

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Alledaagse ziekten: wat heeft 10 jaar subsidie opgeleverd?

ONDERZOEK

Collaborative care voor depressieve patiënten

NHG-STANDAARD

**Somatisch Onvoldoende verklaarde
Lichamelijke Klachten (SOLK)**

WETENSCHAP

- 202** **ONDERZOEK**
Alledaagse ziekten: wat heeft 10 jaar subsidie opgeleverd?
Hans van der Wouden, Marlous Kortekaas, Dunja Dreesens, Debby Keuken, Janny Dekker
- 210**
Collaborative care voor depressieve patiënten
Klaas Huijbregts, Fransina de Jong, Harm van Marwijk, Aartjan Beekman, Leona Hakkaart-van Roijen, Christina van der Feltz-Cornelis
- 214** **BESCHOUWING**
Alcoholproblematiek bij ouderen
Wilma Noteborn, Rolf Sanderson, Hanka Zwanikken, Kay Deckers, Bas van Alphen
- 208** **COMMENTAAR**
Alledaagse ziekten als voorbeeldprogramma
Henk Smid
- 220**
Screening op dikkedarmkanker: doen!
Niek de Wit
- 221**
Darmkankerscreening: geFOBT?
Henk van Weert

222

NHG-STANDAARD

- Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)
Tim Olde Hartman, Nettie Blankenstein, Bart Molenaar, David Bentz van den Berg, Henriëtte van der Horst, Ingrid Arnold, Jako Burgers, Tjerk Wiersma, Hèlen Woutersen-Koch

KLINISCHE PRAKTIJK

- 219** **PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE**
Risicoreductie en Number Needed to Treat
Jochen Cals, Robert Willemsen
- 231** **HUISARTSENZORG IN CIJFERS**
Onderzoek naar SOLK na rampen
Joris IJzermans
- 232** **NASCHOLING**
Behandeling van niet-gemetastaseerde blaaskanker
Maaïke van de Kamp, Theo de Reijke
- 238**
Snurken en het slaapapneusyndroom
Arie Knuistingh Neven, Michiel Eijsvogel
- 246** **SPREKKUUR**
Het obese kind
Marloes Rietmeijer-Mentink, Winifred Paulis
- 247**
Paniekaanval
Pim van den Dungen, Harm van Marwijk
- 248** **CATS**
Tetanus na honden- of kattenbeet
Eva van Slooten-Bogaards, Janneke Belo
- 249** **PEARLS**
Periodiek gezondheidsonderzoek is niet nuttig
Peter Lucassen

199

JOURNAAL

242

INTERVIEW

209, 244

COLUMNS

245

KENNISTOETS

251

BOEKBESPREKING

17

HET NHG

U vraagt niet, wij draaien toch

Tijdens mijn huisartsopleiding vroeg een vrouw mij om bij haar broer langs te gaan. Hij dronk te veel en kwam niet meer buiten en zij maakte zich zorgen. In een vlaag van paternalisme zegde ik toe en ging die middag tijdens de visiteronde bij hem langs. De broer bleek een vriendelijke zestiger die er wat verkreukeld uitzag maar geen ontredde indruk maakte. Ongemakkelijk met de situatie vroeg ik hem of hij nog lichamelijke klachten had, waarop hij vertelde over pijn in zijn knie. Na het onderzoeken van zijn arthrotische knieën, enkele adviezen over 'in beweging blijven' en het bekijken van een familiealbum reed ik terug naar de praktijk. Vol insufficiëntiegevoelens. Deze man had immers helemaal geen hulpvraag.

To screen or not to screen

De vraag 'Waarom komt u nu bij mij?' staat nog steeds centraal in ons vak, waarin de behoeften en de draagkracht van de patiënt leidend zijn. Zonder het exploreren van de angsten en vragen achter de gepresenteerde klacht ontstaat er miscommunicatie en inefficiënte zorg. Toch is er in de huisartsgeneeskunde steeds meer aandacht voor screening, oftewel het actief opsporen van ziekte of risicofactoren zonder expliciete vraag van de patiënt. Niet zonder succes. In dit nummer staat een interessante beschouwing van Noteborn et al. over het toenemende overmatige alcoholgebruik bij ouderen. Ongezonder alcoholgebruik wordt bij ouderen vaak niet herkend terwijl het vaak de oorzaak is van algemene klachten als vallen, vergeetachtigheid en moeheid. Het standaard uitvragen van alcoholgebruik bij ouderen lijkt verstandig omdat zelfs een eenmalig advies van de huisarts al helpt om minder te drinken. Bovendien is aangetoond dat ouderen het op prijs stellen als de huisarts hun alcoholgebruik ter sprake brengt. Ook kan de huisarts eventuele klachten beter duiden als hij of zij op de hoogte is van overmatig alcoholgebruik.

Een ander artikel dat aan screening raakt, is dat van Huibregts et al., een mooie trial over 'collaborative care' bij depressie in de huisartsenpraktijk. De collaborative care, waarbij een zorgmanager samen met de huisarts systematisch en intensief de patiënten met depressie begeleidde, resulteerde in een sneller herstel dan gewone huisartsenzorg. In dit onderzoek werden ook patiënten gerekruteerd door screening, via per post verstuurd vragenlijsten. De patiënten met depressies die door deze screening waren vastgesteld, reageerden ook goed op de collaborative care. Het succes van de interventie wordt ondermeer verklaard door de gestructureerde aanpak van de zorg.

Ongevraagd advies

De laatste 20 jaar geven we – weliswaar gedelegeerd aan de POH – steeds meer ongevraagde adviezen. Alle mensen met COPD, diabetes, hypertensie of verhoogd cardiovasculair risico krijgen ongevraagde periodieke adviezen over dieet, bewegen, alcohol en roken. Sommige huisartsen zijn ambivalent over deze standaardisatie van chronische zorg. Het 'individueel zorgplan' dat nu in opmars is bij de zorg voor chronische aandoeningen lijkt hier uitkomst te bieden. Het idee hierbij is dat de standaardbehandeling wordt vervangen door een behandelplan dat de patiënt en de huisarts samen opstellen, waarbij de prioriteiten en de mogelijkheden van de patiënt centraal staan. En zo zijn we van ongevraagde adviezen weer terug bij zorg met een hulpvraag, op een systematische manier. ■

Lidewij Broekhuizen



Generieke geneesmiddelen substitutie vermindert therapietrouw

Het overgrote deel van de huidige prescripties is generiek, maar kost slechts een fractie van de totale kosten aan geneesmiddelen. Helaas kleeft er naast het economische voordeel een bezwaar aan het gebruik van generieke geneesmiddelen en dat is de therapietrouw. Amerikaanse onderzoekers vonden dat trouwe medicatie-inname negatief wordt beïnvloed door de vele verschillende verschijningsvormen van generieke medicatie.

In een retrospectief *case-control*-onderzoek werd gekeken of verandering van het uiterlijk van een tablet in kleur of vorm invloed had op de therapietrouw. Aan de hand van een database van afleverreceptuur van apotheken bekeken de onderzoekers specifiek anti-epileptica die geleverd waren in de periode van 2002 tot 2006. De *cases* ($n = 11.472$) betroffen patiënten die niet therapietrouw waren, gedefinieerd als 5 dagen vertraging in het ophalen

van hun herhaalrecept; de *controls* ($n = 50.050$) waren de therapietrouwe patiënten. Vervolgens werd geanalyseerd of in de eerdere afleveringen van medicatieverstrekking tabletten met een ander uiterlijk waren geleverd. De voorgeschreven anti-epileptica bleken maar liefst 37 verschillende kleuren en 4 verschillende vormen te hebben. Van de therapieontrouwe patiënten bleek 1,2% een andere kleur tablet te hebben gekregen tegen 0,97% van de controlepatiënten (OR 1,27; 95%-BI 1,04-1,55). De therapieontrouwe patiënten ontvingen ook vaker een tablet in andere vorm: 0,16% versus 0,11% (OR 1,47; 95%-BI 0,85-2,54). Daarnaast was de bereidheid van patiënten om hun medicatie op de

juiste tijden op te blijven halen vermindert in de subgroep van patiënten met de diagnose epilepsie (OR 1,53; 95%-BI 1,07-2,18).

Het preferentiebeleid van zorgverzekeraars stelt apothekers verplicht het goedkoopste middel aan de patiënt te verstrekken. Ook uit dit onderzoek valt af te leiden dat het uiterlijk van medicatie grote consequenties voor de therapietrouw kan hebben. Weeg daarom per patiënt af of substitutie naar het goedkoopste alternatief wel zo verstandig is.

Maurits Vinkers

Kesselheim AS, et al. Variations in pill appearance of antiepileptic drugs and the risk of non-adherence. *JAMA Intern Med* 2013;173:202-8.



Foto: xpixel/Shutterstock

Apps detecteren melanomen niet goed

Steeds meer mensen gebruiken een smartphone en dit leidt tot een enorme markt voor applicaties (apps), ook medisch gerelateerd. In de grootste appstore zijn al meer dan 13.000 medisch gerelateerde apps te vinden, bijvoorbeeld apps om een goedaardige gepigmenteerde laesie van een kwaadaardige gepigmenteerde laesie te onderscheiden. In hoeverre zijn deze apps in staat om aan de hand van een enkele foto te bepalen of een laesie goedaardig danwel kwaadaardig is? Met deze vraag bekeken Amerikaanse onderzoekers vier apps.

In dit onderzoek werden digitale foto's van 188 gepigmenteerde huidlaesies

gebruikt waarvan de diagnose met histologisch onderzoek was vastgesteld (60 melanomen en 128 goedaardige controlelaesies). Drie van de onderzochte apps gebruikten een algoritme om te bepalen of de gepigmenteerde laesie goedaardig danwel kwaadaardig oogde. De positief voorspellende waarde varieerde van 33,3 tot 36,4%. Oftewel, indien de app een gepigmenteerde laesie als verdacht classificeert, is de kans dat de laesie daadwerkelijk een melanoom is 33,3 tot 36,4%. De negatief voorspellende waarde varieerde van 65,4 tot 72,7%. De best presterende van deze 3 apps miste 18 van de 60 melanomen (30%). De vierde app stuurde de foto door naar een dermatoloog waarna de uitslag goedaardige of kwaadaardige laesie binnen 24 uur volgde (deels vergelijkbaar met tele-dermatologie). Deze app presteerde het

best met een sensitiviteit van 98,1%, een positief voorspellende waarde van 42,1%. Eén van de 53 melanomen werd met deze app als onverdacht bestempeld.

Hoewel apps altijd disclaimers bevatten waarbij wordt aangeraden bij twijfel naar een arts te gaan, kunnen deze apps ook tot gevolg hebben dat mensen ten onrechte de 'diagnose' geloven en niet langer de (huis)arts bezoeken. Hierdoor kan er een ongewenste *patient delay* ontstaan bij het stellen van de diagnose melanoom met mogelijke schade tot gevolg. Voorlopig blijft de beoordeling van een gepigmenteerde laesie door een arts onontbeerlijk.

Rosalinde Poortvliet

Wolf JA, et al. Diagnostic inaccuracy of smartphone applications for melanoma detection. *JAMA Dermatol* 2013;Jan 16:1-4.

Australische lessen over dikkedarmkankerscreening

Screening zou effectief zijn om de mortaliteit van coloncarcinoom te verlagen. Dit jaar gaat het Nationaal Screeningsprogramma voor Dikke-darmkanker in Nederland van start. De grote vraag is of dit programma deze aanname waarmaakt. In Australië screenen ze al langer op dikkedarmkanker. Wat kunnen we daarvan leren?

Het National Bowel Cancer Screening Program (NBCSP) is in Australië al sinds 2006 van kracht. Deelnemers van 50, 55

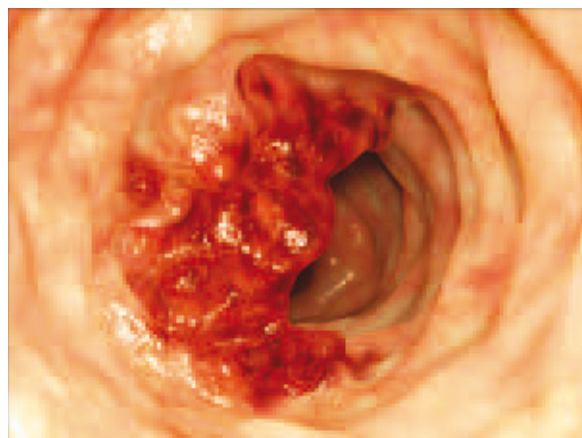


Foto: Juan Gaertner/Shutterstock

en 60 jaar worden gescreend met behulp van een test op occult bloed in de faeces. Onderzoekers keken naar de kwaliteit van het screeningsprogramma aan de hand van de wachttijden voor coloscopie bij screeningspositieve deelnemers, de kwaliteit van de coloscopiën en de kwaliteit van de medische verslaglegging. Retrospectief onderzochten zij de dossiers van 433 deelnemers met een afwijkende screeningstest.

De wachttijd voor patiënten vanaf het bezoek aan de huisarts tot aan de coloscopie was gemiddeld 52 dagen. Regionale verschillen hebben een sterke invloed als het gaat om afstand tot het ziekenhuis en capaciteit van MDL-faciliteiten. Een colonpoliep werd gevonden bij 51,5% van de coloscopiën. Van de deelnemers bleek 3,2% een colorectale maligniteit te hebben. Van de poliepen kon 2,8% niet verwijderd worden voor verder onderzoek. Complicaties traden op bij 3,5% van de coloscopiën. Bij minder dan 1% waren dat ernstige complicaties waarvoor patiënt opgenomen moest worden. Follow-up van de patiënten met een poliep was slechts in 55% van de gevallen in overeenstemming met de geldende richtlijnen. Het oproepsysteem voor deze patiënten was sterk afhankelijk van wat er al gebruikelijk was in de verschillende

regio's. Ziekenhuizen die aan de hand van een vast protocol patiënten opriepen voor follow-up werkten beter volgens de richtlijnen dan ziekenhuizen die geen gestructureerd follow-upprotocol hadden.

Een belangrijk punt dat uit het onderzoek naar voren komt is de relatief lange wachttijd en de wisselende follow-up. Of dit ook voor de Nederlandse situatie zal gelden is nog niet duidelijk. Je mag aannemen dat de wachttijden voor coloscopie in Nederland korter zullen zijn, gezien de gunstigere geografische omstandigheden. Blijft de vraag of de Nederlandse MDL-centra in staat zullen zijn de toestroom van patiënten op een redelijke termijn te verwerken, naast de bestaande instroom van patiënten die een coloscopie moeten ondergaan om andere redenen dan het bevolkingsonderzoek. Een mooie taak voor de huisarts om de wachttijd met de patiënt te bespreken en die patiënten te selecteren die op basis van een verhoogd risico, zoals darmklachten of familie-anamnese, in aanmerking komen voor een snellere verwijzing.

Bèr Pleumeekers

Bobridge A, et al. *The National Bowel Screening program. Consequence for practice. Australian Family Physician*. 2013;42:141-5.

Dosisafhankelijke beïnvloeding van rijvaardigheid bij opiaten

Waarschuwt u altijd de patiënt voor de mogelijke gevolgen in het verkeer bij het voorschrijven van opiaten? Of laat u het over aan de gele sticker? Deze medicijnen kunnen de rijvaardigheid beïnvloeden en zodoende de kans vergroten op het krijgen van een verkeersongeluk. Maar het is niet bekend of dit ook dosisafhankelijk is.

Om deze vraag te beantwoorden voerden Canadese onderzoekers een populatie case-control-onderzoek uit bij mensen tussen de 18 en 64 jaar. Gegevens

werden achteraf gehaald uit verschillende databases. Ze keken over een periode van 8 jaar. Alle geïncludeerde patiënten moesten ten minste 1 voorgeschreven opiaat (morfine, oxycodon, hydromorfon, fetanyl-pleisters of codeïne) gebruiken. Cases (5300) waren mensen die de spoedeisende hulp bezochten met een letsel gerelateerd aan een verkeersongeluk. Controls (5300) waren mensen die wel een opiaat gebruikten, maar geen verkeersongeluk hadden meegemaakt. De groepen werden met elkaar gematcht en er werd gekeken naar de relatie tussen de dosis van het opiaat en de kans op het krijgen van een verkeersongeluk.

Resultaten lieten geen verband zien tussen de dosis en de kans op een verkeersongeluk. Deze associatie werd echter wel gevonden indien er alleen ge-

keken werd naar bestuurders van voertuigen in het verkeer. Hoe hoger de dosis, hoe groter de kans op het krijgen van een ongeluk. De dosis werd uitgedrukt in morfine equivalenten (ME). Bestuurders met een matige dosering opiaten (50-99 ME/dag) hadden een 29% verhoogd risico op het krijgen van een verkeersongeluk, met een hoge dosering (100-199 ME/dag) was het verhoogde risico 42%.

Waarschuw de patiënt dus niet alleen bij het voorschrijven van opiaten dat het medicijn de rijvaardigheid kan beïnvloeden, maar vergeet niet dit ook te doen bij het ophogen van de dosering.

Joris Linmans

Gomes T, et al. *Opioid dose and risk of road trauma in Canada. A population-based study. JAMA Intern Med* 2013;173:196-201.

Screening op colon-carcinoom september 2013 van start

Minister Schippers van Volksgezondheid Welzijn en Sport heeft besloten om vanaf september 2013 een landelijk bevolkingsonderzoek naar darmkanker in te voeren. In dit nummer besteden we aandacht in de vorm van een pro-contra aan dit nieuwe screeningsprogramma. Wat houdt het in en wat gaat het voor u als huisarts betekenen?

In 2013 krijgen mensen uit 1938 en 1948 een uitnodiging om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. In 2019 zal iedereen tussen 55 en 75 jaar minimaal 1 uitnodiging hebben ontvangen. De patiënten krijgen een brief toege-

stuurd met een oproep om ontlasting terug te sturen. Deze ontlasting wordt met een i-FOBT gecontroleerd op occult fecaal bloedverlies. Wanneer in het ontlastingsmonster bloed wordt gevonden, krijgt de patiënt een oproep voor een coloscopie in een regionaal ziekenhuis. Om te zorgen dat de wachttijden voor coloscopie niet teveel oplopen wordt het onderzoek stapsgewijs ingevoerd.

Dit nieuwe screeningsprogramma zal ongetwijfeld tot veel vragen bij patiënten leiden en voor een deel van deze vragen zullen zij zich tot de huisarts wenden. De hooggeleerde huisartsen Niek de Wit en Henk van Weert zetten de argumenten voor en tegen de screening helder voor u op een rijtje.

De huisarts heeft in de huidige opzet van het screeningsprogramma geen

actieve rol. Wel ontvangt hij twee dagen eerder dan de patiënt een bericht dat er bloed in het ontlastingsmonster is aangetoond en colonscopie nodig is.

De huisarts kan een belangrijke rol spelen, bijvoorbeeld door mensen met een positieve i-FOBT (8-10 patiënten per normpraktijk/jaar vanaf 2019) uitleg te geven over wat een dergelijke uitslag betekent en wat de kans op coloncarcinoom is. Ook kunt u informatie geven over wat een colonscopie inhoudt. Lees hiervoor vooral de pro-contra op pagina 220 en 221.

Just Eekhof

De Wit N. Screening op dikkedarmkanker; doen! Huisarts Wet 2013;56:220.

Van Weert H. GeFOBT? Huisarts Wet 2013;56:221.

Selectie voor de huisartsopleiding

Toelating tot de Nederlandse huisartsopleiding wordt idealiter bepaald door medische en persoonlijke kwaliteiten. Op dit moment vindt selectie plaats op basis van een sollicitatiebrief, hierna worden de kandidaten beoordeeld in een sollicitatiegesprek. Echter, niet alle opleidingscentra zijn even geliefd, oftewel, de ratio tussen het aanbod van kandidaten en het aantal beschikbare opleidingsplekken is verschillend binnen de acht centra.

Dit leidde bij Utrechtse onderzoekers tot de vraag of de plek van sollicitatie, naast kwaliteiten van de kandidaat, óók een rol speelt bij de toelating tot de huisartsopleiding. Om dit te onderzoeken is bij de acht opleidingscentra gedurende één sollicitatieronde (2009 of 2010) de kandidaat-opleidingsplek-ratio

bepaald en zijn demografische factoren van de kandidaten ($n = 542$) verzameld. Bovendien zijn alle kandidaten die uitgenodigd waren voor het sollicitatiegesprek ($n = 478$; 88%) op vier kwaliteiten beoordeeld: motivatie, oriëntatie op het beroep, persoonlijke kenmerken en leerbehoefte.

Wat bleek? De kans om uitgenodigd te worden voor het sollicitatiegesprek op basis van de brief was lager indien er meer kandidaten per opleidingsplaats beschikbaar waren. Ook was deze kans lager bij mannen en bij kandidaten die de geneeskundeopleiding niet in Noordwest-Europa hadden gevolgd. De kans op toelating tot de huisartsopleiding na het sollicitatiegesprek bleek daarnaast sterk afhankelijk van de kandidaat-opleidingsratio: hoe hoger de ratio, des te lager de kans op toelating. Verder (gelukkig maar) waren de vier beschreven kwaliteiten ook voorspellers voor toelating tot de opleiding. Andere

kandidaatskenmerken, zoals leeftijd, geslacht en frequentie van sollicitatie voor de opleiding waren niet geassocieerd met toelating.

Solliciteren bij een 'geliefd' opleidingscentrum verlaagt de kans om toegelaten te worden tot de huisartsopleiding. Een ogenschijnlijk logische bevinding, maar als je ervan uitgaat dat de kwaliteit van de kandidaten vergelijkbaar is tussen de centra, dan is het de vraag of dit wenselijk is. Ter preventie van deze 'ongelijkheid' wordt een landelijke toelatingsprocedure voor de opleiding geopperd door de auteurs. Dan rest nog wel de vraag: zijn de toekomstige aios bereid om te verhuizen binnen Nederland voor de opleiding?

Marissa Scherptong-Engbers

Vermeulen MI, et al. Selection for Dutch post-graduate GP training; time for improvement. Eur J Gen Pract 2012;18:201-5.

De berichten, commentaren en reacties in het Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn van harte welkom (redactie@nhg.org).



Alledaagse ziekten: wat heeft 10 jaar subsidie opgeleverd?

Samenvatting

Van der Wouden JC, Kortekaas MF, Dreesens D, Keuken DG, Dekker JH. *Alledaagse ziekten: wat heeft 10 jaar subsidie opgeleverd?* *Huisarts Wet* 2013;56(5):202-7.

ACHTERGROND Het ZonMw-programma Alledaagse Ziekten bood Nederlandse onderzoekers een unieke subsidiemogelijkheid voor onderzoek naar veel voorkomende klachten en ziekten in de huisartsenpraktijk. We gingen na wat de opbrengst was van de zes subsidierondes (2002-2009, budget 3,4 miljoen euro), in termen van artikelen, proefschriften, bijdragen aan richtlijnen en nascholingen.

METHODE Van alle toegekende projecten bestudeerden we de dossiers van ZonMw. Daarnaast hebben we naar aanvullende informatie gezocht in PubMed, relevante richtlijnen van NHG en CBO, *Huisarts en Wetenschap* en online repositories. We vroegen de projectleiders om de geïnventariseerde gegevens te controleren en waar nodig aan te vullen.

RESULTATEN Voor de zes onderzoeks rondes diende men 146 voor-aanmeldingen in. Hiervan werden 34 projecten gehonoreerd. Acht projecten zijn nog niet afgerond, één project is gestaakt. Het aantal internationale publicaties bedroeg op het moment van inventarisatie 89 artikelen, gemiddeld 3,6 per voltooid project. Het aantal Nederlandstalige publicaties bedroeg 29. De projecten resulteerden in 12 voltooide proefschriften, 7 van de gepromoveerde onderzoekers zijn huisarts. Aan 11 andere proefschriften wordt nog gewerkt. Van 9 projecten zijn al resultaten opgenomen in NHG-Standaarden of multidisciplinaire richtlijnen en 13 projecten hebben tot nascholingsprogramma's geleid.

