrieven.'

Hoe verklaar je het succes van de patiëntenbrieven?
'De essentie van een patiëntenbrief is dat het een neerslag vormt van de standaarden, ofwel – zoals de Engelsen zo mooi zeggen – het is *evidence based patient education*. We wilden dat het verhaal van de huisarts in Groningen in dezelfde steigers stond als dat van een huisarts in Maastricht. Weliswaar is elke patiënt uniek en moet er dus oog blijven voor diversiteit, maar de básis moet uniform zijn en conform de standaard. In die zin denk ik dat de patiëntenbrieven ook het verhaal van de huisartsen hebben beïnvloed. Een succeskenmerk is wellicht dat aios de patiëntenbrieven als een heldere samenvatting van de standaarden beschouwen en ze voorafgaand aan de werkgroep nog even een patiëntenbriefje lezen. Ook is er behoefte aan actualiteit, zo blijkt uit de reacties. Bij elke nieuwe of herziene standaard zorgen we er dus voor dat er meteen bij publicatie ook kersverse patiëntenbrieven op internet staan. Bovendien schrijven we "verzoeknummers" naar aanleiding van reacties uit het land.'

En nu ben je betrokken bij de nieuwe publiekswebsite?
'Ja, die gaan we in november tijdens het NHG-Congres lanceren. Dan zal die website nog niet helemaal gevuld zijn, maar de patiëntenbrieven zullen er – in een sterk aangepast format – in elk geval wel op staan. De essentie is dat de patiënt straks voor, tijdens en na, maar ook zónder het consult met de NHG-Publiekswebsite aan de slag kan. Niet alleen de inhoud, maar ook de visuele elementen van die website gaan nog erg veel werk kosten.'

Vijfentwintig jaar NHG... Denk je dat je er nog langer wilt blijven?
'O ja, zeker! Er is weinig leuker dan naast je praktijk bij het NHG te werken. Mijn werk op de praktijk heeft altijd met het NHG te maken, en andersom. Bovendien is het NHG een leuke club; als je een goed idee hebt en je bent enthousiast en volhardend, dan kun je het vaak wel uitvoeren. Op die manier heb ik bijvoorbeeld het boekje *Oma's en de zorg voor hun kleinkinderen* geschreven en de inmiddels antieke kwaliteitskoffer gemaakt. Het is stimulerend als je ergens werkt waar die ruimte is.' (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.

bsl-h&w 11-08.indb 32 21-07-11 13:22