CONCLUSIE Het programma Alledaagse Ziekten heeft ondanks een betrekkelijk gering budget een belangrijke bijdrage geleverd aan onderzoek naar veelvoorkomende aandoeningen. Het aantal publicaties in toonaangevende internationale tijdschriften en de snelle opname van onderzoeksresultaten in richtlijnen weerspiegelen zowel het wetenschappelijk belang als de praktische relevantie. Gezien het feit dat alledaagse ziekten veel voorkomen, ze door hun volume veel kosten genereren en er bovendien nog veel lacunes in onze kennis bestaan is blijvende aandacht voor alledaagse ziekten noodzakelijk.

INLEIDING

De meest voorkomende gezondheidsproblemen worden het minst onderzocht. In een notendop was deze constatering voor het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de aanleiding om in 1997 een fonds in het leven te roepen om gericht aandacht te vragen voor onderzoek naar 'alledaagse ziekten'. Dit Fonds Alledaagse Ziekten vond in 2002 een vervolg in het ZonMw/NHG-programma Alledaagse Ziekten (PAZ), gesubsidieerd door het ministerie van VWS. Dit programma zou in eerste instantie voor vijf jaar subsidie ontvangen. Vanwege succes heeft men dit in 2007 met vier jaar verlengd.

Het programma Alledaagse Ziekten bood Nederlandse onderzoekers de mogelijkheid om ideeën voor huisartsgeneeskundig onderzoek in te dienen. Het onderzoek diende betrekking te hebben op veel voorkomende klachten en ziekten in de huisartsenpraktijk, die niet chronisch of levensbedreigend zijn, die de huisarts zelf kan behandelen en waarvoor bij andere subsidiegevers/financiers geen belangstelling is. Voor onderzoek naar dergelijke klachten is vaak moeilijk geld te vinden omdat het niet past in onderzoeksprogramma's en niet interessant is voor de 'collectebusfondsen', die zich richten op chronische ziekten. De resultaten van het onderzoek moesten toepasbaar zijn in de praktijk. In drie van de zes subsidierondes, die tussen 2002 en 2009 plaatsvonden, was er een gerichte oproep voor aanvragen rond bepaalde aandoeningen [tabel 1]. Deze aandoeningen sloten aan bij lacunes in kennis over alledaagse aandoeningen in de huisartsenpraktijk, die waren gesignaleerd tijdens de ontwikkeling van NHG-Standaarden.¹ In deze rondes kon men ook voorstellen indienen die andere dan de geprioriteerde thema's betroffen. In 2009 was

Wat is bekend?

- Alledaagse aandoeningen worden veel gezien in de huisartsenpraktijk, maar de subsidiemogelijkheden voor onderzoek naar deze aandoeningen zijn beperkt.
- Het programma Alledaagse Ziekten van ZonMw (2002-2013) bood een unieke subsidiemogelijkheid voor onderzoek naar veelvoorkomende klachten en ziekten in de huisartsenpraktijk.

Wat is nieuw?

- Er werden 34 onderzoeksprojecten gefinancierd, 25 projecten zijn inmiddels voltooid, 1 project werd gestaakt en 8 projecten zijn nog niet afgerond.
- De projecten resulteerden tot nu toe in 89 internationale en 29 Nederlandstalige publicaties, 12 proefschriften, bijdragen aan 9 richtlijnen en 13 nascholingsprogramma's.
- Ondanks een relatief klein budget gaf het programma een belangrijke impuls aan het onderzoek naar veelvoorkomende aandoeningen.

VUmc, EMGO+ Instituut, afdeling Huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam; dr. J.C. van der Wouden, universitair hoofddocent. UMC Utrecht, Julius Centrum; M.F. Kortekaas, aiotho, ZonMw, Den Haag; D. Dreesens, programmasecretaris. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht; dr. D.G. Keuken, huisarts, stafmedewerker. UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde; dr. J.H. Dekker, huisarts, universitair hoofddocent • Correspondentie: j.vanderwouden@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: voor deze inventarisatie verleende ZonMw een subsidie.

Tabel 1 Thema's programma Alledaagse Ziekten

2002	Niet-medicamenteuze behandeling door de huisarts van alledaagse psychische problemen
2003	Alledaagse klachten aan voet, hand en pols Alledaagse klachten bij kinderen (hoofdpijn en buikpijn) Spoedeisende alledaagse ziekten
2004	Voorlichting en adviezen bij alledaagse ziekten Alledaagse geriatrie
2005	Vrije ronde, geen specifiek thema
2008	Vrije ronde, geen specifiek thema, maar wel suggesties: alledaagse geriatrie; voetklachten; kleine chirurgie; dermatologische aandoeningen; leefstijladviezen bij alledaagse aandoeningen
2009	Vrije ronde, voorkeur voor onderwerpen die buiten die van de tot dusverre gehonoreerde projecten vielen

de laatste mogelijkheid om projecten aan te vragen. Het programma loopt tot 2013.

Een programmacommissie, samengesteld op voordracht van het NHG (vijf leden) en ZonMw (drie leden), en grotendeels bestaande uit huisartsen, was verantwoordelijk voor het prioriteren van thema's, het selecteren van vooraanmeldingen voor uitwerking en het honoreren van uitgewerkte subsidieaanvragen. In totaal was 3,4 miljoen euro beschikbaar voor zes subsidierondes.

Hoewel nog niet alle projecten voltooid zijn, is het 10 jaar na de start een goed moment om na te gaan wat de opbrengsten zijn van het subsidieprogramma. Op verzoek van de programmacommissie van ZonMw hebben we het programma geëvalueerd, met een nadruk op de wetenschappelijke output, zowel Nederlandstalige als internationale publicaties, en de vraag of de projectresultaten hun weg vonden naar richtlijnen en nascholing.

METHODE

Het secretariaat van ZonMw leverde gegevens over het aantal ingediende en gehonoreerde projecten per ronde. De eerste auteur bestudeerde van alle toegekende projecten de dossiers van ZonMw. Deze dossiers bevatten de jaarlijkse voortgangsrapporages, eindrapportages, toegezonden publicaties en overige producten. Daarnaast hebben we per project naar aanvullende informatie gezocht in PubMed, relevante richtlijnen van NHG en CBO, *Huisarts en Wetenschap* en voor proefschriften in de *online repositories* van de universitaire medische centra. Ten slotte hebben we de gehonoreerde projecten vergeleken met in NHG-Standaarden gesignaleerde lacunes (ten minste 12 maanden voor de start van het project) en hebben we gekeken naar aansluiting bij farmacotherapeutische richtlijnen. We hebben de gegevens verzameld in de periode maart tot mei 2012.

We hebben een onderscheid gemaakt tussen internationale publicaties (in niet-Nederlandstalige tijdschriften) en Nederlandstalige publicaties. Bij de Nederlandstalige publicaties hebben we ook de in het Nederlands vertaalde publicaties betrokken van eerder in het Engels verschenen artikelen (de zogenaamde 'dubbelpublicaties').

De aldus verkregen gegevens met betrekking tot publicaties, richtlijnen en nascholing hebben we per project aan de betreffende projectleiders toegezonden, met het verzoek de

gegevens te controleren en waar nodig aan te vullen.

Het conceptmanuscript hebben we voorgelegd aan verschillende sleutelpersonen uit de Nederlandse huisartsgeneeskunde (zie het dankwoord) met het verzoek om de resultaten te becommentariëren. Hun feedback hebben we verwerkt.

RESULTATEN

Voor de zes onderzoeksrondes tussen 2002 en 2009 zijn er in totaal 146 vooraanmeldingen ingediend. Het aantal vooraanmeldingen per ronde liep uiteen van 14 tot 36. Uiteindelijk werden 34 projecten gehonoreerd. Daarvan waren er 27

Abstract

Van der Wouden JC, Kortekaas MF, Dreesens D, Keuken DG, Dekker JH. Common disorders: the yield of 10 years of research funding. *Huisarts Wet* 2013;56(5):202-7.

BACKGROUND The ZonMw (the Netherlands Organisation for Health Research and Development) programme 'Alledaagse Ziekten' (common disorders) provided Dutch researchers with a unique funding opportunity to study symptoms and diseases commonly seen in general practice. We investigated the yield of six funding rounds (2002–2009, budget €3.4 million), in terms of published papers, PhD theses, and contributions to guidelines and postgraduate education.

METHODS We studied the ZonMw files of all projects and searched PubMed, relevant Dutch guidelines (NHG, CBO), *Huisarts en Wetenschap* (Dutch GP journal), and online repositories for additional information. We asked the principal investigators of the projects to check our findings and supply missing information, where necessary.

RESULTS Of 146 project submissions, 34 were awarded funding. At the time of the study, 8 projects were still in progress and 1 had been prematurely discontinued. Eighty-nine articles had been published in international journals (mean 3.6 per completed project) and 29 in Dutch journals. The research led to 12 PhD theses, of which 7 were by general practitioners; 11 other PhD theses will be completed in the near future. The findings of 9 projects have been included in professional guidelines and those of 13 projects have led to postgraduate education programmes.

CONCLUSION Despite its relatively modest budget, the funding programme for common disorders has made an important contribution to research into common symptoms and diseases. The publication of research findings in prestigious international journals and their rapid incorporation in professional guidelines reflect both the scientific importance and practical relevance of the funded projects. Because these disorders are common and costly (given the number of people affected), and because there are gaps in our knowledge, it is essential to continue research into common disorders.

Tabel 2 Gehonoreerde projecten programma Alledaagse Ziekten gerangschikt naar ICPC-hoofdstuk: output

ICPC-hoofdstuk	Project	UMC	Aantal internationale publicaties	Proefschrift	Opgenomen in Nederlandse richtlijn
Algemeen	Triage van kinderen met koorts op de huisartsenpost	Erasmus MC	5	In voorbereiding	Nee
	Vitamine D3 bij patiënten met perniones in de huisartsenpraktijk	UMC St Radboud	3	In voorbereiding	Nee
	Nifedipine of een corticosteroïdhoudende crème bij patiënten met perniones (<i>nog niet afgerond</i>)	UMC St Radboud	0	In voorbereiding	Nee
Tractus digestivus	Recidiverende buikpijn bij kinderen van 4 tot 16 jaar	Erasmus MC	8	Afgerond	Onduidelijk
	Dieetinterventies bij prikkelbaredarmsyndroom	UMCU	2	Afgerond	Nee
Oogaandoeningen	De behandeling van infectieuze conjunctivitis	AMC	6	Afgerond	NHG-Standaard Het rode oog
	Externe validering predictieregel conjunctivitis	AMC	1	Afgerond	Onduidelijk
Ooraandoeningen	Welke kinderen met acute otitis media hebben baat bij behandeling?	UMCU	3	Zijdelings gerelateerd	NHG-Standaard en CBO-Richtlijn Otitis Media bij kinderen
Bewegingsapparaat	Diagnostiek en prognose van hand-polsklachten in de huisartsenpraktijk	VUmc	4	Afgerond	NHG-Standaard Hand- en pols-klachten
	Vitamine D-deficiëntie bij niet-westerse allochtonen: behandeling met vitamine D3 of ultraviolet licht	VUmc	2	Onduidelijk	CBO-Richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie
	Corticosteroïdinjecties bij trochantair pijnsyndroom	Erasmus MC	3	Afgerond	Onduidelijk
	Behandeling van voorvoetproblemen bij ouderen (<i>nog niet afgerond</i>)	VUmc	0	In voorbereiding	Nee
	Persisterende klachten na een lateraal enkeltrauma: diagnose en behandeling (<i>nog niet afgerond</i>)	Erasmus MC	0	In voorbereiding	Nee
	Overeenstemming tussen arts en patiënt over de behandeling van aspecifieke lage rugpijn (<i>nog niet afgerond</i>)	Nivel	0	In voorbereiding	Nee
Neurologische aandoeningen	Effectiviteit van eerstelijnsinterventies bij kinderen met migraine	Erasmus MC	3	Nee	CBO-Richtlijn Pijnmeting en behandeling van pijn bij kinderen
	Het effect van toegenomen vochtinname op chronisch recidiverende hoofdpijn	UMC Maastricht	1	Nee	Nee
	Diagnostiek van duizeligheid bij bejaarden in de huisartsenpraktijk	AMC/VUmc	9	Afgerond, tweede in voorbereiding	Nee

afkomstig van afdelingen huisartsgeneeskunde, vier van het Nivel en drie van andere afdelingen van universitaire medische centra.

Van de gehonoreerde projecten werd er één gestaakt in verband met onoverkomelijke problemen ten aanzien van opzet en patiëntenwerving. De meeste projecten (25) waren ten tijde van deze inventarisatie afgerond, dat wil zeggen dat ZonMw een eindverslag had ontvangen en het project administratief had afgesloten. De acht projecten uit de laatste rondes (2008 en 2009) waren nog niet voltooid.

De projectleiders van 29 van de 34 projecten gaven gehoor aan ons verzoek om de verzamelde gegevens te controleren en aan te vullen. We ontvingen vooral aanvullingen ten aanzien van gegeven nascholing en nog te verwachten publicaties.

De gehonoreerde aanvragen bestreken een breed scala aan onderwerpen, een ruime meerderheid sloot aan op de geprioriteerde thema's. Meer dan de helft (n = 18) van de projecten ging

over vier hoofdstukken van de International Classification of Primary Care (ICPC):² psychische problemen, aandoeningen van het bewegingsapparaat, neurologische en huidaandoeningen, met respectievelijk 6, 6, 3 en 3 projecten [tabel 2]. De overige waren verdeeld over zeven ICPC-hoofdstukken (algemeen, tractus digestivus, oog, oor, urinewegen en vrouwelijk genitaal). Zes projecten konden we niet koppelen aan een ICPC-hoofdstuk. Vijf projecten sloten aan op eerder door het NHG tijdens de ontwikkeling van standaarden gesignaleerde lacunes en twee projecten sloten aan op farmacotherapeutische richtlijnen.

Gezien de hoeveelheid projecten met een ggz-component heeft de programmacommissie het Nivel gevraagd de resultaten van deze projecten te synthetiseren. Deze synthese, met daarin alle effectieve kortdurende ggz-interventies voor de huisartsenpraktijk, is vervolgens 'vertaald' naar een publiek-versie voor zowel huisartsen als praktijkondersteuners.³ In de

Tabel 2 Gehonoreerde projecten programma Alledaagse Ziekten gerangschikt naar ICPC-hoofdstuk: output (vervolg)

ICPC-hoofdstuk	Project	UMC	Aantal internationale publicaties	Proefschrift	Opgenomen in Nederlandse richtlijn
Psychische aandoeningen	Effectiviteit van Problem Solving Therapy uitgevoerd door verpleegkundigen in de huisartspraktijk voor veelvuldige bezoekers met psychische klachten	VUmc	3	Afgerond	Nee
	Problem Solving Treatment voor psychische klachten in de huisartsenpraktijk: effectiviteit en haalbaarheid in de huisartsopleiding	UMC St Radboud	3	Afgerond	NHG-Standaard Angst
	Effectiviteit van een minimale interventiestrategie voor surmenage door de huisarts	VUmc	5	Afgerond	MDR Overspanning en burnout
	Het effect van gestructureerde lichamelijke inspanning op de algemene gezondheid van patiënten met overspannenheid	UMCU	1	Nee	Nee
	Slaapproblemen bij ouderen, objectief en subjectief	Erasmus MC/LUMC	6	Afgerond	Nee
Huidaandoeningen	Interventies bij psychische problemen	Nivel	0	Nee	Nee
	Behandeling van wratten: vloeibare stikstof versus salicylzuur	LUMC/Erasmus MC	7	In voorbereiding	Nee
	Behandeling van wratten bij kinderen: stikstof versus monochloorazijnzuur (<i>nog niet afgerond</i>)	LUMC	0	In voorbereiding	Nee
	Diagnostiek van huidmaligniteiten in de huisartsenpraktijk met behulp van de dermatoscoop (<i>nog niet afgerond</i>)	UMCG	0	In voorbereiding	Nee
Urinewegen	Mictiehouding bij mannen met mictieklachten	UMC Maastricht	3	Afgerond	NHG-Standaard Mictieklachten
Vrouwelijk genitaal	Verzakingsklachten: de effecten van bekkenfysiotherapie en pessariumbehandeling (<i>nog niet afgerond</i>)	UMCG	0	Onduidelijk	Nee
Overig	De wet van Lasagna: determinanten van tegenval-lende en succesvolle instroom van patiënten bij onderzoek in de huisartsenpraktijk	VUmc/ Erasmus MC/ UMC Maastricht	1	Nee	Nee
	Overeenkomsten van huisartsconsultatie binnen gezinnen	Nivel	6	Nee	Nee
	Effectieve communicatiestrategieën bij patiënten met alledaagse klachten	Nivel	2	Onduidelijk	Nee
	Het beïnvloeden van hulpzoekgedrag van Turkse en Nederlandse ouders in achterstandswijken (<i>gestaakt</i>)	Erasmus MC	0	Nee	Nee
	Pluis of niet-pluis in de huisartsenpraktijk	UMC Maastricht	2	Afgerond	Nee
	Langdurig frequent huisartsbezoek: oorzaken en doelmatigheid van interventiemogelijkheden (<i>nog niet afgerond</i>)	AMC	0	In voorbereiding	Nee

huisartsopleiding maakt men hier veel gebruik van en ook voor de workshops bestaat veel belangstelling.

Het aantal internationale publicaties dat voortkwam uit door het programma gefinancierde projecten bedroeg op het moment van deze inventarisatie 89 artikelen, gemiddeld 2,6 artikelen per project. Geen van de acht projecten uit de laatste twee rondes had al resultaten gepubliceerd. Wanneer we deze projecten buiten beschouwing laten, zijn er per gehonoreerd project gemiddeld 3,6 internationale artikelen gepubliceerd.

Ongeveer een derde van de Engelstalige publicaties verscheen in internationale huisartsgeneeskundige tijdschriften, zoals het *British Journal of General Practice*, *Annals of Family Medicine* en *BMC Family Practice*. Daarnaast werd gepubliceerd in algemeen medische tijdschriften (*Lancet*, *British Medical Journal*, *Canadian Medical Association Journal*, *PLoS One*) en in specialistische bladen (voorbeelden: *Arthritis & Rheumatism*, *Archives of Diseases in Childhood*, *Cephalalgia* en *Hypertension*).

Het aantal Nederlandstalige publicaties bedroeg tot nu toe 29; de meeste hiervan waren dubbelpublicaties in *Huisarts en Wetenschap* van eerder internationaal gepubliceerde artikelen. De projecten hadden op het moment van deze inventarisatie 12 voltooide proefschriften opgeleverd.⁴⁻¹⁵ Zeven van de gepro-moveerde onderzoekers zijn huisarts. Aan ten minste 11 andere proefschriften is men nog bezig. Resultaten van projecten waren opgenomen in 9 NHG-Standaarden en multidisciplinaire richtlijnen. Voorbeelden zijn weergegeven in de kaders [kader 1, 2]. Ten minste 13 projecten hebben tot nascholingsprogramma's geleid.

BESCHOUWING

De onderzoekers van de afdelingen huisartsgeneeskunde hebben ruim gehoor gegeven aan de oproep om onderzoek te doen naar alledaagse ziekten. Het programma heeft veel internationale publicaties en proefschriften opgeleverd en de resul-

Kader 1 Wratten

In 2005 werd het project 'Behandeling van wratten: vloeibare stikstof versus salicylzuur' gehonoreerd, aanvrager was Just Eekhof (LUMC). Het ging om een gerandomiseerde trial naar het effect van twee lokale behandelingen in 50 huisartsenpraktijken. Patiënten met wratten die mee wilden doen, heeft men gerandomiseerd over drie onderzoeksgroepen: stikstof, salicylzuurzalf en afwachten. Primaire uitkomstmaat was genezing (alle wratten verdwenen) na 13 weken.

Men includeerde 250 patiënten, 40% man, mediane leeftijd 13 jaar; 10 patiënten maakten het onderzoek niet af.

Bij handwratten ($n = 116$) was het genezingspercentage na 3 maanden in de stikstofgroep 49% (95%-BI 34-64) vergeleken met 15% (95%-BI 7-30) in de salicylzuurzalfgroep en 8% (95%-BI 3-21) in de afwachtingbeleidgroep. Bij voetzoolwratten ($n = 124$) was er geen significant verschil in genezingspercentage tussen de drie groepen (23-33%).

Het onderzoek resulteerde in diverse internationale publicaties, onder meer gepubliceerd in het *Canadian Medical Association Journal* en het *British Journal of Dermatology*.^{16,17} Vertalingen verschenen in *Huisarts en Wetenschap* en het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.^{18,19} De resultaten zijn nog niet opgenomen in Nederlandse richtlijnen. Wel kregen ze een prominente plek in de update van de Cochrane-review over de behandeling van wratten (2012).²⁰

taten zijn verwerkt in richtlijnen en nascholing. Veel van de internationale publicaties verschenen in tijdschriften die op hun gebied tot de wereldtop behoren.

Het is niet verbazingwekkend dat van de projecten uit de laatste twee rondes (aanvraagjaargangen 2008 en 2009) nog geen resultaten zijn gepubliceerd. Slechts een deel van de output van projecten wordt tijdens de looptijd van een project gepubliceerd. De meeste publicaties berusten immers op kwantitatieve gegevens en het merendeel van de projecttijd wordt ingeruimd om die gegevens te verzamelen. Ook output in de vorm van proefschriften laat onvermijdelijk wat langer op zich wachten.

Voor de vraag of onderzoeksresultaten zijn verwerkt in richtlijnen hebben we ons beperkt tot Nederlandse richtlijnen. Het is moeilijk, zo niet onmogelijk, om een goed inzicht te krijgen in de opname in buitenlandse richtlijnen.

Onderzoeksresultaten kunnen pas in richtlijnen worden verwerkt als ze beschikbaar zijn op het moment dat men een richtlijn ontwikkelt of reviseert. NHG-Standaarden worden bijvoorbeeld ongeveer eens per vijf jaar herzien. In dat licht is het opmerkelijk dat nu al resultaten van negen projecten uit het programma in richtlijnen zijn beland. Het is aannemelijk dat de komende jaren meer van de uitkomsten van projecten uit het programma een plek zullen krijgen in NHG-Standaarden en multidisciplinaire richtlijnen.

Bij de inventarisatie van Nederlandse publicaties in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en *Huisarts en Wetenschap* hebben we geen onderscheid gemaakt tussen oorspronkelijke publicaties (als eerste gepubliceerd in het Nederlands) of dubbelpublicaties (al of niet ingekorte vertalingen van artikelen die eerst in een internationaal tijdschrift zijn verschenen). We kozen ervoor om geen onderscheid te maken tussen deze

twee soorten, omdat we wilden nagaan of de projectresultaten onder de aandacht worden gebracht van de Nederlandse huisarts.

Vijf projecten betroffen een door het NHG tijdens de ontwikkeling van standaarden gesignaleerde lacune in kennis over alledaagse ziekten. Dit is een aanzienlijk aantal, gezien het feit dat veel alledaagse klachten als onderwerp te smal zijn om er een aparte standaard aan te wijden. In het verleden heeft men de gesignaleerde lacunes niet altijd helder geformuleerd en was de toegankelijkheid beperkt. Recentelijk is de formulering aangepast, zodat de lacunes beter in onderzoeksvragen om te zetten zijn. Daarnaast kan men de lacunes nu bij de standaarden op de NHG-website vinden. Dit maakt een nog betere aansluiting van het onderzoek naar alledaagse ziekten op de standaarden mogelijk.

Enkele projectleiders hebben niet gereageerd op ons verzoek om de resultaten van onze inventarisatie te controleren. Hierdoor is niet zeker of we de door ons gevonden publicaties altijd terecht hebben toegeschreven aan gehonoreerde projecten, of dat we misschien publicaties over het hoofd hebben gezien. Omdat de controle slechts bij vijf projecten ontbreekt, zal dit de gemiddelde output per project nauwelijks beïnvloeden.

Een voor de hand liggende vraag is hoe de opbrengst van dit programma zich verhoudt tot die van andere subsidiepro-

Kader 2 Otitis media

De aanvraag van Maroeska Rovers (destijds UMCU) was gericht op het identificeren van subgroepen van kinderen met middenoorontsteking die baat hebben bij behandeling met antibiotica. Bijzonder aan het project, gehonoreerd in 2003, is dat men geen originele gegevens verzamelde, maar gebruikmaakte van bestaande gegevens. De onderzoeker, tevens projectleider, ging na welke gerandomiseerde trials waren uitgevoerd bij kinderen tussen 3 maanden en 12 jaar oud met middenoorontsteking, waarbij een antibioticum was vergeleken met placebo of niets doen. Van de 10 trials die in aanmerking kwamen, heeft men van 6 trials de gegevens verkregen. Twee van de trials waren uitgevoerd in Nederland, twee in Engeland, één in Canada en één in de Verenigde Staten.

De verkregen gegevens betroffen individuele patiëntengegevens, zodat men de zes bestanden kon samenvoegen tot één groot bestand met in totaal 1643 patiënten, waardoor het mogelijk werd om de beoogde subgroepanalyses uit te voeren.

De onderzoekers vonden significante effectverschillen voor kinderen met en zonder otorroe, en voor het wel of niet tweezijdig zijn van de oorontsteking, gecombineerd met leeftijd (boven versus onder 2 jaar). Een voorbeeld: het aantal kinderen dat met een antibioticum moet worden behandeld om één kind extra na 3-7 dagen vrij van pijn of koorts te hebben, bedraagt 8 als het kind géén otorroe heeft, maar slechts 3 als dat wel het geval is.

Het hoofdartikel voortkomend uit dit project verscheen in de *Lancet* in 2006.²¹ Een van de coauteurs, Roger Damoiseaux, maakte deel uit van de commissie die de NHG-Standaard Otitis media herzag.

Een nieuwe kernboodschap van de standaard (2006) was gebaseerd op dit onderzoek: overweeg een antimicrobiële behandeling bij kinderen met een loopoor bij eerste presentatie en bij kinderen < 2 jaar met een dubbelzijdige acute middenoorontsteking. Vervolgonderzoek dat in 2008-2010 is uitgevoerd, liet zien dat men de herziene standaard goed naleeft.²²

gramma's. Helaas is een dergelijke vergelijking onmogelijk: de opbrengst van een subsidieprogramma van ZonMw in termen van artikelen, proefschriften en doorgeleiding naar richtlijnen is nog niet eerder in kaart gebracht. Evenmin zijn ons voorbeelden bekend van vergelijkbare subsidieprogramma's in het buitenland.

In de Nederlandse bladen zijn geregeld bijdragen te vinden die aandacht vragen voor onderzoek naar alledaagse ziekten.²³⁻²⁸ Hieruit blijkt keer op keer dat men het belangrijk vindt dat er juist onderzoek wordt gedaan naar alledaagse aandoeningen waar de huisarts in de praktijk het meest mee te maken heeft. Ruim 90 procent van de vragen, klachten of aandoeningen van patiënten handelt de huisarts zelf af, waarvan ongeveer 80 procent alledaagse ziekten betreft.²⁹ Onderbouwing van beleid door onderzoek is van groot belang als huisartsen op een kritische manier het vak willen kunnen uitoefenen en volgens de principes van *evidence-based medicine* willen kunnen werken,³⁰ juist ook bij deze alledaagse aandoeningen.

Het budget van het programma Alledaagse Ziekten bedroeg 3,4 miljoen euro voor zes rondes. Dat is weinig, een langlopend programma als Doelmatigheid heeft bijvoorbeeld een jaarlijks budget van 12 miljoen en het vorig jaar gestarte programma Goed Geneesmiddelen Gebruik heeft een budget van ruim 32 miljoen euro voor de periode 2011-2018.

Ondanks het geringe budget heeft het programma Alledaagse Ziekten ruim 30 projecten kunnen honoreren. Dit komt neer op ongeveer 100.000 euro per project. Het budget voor een gemiddeld project binnen het programma Doelmatigheid bedraagt circa 400.000 euro.

CONCLUSIE

Het is duidelijk dat het programma Alledaagse Ziekten ondanks een betrekkelijk gering budget een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan onderzoek naar veelvoorkomende aandoeningen in ons land. Uit de hoeveelheid publicaties in toonaangevende internationale tijdschriften blijkt de erkenning van het wetenschappelijk belang van dit onderzoeksthema. De snelle opname van onderzoeksresultaten in richtlijnen onderstreept ook de praktische relevantie van het onderzoek en de bereikte resultaten. Aangezien alledaagse ziekten per definitie veel voorkomen, genereren ze alleen al door hun volume veel kosten. Bovendien bestaan er nog veel lacunes in onze kennis hierover, daarom is blijvende aandacht voor alledaagse ziekten noodzakelijk.

DANKWOORD

Onze dank gaat uit naar Desiree Goedkoop en Tamara Stoet van ZonMw voor hun hulp bij het dossieronderzoek, en naar Jacintha van Balen, Just Eekhof, Henriëtte van der Horst, Joke Schulkes-van de Pol, Arno Timmermans, Chris van Weel, Edmar Weitenberg en Joost Zaat voor hun commentaar op eerdere versies van het manuscript. ■

LITERATUUR

- 1 Tasche M, Oosterberg E, Kolnaar B, Rosmalen K. Inventarisatie van lacunes in huisartsgeneeskundige kennis. Zeventig standaarden doorgelicht. Huisarts Wet 2001;44:91-4.
- 2 International Classification Committee of WONCA. ICPC-2 International Classification of Primary care, second edition. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- 3 Gruijters P, Starmans R, Ten Have J, Blankenstein AH (redactie). U kunt het zelf! Behandeling van psychische problemen in de huisartsenpraktijk. Den Haag: ZonMw, 2010.
- 4 Rietveld RP. Acute infectious conjunctivitis in a new perspective; diagnosis and treatment in general practice. [proefschrift] Amsterdam: UvA, 2006.
- 5 Schreuders B. Problem solving treatment provided by nurses for patients with mental health problems in general practice. [proefschrift] Amsterdam: Vrije Universiteit, 2007.
- 6 Bakker IM, MISS. Stress related mental disorders with sick leave: a minimal intervention in general practice. [proefschrift] Amsterdam: Vrije Universiteit, 2007.
- 7 Norg RJC. A general practitioner's approach to lower urinary tract symptoms. [proefschrift] Maastricht: Universiteit Maastricht, 2008.
- 8 Van den Berg JF. Sleep in later life: a population-based approach. [proefschrift] Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2008.
- 9 Bijkerk CJ. Irritable bowel syndrome in primary care. [proefschrift] Utrecht: Universiteit Utrecht, 2008.
- 10 Spies-Dorgelo MN. Hand and wrist problems in general practice: Diagnosis and prognosis. [proefschrift] Amsterdam: Vrije Universiteit, 2009.
- 11 Hassink-Franke L. Problem-solving treatment during general practice residency: feasibility, and effectiveness for patients with emotional symptoms in primary care. [proefschrift] Nijmegen, Radboud Universiteit, 2010.
- 12 Maarsingh OR. Dizziness in older patients in general practice: a diagnostic challenge. [proefschrift] Amsterdam: Vrije Universiteit, 2010.
- 13 Stolper CE. Gut feelings in general practice. [proefschrift] Maastricht: Universiteit Maastricht, 2010.
- 14 Gieteling MJ. Childhood non-specific abdominal pain in general practice: course and relation with mental health problems. [proefschrift] Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2011.
- 15 Brinks A. Greater trochanteric pain syndrome in general practice. [proefschrift] Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2011.
- 16 Bruggink SC, Gussekloo J, Berger MY, Zaaier K, Assendelft WJ, De Waal MW, et al. Cryotherapy with liquid nitrogen versus topical salicylic acid application for cutaneous warts in primary care: randomized controlled trial. CMAJ 2010;182:1624-30.
- 17 Van Haalen FM, Bruggink SC, Gussekloo J, Assendelft WJ, Eekhof JA. Warts in primary schoolchildren: prevalence and relation with environmental factors. Br J Dermatol 2009;161:148-52.
- 18 Bruggink S, Van Haalen F, Gussekloo J, Assendelft W, Eekhof J. Wratten bij basisschoolkinderen: prevalentie en de relatie met omgevingsfactoren. Huisarts Wet 2010;53:107-110.
- 19 Bruggink SC, Gussekloo J, Berger MY, Zaaier K, Assendelft WJ, De Waal MW, et al. Stikstoftherapie is de effectiefste behandeling voor handwratten in de huisartsenpraktijk. Ned Tijdschr Geneesk. 2011;155:A3134.
- 20 Kwok CS, Gibbs S, Bennett C, Holland R, Abbott R. Topical treatments for cutaneous warts. Cochrane Database Syst Rev 2012;9:CD001781.
- 21 Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, Damoiseaux RA, et al. Antibiotics for acute otitis media: An individual patient data meta-analysis. Lancet 2006;368:1429-35.
- 22 Van Hamburg M, Rovers M, Kuyvenhoven M, Verheij Th, Van der Velden A. Huisartsen volgen de herziene NHG-Standaard OMA. Huisarts Wet 2012;55:10-13.
- 23 Stalenhoef A. Wetenschappelijk onderzoek naar alledaagse ziekten: Over kosten en baten, en bovenal het nut. Huisarts Wet 2006;49:52-3.
- 24 Van Essen T, Van Maanen H. Is het evidence-based of niet: dat wordt de grote kwestie. Huisarts Wet 2007;50:517-9.
- 25 De Visser E. Juist van simpele klachten weet de dokter het minst. Volkskrant, 12 juni 2010.
- 26 Dekker J. Standaarden en onderzoek voor en door de huisarts. Huisarts Wet 2010;53:47-50.
- 27 Van der Graaf Y. Gewone ziekten. Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:B778.
- 28 Van der Horst HE. Een ondergeschoven kindje. Te weinig aandacht voor alledaagse klachten. Med Contact 2006;61:412-4.
- 29 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: Nivel/RIVM, 2004.
- 30 Sackett DL, Rosenberg WMC. The need for evidence-based medicine. J Roy Soc Med 1995;88:620-4.

Alledaagse ziekten als voorbeeldprogramma

Het programma Alledaagse ziekten is in 2000 tot stand gekomen. Toenmalig minister Els Borst zag het belang in van een onderzoeksprogramma dat nauw zou aansluiten bij de dagelijkse praktijkvraagstukken van huisartsen. Dit paste in een breder streven van de minister om door wetenschappelijk onderzoek de geneeskunde meer evidence-based te maken.

De definitieve toezegging liet even op zich wachten, maar op het afscheid in 2001 van Wim Stalman als voorzitter van het NHG was het dan zover. De vertegenwoordiger van de minister stelde een financiering door de overheid van het programma voor 5 jaar in het vooruitzicht.

Het programma Alledaagse ziekten is in termen van onderzoeksprogrammering een klein programma met een opvallend hoog rendement. ZonMw heeft het programma ook gebruikt als goed voorbeeld voor doelmatigheid in de zorg. In een boekje voor beleidsmakers heeft zij het project 'Antibiotica bij een pusuog' uitgelicht [kader]. Het hoge rendement is om een aantal redenen verklaarbaar. Het is echter geen automatisme dat kleine programma's per definitie een hoog rendement hebben. Daarvoor moeten andere factoren ook in de overweging worden betrokken.

Impact van wetenschappelijk onderzoek is een diffuus begrip. ZonMw hanteert ten minste vier gebieden waar resultaten van wetenschappelijk onderzoek betrekking op kunnen hebben: kennisinfrastructuur, wetenschappelijke opbrengsten, verbetering van randvoorwaarden voor goede zorg en daadwerkelijke verbetering van de zorg.

Uiteindelijk is de verbetering van de zorg het ultieme doel van de onderzoeks- en ontwikkelprogramma's. Tegelijkertijd is dit ook van alle vier de gebieden het moeilijkst aantoonbaar. Het zou continue metingen in of monitoring van de zorg vergen. De kosten die hiermee gemoeid zijn, liggen vele malen hoger dan die van het onderzoeksprogramma. Toch is het de moeite waard om met enige regelmaat steekproeven in de praktijk te doen. Uit de publicatie Van der Wouden en co-auteurs blijkt dat het programma Alledaagse ziekten op de drie andere gebieden zijn opbrengst heeft opgeleverd. Het hoge rendement is niet alleen aan het programma toe te rekenen, maar ook aan de goede infrastructuur van het huisartsgeneeskundig onderzoek en kwaliteitsbeleid. Dit is voor ZonMw wel de meest ideale conditie, namelijk de uitwisseling tussen een programma en de goede infrastructuur van de beroepsgroep huisartsen.

Zo levert het standaardenbeleid van het NHG ook een 'kaartenbak' op van kennislacunes. Deze lacunes kunnen in de vorm van kennisvragen worden geadresseerd in een onder-

Infectieuze conjunctivitis komt vaak voor. Jaarlijks worden in Nederland maar liefst meer dan 900.000 recepten voor oog-antibiotica voorgeschreven. Omdat een infectieuze conjunctivitis zowel door een virus als een bacterie kan worden veroorzaakt, zijn antibiotica niet altijd zinvol. Uit onderzoek blijkt dat huisartsen bij een pussend oog vaak een bacterie vermoeden en dus onnodig vaak antibiotica voorschrijven. In het ZonMw-project 'Behandeling van een pusuog door de huisarts' is een eenvoudig diagnostisch model ontwikkeld waarmee de huisarts met drie vragen kan bepalen of de conjunctivitis door een virus wordt veroorzaakt. Het model is inmiddels in de NHG Standaard Het rode oog opgenomen. Het onderzoek in de huisartsgeneeskunde heeft circa € 130.000 gekost. Het drievragenmodel kan het tot een jaarlijkse besparing van € 4 miljoen op de hoeveelheid voorgeschreven antibiotica leiden.

zoeksprogramma. Een ander krachtig voorbeeld van wisselwerking is die tussen huisartsgeneeskundig opleiden en het onderzoeksprogramma.

Het bovenstaande geeft meteen aan dat het programma Alledaagse ziekten niet als norm voor andere programma's kan gelden. Bij andere onderwerpen heeft ZonMw veelal niet het voordeel dat ze kan aanhaken bij een goed functionerende infrastructuur. Het programma kan als stevig voorbeeld dienen om elders ook te investeren in een goede kennisinfrastructuur.

Er is ook nog een andere reden waarom het programma Alledaagse ziekten niet de norm kan zijn voor andere programma's van ZonMw. De interventies die voor de klinische praktijk van de huisarts onderzocht worden zijn veelal beperkter qua kosten dan andere, zoals die van medisch specialisten. Dit geldt ook voor het type onderzoek in dit programma. De gehanteerde onderzoeksontwerpen zijn meestal veel goedkoper dan die in bijvoorbeeld het kosteneffectiviteitsonderzoek.

De permanente kennisinfrastructuur van de huisartsen maakt ook een structurele onderzoeksprogrammering noodzakelijk. De idee dat het werk na een aantal jaren onderzoek wel af is, moet worden bijgezet in een mausoleum van naïviteit. De ontwikkelingen in het vak gaan gestaag en zelfs versneld door en vereisen ook een voortdurende wetenschappelijke onderbouwing.

Met het oog hierop is het verheugend te kunnen melden dat ZonMw in het kader van haar nieuwe programma Kwaliteit van Zorg en opgedragen door de SBOH een programmalijn voor huisartsen start. Daarin kunnen onderzoekers projectvoorstellen indienen die geïnspireerd zijn door wetenschappelijke vragen uit de klinische praktijk van de huisarts. Er wordt ook letterlijk verwezen naar alledaagse ziekten.

Ook hier betreft het een programma van bescheiden financiële omvang, maar met de erfenis van het programma Alledaagse ziekten kunnen we nu al voorspellen dat ook het nieuwe programma een hoog rendement zal opleveren. ■

Secundaire opscheppreventie

Het is een geliefde bezigheid van wetenschappers: mopperen op de pers en op de manier waarop die – vooral hun eigen – onderzoek aan het publiek heeft gepresenteerd. De onervaren onderzoeker stampvoet en raast, de door de wol geleverde collega schudt meewarig het hoofd en is blij dat in ieder geval zijn naam verkeerd gespeld is.

Nu zal niemand volhouden dat wetenschappers, en andere slachtoffers van de media, nooit reden tot klagen hebben, maar het is misschien aardig om eens een gedachte-experiment te doen. Stel dat journalisten alles goed zouden doen en het wetenschappelijke persbericht, van tijdschrift of universiteit of industrie, nauwgezet en trouwhartig zouden volgen, komt de wetenschap dan wel goed in de krant? Dat hangt nog.

De journalist is weliswaar de laatste schakel in de productieketen van het nieuws, maar niet de enige, en misschien niet eens de zwakste. Op de stadsredactie gaan verslaggevers nog weleens zelf de straat op om achter het nieuws aan te gaan, maar de wetenschapsredactie is, of ze het wil of niet, bijna geheel afhankelijk van persberichten. Wetenschappelijke, ‘peer-reviewed’ artikelen zijn ons dagelijks dieet, en omdat we te beroerd zijn om ze allemaal te lezen, zijn er persberichten die ons helpen bij een eerste schifting – de rij is eindeloos.

Maar geen rij zonder voordringen. Tijdschriften, universiteiten en industrieën willen allemaal in de krant, de tijd en de ruimte zijn beperkt, dus niemand schiet er wat mee op als je netjes je beurt afwacht.

Voordringen heeft in de wetenschap de vorm van opscheppen, van overdrijven, van de zaken mooier voorstellen dan ze zijn. De bekendste onderzoekers naar de wisselwerking tussen wetenschap en media zijn de Amerikanen Steven Woloshin en Lisa Schwartz, beiden verbonden aan het Dartmouth

Institute for Health Policy and Clinical Practice. Zij vestigden ruim tien jaar geleden hun naam met een onderzoek naar de kwaliteit van persberichten van zeven grote medische tijdschriften.¹ Zij vergeleken de inhoud van in totaal 127 persberichten met de bijbehorende wetenschappelijke artikelen, en kwamen tot een aantal heldere conclusies. ‘Van de 127 geanalyseerde persberichten gingen 29 (23%) in op beperkingen van het onderzoek en 83 (65%) gaven cijfers bij het rapporteren van de belangrijkste conclusies; 58 meldden de verschillen tussen de onderzochte groepen, en daarvan gaven 26 (55%) de bijbehorende base rate, de presentatie die het minst tot overdrijving aanleiding kan geven.’ Slechts in 22% van de persberichten over door de industrie gefinancierde onderzoeken werd hierover een opmerking gemaakt. ‘Data’, zo concluderen zij, ‘worden vaak gepresenteerd op een manier waarmee het gepercipieerde belang van de bevindingen gemakkelijk kan worden overdreven.’

De voorbeelden kennen we allemaal – het infarctrisico door calcium-antagonisten dat met 60% toeneemt, namelijk van 1 op 1000 naar 1,6 op 1000,² diagnostische tests die door de zeldzaamheid van de ziekte vooral foutpositieven opleveren, groot alarm over valaccidenten bij ouderen die slechts een fractie van de totale sterfte uitmaken.

Geïnspireerd door hun onderzoek – en het eerste voorbeeld hierboven – schreven Schwartz en Woloshin een mooi commentaar in de *Journal of General Internal Medicine*,³ ‘On the prevention and treatment of exaggeration’, dat nog steeds de moeite waard is.

Ze nemen, uiteraard, de pers op de korrel, maar ook wetenschappers en wetenschappelijke tijdschriften. Die zouden in ieder geval overdrijving moeten tegengaan en niet moeten proberen voor te dringen. Tegelijkertijd zijn ze realistisch genoeg om in te zien dat hier niet snel iets zal veranderen: daarvoor zijn de belangen te groot en de prikkels te pervers.

Vandaar dat zij hun hoop vestigen op secundaire preventie. Zij besluiten

hun commentaar met een advies aan dokters – nog een taakje erbij voor de huisarts. Die zouden hun patiënten misschien nog enigszins kunnen inoculareren tegen de ergste overdrijving door ze aan te leren direct de volgende vragen te stellen bij het medische nieuws in de krant:

- Slaat het nieuws op mij? Gaat het over muizen of mensen, over jongeren of ouderen?
- Is het niet te mooi (of te slecht) om waar te zijn? Veel mooi nieuws wordt gemaakt met misleidende cijfers, slechte vergelijkingen en secundaire uitkomstmaten.
- Is het niet te nieuw om waar te zijn? Nieuws moet liefst groot en vers zijn, maar juist de meest verbazende bevindingen worden in vervolgonderzoek vaak weerlegd of afgezwakt.

En misschien hebben huisartsen zelf ook iets aan deze punten. Journalisten niet, die doen alles goed, hebben we immers aan het begin gesteld. ■

Hans van Maanen

- 1 Woloshin S, Schwartz LM. Press releases: translating research into news. *JAMA* 2002;287:2856-8.
- 2 Psaty BM, Heckbert SR, Koepsell TD, Siscovick DS, Raghunathan TE, Weiss NS, et al. The risk of incident myocardial infarction associated with anti-hypertensive drug therapies. *JAMA* 1995;274:620-5.
- 3 Schwartz LM, Woloshin S. On the prevention and treatment of exaggeration. *J Gen Intern Med* 2003;18:153-4.

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.





Collaborative care voor depressieve patiënten

Samenvatting

Huijbregts KM, de Jong FJ, Van Marwijk HWJ, Beekman ATF, Hakkaart-Roijen L, Van der Feltz-Cornelis CM. Collaborative care voor depressieve patiënten. *Huisarts Wet* 2013;56(5):210-3.

ACHTERGROND Van alle patiënten bij wie een depressie wordt vastgesteld, krijgt de meerderheid een behandeling in de eerste lijn. Lang niet al deze patiënten krijgen zorg conform de NHG-Standaard. Mogelijk speelt hierbij mee dat huisartsen te weinig tijd beschikbaar hebben om regie te voeren bij deze patiënten, die met complexe psychosociale problemen te kampen hebben. Zogeheten *competing demands* (deze patiënten komen zelden alleen met een depressie) kunnen hierbij ook een rol spelen. Het collaborative care-model kan een oplossing bieden, aangezien de huisarts hierbij ondersteuning krijgt van een caremanager in de eerste lijn, die bepaalde aspecten van de zorg overneemt, zoals monitoring en kortdurende gespreksbehandeling, Problem Solving Treatment (PST). Ook is een consulent psychiater gemakkelijk beschikbaar voor overleg en kunnen de caremanager en de huisarts gebruikmaken van een web-based patiëntvolgsysteem, dat advies geeft over de te volgen stappen.

METHODE In een clustergerandomiseerde trial vergeleken we collaborative care met de gebruikelijke Nederlandse huisartsenzorg. We randomiseerden 18 gezondheidscentra. Honderdvijftig patiënten kwamen in aanmerking voor deelname na screening met de PHQ-9 (een vragenlijst die op basis van de 9 DSM-IV-criteria voor depressie een ernstscores tussen de 0 en 27 genereert), dan wel na aanmelding door de deelnemende huisartsen. De huisartsen meldden 56 patiënten aan, allen op een na in de collaborative care-groep. Vijfenveertig patiënten kregen collaborative care na identificatie door screening en 49 patiënten kregen gebruikelijke zorg (allen behalve één na screening). De primaire uitkomstmaat was behandelrespons (een afname van 50% op de PHQ-9-score tussen baseline en een vervolgmeting).

RESULTATEN Collaborative care bleek effectiever dan de gebruikelijke zorg na 3 (oddsratio 5,2 (95%-BI 1,41-16,09), number needed to treat 2) en 9 maanden (oddsratio 5,6 (95%-BI 1,40-22,58), number needed to treat 3).

CONCLUSIE Collaborative care bleek zowel in de aangemelde als in de gescreende groep effectiever dan de gebruikelijke zorg. De lage numbers needed to treat getuigen hiervan. Een beperking van het onderzoek was wel het relatief hoge percentage patiënten (36,5%) dat een of meer van de vragenlijsten niet terugstuurde. Ook screening voor depressie per post bleek lastig, waardoor de inclusie aanvankelijk traag verliep. Aanmelding via de huisarts bleek aanmerkelijk succesvoller. De huisartsen bleken in staat om een groep patiënten te identificeren die veel baat had bij de interventie. Implementatie van collaborative care in de Nederlandse eerste lijn lijkt al met al zeker de moeite waard.

INLEIDING

Het merendeel van de patiënten met een depressie staat onder behandeling van de huisarts. In het NESDA-cohort kreeg 50% van de patiënten met een depressie of angststoornis een behandeling in de eerste lijn, tegen 14% in de gespecialiseerde ggz.¹ Het gaat daarbij om grote aantallen patiënten, omdat de puntprevalentie van depressie ongeveer 5% is.² Het managen van depressie is een uitdaging voor de huisarts omdat er vaak complexe psychosociale problemen spelen en omdat patiënten vaak niet alleen voor depressieve, maar ook voor lichamelijke klachten komen. We spreken in dit verband wel van *competing demands*.³

In de eerste lijn bestaan verschillende initiatieven om de huisarts te ondersteunen. Vergelijkbaar met het voor diabetes al langer gebruikelijke *disease management*,⁴ is bijvoorbeeld

Wat is bekend?

- Het collaborative care-model is een aanpak gericht op optimale samenwerking tussen de huisarts, psychiater en een caremanager voor patiënten met een depressie.
- Monitoring, stepped care en kortdurende gespreksbehandeling (door middel van Problem Solving Treatment) zijn belangrijke elementen van het model.

Wat is nieuw?

- Na goede bevindingen in de Verenigde Staten en Engeland blijkt het model nu ook in Nederland effectiever dan de gebruikelijke huisartsenzorg voor depressie. Het toepassen van een web-based decision aid was een innovatie in het Nederlandse model.
- Huisartsen blijken in staat om een groep patiënten te identificeren die relatief veel baat heeft bij de behandeling.
- Verdere verfijning van het model voor patiënten met veel bijkomende lichamelijke klachten zou collaborative care nog effectiever kunnen maken. Dat geldt ook voor de gebruikelijke zorg voor depressie.

GZZinGeest, partner van VUmc, Postbus 74077, 1070 BB Amsterdam: dr. K.M.L. Huijbregts, psycholoog. Dimence GGZ, Deventer: F.J. de Jong, arts. VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en het EMGO+ Instituut: dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts en senior onderzoeker. VUmc, afdeling Psychiatrie en het EMGO+ Instituut: prof.dr. A.T.F. Beekman, psychiater en hoogleraar epidemiologische psychiatrie. Erasmus MC, institute for Medical Technology Assessment (iMTA), Rotterdam: dr. L. Hakkaart-van Roijen, universitair hoofddocent bij het iMTA. Universiteit van Tilburg, afdeling Tranzo, Tilburg, Centrum voor Lichaam, Geest en Gezondheid, GGz Breburg, Tilburg en Trimbos-instituut, Utrecht: prof.dr. C. van der Feltz-Cornelis, psychiater en hoogleraar sociale psychiatrie • Correspondentie: k.huijbregts@ggzingeest.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Huijbregts KM, De Jong FJ, Van Marwijk HWJ, Beekman ATF, Adèr H, Hakkaart-Roijen L, et al. A target-driven collaborative care model for major depressive disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the Depression Initiative. *J Affect Disord* 2012 Oct 12. pii: S0165-0327(12)00643-X. doi: 10.1016/j.jad.2012.09.015. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

de functie van de praktijkondersteuner ggz (POH-ggz), die in steeds meer gezondheidscentra actief is. Maar ook de eerste lijnpsycholoog, maatschappelijk werkenden en sociaal psychiatisch verpleegkundigen of consulents psychiaters zijn aan huisartsenpraktijken verbonden.⁵ Een model dat de huisarts duidelijke handvatten biedt voor optimale samenwerking met al deze hulpverleners, lijkt dan ook geen overbodige luxe.

Het in de Verenigde Staten ontwikkelde collaborative care-model is hiervoor een goed voorbeeld. De huisarts krijgt hierbij ondersteuning van een caremanager (tot op zekere hoogte vergelijkbaar met de POH-ggz in Nederland), die bepaalde aspecten van de zorg overneemt, zoals monitoring en kortdurende gespreksbehandeling (bijvoorbeeld Problem Solving Treatment). Ook is een consulent psychiater gemakkelijk beschikbaar voor overleg en kunnen de caremanager en de huisarts gebruikmaken van een web-based patiëntvolgsysteem dat advies geeft over de te volgen stappen (*stepped care*). Monitoring door de caremanager helpt bijvoorbeeld om op tijd te evalueren of een gestart antidepressivum wel effect heeft. Problem Solving Treatment (PST) is een specifiek voor de eerste lijn ontwikkelde gespreksmethodiek, die helpt om psychosociale problemen effectief aan te pakken.⁶ Met dit model zijn goede resultaten geboekt bij onder andere het IMPACT-project in de VS⁷ en in het Verenigd Koninkrijk⁸. In 2006 ging in het kader van het landelijke Depressie Initiatief⁹ ook in Nederland een *randomised clinical trial* (RCT) van start, het CC:DIP-project¹⁰. In deze trial hebben we een collaborative care-model geëvalueerd, dat was toegespitst op de Nederlandse situatie door de toepassing van een web-based *decision aid*, door de patiënt te laten kiezen tussen wel of geen medicatie en door een behandelalgoritme met snellere doorlooptijden en adequate indicaties voor verwijzing naar de ggz toe te voegen. In dit artikel bespreken we de resultaten.

METHODE

Onderzoeksontwerp

Voor CC:DIP hebben we gerandomiseerd op het niveau van gezondheidscentra (clusterrandomisatie). We deelden achttien centra willekeurig in in een collaborative care-groep (CC-groep) en een gebruikelijkezorggroep. Voor het uitgebreide onderzoeksontwerp verwijzen we naar de appendix van het artikel dat wij eerder over deze trial hebben gepubliceerd.¹⁰ In de gebruikelijkezorggroep bleven de huisartsen voor de depressieve stoornis dezelfde zorg verlenen als voorheen.

Interventie: collaborative care

Het in de Nederlandse setting toegepaste model lijkt op dat uit het Amerikaanse IMPACT-project, in die zin dat ook hier de huisarts, een caremanager en een consulent psychiater samenwerken in de eerste lijn. Er waren echter ook enkele verschillen. De belangrijkste was dat alle patiënten PST kregen aangeboden, maar dat ze al dan niet konden kiezen voor een toevoeging van een antidepressivum. Daarnaast was de toepassing van een web-based *decision aid* nieuw. De *decision aid* loodst de behandelaar door een behandelalgoritme met snelle

doorlooptijden en adequate indicaties voor verwijzing naar de ggz, op geleide van frequente monitoringsuitkomsten op een korte screeningsvragenlijst, de PHQ-9, gedurende de behandeling.

Monitoring met behulp van de *decision aid*, PST en het coördineren van de samenwerking met de huisarts en de consulent psychiater waren belangrijke taken voor de caremanager. De caremanager functioneert binnen het collaborative care-model dus als spin in het web.

Inclusie

Er waren twee inclusiemethoden: door middel van screening of na aanmelding door de huisarts. De screening werkte als volgt: alle patiënten die in de afgelopen zes maanden bij de huisarts waren geweest, kregen ongeacht de reden van dat bezoek per post een korte depressiescreeningsvragenlijst: de PHQ-9.¹¹ Na terugsturen golden de volgende inclusiecriteria: leeftijd > zeventien jaar, PHQ-9-score ≥ 10 , depressieve stoornis volgens het telefonische MINI-neuropsychiatrisch interview.¹² De exclusiecriteria waren: verhoogd suïciderisico, psychose, dementie, afhankelijkheid van drugs of alcohol, of onvoldoende kennis van de Nederlandse taal. De criteria waren hetzelfde voor patiënten die de huisarts had aangemeld. Bij hen namen we ook de PHQ-9 en het MINI-interview af.

Er waren vijf meetmomenten: de nulmeting voorafgaand aan de interventie en vervolgens na drie, zes, negen en twaalf maanden.

Uitkomstmaat

De uitkomstmaat was behandelrespons op de PHQ-9. Dit hebben we geoperationaliseerd als een afname van de totaalscore op deze vragenlijst met ten minste 50% vergeleken met de nulmeting. De PHQ-9 bestaat uit 9 items die corresponderen met de 9 DSM-IV-symptomen voor de depressieve stoornis. Voor elk item geeft de patiënt aan hoe vaak hij of zij hier de afgelopen twee weken last van had: 0 betekent 'helemaal niet', 3 'bijna elke dag'. De totaalscore varieert dus tussen 0 en 27. Een totaalscore van < 5 betekent geen depressie of volledige remissie, 5-9 staat voor milde klachten, 10-14 voor matige klachten, 15-19 voor matige tot ernstige klachten en > 19 voor zeer ernstige depressieve klachten.¹¹

Statistische analyse

Gezien de clusterrandomisatie hebben we een multilevelanalyse (MLA) toegepast en propensity-scores berekend. Deze methode is in dit tijdschrift reeds eerder toegelicht.¹³

Voor de uitkomstmaat behandelrespons hebben we op de verschillende meetmomenten de oddsratio bepaald (OR). Tevens hebben we numbers needed to treat (NNT) bepaald. Daarbij vergeleken we gebruikelijke zorg met de gescreende collaborative care-groep en met de totale collaborative care-groep, waarin we ook de door de huisarts aangemelde patiënten meenamen.

Tabel 1 Kenmerken van de twee collaborative care-groepen en de gebruikelijkezorggroep op baseline

Kenmerken	Gebruikelijke zorg (n = 49)	Collaborative care totaal (CC totaal; n = 101)	Collaborative care na screening (CCscr; n = 45)	p-waarde gebruikelijke zorg versus CCTotaal
Leeftijd (sd)	52,1 (14,8)	47,0 (13,5)	52,0 (13,0)	0,023*
Sekse (% vrouw)	73,5	72,3	64,4	0,979 (Chi ²)
Alleenstaand (%)	50,9	49,5	53,3	0,773 (Chi ²)
Niet-Nederlandse afkomst (%)	25,0	30,0	22,7	0,528 (Chi ²)
Opleidingsniveau [†]	5,2 (2,9)	5,7 (2,6)	5,4 (2,5)	0,304
PHQ9-score op baseline	14,8 (4,8)	15,5 (4,8)	14,3 (4,8)	0,369
Eerdere depressieve episode? (% ja)	56,2	56,2	58,5	0,994 (Chi ²)

Chi² = chi-kwadraattoets.* Statistisch significant: $p < 0,05$.[†] Opleidingsniveau hebben we gemeten op een schaal van 0 tot 10 (dus niet het aantal jaren). Het gemiddelde opleidingsniveau lag tussen de 5 en de 6; 5 correspondeert met het afronden van de middelbare school en 6 correspondeert met het aantal jaar opleiding volgend op de middelbare school.

RESULTATEN

In een eerder artikel van de CC:DIP-groep hebben we de inclusie uitgebreider beschreven.¹⁰ In het algemeen kunnen we wel stellen dat aanmelding door de huisarts veel efficiënter was (100 aangemelde patiënten heeft tot 56 inclusies geleid), dan instroom door screening (26.580 patiënten ontvingen de screener, wat tot 94 inclusies heeft geleid). Huisartsen konden goed patiënten selecteren voor deelname aan het onderzoek, maar dat deden zij alleen wanneer ze in de collaborative care-groep zaten. Huisartsen in de gebruikelijkezorggroep hadden het gevoel dat zij deze patiënten niets extra's te bieden hadden. Daardoor bleven uiteindelijk 3 groepen over in de trial,

waaronder de voor de huisarts interessante aangemelde collaborative care-groep (hier meegenomen in de totale collaborative care-groep). De gegevens over die groep zijn belangrijk omdat de aangemelde patiënten naar verwachting goed vergelijkbaar zijn met de patiënten die huisartsen in hun alledaagse praktijk proactief een depressiebehandeling zouden aanbieden.

Uiteindelijk hebben we 150 patiënten geïncludeerd: 49 in de gebruikelijkezorggroep, 45 in de gescreende collaborative care-groep (CCscreen), 101 in de totale collaborative care-groep (CCTotaal; de 45 gescreende patiënten plus de 56 door de huisarts aangemelde patiënten). Zie [tabel 1] voor de kenmerken van deze drie groepen bij de nulmeting. Alleen leeftijd verschilde significant op baseline – hiervoor corrigeerden we in de modellen.

Tabel 2 Resultaten ten aanzien van de behandelrespons en numbers needed to treat

Uitkomstvariabelen	Gebruikelijke zorg	CCTotaal	CCscreen
3 maanden (T1)			
n	38	61	31
Behandelrespons (%) T1	10,5%	45,9%	41,9%
OR	Referentiecategorie	5,20°	4,59°
(95%-BI)		(1,41-16,09)	(1,15-18,34)
NNT (alleen als $p < 0,05$)		2	2
6 maanden (T2)			
n	39	63	31
Behandelrespons (%) T2	25,6%	39,7%	29,0%
OR	Referentiecategorie	1,99	1,27
(95%-BI)		(0,70-5,67)	(0,38-4,17)
9 maanden (T3)			
n	31	59	28
Behandelrespons (%) T3	25,8%	61,0%	50,0%
OR	Referentiecategorie	5,62°	4,06
(95%-BI)		(1,40-22,58)	(0,92-17,80)
NNT (alleen als $p < 0,05$)		3	
12 maanden (T4)			
n	32	58	33
Behandelrespons (%) T4	25,0%	39,7%	33,3%
OR	Referentiecategorie	1,82	1,47
(95%-BI)		(0,61-5,42)	(0,45-4,81)

BI = betrouwbaarheidsinterval; CCTotaal = collaborative care, totale groep; CCscreen = collaborative care na screening; OR = oddsratio; NNT = number needed to treat; ° $p < 0,05$.

Uitkomsten van de RCT

Opvallend waren de lage responspercentages (het percentage dat ten minste 50% verbeterde ten opzichte van de score op de nulmeting) voor de gebruikelijkezorggroep: 10,5% na 3 maanden, oplopend tot een maximum van 25,8% na 9 maanden. Zoals blijkt uit [tabel 2] waren deze percentages aanmerkelijk hoger in de collaborative care-groepen.

Na 3 maanden waren de odds op behandelrespons 5,2 keer hoger voor de totale collaborative care-groep dan voor de gebruikelijkezorggroep (95%-BI 1,4-16,1) en 4,59 keer hoger voor de gescreende collaborative care-groep (95%-BI 1,15-18,34). Er was ook een positief effect voor de totale collaborative care-groep na 9 maanden: een oddsratio van 5,6 (95%-BI 1,4-22,6). De NNT voor de hiervoor genoemde effecten varieerde tussen de 2 en 3. Na 6 en 12 maanden waren de effecten ook in het voordeel van de collaborative care-groep, maar ze waren niet statistisch significant.

BESCHOUWING

De belangrijkste uitkomst is dat collaborative care ook in de Nederlandse eerste lijn effectiever is dan de gebruikelijke zorg. Na 3 maanden behandeling is de NNT 2. Dat betekent dat een huisarts 2 patiënten collaborative care hoeft aan te bieden om

een behandelrespons voor 1 extra patiënt te bewerkstelligen. Ook na 9 maanden waren de resultaten voor collaborative care beter dan voor gebruikelijke zorg. Na 6 en 12 maanden was dit minder duidelijk zichtbaar. Mogelijk komt de gebruikelijke zorg na 6 maanden op gang, en is daardoor het verschil kleiner. De collaborative care-interventie stopte na 9 maanden, hetgeen de lagere score na 12 maanden kan verklaren. Dit zou kunnen pleiten voor een langere behandelduur met collaborative care.

Een belangrijke bevinding van het onderzoek is dat de huisartsen die meededen goed in staat bleken om een groep patiënten te identificeren (de aangemelde collaborative care-patiënten) die relatief veel baat had bij de behandeling: de patiënten die de huisarts had aangemeld, reageerden dus vaker goed op de behandeling (voldeden vaker aan de criteria voor behandelrespons), dan de patiënten die na screening collaborative care kregen. Door het ontbreken van een directe vergelijkingsgroep voor de aangemelde patiënten is nader onderzoek naar de effectiviteit voor deze specifieke groep nog wel gewenst. Ook voor de patiënten die na screening collaborative care ontvingen was de interventie effectiever dan de gebruikelijke zorg, maar de screening voor depressie per post verliep moeizaam (slechts 24,5% stuurde de screener terug). Aanmelden door de huisarts lijkt dus meer op te leveren dan screenen per post.

Een beperking van het onderzoek was het relatief hoge percentage patiënten (36,5%) dat een of meer van de vragenlijsten niet terugstuurde. Er waren echter geen aanwijzingen voor selectieve *drop out*. Ondanks de hierboven genoemde beperking is het zeker de moeite waard om de mogelijkheden voor implementatie van collaborative care in de Nederlandse eerste lijn te onderzoeken. De PHQ-9 is daarbij een nuttig hulpmiddel gebleken, waarbij de afkapwaarde van 10 vermoedelijk verwijst naar een groep patiënten waar de huisarts niet denkt aan *watchful waiting*, omdat de klachten ernstig genoeg zijn om direct behandeling aan te bieden. Daarbij is de aanbeveling om bij de implementatie van het model liefst gebruik te maken van al bestaande samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en al in de praktijk aanwezige potentiële caremanagers, zoals POH, psycholoog, SPV of maatschappelijk werkende.

Uit vervolgonderzoek is inmiddels gebleken dat het model wellicht nog verfijnd kan worden voor patiënten met veel bijkomende lichamelijke klachten.¹⁴ De psychiater kan er dan in een eerder stadium bij worden betrokken. Voor lichamelijke onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten heeft men namelijk ook goede ervaringen opgedaan met consultatie door de psychiater.¹³

Collaborative care bleek nu ook al een veelbelovend model voor behandeling van depressie in de eerste lijn, waarbij de huisarts zo veel mogelijk wordt ontlast en ondersteund, en ook de verwijzingscriteria naar de ggz duidelijk zijn afgebakend. De resultaten voor depressie zijn erg goed; in de soma-

tiek worden zelden NNT's van 2 of 3 aangetroffen. Ook zijn er inmiddels positieve bevindingen voor collaborative care bij angststoornissen.¹⁵ Al met al biedt dit model dus zeker perspectief voor toepassing in de basis-ggz in de huisartsenpraktijk.

CONCLUSIE

Collaborative care lijkt ook in Nederland een effectieve aanpak voor depressie in de eerste lijn te zijn. Veelbelovend is daarbij dat de patiënten die huisartsen zelf voor het onderzoek hebben aangemeld ook het beste opknapten. Dat is gunstig omdat zij deze patiënten vermoedelijk ook in de alledaagse praktijk zouden selecteren voor deze methode. Omdat er ook al veel bewijs uit het buitenland is voor de effectiviteit van het model, kunnen er stappen richting implementatie worden gezet. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het verder verfijnen van het model voor patiënten met veel bijkomende lichamelijke klachten. Zowel collaborative care als gebruikelijke zorg is voor deze groep duidelijk minder effectief. ■

LITERATUUR

- 1 Verhaak PF, Prins MA, Spreeuwenberg P, Draisma S, Van Balkom TJ, Bensing JM, et al. Receiving treatment for common mental disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31:46-55.
- 2 Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:587-95.
- 3 Nutting PA, Rost K, Smith J, Werner JJ, Elliot C. Competing demands from physical problems: effect on initiating and completing depression care over 6 months. *Arch Fam Med* 2000;9:1059-64.
- 4 Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care* 2004;42:1211-21.
- 5 Van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TW, Van Marwijk HW, Leentjens AF. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Psychosom Res* 2010;68:521-33.
- 6 Schreuders B, Van Oppen P, Van Marwijk HW, Smit JH, Stalman WA. Frequent attenders in general practice: problem solving treatment provided by nurses [ISRCTN51021015]. *BMC Fam Pract* 2005;6:42.
- 7 Ünützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2836-45.
- 8 Richards DA, Lovell K, Gilbody S, Gask L, Torgerson D, Barkham M, et al. Collaborative care for depression in UK primary care: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2008;38:279-87.
- 9 Van der Feltz-Cornelis CM. Towards integrated primary health care for depressive disorder in the Netherlands. The depression initiative. *Int J Integr Care* 2009;9:e83.
- 10 Huijbregts KM, De Jong FJ, Van Marwijk HWJ, Beekman ATF, Adèr H, Huisarts-Roijen L, et al. A target-driven collaborative care model for major depressive disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the Depression Initiative. *J Affect Disord* 2013;146:328-37.
- 11 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-13.
- 12 Van Vliet IM, Leroy H, Van Megen HJM. De MINI-Internationaal neuropsychiatrisch interview: een kort gestructureerd diagnostisch interview voor DSM-IV en ICD-10 psychiatrische stoornissen. Leiden: LUMC, 2000.
- 13 Van der Feltz-Cornelis CM, van Oppen P, Adèr H, Van Dyck H. Collaborative care voor lichamelijke onverklaarde klachten in de huisartsenpraktijk. Uitkomst en opbrengst voor de huisarts. *Huisarts Wet* 2006;49:342-7.
- 14 Huijbregts KM, De Jong FJ, Van Marwijk HW, Beekman AT, Adèr HJ, van der Feltz-Cornelis CM. A high physical symptom count reduces the effectiveness of treatment for depression, independently of chronic medical conditions. *J Psychosom Res* 2013;74:179-85.
- 15 Muntin A. Transforming primary care for anxiety disorders, the collaborative stepped care model. [Proefschrift] Tilburg: Universiteit Tilburg, 2013.



Alcoholproblematiek bij ouderen

Samenvatting

Noteborn MWJ, Sanderson RAM, Zwanikken H, Deckers K, Van Alphen SPJ. Alcoholproblematiek bij ouderen. *Huisarts Wet* 2013;56(5):214-8.

Alcoholgebruik onder ouderen is wijdverbreid. Ruim tweederde van de 65-plussers drinkt dagelijks meer dan één glas en één op de twintig ouderen hoort zelfs tot de zware drinkers (minstens één keer per week zes of meer glazen). Symptomen van overmatig alcoholgebruik bij ouderen zijn niet specifiek en worden vaak ten onrechte toegeschreven aan normale veroudering. Door die veroudering ervaren ouderen ook sneller gezondheidsproblemen als gevolg van alcoholgebruik. Vroege herkenning van alcoholproblemen is belangrijk. De eerstelijnsgezondheidszorg beschikt over goede screeningsinstrumenten en effectieve, kortdurende interventies. Voor huisartsen en praktijkondersteuners komt het erop aan, hun alertheid op alcoholproblemen bij ouderen te trainen, en de samenwerking met de eerste- en tweedelijns verslavingszorg te organiseren.

ACHTERGROND

Enkele cijfers

De dubbele vergrijzing in Nederland is een feit: het aandeel ouderen stijgt gestaag en zij worden ook steeds ouder. In 2011 telde Nederland volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek 2,6 miljoen 65-plussers, ongeveer 15 % van de totale Nederlandse bevolking.¹

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) signaleert een duidelijke toename van het aantal 55-plussers dat hulp vraagt wegens alcoholproblemen, en die stijging zal de komende jaren aanhouden.² De frequentie van het alcoholgebruik onder 55-plussers is gemiddeld hoger dan onder jongeren, en zij drinken ook vaker dagelijks.³ In 2008 gebruikte 71% van de 65-plussers per dag gemiddeld meer dan één glas alcohol (1,4 glas) en dronk ruim 8% drie of meer glazen (in 2003 was dat nog geen 6%). Het percentage zware drinkers, die minstens één keer per week zes of meer glazen drinken, nam tussen 2003 en 2008 toe van 3% naar 5%. Daarnaast is gebleken dat ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen meer alcohol gebruiken dan zelfstandig wonende ouderen.⁴

Een van de mogelijke redenen voor deze toename is dat ouderen meer vrije tijd en geld hebben, en vaker 'drinksituaties' tegenkomen. Ook andere factoren kunnen meespelen, zoals eenzaamheid, isolement, stress, financiële problemen, fysieke problemen, slaap- en pijnklachten, alcoholgebruik in

de (relationele) voorgeschiedenis en negatieve *life events*, zoals het overlijden van de partner of een gedwongen verhuizing.⁵

Ouderen zijn extra kwetsbaar

Normale verouderingsverschijnselen, zoals verminderde werking van lever en nieren, afname van het gehalte lichaamsvocht en toename van het vetgehalte, leiden ertoe dat ouderen eerder gezondheidsproblemen krijgen door alcoholgebruik. Ouderen wordt daarom aangeraden niet meer dan zeven glazen alcohol per week te drinken en maximaal twee tot drie glazen per gelegenheid.⁴ Overmatig alcoholgebruik kan bij ouderen leiden tot een veelheid van lichamelijke klachten, zoals maag-darmproblemen, incontinentie, vermoeidheid, seksuele problemen en een groter risico op vallen.³

Bij ouderen komt veel 'stille' problematiek voor. Bijna een kwart van de ouderen heeft een psychische stoornis, met als meest voorkomende angststoornissen (10%)⁶, dementie (7%)⁷ en depressie (2%).⁸ Psychische problemen kunnen leiden tot overmatig alcoholgebruik (drinken als copingmechanisme), maar ook ontstaan of versterkt worden door het drinken.^{9,10} Een complicerende factor is het gebruik van psychofarmaca, dat vooral onder ouderen groot is en zorgt voor comorbide gewenning- en verslavingsproblemen. Ouderen gebruiken deze middelen – met name sedativa – in hogere doses en langduriger dan voorgeschreven. Een derde van alle voorgeschreven benzodiazepines en opioïde analgetica wordt afgenomen door 65-plussers.^{11,12}

Alcoholproblemen onvoldoende herkend

[Tabel 1] bevat definities van de diverse drinkpatronen. Een gemiddelde huisartsenpraktijk van 2350 patiënten telt ongeveer tweehonderd probleemdrinkers, maar de huisarts kent slechts een minderheid van die tweehonderd: naar schatting 70 tot 90% van de probleemdrinkers is niet als zodanig bekend in de huisartsenpraktijk.^{13,14} Er is ook weinig onder-

De kern

- Het alcoholgebruik onder ouderen neemt toe, dus ook het aantal oudere probleemdrinkers.
- De symptomen van problematisch alcoholgebruik zijn moeilijk te onderscheiden van normale verouderingskenmerken zoals trillen, vertraagd denken en handelen, vallen, woordvindproblemen, maag-darmklachten, geheugenproblemen, vermoeidheid, slaapproblemen, oriëntatieproblemen, evenwichtsproblemen of hypertensie.
- Ouderen zijn erbij gebaat als huisartsen en praktijkondersteuners alcoholproblemen snel herkennen en laagdrempelige zorg bieden.
- Vroegtijdige signalering en hulpverlening zijn goed te implementeren in de eerste lijn, mits de zorgverleners er alert op zijn en goed samenwerken met de tweedelijns ggz-verslavingszorg.

Re-Set Leefstijlverbetering (onderdeel van GGZ Mondriaan Volwassenen), Kruisstraat 1, 6231 LJ Meerssen: M.W.J. Noteborn, stafmedewerker; R.A.M. Sanderson, gezondheidszorgpsycholoog/psychotherapeut, hoofd behandeling (tevens hoofd Deeltijdbehandeling verslavingszorg GGZ Mondriaan en vrijgevestigd psychotherapeut), Gezondheidscentrum Akerstraat-Noord, Hoensbroek: H. Zwanikken, huisarts. Maastricht Institute for Addiction Research (MAIAR): K. Deckers, masterstudent Neuropsychologie. GGZ Mondriaan, divisie Ouderen, locatie Heerlen/Vrije Universiteit Brussel, vakgroep Klinische en levenslooppsychologie: prof.dr. S.P.J. van Alphen, bijzonder hoogleraar klinische ouderenspsychologie/ gezondheidszorgpsycholoog • Correspondentie: spj.vanalphen@planet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: voor dit artikel is financiële steun ontvangen van ROS Robuust.

zoek gedaan naar het signaleren en bespreekbaar maken van alcoholgebruik bij ouderen. Zoals de casus van mevrouw De Vries laat zien, wordt die signalering bemoeilijkt doordat de symptomen van riskant en schadelijk alcoholgebruik niet heel specifiek zijn en gemaskeerd kunnen worden door andere gezondheidsproblemen.^{15,16} Bij ouderen zijn de signalen bovendien gemakkelijk te verwarren met normale verouderingsverschijnselen zoals trillen, vertraagd denken en handelen, vallen, woordvindproblemen of somatische problematiek (maag-darmklachten, hypertensie).¹⁷ Daarbij komt nog dat oudere probleemdrinkers het onderwerp zelf zelden ter sprake brengen, want ze zien doorgaans geen verband tussen hun klachten en hun drinkgedrag.¹⁸ Ook bij mevrouw De Vries werden de symptomen van het problematisch alcoholgebruik gemaskeerd door de somatische symptomen van het ouder worden, het rouwproces en haar persoonlijkheidskenmerken.

Toch is óók gebleken dat patiënten het doorgaans niet erg vinden wanneer de huisarts naar hun alcoholgebruik vraagt, en juist openstaan voor advies daarover.^{19,20}

vroegtijdige signalering is nodig

Klachtgerichte screening

Had het alcoholgebruik van mevrouw De Vries eerder aan het licht kunnen komen? Er zijn al enige tijd pleidooien om ouderen in een vroegtijdig stadium klachtgericht te screenen op alcoholgebruik. De American Geriatric Society adviseert bijvoorbeeld alle ouderen jaarlijks te vragen naar hun alcoholgebruik.²¹ Ook de NHG-Standaarden adviseren voor een aantal ziektebeelden die bij ouderen een hoge prevalentie hebben, te vragen naar het alcoholgebruik. Dat geldt bijvoorbeeld voor depressie, overgangsklachten, angst en dementie. De NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik benoemt ouderen zelfs specifiek als risicogroep voor riskant drinkgedrag [tabel 1].

Volgens ons is er op dit punt dus een cruciale rol weggelegd voor de huisarts en de praktijkondersteuner.

Integratie in de somatische zorg

De kans is klein dat ouderen op eigen initiatief vanwege hun alcoholgebruik bij hun huisarts aankloppen, maar er zijn manieren om de doelgroep op een laagdrempelige manier te bereiken. Het is raadzaam om het thema 'alcoholgebruik' te integreren in reguliere controle-afspraken voor somatische aandoeningen zoals diabetes, hypertensie of andere cardiovasculaire aandoeningen. Men zou het ook iets meer gewicht kunnen geven in het reguliere zorgaanbod voor kwetsbare ouderen. Dat aanbod, doorgaans uitgevoerd door de huisarts en praktijkondersteuner, richt zich op thema's als angst, depressie, eenzaamheid, moeheid, valpreventie, medicatie en geheugenproblemen. De inventariserende vragenlijsten die ouderen in het kader daarvan thuisgestuurd krijgen, vragen meestal ook naar het alcoholgebruik. Men zou de praktijkondersteuner, die doorgaans contact opneemt met ouderen bij wie uit de vragenlijst een verhoogde kwetsbaarheid blijkt en bij hen op huisbezoek gaat, kunnen scholen in het signaleren en bespreekbaar maken van alcoholgebruik.

Meneer De Vries is enige tijd geleden op 78-jarige leeftijd overleden. Sindsdien is mevrouw De Vries (79) een aantal keren met onduidelijke buik- en slaapklachten op het huisartsensprekuur geweest. Zij heeft sinds een paar jaar type-II-diabetes. Zij woont nog zelfstandig en is al een paar keer gevallen in huis. Ze was altijd al wat angstig en onzeker, en onderneemt de laatste tijd weinig activiteiten buitenshuis meer. Daardoor is haar sociale netwerk de laatste jaren behoorlijk geslonken. Haar enige zoon (49) is de laatste tijd ook een paar keer naar het spreekuur gekomen om zijn beklag te doen over het claimende en controlebehoefte gedrag van zijn moeder. Hij vertelt onder andere dat de 'belterreur' van zijn moeder sinds de dood van haar man flink is toegenomen. Op basis van de Mini-Mental State Examination en de bevindingen van de praktijkondersteuner die mevrouw De Vries regelmatig ter controle ziet, vermoedt de huisarts dat er sprake is van cognitieve problematiek. Hij verwijst mevrouw voor nadere diagnostiek naar de Ouderenzorg van de plaatselijke ggz-instelling. Daar vindt men echter geen evidente cognitieve stoornissen.

Een paar weken later komt mevrouw De Vries opnieuw in huis ten val. Wanneer de huisarts ter plekke arriveert, is haar zoon daar al aanwezig. In de keuken vinden zij een aantal lege wijnflessen. Mevrouw blijkt dagelijks drie tot vier glazen te drinken, naar eigen zeggen vooral om zich minder angstig te voelen nu haar man er niet meer is.

Symptomen en signalen

De huisarts staat een aantal screeningsvragenlijsten ter beschikking. In een vergelijkend onderzoek kwam de Five-Shot vragenlijst, vergeleken met de CAGE en verschillende versies van de AUDIT, voor zowel mannen als vrouwen als beste naar voren.²² Er zijn echter geen onderzoeken bekend waarin de effectiviteit van de Five-Shot vragenlijst specifiek bij ouderen is nagegaan.²³ Verder kan de huisarts of praktijkondersteuner letten op een aantal directe symptomen (zoals persoonlijke hygiëne, zichtbare huidafwijkingen of alcoholfoetor, al dan niet gemaskeerd met parfum of pepermint) en indirecte signalen zoals veelvuldig spreekuurbezoek, een wisselend en onduidelijk klachtenpatroon, frequent verzoek om tranquilizers en hypnotica, regelmatig vallen (en fracturen), jicht en seksuele problemen. Maar ook psychische problemen, waaronder angst en depressie, sociale problemen, slaapproblemen, cognitieve problematiek, verwaarloosde zelfzorg en voedingstekorten kunnen aanwijzingen zijn voor alcoholproblematiek.

Abstract

Noteborn MWJ, Sanderson RAM, Zwanikken H, Deckers K, Van Alphen SPJ. Alcohol problems in the elderly. Huisarts Wet 2013;56(5):214-8.

Alcohol consumption is common among the elderly. More than two-thirds of people aged 65 years and older drink more than one glass of alcohol a day, and 1 in 20 can be considered heavy drinkers (6 or more glasses more than once a week). Symptoms of excessive alcohol consumption are not specific in older people and are often incorrectly ascribed to normal ageing. Older people experience alcohol-related health problems sooner than younger people. It is important to recognize alcohol problems in an early phase. Good screening instruments are available in primary care and these services can provide effective, short-lasting interventions. General practitioners and practice assistants need to be alert to alcohol problems in elderly patients and work together with addiction services in primary and secondary care.

Tabel 1 Verantwoord alcoholgebruik en problematische drinkpatronen

Drinkpatroon	Bron	Omschrijving
NHG-Standaard	14	de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik onderscheidt de volgende riskante drinkpatronen mannen: meer dan 22-34 eenheden per week vrouwen: meer dan 15-20 eenheden per week ouderen: 7-14 eenheden per week
Gezondheidsraad	40	de Gezondheidsraad definieert verantwoord alcoholgebruik als volgt gezonde volwassen mannen: niet meer dan 2 standaardglazen alcohol per dag gezonde volwassen vrouwen: niet meer dan 1 standaardglas alcohol per dag minimaal 2 dagen in de week helemaal geen alcohol gebruiken om te voorkomen dat er een gewoontepatroon ontstaat
DSM-IV-TR	41	de DSM-IV omschrijft geen drinkpatronen die zich bij uitstek lenen voor kortdurende interveniëring in de eerste lijn, maar alleen de diagnoses alcoholafhankelijkheid en alcoholmisbruik.
Overmatig drinken	39	vrouwen: meer dan 7 standaardglazen alcohol per week en nooit meer dan 3 glazen per gelegenheid mannen: meer dan 14 standaardglazen alcohol per week en nooit meer dan 5 glazen per gelegenheid
Binge drinking	38	tijdens een gelegenheid 6 of meer standaardglazen alcoholhoudende drank nuttigen in een kort tijdsbestek, afgewisseld met perioden van nauwelijks tot niet drinken
Probleemdrinken	36	meer drinken dan de norm voor verantwoord alcoholgebruik voorschrijft, en bovendien lichamelijke, sociale en/of psychische problemen die verband houden met excessief alcoholgebruik
Zwaar drinken	37	minimaal 1 dag per week 6 of meer standaardglazen alcohol

De meeste instellingen voor verslavingszorg en/of ouderenzorg hebben een scholingsaanbod speciaal voor huisartsen. In de regio Zuid-Limburg is bijvoorbeeld een kaartje beschikbaar met tips voor het bespreekbaar maken van alcoholgebruik.²⁴

INTERVENTIES IN DE EERSTE LIJN

Welke spelers?

Als men een alcoholprobleem gedetecteerd heeft, wat dan? In de eerste lijn zijn er meerdere mogelijkheden [figuur]. In het kader van het Partnership Vroegsignalering Alcohol hebben onder andere de NHG en het Trimbos-instituut recentelijk een aantal producten ontwikkeld op het gebied van het signaleren, bespreekbaar maken en begeleiden van alcoholproblematiek.²⁵ Ook de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik¹⁴ biedt aanknopingspunten. Belangrijk is een adequaat steunsysteem in de thuissituatie, bijvoorbeeld in de vorm van een partner die de patiënt ondersteunt bij gedragsverandering.

Naast de huisarts en de praktijkondersteuner kunnen ook de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) en de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) een rol vervullen. Met bijvoorbeeld laagdrempelige spreekuren in de huisartsenpraktijk, kortdurende behandelgesprekken of deelname aan multidisciplinair overleg in de eerste lijn kunnen zij bij ouderen de drempel om hulp te zoeken verlagen. Bijkomend voordeel is dat hun aanwezigheid bijdraagt aan het 'warmhouden' van het thema alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk.

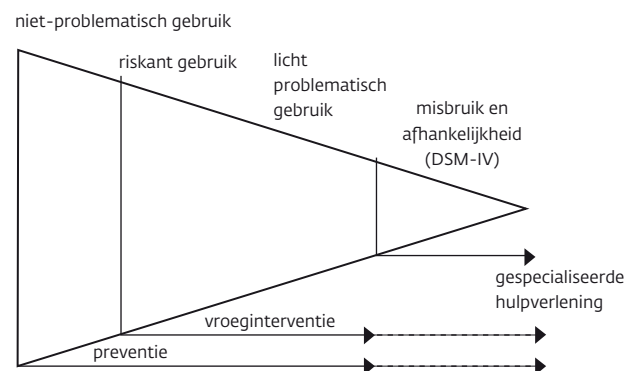
Cruciaal voor het bespreekbaar maken van alcoholproblemen in de eerste lijn is echter dat de huisarts beschikt over de kennis en vaardigheden om ze te signaleren. Huisartsen die een training hebben gevolgd en huisartsen die langer praktiseren, blijken alcoholgebruik vaker ter sprake te brengen dan huisartsen voor wie dit niet geldt.²⁶ Ook is gebleken dat huisartsen die tijdens de opleiding een korte training (twee tot drie dagen) hadden gehad, tien tot vijftien jaar later alcoholgebruik meer dan tweemaal zo vaak ter sprake brengen als collega's die die training niet hadden gekregen.²⁷

We kunnen concluderen dat consultatie, supervisie en training voor de huisarts, en laagdrempelige toegang voor de doelgroep, essentiële elementen zijn in de aanpak van problematisch alcoholgebruik bij ouderen. Voor patiënten met lichte tot matig ernstige verslavingsproblematiek kan ook de POH-GGZ uitkomst bieden. Uit onderzoek blijkt dat patiënten de POH-GGZ over het algemeen als goed bereikbaar, effectief, van toegevoegde waarde en laagdrempelig ervaren, en zich over het algemeen prettig bejegend voelen. Wel vonden de respondenten de informatie-uitwisseling tussen huisarts en POH-GGZ en tussen patiënt en POH-GGZ nog voor verbetering vatbaar.²⁸

Welke interventies?

De effectiviteit van geïndiceerde preventie bij volwassen risicogroepen, dat wil zeggen vroegtijdige signalering en kortdurende interventies, is voor de kortere termijn ruimschoots

Figuur Het interventiespectrum van Mrazek en Haggerty⁴²



Het diagram beschrijft de interventiemogelijkheden (in de vorm van stepped care) bij middelengebruik. De eerste lijn, en dan bij uitstek de huisarts en de praktijkondersteuner of POH-GGZ, kan effectief interveniëren bij riskant en licht problematisch gebruik.



Foto: Sabine Joosten/Hollandse Hoogte

aangetoond,^{29,30} maar over de langere termijn is nog onvoldoende bekend. Kortdurende interventies door de huisarts leiden in elk geval tot een afname van het alcoholgebruik bij mensen met beginnende alcoholproblemen,³¹ ook bij ouderen.³²

De Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol³³ noemt een aantal effectieve interventies: motiverende gespreksvoering, cognitief-gedragstherapeutische interventies, zelfhulpgroepen en de zogeheten 'twaalfstapbenadering'. De richtlijn stelt dat kortdurende interventies in de eerstelijnsgezondheidszorg op de korte termijn een klein tot middelmatig effect hebben op het stoppen of minderen van alcoholgebruik. Dit geldt zowel voor degenen die behandeling zoeken als voor degenen die op hun alcoholgebruik worden aangesproken. De richtlijn beveelt dan ook aan om iedere patiënt bij wie een alcoholprobleem is vastgesteld een kortdurende interventie in de eerste of tweede lijn aan te bieden.

In een overzicht van effectieve verslavingspreventie laten Cuijpers en collega's zien dat kortdurende interventies in de huisartsenpraktijk effectief kunnen zijn bij alcoholproblemen.³⁴ Screening op alcoholgebruik met aansluitend kortdurende interventies vermindert het aantal alcoholproblemen en het effect van de interventies is even groot bij matige drinkers als bij zware drinkers. Wel zijn de effecten groter wan-

neer alle patiënten gescreend worden en niet alleen diegenen die met klachten bij de huisarts komen. Drie soorten kortdurende interventies springen er in positieve zin uit: bibliotherapie (zelfhulp), motiverende gespreksvoering en *behavioral self-control training*.

CONCLUSIE

Bij vroegtijdige signalering is een (minimale) interventie door de huisarts zinvol. Alleen al het advies om minder te drinken blijkt het alcoholgebruik met 10-16% te verminderen, en na vier korte gesprekken kan dat oplopen tot wel 25%.³⁵ Kortom, de huisarts kan alcoholmisbruik en mildere vormen van verslaving doorgaans prima zelf behandelen. Alleen bij langdurige en/of complexere verslavingsproblematiek is behandeling in de tweede lijn geïndiceerd.

Een geprotocolleerd aanbod voor deze doelgroep zal zeker de structurele samenwerking tussen de eerstelijns- en de specialistische tweedelijnszorg bevorderen. ■

Geholpen door de gezamenlijke aanpak van de huisarts, de praktijkondersteuner en de Verslavings- en Ouderenzorg is mevrouw De Vries uiteindelijk minder alcohol gaan gebruiken. Zij heeft een zinvolle daginvulling gevonden zonder haar partner.

LITERATUUR

- 1 Centraal Bureau voor de Statistiek. Demografie van de vergrijzing. Den Haag/Heerlen: CBS, 2011.
- 2 Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers verslavingszorg 2011. Houten: LADIS, 2012.
- 3 Weingart S. Alcohol en ouderen in de verslavingszorg in Nederland (1998-2007). Utrecht: Trimbos-instituut, 2009.
- 4 NIGZ. Factsheet Alcohol en ouderen. Woerden: NIGZ, 2005.
- 5 Johnson I. Alcohol problems in old age: A review of recent epidemiological research. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;1:575-81.
- 6 Bremmer MA, Beekman ATF, Deeg DJH, Van Balkom AJLM, Van Dyck R, Van Tilburg W. Angststoornissen bij ouderen: Prevalentie en risicofactoren. *Tijdschr Psychiatr* 1997;39:634-48.
- 7 Ott A, Breteler MMB, Birkenhäger-Gillesse EB, Van Harskamp F, De Koning I, Hofman A. De prevalentie bij ouderen van de ziekte van Alzheimer, vasculaire demantie en demantie bij de ziekte van Parkinson: Het ERGO-onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:200-5.
- 8 Beekman ATF, Deeg DJH, Van Tilburg TG, Schroevers RA, Smit JH, Hooijers C, et al. Depressie bij ouderen in de Nederlandse bevolking: Een onderzoek naar de prevalentie en risicofactoren. *Tijdschr Psychiatr* 1997;39:294-308.
- 9 Blow FC. Late life depression and alcoholism. *Curr Psychiatry Rep* 2007;9:14-9.
- 10 Kirchner JE, Zubrisky C, Cody M, Coakley E, Chen H, Ware JH, et al. Alcohol consumption among older adults in primary care. *J Gen Intern Med* 2007;22:92-7.
- 11 Basen MM. The elderly and drugs problem overview and program strategy. *Public Health Rep* 1977;92:43.
- 12 Gossop M, Moos R. Substance misuse among older adults: A neglected but treatable problem. *Addiction* 2008;103:347-8.
- 13 Aertgeerts B, Buntinx F. Detectie van alcoholmisbruik of afhankelijkheid in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Nu* 2002;31:468-79.
- 14 Meerkkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, Weisscher P, Njoo K, Boomsma LJ. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik. *Huisarts Wet* 2005;48:284-5.
- 15 Beullens J, Aertgeerts B. Screening for alcohol abuse and dependence in older people using DSM criteria: a review. *Aging Ment Health* 2004;8:76-82.
- 16 O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people: redefining an age old problem in old age. *Br Med J* 2003;327:664-7.
- 17 Letizia M, Reinbolz M. Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatr Nurs* 2005;26:176-83.
- 18 Cornel M. Detection of problem drinkers in general practice [dissertation]. Amsterdam: Thesis, 1994.
- 19 Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *Eur J Publ Health* 2005;15:615-20.
- 20 Miller PM, Thomas SE, Mallin R. Patient attitudes towards self-report and biomarker alcohol screening by primary care physicians. *Alcohol Alcohol* 2006;41:306-10.
- 21 American Geriatrics Society. Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults. New York: AGS, 2003. <http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/alcohol.html>, geraadpleegd maart 2013.
- 22 Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract* 2001;51:206-17.
- 23 Risselada A, Kleinjan M, Jansen H. Veilig drinken op leeftijd: Screening en behandeling van alcoholproblematiek bij ouderen in de huisartsenpraktijk. Rotterdam: IVO, 2009.
- 24 Re-Set Leefstijlverbetering. Factsheet uitleg bij de 5 tips om alcohol- of middelengebruik bespreekbaar te maken. Meerssen: Re-Set, 2012.
- 25 Partnership Vroegsignalering Alcohol [internet]. <http://www.vroegsignaleringalcohol.nl/werkgroepen/werkgroep-eerste-lijn/producten>, geraadpleegd maart 2013.
- 26 Saiz R, Horton NJ, Sullivan LM, Moskowitz MA, Samet JH. Addressing alcohol problems in primary care: a cluster randomized, controlled trial of a systems intervention. *Ann Intern Med* 2003;138:372-82.
- 27 Siegal HA, Cole PA, Li L, Eddy MF. Can a brief clinical practicum influence physicians' communications with patients about alcohol and drug problems? Results of a long-term follow-up. *Teach Learn Med* 2000;12:72-7.
- 28 Ter Horst L, Haverkamp S. Ervaringen van patiënten met de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ: Onderzoeksrapport op basis van een enquête en spiegelgesprek met patiënten van de POH-GGZ in de regio Gooi en Vechtstreek. Haarlem: Zorgbelang Noord-Holland, 2012.
- 29 Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effects on mortality of brief interventions for problem-drinkers: A meta-analysis. *Addiction* 2004;99:839-45.
- 30 Dinh-Zarr T, Goss C, Heitman E, Roberts I, DiGiuseppi C. Interventions for preventing injuries in problem drinkers. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD001857.
- 31 Anderson P. The risk of alcohol: What general practice can do [dissertation]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 2003.
- 32 Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA. Brief physician advice reduced drinking in older adults. *J Fam Pract* 1999;48:378-84.
- 33 Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Utrecht: Trimbos-instituut/Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009. <http://www.ggzrichtlijnen.nl>, geraadpleegd maart 2013.
- 34 Cuijpers P, Scholten M, Conijn B. Verslavingspreventie: Een overzichtsstudie. Den Haag: ZonMw, 2006.
- 35 Mensink PAJS, Ashruf RHT, Sluiter AC, Boomsma LJ, Eberson MPH, Luijckx, JJHM, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Stoornissen in het gebruik van alcohol. *Huisarts Wet* 2010;53:S1-5.
- 36 Garretsen HFL, Knibbe RA. Alcohol prevalentie-onderzoek. Rotterdam/Limburg: landelijk eindrapport. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1983.
- 37 CBS StatLine. Gezondheid, leefstijl, zorggebruik; t/m 2009 > zelfgerapporteerde leefstijl > gebruik alcoholhoudende dranken (12+) > zware drinker [internet]. Voorburg/Heerlen: CBS, 2010. <http://statline.cbs.nl>, geraadpleegd maart 2013.
- 38 Poppelier A, Van der Wiel A, Van de Mheen, D. Overdaad schaadt: Een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en binge drinken. Rotterdam: IVO, 2002.
- 39 Gaziano JM, Hennekens C. Royal Colleges' advice on alcohol consumption. *BMJ* 1995;311: 3-4.
- 40 Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2006. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006.
- 41 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders, fourth edition, text revision. Washington, DC: APA, 2000.
- 42 Mrazek P, Haggerty R, editors. Reducing risks for mental disorders. Washington, DC: National Academy Press, 1994.

Casuïstiek: een nieuwe rubriek in H&W

Herkent u dit? Die ene patiënt die je nog jaren blijft vanwege het atypische beloop van een aandoening die aanvankelijk routine leek, of die zeldzame diagnose uit de leerboeken van de basis-

opleiding die u ineens in uw eigen praktijk tegenkomt? De redactie van H&W nodigt u uit deze ervaringen met andere lezers te delen in de nieuwe rubriek Casuïstiek.

Centraal staan de beschrijving van het medische vraagstuk en de presentatie. Op 1 pagina (700 woorden) presenteert u - na een korte inleiding - bondig de casus met daarin een beknopte achter-

grond, relevante onderzoeksbevindingen, differentiaaldiagnose, behandeling en follow-up. De aandoening zelf is hier dus ondergeschikt aan de beschreven casus. Kijk voor de volledige informatie op www.henw.org/voorauteurs.

U kunt uw bijdrage inzenden naar redactie@nhg.org. Wij kijken ernaar uit! ■

Wilma Spinnewijn



Risicoreductie en Number Needed to Treat

PRAKTIJKPROBLEEM

Het klinische effect van medicatie wordt vaak bij grote patiëntengroepen berekend. Fabrikanten presenteren het liefst de relatieve risicoreductie (RRR), terwijl onderzoeksartikelen en de NHG-Standaarden vaak het Number Needed to Treat (NNT) gebruiken. Wat betekenen deze uitkomstmaten en welke maat is het meest objectief voor het beoordelen van (genees)middelen in de praktijk?

ACHTERGROND

Wij lichten deze uitkomstmaten toe aan de hand van een voorbeeld. Bij een patiënt met atriumfibrilleren en een hoog risico op trombo-embolieën zijn vitamine K-antagonisten (VKA) geïndiceerd. Er zijn echter recent nieuwe middelen (zoals dabigatran) beschikbaar die niet meer op basis van de protrombinetijd worden gedoseerd, maar waarbij een vaste dagelijkse dosering volstaat. In een gerandomiseerd interventieonderzoek (RE-LY) vergeleek men het effect van dabigatran (2 dd 150 mg) met de VKA warfarine op de preventie van CVA en systemische embolieën bij hoogrisicopatiënten met atriumfibrilleren.¹

UITWERKING

In het onderzoek was het absolute risico (AR) op een CVA of systemische embolie 1,71% per jaar in de warfarinegroep tegen 1,11% in de dabigatrangroep. De absolute risicoreductie (ARR) is hier $1,71 - 1,11 = 0,60\%$. Het relatieve risico verkrijgt men door het AR in de interventiegroep te delen door het AR in de controlegroep ($RR = 1,11/1,71 = 0,65$). Deelt men de ARR door het absolute risico in de controlegroep, dan krijgt men de RRR ($= (1,71 - 1,11)/1,71 = 35\%$). De AR is dus 0,60% en de RRR is 35%.

Voor een goede interpretatie van deze uiteenlopende getallen is het NNT de inzichtgevende maat. Het NNT geeft het aantal patiënten weer dat men moet behandelen om ten opzichte van de referentiebehandeling waarmee men een nieuwe behandeling vergelijkt (vaak placebo, in dit geval warfarine) bij één extra patiënt een gunstige uitkomst te verkrijgen. Dit aantal kan men berekenen door het omgekeerde van de ARR te berekenen: $NNT = 1/ARR = 1/0,006 = 167$. We moeten dus 167 patiënten een jaar lang omzetten van warfarine naar dabigatran om 1 geval van CVA of embolie te voorkomen.

De term Number Needed to Harm (NNH) wordt gebruikt om de frequentie van bijwerkingen of ongewenste gebeurtenissen uit te drukken en wordt op identieke wijze berekend als het NNT. Tweehonderdvier patiënten moeten een jaar lang dabigatran slikken om 1 extra gastro-intestinale bloeding te veroorzaken in vergelijking met een jaar warfarine [webtabel].²

Hoe lager de incidentie van het onderzochte effect in de controlegroep, hoe groter het verschil tussen de relatieve en absolute risicoreductie. Bijvoorbeeld: bij een absoluut risico van 40% in de controlegroep en 20% in de interventiegroep, is de RRR 50% en het ARR 20% met een NNT van 5 ($= 1/ARR =$

$1/0,2$). Bij incidenties van 4% in de controlegroep en 2% in de interventiegroep, is de RRR ook 50%, maar de ARR slechts 2% en de NNT dus 50 ($= 1/0,02$). In beide gevallen is de reductie van het relatieve risico een indrukwekkende 50%, maar het aantal patiënten dat moet worden behandeld om bij 1 extra patiënt een gunstige uitkomst te verkrijgen (genezing of overleving) verschilt enorm.

BETEKENIS

Het is aangetoond dat vermelden van onderzoeksresultaten in relatieve in plaats van absolute termen, leidt tot een veel grotere geneigdheid tot handelen en voorschrijven door artsen.³ Wanneer een farmaceut reclame maakt met slogans als 'Verlaagt het risico met 50%' is het dus vooral verstandig om het AR, NNT en NNH op te zoeken. ■

Absolute risico (AR): Het risico op de uitkomst in een groep

Absolute risicoreductie (ARR): Risicoverschil. Verschil in absolute risico op de uitkomst tussen de interventiegroep en controlegroep. $ARR = AR_{controle} - AR_{interventie}$

Relatieve risico (RR): Verhouding van het absolute risico op de uitkomst tussen interventiegroep en controlegroep. $RR = AR_{interventie} / AR_{controle}$

Relatieve risicoreductie (RRR): Verhouding van het risicoverschil tussen de interventiegroep en de controlegroep ten opzichte van het risico in de controlegroep. $RRR = (AR_{controle} - AR_{interventie}) / AR_{controle}$

Number needed to treat (NNT): Aantal patiënten dat met de interventie behandeld dient te worden om 1 gewenste gebeurtenis meer te bereiken dan met de controlebehandeling verkregen zou zijn. $NNT = 1/ARR$

Number needed to harm (NNH): Aantal patiënten dat met de interventie behandeld dient te worden om 1 ongewenste gebeurtenis (bijwerking) meer te bereiken dan met de controlebehandeling verkregen zou zijn. $NNH = 1/ARR$

LITERATUUR

- Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009;361:1139-51.
- www.henw.org, rubriek Praktische epidemiologie.
- Fahey T, Griffiths S, Peters TJ. Evidence based purchasing: understanding results of clinical trials and systematic reviews. *BMJ* 1995;311:1056-9.

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

Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. J.W.L. Cals, universitair docent en huisarts; drs. R. Willemsen: onderzoeker, kaderhuisarts hart- en vaatziekten • Correspondentie: j.cals@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Screening op dikkedarmkanker: doen!

Eén op de twintig Nederlanders krijgt in zijn of haar leven dikkedarmkanker, en meer dan 90% van de patiënten met darmkanker is ouder dan 55 jaar. De vijfjaarsoverleving is 60%. Naar verwachting zal alleen al door de vergrijzing de incidentie in de komende 15 jaar met ruim 40% stijgen.¹ Adequate vroegopsporing van dikkedarmkanker is daarom noodzakelijk om de ziektebelasting voor patiënt en maatschappij in de toekomst te beperken.

DIAGNOSTIEK VAN DIKKEDARMKANKER

We kunnen dikkedarmkanker op twee manieren opsporen: direct, door visualisatie van de darm, of indirect, door het testen van ontlasting of bloed op zogenaamde 'biomarkers' van kanker.

Coloscopie, waarbij de hele dikke darm in beeld wordt gebracht, is de gouden standaard.² Bij sigmoidoscopie wordt alleen de laatste 60 cm van de dikke darm in beeld gebracht. Andere visualisatietechnieken, zoals de CT- en MR-colonografie, zijn volop in ontwikkeling, maar net als genetische markers van afwijkend DNA en RNA nog niet in de praktijk toepasbaar.

Met een *fecaloccultbloedtest* (FOBT) kunnen kleine hoeveelheden bloed in de ontlasting worden aangetoond. Tumoren en poliepen bloeden echter niet altijd, en ook niet continu, en niet alle bloedsporen wijzen op kanker. De sensitiviteit varieert tussen de 50 en 80%, de specificiteit ligt boven de 97%. De op humane antilichamen gebaseerde (immunochemische)-FOBT hoeft slechts eenmaal te worden uitgevoerd en vereist geen dieet.³

DE SCREENINGSPROCEDURE

De regionale screeningsorganisatie nodigt elke twee jaar alle Nederlanders tussen de 55 en 75 jaar uit voor screening; zij krijgen een i-FOBT thuisgestuurd. Indien de test positief is, wordt de deelnemer hiervan in kennis gesteld en volgt een afspraak voor coloscopie in het regionale ziekenhuis. In geval van vragen, twijfel of een relevante medische voorgeschiedenis (een ernstige ziekte met beperkte levensverwachting, relevante comorbiditeit of medicatie) wordt geadviseerd de huisarts te consulteren. Door de beperkte coloscopiecapaciteit (er zijn jaarlijks 70.000 coloscopieën extra nodig) wordt het programma gefaseerd uitgevoerd. Eind 2013 worden om te beginnen de 65- en 75-jarigen opgeroepen, vervolgens worden de cohorten jaarlijks uitgebreid. Pas na 7 jaar, in 2019, zijn alle 55-75 jarigen ten minste een keer opgeroepen.

VOORWAARDEN VOOR SCREENING

Voor succesvolle implementatie moeten screeningsprogramma's aan een aantal basisvoorwaarden voldoen, de zogenaamde criteria van Wilson en Junger.⁴ Screening op dikkedarmkanker voldoet aan die criteria: het betreft een relevant gezondheidsprobleem, en over de diagnose en behan-

deling bestaat consensus. Dikkedarmkanker (CRC) heeft een herkenbaar latent ziektestadium: naar schatting is 80% het gevolg van maligne ontaarding van (adenomateuze) poliepen. Dat risico is klein (1-15%), de ontwikkeling duurt lang (5-20 jaar) en is afhankelijk van de poliepgrootte.⁵ Bij screening worden poliepen weggehaald en daarmee wordt doorontwikkeling tot kanker voorkomen. De sterfte onder patiënten die coloscopische polypectomie hadden gehad, bleek na 15 jaar follow-up ruim 50% lager dan in een controlegroep.⁶

De screeningsmethode blijkt acceptabel; bij proefimplementatie in Nederland deed 60% van degenen die waren uitgenodigd mee. De coloscopie – in geval van positieve i-FOBT – wordt poliklinisch uitgevoerd, meestal onder sedatie, en vergt daarom een vrije dag. Het risico op darmperforatie bij coloscopie is 0,12%, waarvan 10% met fatale afloop.⁷

De (kosten)effectiviteit van dikkedarmkankerscreening is onomstreden.⁸ Van de op FOBT gebaseerde strategie is – ondanks de beperkte testeigenschappen – in grote gerandomiseerde bevolkingsonderzoeken, onder andere in de Verenigde Staten,⁹ het Verenigd Koninkrijk¹⁰ en Denemarken,¹¹ een sterftereductie aangetoond variërend van 18-21%. Het aantal patiënten dat tweejaarlijks moest worden gescreend om een geval van overlijden door CRC te voorkomen, de number needed to screen, bleek 344.¹¹

CONSEQUENTIES VAN SCREENING

Uiteindelijk zullen jaarlijks 2,2 miljoen mensen een oproep ontvangen.¹² Bij een verwachte deelname van 60% zullen jaarlijks 78.000 mensen i-FOBT positief testen, gemiddeld 8 tot 10 patiënten per praktijk per jaar. Daarop volgen jaarlijks 66.000 coloscopieën, niet iedereen met een positieve FOBT krijgt of wil immers een coloscopie. Bij 40% van die coloscopieën wordt een advanced adenoom gevonden, en bij 8% colorectaal kanker. Bij bijna tweederde van de mensen met een positieve i-FOBT zal bij coloscopie dus uiteindelijk geen afwijking worden gevonden (fout-positieven). Na invoering van het screeningsprogramma zal er via het screeningsprogramma gemiddeld per praktijk bij één patiënt per jaar CRC worden vastgesteld. De keerzijde is dat er jaarlijks bij 80 patiënten die in het kader van het screeningsprogramma een coloscopie krijgen een perforatie zal optreden, en dat 8 patiënten aan de gevolgen daarvan zullen overlijden.

DE OPBRENGST: MINDER STERFTE

Als gevolg van de screening zal de vijfjaarsoverleving van darmkanker naar verwachting uiteindelijk stijgen van 59% naar 85%, en zullen jaarlijks in Nederland 2400 mensen minder overlijden aan darmkanker. Daarmee liggen de verwachte kosten per gewonnen levensjaar rond de 2200 euro. Alle reden dus voor de huisarts om aan de uitvoering van dit programma mee te doen. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Commentaar.



Darmkankerscreening: geFOBT?

De kans om tijdens een mensenleven een coloncarcinoom te krijgen is 4 tot 5% en de helft daarvan zal hieraan overlijden. Dat verklaart meteen waarom screening op dikkedarmkanker geen effect heeft op de totale mortaliteit. Het heeft wel effect op de coloncarcinoom specifieke mortaliteit: een reductie van ongeveer 15%.¹ De Gezondheidsraad verwacht zelfs 1400 minder overleden patiënten per jaar.² U en ik verminderen onze kans om te overlijden aan colorectaal carcinoom (als we meedoen) van 2% naar 1,5%. Echter, 95% van de Nederlanders krijgt geen coloncarcinoom en zij kunnen dus nooit baat hebben bij deelname aan het bevolkingsonderzoek. Voor hen tellen alleen de risico's en nadelen. Welke zijn dat?

FOUTE TESTUITSLAGEN

In Nederland is gekozen om te screenen met een immunologische test op fecaal occult bloed (i-FOBT). Dat lijkt een goede keuze, omdat het gebruiksgemak van deze test veel beter is dan van een 'ouderwetse' guaiac-test (g-FOBT) en dat verhoogt de opkomst.³ Bovendien zijn de testeigenschappen beter. Met een sensitiviteit van ongeveer 70% bij eenmalige test ontdekt de i-FOBT meer dan tweemaal zoveel carcinomen als de g-FOBT.² Een nadeel is er natuurlijk ook. Bij een sensitiviteit van 70% wordt 30% van de carcinomen niet opgemerkt en, hoewel de specificiteit hoog is (> 95%), moeten toch ongeveer 13 mensen een coloscopie ondergaan om 1 carcinoom te ontdekken. Adenomen worden zesmaal zo vaak gevonden, dus bij ongeveer de helft van de patiënten. En bij de overige zes wordt niets gevonden. Hoewel adenomen kunnen overgaan in invasieve carcinomen weten we niet wanneer en hoe vaak dat gebeurt.⁴ Er zijn aanwijzingen dat door screening (en daaropvolgende poliepectomie) ook de incidentie van coloncarcinoom daalt, maar de onderzoeksresultaten zijn op dit punt niet duidelijk.^{1,5}

DE GEVOLGEN VAN EEN POSITIEVE FOBT

Het meedoen aan screening leidt in het algemeen tot een tijdelijke toename van ongerustheid, die na ontvangst van een negatief resultaat verdwijnt.⁶ Een positieve FOBT leidt tot angst en somberheid en gaat samen met allerlei lichamelijke klachten als hoofdpijn en buikpijn. Na verloop van tijd en een geruststellende uitkomst van het vervolgonderzoek nemen zowel de mentale als lichamelijke klachten weer af. Dat gebeurt ook bij degenen die een terecht positieve FOBT hadden; zij hebben echter na 12 maanden meer psychische en lichamelijke problemen dan degenen met een fout-positieve FOBT.⁷ Dat lijkt logisch voor degenen met een carcinoom, maar voor de meerderheid met een adenoom is dat toch wel opvallend.

Er is ook een groep patiënten die profiteert van screening en dat zijn degenen die zich in het algemeen zorgen maken over hun gezondheid en die gerustgesteld worden door een negatieve i-FOBT. Zij blijven bezorgd over andere aandoeningen, maar ervaren wel een reductie van hun specifieke angst voor darmkanker.⁸

DE COLOSCOPIE

Mensen zijn bang voor mogelijke pijn en zien op tegen de voorbereiding. Achteraf vinden velen de voorbereiding (dieet en intensief laxeren) belastender dan het onderzoek zelf. Coloscopie wordt door velen als gênant ervaren, maar als minder pijnlijk dan verwacht.⁹ Sedatie speelt daarbij een rol. Een aantal mensen is ook bang voor de mogelijke complicaties. Complicaties treden op bij 2 op 1000 coloscopieën; bij gelijk-tijdige poliepectomie verdubbelt het risico.¹⁰ Veel complicaties kunnen tegenwoordig tijdens de scopie worden behandeld.¹¹ De ernstigste complicatie is een perforatie, die een enkele keer kan leiden tot overlijden. Dat laatste is echter extreem zeldzaam en kwam bij de 17.200 patiënten waarover werd gerapporteerd in twee grote trials niet voor.¹

EN DE HUISARTS?

Voor de huisarts is vooralsnog nauwelijks een rol weggelegd. Regionale screeningsorganisaties organiseren oproepen en eventueel vervolgonderzoek. Dat lijkt een gemiste kans, omdat er nog veel onduidelijk is over de beste wijze van informeren van potentiële deelnemers.¹ Mensen kunnen, blijkens de opkomstpercentages, wel een steuntje in de rug gebruiken. Bovendien bestaat bij een positieve i-FOBT gerede kans op een carcinoom en juist de angst voor het vinden van kanker leidt, tezamen met onbekendheid met en angst voor de procedure en een foute risicoperceptie, bij 10% van de positief geteste deelnemers tot het afzien van coloscopie.¹ Ongeacht de ideeën over het nut van een bevolkingsonderzoek dienen we ons in te spannen om bij deze patiënten wel een vervolgonderzoek te laten doen; betrokkenheid van de huisarts kan de acceptatie daarvan vergroten.⁹

GEFOBT?

Twaalf van de 13 mensen met een positieve i-FOBT lijken te worden gefoet; zij hebben geen carcinoom. Andersom kan natuurlijk ook. De i-FOBT mist 25 tot 30% van de carcinomen. Mensen met klachten moeten zich dus gewoon blijven wenden tot de huisarts en zich niet (achteraf mogelijk ten onrechte) laten geruststellen door een negatieve test.

Nu dit bevolkingsonderzoek van start gaat, lijkt het me het beste dat de huisartsen hier loyaal aan meewerken. De effecten worden dan het best zichtbaar. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Commentaar.

AMC/UvA, afdeling Huisartsgeneeskunde, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam; prof.dr. H.C.P.M. van Weert, huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde • Correspondentie: h.c.vanweert@amc.uva.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)

Tim Olde Hartman, Nettie Blankenstein, Bart Molenaar, David Bentz van den Berg, Henriëtte van der Horst, Ingrid Arnold, Jako Burgers, Tjerk Wiersma, Hèlen Woutersen-Koch

Kernboodschappen

- Er is sprake van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) als lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en als er bij adequaat medisch onderzoek geen aandoening is gevonden die de klachten voldoende verklaart.
- Inschatting van de ernst van SOLK is gebaseerd op exploratie van vijf klachtdimensies, dat wil zeggen de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies.
- Een goede arts-patiëntrelatie en communicatie is van essentieel belang voor het beleid bij SOLK.
- In het beleid ligt de nadruk op voorlichting en adviezen gericht op tijdcontingente uitbreiding van belasting en activiteiten.

INLEIDING

De NHG-Standaard SOLK geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij volwassen patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Er is sprake van SOLK als lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en als er bij adequaat medisch onderzoek geen aandoening is gevonden die de klachten voldoende verklaart.

SOLK is een werkhypothese gebaseerd op de (gerechtvaardigde) aanname dat somatische/psychische pathologie afdoende is uitgesloten. Als de klachten veranderen, kan dit aanleiding zijn om de werkhypothese te herzien.

Na het formuleren van de werkhypothese maakt de huisarts een inschatting van de ernst van de SOLK. Deze standaard onderscheidt milde, matig-ernstige en ernstige SOLK. De ernst van de SOLK is bepalend voor het beleid.

De standaard is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen¹

en sluit zo veel mogelijk aan bij andere NHG-Standaarden over klachten en aandoeningen die ook onder de noemer SOLK kunnen vallen (zie Richtlijnen diagnostiek). De standaard gaat niet over een specifieke klacht of ziekte, maar geeft handvatten voor het beleid als er géén specifieke somatische aandoening wordt gevonden, de klachten niet overgaan, met functionele belemmeringen gepaard gaan en de patiënt zich tot de huisarts blijft wenden met een hulpvraag. De standaard gaat niet in op het beleid bij specifieke somatoforme stoornissen. Voor de diagnostiek en het beleid bij hypochondrie wordt verwezen naar de NHG-Standaard Angst.

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk het beleid vast in samspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Delegeren van taken

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

ACHTERGRONDEN

Het ervaren van lichamelijke klachten hoort bij het normale leven; ongeveer 90% van de algemene bevolking rapporteert in enquêtes dat ze in de afgelopen 2 weken van minstens 1 lichamelijke klacht last heeft gehad. Of mensen met hun lichamelijke klacht naar een dokter gaan, lijkt sterker samen te hangen met de betekenis die de klacht voor hen heeft en met de ideeën die zij over hun klacht hebben dan met de ernst van hun klacht. Voor mensen uit een aantal niet-westerse culturen is het uiten van lichamelijke klachten de meest gangbare manier om aan te geven dat het niet goed met hen gaat.²

Bij vrijwel alle soorten klachten die patiënten presenteren kan al snel, of na verloop van tijd en nadere analyse, blijken dat de klachten niet of onvoldoende lichamelijke te verklaren zijn. Ook als klachten of klachtencombinaties aanvankelijk sterk aan een specifieke ziekte doen denken (bijvoorbeeld de combinatie diarree, trillen, afvallen en het warm hebben is suggestief voor hyperthyreoïdie), blijkt vaak na adequaat onderzoek dat de patiënt die ziekte niet heeft. Bij veelvoorkomende klachten, zoals moeheid, buikpijn, rugpijn, duizeligheid en misselijkheid, vindt de huisarts vaak geen ziekte als oorzaak.³

Terminologie

Er zijn veel verschillende termen in omloop voor deze grote groep lichamelijke klachten waar artsen geen bevredigende verklaring voor vinden. In het verleden is regelmatig gekozen voor het groeperen van vaker samen voorkomende klachten in syndromen, zoals bij het prikkelbare-darmsyndroom (PDS), fibromyalgie en het chronisch vermoeidheidssyndroom. Veel van de bestaande syndromen vertonen echter forse overlap in de klachten die ze omvatten, en vrijwel elk specialisme kent zo zijn eigen syndroom.⁴ Dat roept de vraag op of het groeperen van SOLK in syndromen niet erg willekeurig is en of het überhaupt wel verschillende syndromen betreft, of misschien maar één.⁵ De klachten kunnen behalve in

Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, Burgers JS, Wiersma TJ, Woutersen-Koch H. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Huisarts Wet 2013;56(5):222-30.

syndromen ook ondergebracht worden in clusters: gastro-intestinaal, cardio-pulmonaal, bewegingsapparaat en algemeen specifiek.⁶

Als de SOLK niet in syndromen of clusters samengebracht worden, zijn er ook voor de losse lichamelijke klachten weer diverse termen beschikbaar, zoals lichamenlijk onbegrepen klachten, functionele klachten, psychosomatische klachten of somatoforme klachten.

In deze standaard is er voor gekozen aan te sluiten bij de terminologie van de multidisciplinaire richtlijn en te spreken van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) als lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en als er bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klachten voldoende verklaart.

Deze omschrijving is weinig specifiek ten aanzien van de duur van de klachten, aangezien de gemiddelde episodische duur varieert per soort klacht, en ook omdat het moment van presenteren aan de huisarts sterk uiteen kan lopen.

Bij sommige patiënten met lichamelijke klachten wordt wel een somatische aandoening gevonden, maar zijn de klachten ernstiger of langduriger ofwel beperken ze het functioneren sterker dan op grond van de aandoening te verwachten is. Ook dan spreken we van SOLK.

SOLK kan op basis van de duur van de klachten, het aantal klachten en de impact ervan op het dagelijks leven onderverdeeld worden in milde SOLK, matig-ernstige SOLK en ernstige SOLK. Het betreft een glijdende ernstsschaal waarvoor geen goed gedefinieerde afkappunten voorhanden zijn.⁷

Epidemiologische gegevens

Vóórkomen van SOLK

Er bestaat geen ICDPC-code voor SOLK. Daarom moet bij onderzoek naar het voorkomen van SOLK gebruik worden gemaakt van afgeleide codes, bijvoorbeeld klachtcodering.

Tot 40% van de consulten bij de huisarts gaat over lichamelijke klachten waarvoor geen of een onvoldoende somatische verklaring gevonden wordt. Langdurige, ernstige SOLK komt veel

minder vaak voor, en kent een prevalentie van 2,5%.⁸

Artsen rapporteren vaak dat zij het idee hebben dat allochtone patiënten vaker de huisarts bezoeken met SOLK dan autochtone patiënten. Alleen voor vluchtelingen is dit ook daadwerkelijk aangetoond. Hiervoor worden verschillende oorzaken genoemd, zoals een achtergrond met geweldervaringen, een andere ziektebeleving waarin vaak geen onderscheid wordt gemaakt tussen lichaam en geest en de aandacht en (juridische, sociale en/of maatschappelijke) erkenning die verkregen kan worden met lichamelijke klachten.⁹

Samengaan met angststoornissen en/of depressieve stoornissen

Voor de milde vormen van SOLK is het

verband met angststoornissen en/of depressieve stoornissen vrijwel afwezig. Patiënten met ernstige vormen van SOLK hebben meer dan driemaal zoveel kans op een depressieve stoornis of angststoornis als patiënten zonder SOLK. Bij ruim een kwart van deze patiënten zijn zowel een depressie als een angststoornis aanwezig.¹⁰

Pathofysiologie

Er bestaat geen eenduidige verklaring voor het ontstaan van SOLK. Wel zijn er in de loop der jaren verschillende verklaringsmodellen opgesteld voor het ontstaan en voortbestaan van SOLK. De onderbouwing van deze modellen is meestal theoretisch en slechts in beperkte mate gebaseerd op empirisch onderzoek.¹¹

Abstract

Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, Burgers JS, Wiersma TJ, Woutersen-Koch H. The NHG guideline medically unexplained symptoms (MUS). *Huisarts Wet* 2013;56(5):222-30.

This guideline of the Dutch College of General Practitioners (NHG) concerns the diagnosis and management of adult patients with medically unexplained symptoms (MUS). It is based on the Dutch multidisciplinary guideline on MUS and somatoform disorders, and where possible refers to other guidelines produced by the College on MUS-related symptoms and disorders. The guideline is not about a specific symptom or disease, but provides tools on how to manage patients whose symptoms are persistent and lead to functional impairment, even though investigations have not identified a specific underlying medical condition. These patients continue to seek medical care.

MUS is a working diagnosis based on the assumption that somatic/psychiatric pathology has been adequately excluded. If symptoms change, the working diagnosis may need to be revised. After establishing the diagnosis, the general practitioner (GP) must estimate the severity of MUS, as further management depends on symptom severity. This guideline distinguishes between mild, moderate, and severe MUS.

Treatment is tailored to the individual patient. The main objectives of treatment are to define the problem in a way that is acceptable to both the patient and the doctor; to reduce unnecessary anxiety and discomfort, despite the presence of symptoms; and to improve the patient's functioning in somatic, cognitive, emotional, behavioural, and social dimensions.

Treatment proceeds in a stepwise fashion (stepped care), starting with the lightest possible effective treatment. In step 1, the GP treats the patient, in step 2 the GP works together with or refers the patient to other primary care professionals (e.g., physiotherapist, psychologist), and in step 3 treatment is provided by multidisciplinary teams or treatment centres. If results are unsatisfactory, then treatment is intensified. If a patient presents with moderate or severe MUS, the GP can consider starting more intensive treatment (step 2 or even 3 if necessary) simultaneously with step 1.

Main messages

- MUS is defined as physical symptoms that last for longer than a few weeks and which cannot be satisfactorily explained after adequate medical examination.
- Assessment of MUS severity is based on five dimensions of symptoms, i.e. the somatic, cognitive, emotional, behavioural, and social dimensions.
- Good doctor-patient relationship and communication are essential for the management of MUS.
- Management is focused on providing information and advice with a view to increasing activities in a time-contingent manner.

Elke samenleving heeft eigen verklarende modellen. Niet-westerse culturen maken vaak geen onderscheid tussen lichaam en geest. Oorzaken en oplossingen van problemen zoekt men vaak buiten zichzelf. Cultuurverschillen en andere verschillen beïnvloeden de toepasbaarheid van sommige verklarende modellen.¹²

Natuurlijk beloop en prognose

Van de groep mensen bij wie er volgens de huisarts sprake is van SOLK nemen bij 50 tot 75% de klachten af in de loop van 12 tot 15 maanden. Bij 10 tot 30% nemen de klachten echter toe in de tijd. Het aantal klachten, duur en ernst bij presentatie aan de huisarts zijn factoren die samenhangen met een ongunstiger beloop van SOLK bij patiënten in de eerste lijn.¹³ Een positieve waardering van de arts-patiëntrelatie (door patiënt en/of arts) heeft een gunstige invloed op de prognose van SOLK.¹⁴

Factoren van invloed op ontstaan en voortbestaan

Psychosociale stressoren (negatieve *life-events*, moeilijke levensomstandigheden, werkproblemen, stress, trauma, seksueel misbruik) spelen zowel bij lichamelijk verklaarde klachten als bij SOLK vaak een rol. De aanwezigheid van dergelijke psychosociale stressoren is daarom geen goede predictor van SOLK.¹⁵

Factoren die een rol spelen bij SOLK kunnen worden ingedeeld als predisponerende, luxerende en instandhoudende factoren. *Predisponerende factoren* zijn vooral aanleg/temperament en wellicht ook beperkte gezondheidsvaardigheden.¹⁶ *Luxerende factoren* zijn divers van aard: een heftige maagdarminfectie blijkt bij een deel van de mensen met PDS aan de klachten vooraf te zijn gegaan, maar ook een ingrijpende gebeurtenis kan klachten uitlokken. Bij *instandhoudende factoren* gaat het vaak om gedragsfactoren die herstel kunnen belemmeren, bijvoorbeeld minder bewegen kan leiden tot onderhouden van de rugklachten of continu hulp zoeken bij klachten houdt ongerustheid in stand. Zo ontstaan vicieuze cirkels.

Arts-patiëntrelatie

De arts-patiëntrelatie staat regelmatig onder druk in consulten met patiënten met SOLK. De patiënt voelt zich vaak niet serieus genomen, niet begrepen en blijft ongerust, terwijl de dokter machteloosheid en irritatie voelt opkomen en niet in staat is om met de patiënt tot een gezamenlijk begrip van de klachten en problemen te komen. Artsen ervaren ook (diagnostische) onzekerheid en hebben (ten onrechte) het gevoel dat zij onzekerheid juist bij deze patiënten niet mogen laten zien. Door de patiënt en zijn of haar klachten serieus te nemen en empathie te tonen wordt de arts-patiëntrelatie versterkt. Een goede arts-patiëntrelatie leidt tot patiënttevredenheid en betere gezondheidsuitkomsten. Een slechte arts-patiëntrelatie daarentegen, leidt tot het vaker rapporteren van klachten en tot meer herhaalconsulten.¹⁴

Diversiteit

Ook bij patiënten met SOLK moet de hulpverlener open staan voor de 'cultuur' van de patiënt in de ruimste zin van het woord, of deze cultuur nu etniciteit, leeftijd, sekse of sociaaleconomische status betreft.

Bij allochtone patiënten zijn een aantal specifieke aandachtspunten te noemen. Allereerst kan het migranten bestaan op zichzelf een stressfactor zijn. Daarnaast stellen taalproblemen en vooral bij niet-westerse allochtonen ook cultuurverschillen hoge eisen aan de communicatievaardigheden van de huisarts.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Uitgangspunt van de standaard is de situatie waarin de huisarts aanleiding heeft voor het formuleren van de werkhypothese SOLK. De standaard veronderstelt met andere woorden dat somatische/psychische pathologie die verantwoordelijk zou kunnen zijn voor de klachten in het voortraject afdoende onwaarschijnlijk is gemaakt. De huisarts kan daarbij gebruikmaken van de NHG-Standaarden die richtlijnen geven voor de diagnostiek bij klachten die veelvuldig geen somatische oorzaak

blijken te hebben [tabel 1].¹⁷ SOLK blijft altijd een werkhypothese, omdat in uitzonderingsgevallen in de loop der tijd alsnog somatische pathologie aan de klachten ten grondslag kan blijken te liggen. In het bijzonder bij het optreden van alarmsymptomen en verandering van het klachtenpatroon is het zaak hierop alert te zijn.¹⁸ Aandacht voor de somatische dimensie van de klachten en het overwegen van hernieuwd lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek, blijft bij patiënten met SOLK steeds van belang. Vooral als de klachten veranderen. Om die reden is ook de somatische dimensie als onderdeel in de klachtexploratie opgenomen.

Klachtexploratie

Na het stellen van de werkhypothese SOLK begint de huisarts met de nadere exploratie van de klachten met als doel een beeld van de patiënt met zijn of haar SOLK te verkrijgen, prognostisch gunstige of ongunstige factoren (die belemmeren in het herstel) op te sporen, en de ernst van de SOLK in te schatten. De patiënt een paar minuten ononderbroken laten praten kan helpen om tot een brede exploratie te komen. Op deze manier kunnen relevante aanknopingspunten (hints) voor de behandeling naar voren komen. Deze kunnen bestaan uit woorden die de patiënt gebruikt, maar ook uit non-verbaal gedrag (lichaamstaal) dat tijdens het consult opvalt.¹⁹ Onderdeel van een volledige exploratie van klachten is ook het expliciet informeren naar de vragen van de patiënt.

Het acroniem SCEGS kan de huisarts helpen na te gaan of alle klachtdimensies zijn geëxploreerd. SCEGS staat voor de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige, en sociale dimensie.

Tabel 1 Standaarden over klachten die veelvuldig somatisch onvoldoende verklaard kunnen worden

NHG-Standaard Prikkelbare darmsyndroom (M71)
NHG-Standaard Maagklachten (M36)
NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (M54)
NHG-Standaard Hoofdpijn (M19)
NHG-Standaard Slaapproblemen (M23)
NHG-Standaard Duizeligheid (M75)

Deze dimensies vinden hun oorsprong in het biopsychosociale model.¹¹

Somatische dimensie

Ga de volgende aspecten van de klacht(en) na:

- klachtencluster (gastro-intestinaal, cardiopulmonaal, bewegingsapparaat algemeen specifiek (dat wil zeggen moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, concentratie/geheugenklachten));
- aard, plaats, duur, ernst en het patroon van de klachten;
- begeleidende symptomen;
- gebruik van medicatie (ook zonder recept) en eventuele verslavende middelen.

Aandacht voor de somatische aspecten van de klacht maakt de patiënt duidelijk dat zijn klachten en de last ervan gehoord worden.

Cognitieve dimensie

Informeer naar:

- de ideeën die bij de patiënt leven over het ontstaan en voortbestaan van zijn klacht (referentiekader);
- de invloed die de patiënt hier zelf op denkt te hebben;
- waarom de patiënt denkt bepaalde activiteiten of werkzaamheden niet (meer) te kunnen doen;
- de verwachtingen van de patiënt omtrent de bijdrage van de huisarts of andere hulpverleners aan het oplossen van de klacht.

Door een exploratie van deze aspecten komt de huisarts vaak opvattingen van de patiënt op het spoor, die het herstel kunnen belemmeren: catastroferende gedachten ('met deze rug kom ik nooit meer aan het werk' of 'bij mijn broer/ buurvrouw is het ook nooit overgegaan'), ziekteattributies ('bij zo'n erge pijn moet er wel iets in mijn nek beschadigd zijn'), of ideeën over omgang met de klacht ('ik moet mijn been niet belasten tot het helemaal over is').

Emotionele dimensie

Vraag naar de emotionele gevolgen van de klacht:

- Welke gevoelens ervaart de patiënt

door de klachten? Sommige patiënten worden depressief of angstig door de klachten, terwijl anderen zich wanhopig, moedeloos of opstandig voelen.

- Is de patiënt erg ongerust over de klachten? Waarover maakt hij zich dan precies ongerust? Wat is de aanleiding voor die ongerustheid?

Klachten en de cognities over de klachten kunnen samengaan met ongerustheid, angst of een sombere stemming. De huisarts kan eventueel een vragenlijst als hulpmiddel gebruiken om *distress* ('het niet meer aan kunnen'), angst en depressieve gevoelens bespreekbaar te maken.²⁰

Gedragmatige dimensie

Vraag naar de gedragmatige gevolgen van de klacht:

- vermijden van belasting of beweging, of ander vermijdingsgedrag;
- werkverzuim;
- negeren van de klacht, en extra doorzetten waardoor overbelasting optreedt;
- ander gedrag dat het herstel zou kunnen belemmeren.

Besteed hierbij tevens aandacht aan het hulpzoekgedrag:

- Zoekt de patiënt snel medische hulp of probeert hij lang zelf de problemen op te lossen?
- Bezoekt hij verschillende artsen/zorgverleners voor hetzelfde probleem?
- Wat heeft de patiënt tot nu toe zelf aan de klacht gedaan, welke maatregelen heeft hij genomen?

Let ook op non-verbaal gedrag tijdens het consult (bijvoorbeeld een patiënt met rugpijn die erg scheef in de stoel zit).

Sociale dimensie

Informeer naar sociale gevolgen van de klacht:

- Welke gevolgen hebben de klachten voor de belangrijkste relaties van de patiënt?
- Hoe reageert de omgeving er op: (over) bezorgd, negatief of juist steunend?
- Welke invloed hebben de klachten op het functioneren thuis en op het werk?

In de volgorde van vragen kan de huisarts bij patiënten met een andere culturele achtergrond rekening houden met verschillen tussen een collectivistische versus een westerse individualistische cultuur: eerst vragen naar sociale reacties en consequenties, van daar uit naar eigen cognities en emoties.²² Het gebruik van een professionele tolk, eventueel via de tolkentelefoon, is aan te raden. Vermijd in ieder geval zo veel mogelijk om een kind of ander familielid als tolk te laten fungeren, om de kans te vergroten dat psychosociale problemen boven tafel komen. Voor meer informatie over de zorg voor allochtone patiënten met SOLK zie www.huisarts-migrant.nl.

Bijkomende psychische stoornissen

Op basis van de klachtexploratie beoordeelt de huisarts of er reden is te denken aan bijkomende psychische stoornissen. Het gaat daarbij vooral om psychische stoornissen die van invloed zijn op de lichamelijke klachten, zoals depressie en angst (zie de desbetreffende NHG-Standaarden).¹⁰

Bij twijfel over de aanwezigheid van een psychiatrische aandoening (zoals een somatisatiestoornis in engere zin), kan hij de patiënt voor diagnostiek verwijzen naar een psychiater. Ook kan de psychiater in dit stadium door de huisarts als consulent worden ingeschakeld, zo mogelijk door middel van een gezamenlijk consult van de patiënt met de huisarts en de psychiater. Bij voorkeur verwijst de huisarts naar een psychiater die samenwerkt met andere therapeuten die ervaring hebben in het begeleiden van mensen met SOLK.

Lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek en diagnostische verwijzing

Lichamelijk onderzoek is geïndiceerd als bij de klachtexploratie blijkt dat de klachten van karakter zijn veranderd en bij het ontstaan van alarmerende symptomen. Om dezelfde reden kan aanvullend onderzoek of een diagnostische verwijzing naar een specialist worden overwogen. Aanwijzingen daarvoor zijn voor de meestvoorkomende klachten te vinden in de reeds genoemde NHG-Standaarden.

Wanneer de huisarts in een gewijzigd klachtenpatroon aanleiding ziet te twijfelen aan de werkhypothese SOLK en om somatische pathologie opnieuw uit te sluiten, is het belangrijk dat hij goed uitlegt waarom aanvullend onderzoek wordt gedaan. Dat geldt ook bij een diagnostische verwijzing naar een specialist. Doorgaans zal het gaan om een kleine kans op pathologie nog kleiner te maken. Bij laboratoriumonderzoek bij een lage priorkans op ziekte bestaat een relatief grote kans op foutpositieve testuitslagen.²²

Indien de patiënt nadrukkelijk om aanvullend onderzoek of verwijzing vraagt, terwijl daar geen aanleiding voor is, legt de huisarts uit dat hij het onderzoek niet nodig vindt en er niet veel van verwacht. Toch kan hij het verzoek inwilligen om de patiënt gerust te stellen. Het is dan van belang de patiënt tevoren uit te leggen wat een negatieve testuitslag betekent en wat de volgende stappen in dat geval zullen zijn.²³ Bij verwijzing op verzoek van de patiënt is het formuleren van een duidelijke – idealiter door patiënt en huisarts samen opgestelde – vraag in de verwijsbrief en het verzoek om de patiënt terug te verwijzen als er geen afwijkende bevindingen zijn, van belang om te voorkomen dat de patiënt van de ene naar de andere specialist gaat.

Evaluatie

Op basis van de klachtexploratie en de inventarisatie van eventuele bijkomende psychische problematiek evalueert de huisarts de ernst van de SOLK, daarbij rekening houdend met de prognostische factoren.

Prognostische factoren

Een korte duur van de klachten, weinig verschillende klachten en weinig functionele beperkingen gelden als prognostisch gunstig. Het langdurig bestaan van de klachten en het ervaren van vele verschillende klachten zijn prognostisch ongunstige factoren.¹³ Het ondervinden van meerdere functionele beperkingen (denk aan: niet meer in staat zijn om te werken, verlies van sociale activiteiten, het niet meer kunnen

verrichten van gezinstaken) is voor een aantal SOLK ook prognostisch ongunstig.²⁴

Evalueren van de ernst

Op basis van deze prognostisch (on)gunstige factoren kan de huisarts nagaan waar op de in de inleiding geschetste ernstschaal van milde via matig-ernstige tot ernstige SOLK deze patiënt zich ongeveer bevindt.²⁵

Milde SOLK:

- lichte functionele belemmeringen; en
- één of enkele SOLK-klachten binnen één of twee klachtenclusters (gastro-intestinaal, cardiopulmonaal, bewegingsapparaat, algemeen aspecifiek (dat wil zeggen moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, concentratie/geheugenklachten)).

Matig-ernstige SOLK:

- matig-ernstige functionele belemmeringen; en
- meerdere SOLK-klachten in ten minste drie klachtenclusters; en/of
- klachtenduur langer dan verwacht, afhankelijk van het normale beloop van de betreffende klacht

Ernstige SOLK:

- ernstige functionele belemmeringen; en
- SOLK-klachten in alle klachtenclusters; en/of
- klachtenduur langer dan drie maanden.

Comorbide depressie en/of angststoornis

Hoewel bij een depressie of angststoornis de lichamelijke klachten vaak geïdentificeerd kunnen worden als behorend bij de psychiatrische diagnose, gaat het soms om twee naast elkaar bestaande aandoeningen.

Het stellen van een dubbeldiagnose SOLK in combinatie met een depressieve stoornis of angststoornis is zinvol als:

- de nadruk sterker ligt bij de lichamelijke klachten dan bij een depressie of angststoornis past;
- de lichamelijke klacht al aanwezig was voordat de depressie of angststoornis begon;

- beiden een zodanige ernst hebben dat ze een aparte behandeling vereisen.

RICHTLIJNEN BELEID

Behandeling van patiënten met SOLK is maatwerk. De belangrijkste doelen van het beleid zijn:

- het komen tot een door patiënt en huisarts gezamenlijk geaccepteerde probleemdefinitie;
- het ondanks de aanwezigheid van klachten, verminderen van onnodige ongerustheid en hinder;
- het verbeteren van het functioneren van de patiënt op de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies.

De behandeling geschiedt stapsgewijs, waarbij de huisarts begint met de lichtst mogelijke effectieve behandeling [tabel 2]. Indien deze stap onvoldoende resultaat geeft, volgt een intensivering van de behandeling in stap 2.²⁶ Bij een eerste presentatie van matig-ernstige of ernstige SOLK kan de huisarts overwegen om tegelijk met stap 1 direct een intensievere behandeling te starten (stap 2 en eventueel stap 3). Houd in alle stappen steeds rekening met de etnisch-culturele achtergrond van de patiënt.²¹

STAP 1

Stap 1 behelst een aantal activiteiten die de huisarts verspreid over meerdere consulten kan inzetten: (1) vanuit de klachtexploratie benoemen van factoren die herstel kunnen belemmeren, (2) voorlichting en advies (ook met betrekking tot medicamenteuze therapie), (3) gezamenlijk opstellen van een tijdcontingent plan en (4) controles waarbij de huisarts monitort hoe het gaat met de uitvoering van het plan en het functioneren van de patiënt. Bij stagnerend herstel volgt opnieuw klachtexploratie. Omdat SOLK te allen tijde een werkhypothese blijft verricht de huisarts, indien verandering van de klachten daar aanleiding toe geven, opnieuw klachtexploratie, gericht lichamelijk en zo nodig aanvullend onderzoek.

In stap 1 zal het meestal gaan om patiënten met SOLK die lichte functionele belemmeringen ervaren en die last

Tabel 2 Overzicht van het stappenplan

Stap	Beleid
Stap 1 Patiënt met milde SOLK Door huisarts zelf	Afsluiting klachtexploratie en eventueel verricht lichamelijk en/of aanvullend onderzoek. Gezamenlijke probleemdefinitie, op basis van de klachtexploratie. Voorlichting en advies: ■ voorlichting en uitleg; ■ bespreken van herstelbelemmerende factoren; ■ advisering. Gezamenlijk opstellen van tijdcontingent plan. Controles: ■ voortgang plan monitoren en bij stagnerend herstel opnieuw klachtexploratie; ■ bij wijzigingen in de klachten opnieuw klachtexploratie en gericht lichamelijk en eventueel aanvullend onderzoek.
Stap 2 Patiënt met matig-ernstige SOLK In samenwerking met andere eerstelijns hulpverleners	Samenwerking met/verwijzing naar: ■ (psychosomatisch) fysio- of oefentherapeut; ■ POH-ggz of SPV in de eerste lijn; ■ cognitief-gedragsmatig geschoolde ELP.
Stap 3 Patiënt met ernstige SOLK In samenwerking met tweedelijns- hulpverleners	Samenwerking met/verwijzing naar: ■ multidisciplinaire teams/behandelcentra.

POH-ggz: praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz.

SPV: sociaalpsychiatrisch verpleegkundige.

ELP: eerstelijnspsycholoog.

hebben van 1 tot enkele klachten in 1 of 2 klachtenclusters (gastro-intestinaal, cardiopulmonaal, bewegingsapparaat, algemeen specifiek (dat wil zeggen; moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, concentratie/geheugenklachten)).

• *Afsluiting van klachtexploratie en eventueel verricht lichamelijk aanvullend onderzoek*

De huisarts vat, als onderdeel van de voorlichting, de bevindingen uit de exploratie (SCEGS), het lichamelijk onderzoek en eventuele aanvullende diagnostische testen samen. Het is van belang om zowel te benoemen wat er wel is gevonden als expliciet te noemen wat er niet is gevonden. Daarbij dient de huisarts waar mogelijk aan te sluiten op eerder uitgesproken verwachtingen of ongerustheid van de patiënt.

• *Gezamenlijke probleemdefinitie*

Probeer samen met de patiënt tot een gezamenlijke probleemdefinitie te komen, bijvoorbeeld 'uw rugklachten zijn ontstaan na uw verhuizing, uw rug is in orde, maar de klachten maken wel dat u een aantal activiteiten achterwegen hebt gelaten, die u nu weer op wilt pakken'. Het is belangrijk om de klachten en de last die de patiënt daarvan heeft, te erkennen.

Voorlichting en advies

Voorlichting en uitleg

Geef vervolgens gerichte en concrete voorlichting aan de patiënt die aansluit bij de informatie die de huisarts tijdens de diagnostische exploratie van de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies van de klacht heeft gekregen.

Stel een ongeruste patiënt niet herhaald ongericht gerust. Het sensitief oppikken en serieus nemen van ongerustheid bij patiënten is van groot belang. Patiënten die merken dat de dokter hun problemen hoort en erkent voelen zich meer serieus genomen en zijn sneller gerustgesteld.²⁷

Het verdient de voorkeur om de klacht(en) zo veel mogelijk in beschrijvende termen te benoemen en verklaringen te vermijden die de patiënt kan opvatten als ziekte. Het blijkt dat huisartsen vaak geneigd zijn om patiënten gerust te stellen door te vertellen welke ernstige aandoeningen er in ieder geval niet gevonden zijn. Wanneer een patiënt niet specifiek bang is voor een bepaalde aandoening kan een dergelijke uitleg ('u heeft geen longkanker') extra onrust oproepen. Omdat negatieve aanduidingen het nadeel hebben dat de patiënt zich niet serieus genomen voelt of angstiger wordt, kan de huisarts beter zoveel mogelijk positieve termen ge-

bruikt, dus niet 'er is niets gevonden', 'het is niets' of 'wij kunnen niets vinden', maar 'uw rug is recht en kan alle bewegingen normaal maken'.²⁸ Daarentegen is het bij patiënten die een specifieke angst hebben voor een bepaalde aandoening (bijvoorbeeld kanker) wel belangrijk om uit te leggen wat ze niet hebben ('u heeft geen longkanker, waar u zo bang voor was'). Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden¹⁶ (onder andere voorkomend bij migranten en laaggeletterden) hebben weinig kennis van het normaal functioneren van het menselijk lichaam. Uitleg hierover kan in dat geval helpen.²⁹

Bij de specifieke voorlichting kan de huisarts gebruik maken van de verschillende verklaringsmodellen die aanwijzingen geven voor de behandeling van SOLK.¹¹ Sluit hierbij aan bij de woorden, beelden en aanknopingspunten die tijdens de exploratiefase naar voren zijn gekomen. Kies vooral een model dat zowel bij de huisarts als bij deze patiënt past, en vind en gebruik hierbij eigen woorden.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting, kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over SOLK op de NHG-publiekswebsite www.thuisarts.nl of de betreffende tekst (voorheen NHG-Patiëntenbrief) meegeven (via het HIS of de NHG-Con-

sultWijzer). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard.

Bespreken van herstelbelemmerende factoren
Bespreek de belemmerende factoren voor herstel die bij de klachtexploratie op de verschillende SCEGS-gebieden naar voren zijn gekomen en geef hierbij concrete adviezen.

Somatische factoren zoals een comorbide somatische aandoening of een slaapprobleem kunnen SOLK in stand houden. Indien aanwezig optimaliseert de huisarts de behandeling hiervan.

Cognitieve factoren zoals negatieve gedachten van de patiënt over zijn klachten beïnvloeden het herstel. De huisarts bespreekt de negatieve effecten van catastroferende overtuigingen zoals 'dat het toch nooit meer overgaat' en stelt voor om de negatieve gedachten te vervangen door realistische neutrale of positieve gedachten zoals 'ik heb wel pijn maar ik kan toch gewoon mijn werk blijven doen'. Het uitdagen en bijstellen van dergelijke negatieve gedachten heeft een positief effect op herstel.³⁰

Emotionele factoren zoals ongerustheid, angst voor ziekte, bewegingsangst en somberheid kunnen de oorspronkelijke klachten verergeren. De huisarts heeft deze emotionele factoren geïnventariseerd in de diagnostische fase. Vanuit deze verkregen informatie geeft de huisarts gerichte informatie en adviezen. Bij ongerustheid en ziekteangst gaat de huisarts na waar de patiënt ongerust over is en op welke manier hij gerustgesteld kan worden. Bij bewegingsangst speelt vaak de overtuiging een rol dat pijn een signaal is van een (ernstige) aandoening. In dat geval geeft de huisarts uitleg over het feit dat pijn meestal niet duidt op gevaar of een ernstige afwijking en dat dit bij de patiënt ook het geval is. Bij somberheid en depressieve gevoelens kan de huisarts gebruik maken van de NHG-Standaard Depressie.

Gedragsmatige factoren zoals vermijding of juist overactiviteit zijn vrijwel altijd aanwezig bij langer bestaande

SOLK.³¹ De huisarts legt uit wat het effect van het gedrag is op de SOLK, gaat na voor welke gedragsverandering de patiënt gemotiveerd is en geeft een gericht advies.

Sociale factoren zoals de situatie in het gezin of op het werk bepalen vaak een groot deel van de ziektelast. Bespreek de invloed van de systeemleden van de patiënt: steun van het systeem kan een positieve invloed hebben op het beloop en verkeerde cognities van systeemleden kunnen een belemmerende factor vormen. Als er vragen zijn over de werksituatie, bijvoorbeeld over werkverzuim en over mogelijke gezondheidsrisico's op de werkplek (werkdruk als onderhoudende factor van de SOLK of attributie van klachten aan werkfactoren, bijvoorbeeld toxische stoffen of elektromagnetische straling), kan de huisarts de patiënt verwijzen naar een bedrijfsarts. De huisarts bespreekt op welke manier de patiënt weer kan terugkeren naar het werk en zijn dagelijkse activiteiten weer kan oppakken.

Advisering

Bij de *advisering* is de kernboodschap dat de prognose goed is, dat de klachten kunnen wisselen in de loop van de tijd³³ en dat het niet schadelijk is te bewegen/activiteiten te ontplooiën/te belasten. Het ervaren van pijn of vermoeidheid betekent niet dat er een ziekte is of schade ontstaat: het komt vaak voor en gaat meestal vanzelf over. Het herstel gaat sneller als de patiënt zijn activiteiten geleidelijk weer uitbreidt. Adviseer actief te blijven en zo veel mogelijk door te gaan met de dagelijkse activiteiten, inclusief (betaald) werk. Geef hiervoor praktische adviezen. Indien de patiënt bepaalde activiteiten vermijdt of juist te lang doorgaat en te weinig ontspanning heeft, kan het normale herstel belemmerd worden.³²

Medicamenteuze therapie

Als de huisarts bij pijn overweegt om pijnmedicatie als zelfzorg te adviseren, adviseert de werkgroep om te volstaan met kortdurende pijnstilling met paracetamol of in tweede instantie (en bij

afwezigheid van contra-indicaties) een NSAID (zie de FTR Pijnbestrijding en de klachtspecifieke NHG-Standaarden). Het verdient de voorkeur om de pijnmedicatie na het acute stadium weer geleidelijk af te bouwen om chronisch gebruik van pijnstillers en medicijnafhankelijkheid te voorkomen.

Controles en het opstellen van een tijdcontingent plan

Instrueer de patiënt terug te komen in de volgende gevallen:

- bij een sterke toename van het disfunctioneren of aanhoudende ernstige klachten: na één week;
- bij niet of niet meer verbeteren van het disfunctioneren: na twee tot vier weken.

Evalueer bij een vervolgconsult altijd de eerder gebleken relevante delen van de klachtexploratie en eventueel het lichamelijk en aanvullend onderzoek. Ga na waarom het functioneren niet verbeterd is en de klacht niet over is gegaan. Maak hierbij steeds gebruik van een inventarisatie van het functioneren op de verschillende dimensies (SCEGS).

Stel tijdens dit vervolgconsult in samenspraak met de patiënt een plan op met doelen en vaste termijnen. Deze aanpak die bestaat uit een geleidelijke (tijdcontingente) opbouw van activiteiten heeft de voorkeur boven een klachtcontingente aanpak (bewegen 'als de pijn het toelaat' of actief worden 'als de vermoeidheid verdwenen is') [tabel 3].³²

Het helpt als de weg naar herstel concreet wordt gemaakt en met tips wordt geïllustreerd; de gegeven adviezen of oefeningen dienen aan te sluiten bij de ervaren belemmeringen in het dagelijks leven. Bij alle stappen in het schema worden vaste termijnen afgesproken.

STAP 2

De intensivering van de behandeling in stap 2 bestaat, naast voortzetting van de behandeling conform stap 1, uit samenwerking met en verwijzing naar andere eerstelijns hulpverleners. Stap 2 zet de huisarts als stap 1 onvoldoende resultaat oplevert. Meestal zal er dan sprake zijn van patiënten met SOLK die

Tabel 3 Concrete voorbeelden van tijdcontingente (gewenst) en klachtcontingente (ongewenst) advisering

	Gewenst: tijdcontingent	Ongewenst: klachtcontingent
Activiteit	Blijf bewegen en breidt activiteit in x dagen uit naar norm aal.	Probeer te bewegen als de pijn/vermoeidheid het toelaat.
Werk/dagelijkse bezigheden	Ga na 1 week (eventueel halve dagen) aan het werk.	Ga aan het werk zodra de pijn/vermoeidheid het toelaat of over is.
Controle	Komt u na x weken terug, tenzij u dan weer normaal functioneert.	Als het niet gaat, komt u terug.

matig-ernstige functionele belemmeringen ervaren (waaronder bijvoorbeeld een ziekmelding op het werk van langer dan 4 tot 6 weken) en die meerdere SOLK hebben in meerdere klachtenclusters, of een klachtenduur langer dan verwacht (afhankelijk van de aard en het normale beloop van de klacht).

Controles

Spreek regelmatige controles af bij aanhoudende functionele belemmeringen, bijvoorbeeld 1 keer per 4 tot 6 weken. Evalueer met de patiënt de voortgang van de behandeling (zie *Samenwerking/verwijzing* hieronder) en het beloop van de klachten. Adviseer de patiënt om actief te werken aan zijn herstel. Behandelingen waarin de patiënt actief participeert (zoals psychotherapie, psychosomatische fysio- en oefentherapie) zijn effectiever dan passieve behandelingen zoals injecties, operaties en passieve vormen van fysiotherapie.³³

Samenwerking/verwijzing

Als de patiënt er niet in slaagt de activiteiten uit te breiden naar een acceptabel niveau omdat er veel belemmerende factoren zijn, kan de huisarts ervoor kiezen de patiënt te verwijzen. In dat geval dient de huisarts in overleg met de patiënt een vorm van therapie te kiezen die aansluit bij zijn mogelijkheden, wensen en behoeften.

Affiniteit en ervaring met, alsmede specifieke kennis over SOLK van een zorgverlener is gewenst indien besloten wordt te verwijzen. Exploreren van alle klachtdimensies (SCEGS) en in staat zijn een veilige, ondersteunende en open relatie op te bouwen met de patiënt zijn vereiste competenties.

Binnen de eerste lijn kan de huisarts in deze stap samenwerken met bijvoorbeeld een (psychosomatisch) fysio- of oefentherapeut, POH-ggz, eerstelijns

SPV of een (cognitief-gedragsmatig geschoolde) eerstelijnspsycholoog. Afhankelijk van de lokale situatie kunnen ook hulpverleners van andere eerstelijnsdisciplines hierbij betrokken worden.

Als klachten van het bewegingsapparaat op de voorgrond staan, verwijst de huisarts bij voorkeur naar een fysio- of oefentherapeut die een aanvullende opleiding (bijvoorbeeld psychosomatische fysio- of oefentherapie)³⁴ of een cursus heeft gevolgd om patiënten met SOLK te begeleiden.

Als de huisarts samenwerkt met een POH-ggz of eerstelijns SPV kan deze patiënten in deze stap begeleiden en hen bijvoorbeeld PST (*problemsolving treatment*) aanbieden. De POH-ggz of eerstelijns SPV neemt hierbij de begeleidende taak over van de huisarts, de huisarts houdt de langetermijnregie.

De huisarts kan de patiënt naar een eerstelijnspsycholoog verwijzen voor patiënteneducatie en kortdurende ondersteunende begeleiding of cognitieve gedragstherapie.³⁰ De eerstelijnspsycholoog dient ervaring te hebben met het begeleiden van patiënten met SOLK.

STAP 3

De intensivering van de behandeling in stap 3 bestaat uit samenwerking met en verwijzing naar tweedelijns hulpverleners en multidisciplinaire teams of behandelcentra. Het zal gaan om patiënten waarbij stap 1 en 2 onvoldoende resultaat opleveren, waarschijnlijk patiënten met ernstige SOLK (ernstige functionele belemmeringen (waaronder bijvoorbeeld een ziekteverzuim van langer dan 3 maanden) en een groot aantal verschillende SOLK en/of een klachtenduur > 3 maanden).

In dit stadium is het belangrijk dat één hulpverlener de regie houdt over de zorg rondom de patiënt met SOLK.²⁶ In veel gevallen is de huisarts hiervoor de

aangewezen persoon, maar het is ook mogelijk dat bijvoorbeeld een SPV, psycholoog of bedrijfsarts deze rol vervult.

In deze stap bestaat de taak van de huisarts uit:

1. het blijven stimuleren van uitbreiding van het functioneren en het signaleren van achteruitgang in het functioneren (zie stap 1);
2. het beperken van langdurige behandelingen en onderzoeken die niet zinvol en mogelijk zelfs schadelijk zijn;
3. indien blijkt dat na meerdere of langdurige specifieke en intensieve behandelingen geen verbetering meer optreedt: het bevorderen dat de patiënt leert de status-quo te accepteren.

Controles

Spreek bij behandeling regelmatige controles af, bijvoorbeeld één keer per vier tot zes weken. Bij blijvend disfunctioneren zonder actieve behandeling is het aan te raden om minimaal één keer per jaar de situatie te evalueren en eventueel nieuwe behandelmogelijkheden aan te bieden.

Samenwerking/verwijzing

Verwijzing om therapeutische redenen naar een monodisciplinair werkzame pijnspecialist wordt ontraden indien deze alleen lokale invasieve pijnbestrijdingsmethoden toepast zoals denervatie en injecties met analgetica, corticosteroïden of scleroserende middelen. Als monotherapie zijn dit namelijk geen effectieve behandelingen.³³

Als de aanpak in de eerdere stappen heeft gefaald of als al meteen bij de evaluatie blijkt dat er sprake is van ernstige SOLK, kan de huisarts verwijzen voor een multidisciplinaire aanpak, waarin de eerder genoemde disciplines zijn vertegenwoordigd en geïntegreerd samen-

werken. Een multidisciplinaire aanpak die zowel somatische als psychologische en sociale aspecten integreert in de behandeling biedt de mogelijkheid om het functioneren op verschillende domeinen te verbeteren. Een intensief fysiek en cognitief-gedragsmatig revalida-

tieprogramma bevordert dat men weer op een acceptabel activiteitsniveau terugkomt.³⁵ Bij een multidisciplinaire aanpak kunnen langdurige en specifiekere behandelingen worden aangeboden, eventueel als dagbehandeling of in combinatie met opname.

© 2013 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en de literatuur www.henw.org, rubriek Standaarden.

Totstandkoming

Nadat werd besloten te beginnen met de ontwikkeling van een NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten startte in 2009 een werkgroep SOLK. Deze werkgroep heeft een conceptversie gemaakt.

De werkgroep bestond uit de volgende leden: dr. I.A. Arnold, huisarts te Leiderdorp; D. Bentz van den Berg, huisarts te Maartensdijk; dr. A.H. Blankenstein, huisarts en hoofd van de huisartsopleiding VU medisch centrum; prof.dr. H.E. van der Horst, huisarts te Amsterdam en hoogleraar huisartsgeneeskunde VUmc; dr. T.C. Olde Hartman, huisarts te Nijmegen; A.O. Molenaar, waarnemend huisarts stampplaats De Rijp. Dr. H. Woutersen-Koch begeleidde de werkgroep en deed de redactie. Zij is arts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap; dr. Tj. Wiersma was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling, M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie. E. Oosterberg was betrokken als wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie.

Van de werkgroep hadden in de periode 2009 tot en met 2013 geen leden betaalde adviseerschappen of onderzoekssubsidies van farmaceutische bedrijven die zich bewegen op het gebied van SOLK. Inhoudelijke belangen werden wel gemeld door: dr. A.H. Blankenstein, prof.dr. H.E. van der Horst, en dr. H. Woutersen-Koch. Genoemde drie personen zijn danwel waren bij onderzoek naar SOLK betrokken en hebben daarover gepubliceerd. Door de leden dr. I.A. Arnold, D. Bentz van den

Berg, T.C. Olde Hartman, A.O. Molenaar en E. Oosterberg werd geen belangenverstrengeling gemeld. Meer details hierover zijn te vinden in de webversie van de standaard op www.nhg.org.

In juni 2012 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar een aantal referenten gestuurd. Er werden 14 commentaren retour ontvangen. De volgende referenten hebben commentaar geleverd, te weten: dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog en hoofdredacteur Huisarts & Wetenschap; namens het Nederlands Instituut voor Psychologen: C.E. Flik, klinisch psycholoog/psychotherapeut en werkzaam op de afdeling Psychiatrie en Psychologie St Antoniusziekenhuis; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar vrouwenstudies medische wetenschappen en werkzaam op de afdeling Eerstelijns geneeskunde, unit Vrouwenstudies Medische Wetenschappen aan het UMC St Radboud Nijmegen; dr. P. Lucassen, huisarts, senior onderzoeker en werkzaam op de afdeling Eerstelijns geneeskunde aan het UMC St Radboud Nijmegen; N.C. Makkes, huisarts en projectleider ZonMw-project SOLK - Gezond georganiseerd vanuit de 1e lijn, (2011 tot 2012) werkzaam bij Huisartsenkliniek Overvecht, Stichting Overvecht Gezond; namens de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV): prof. dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman, afdeling Interne Geneeskunde aan het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC); dr. M.J.T. Oud, huisarts te Groningen; dr. C.F.H. Rosmalen, huisarts en hoofd afdeling B&O bij de LHV; namens de Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzeke-

raars (VAGZ): G.W. Saleminck, arts Maatschappij en Gezondheid werkzaam bij Zorgverzekeraars Nederland; namens Nefarma, Gezondheidseconomie: dr. J.J. Oltvoort; J. Stoffels, huisarts en oud-docent huisartsopleiding UMCG; namens Domus Medica, Vlaamse huisartsengenootschap: prof.dr. A. Dirk, Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg en werkzaam bij de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen Universiteit Gent, België; namens Pharos: dr. M. van den Muijsenbergh, huisarts en senior onderzoeker en werkzaam bij Pharos, landelijk kenniscentrum migranten en gezondheid en afdeling eerstelijns geneeskunde UMC St Radboud Nijmegen en Universitair Gezondheidscentrum Heyendaal Nijmegen en dr. M. Vintges, arts en onderzoeker; dr. Y.R. Van Rood, klinisch psycholoog en psychotherapeut, werkzaam op de afdeling Psychiatrie LUMC.

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. R. Starmans en J. van Dongen hebben namens de NAS tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het basisplan. In september 2012 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

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

Onderzoek naar SOLK na rampen

De NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) beschrijft 'klachten die langer dan enkele weken duren en waarvoor, na medisch onderzoek, geen aandoening is gevonden die de klachten voldoende verklaart'. Er wordt dus aangenomen dat een onderliggende ziekte afdoende is uitgesloten. Voor wetenschappelijk onderzoek onder patiënten levert deze definitie problemen op. Er is geen ICPC-code voor SOLK en met behulp van vragenlijsten kan niet worden vastgesteld of zelfgerapporteerde symptomen zijn verklaard of niet; er is een arts nodig die uitsluit of de klachten zijn verklaard. Onderzoekers die de effecten van rampen op de gezondheid bestuderen, gebruiken daarom regelmatig data uit de huisartsenpraktijk. In deze bijdrage belichten wij de bevindingen na enige rampen en gaan wij in op de wijze waarop SOLK wordt geoperationaliseerd voor onderzoek.

SYMPTOMEN

In de eerste maanden na een ramp of groot incident presenteren getroffen mensen vrijwel uitsluitend symptomen en stellen artsen geen diagnoses, tenzij er mensen gewond zijn geraakt. Als de gezondheid wordt gemonitord, is het voor de zorg van belang of symptomen kunnen worden verklaard, er (gepercipieerde) klachtenpatronen of syndromen ontstaan, of specifieke symptomen worden herkend en in hoeverre psychische problemen met somatische symptomen zijn verweven. Voor een adequate nazorg is het daarnaast van belang om informatie te verzamelen over hoe vaak (in bijvoorbeeld een jaar) deze getroffen patiënten een symptoom presenteren en of het om symptomen uit meerdere orgaansystemen gaat.

Onderzoek in huisartsenpraktijken na de Bijlmerramp, de Vuurwerkramp, de Nieuwjaarsbrand en het schietincident in Alphen geven allemaal hetzelfde beeld: patiënten die een ramp hebben meegemaakt, hebben dezelfde klachten als pa-

tiënten in de open populatie (moe, hoofdpijn, benauwd, nekpijn) maar meer, vaker en met een grotere diversiteit. In de [figuur] is duidelijk het beloop van de klacht moeheid te zien: gedurende drie jaar na de Vuurwerkramp presenteren getroffen mensen dit symptoom gemiddeld 1,5 keer zo vaak als de niet-getroffen referentiegroep. Daarbij bleef uiteindelijk 91% van de gevallen onverklaard. Bij hoofdpijn was het deel onverklaard 86% en bij benauwdheid 56%.

TWEE STAPPEN

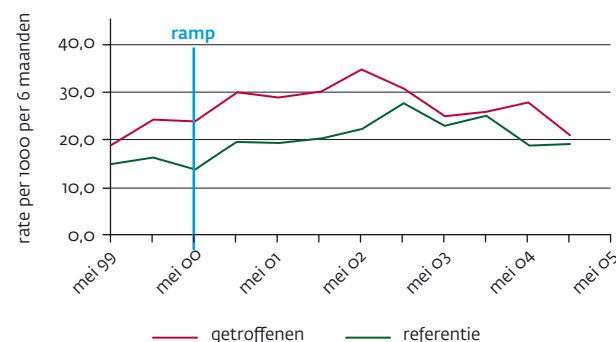
Bij onderzoek met gegevens uit de huisartsenpraktijk zetten onderzoekers de volgende twee stappen:

- Zij kijken in de dossiers van de huisartsen in eerste instantie naar de zogenaamde E-regel, de regel waarop in het huisartsinformatiesysteem de diagnose wordt geregistreerd. Als op die regel een symptoomdiagnose (ICPC 1-29) is gesteld, zoals hoofdpijn of moeheid, nemen ze aan dat het hier potentieel een onvoldoende verklaarde klacht betreft.
- Zij gaan binnen een vooraf bepaald tijdsframe na of het symptoom of probleem een voorbode is van een later gediagnosticeerde aandoening (moeheid als voorbode van depressie, benauwdheid als eerste symptoom van een bronchitis). Dat kan alleen als de ziekte-episode in ogenschouw wordt genomen, zoals plaatsvond bij de hierboven gepresenteerde percentages onverklaard.

ROL VAN DE HUISARTS

Na rampen hebben de getroffen mensen dus vooral symptomen die in de meeste gevallen onverklaard blijven. Vanwege de kwaliteit van registratie, het beschikken over een vaste praktijkpopulatie en de routine in het omgaan met percepties en attributies van patiënten is de Nederlandse huisarts goed geëquipeerd voor ondersteuning van de getroffen patiënten. Een goede registratie daarvan helpt de onderzoeker om de zorgverleners inzicht te geven in het vóórkomen en beloop van onverklaarde klachten. Na rampen krijgen SOLK bij een relatief kleine groep een chronisch karakter. De Standaard SOLK beschrijft de aanpak van patiënten met een ongunstige prognose, waarvan de klachten langdurig bestaan en een grote diversiteit vertonen. ■

Figuur Beloop in de tijd (zestien maanden voor de Vuurwerkramp tot en met vijf jaar na de ramp) van de onverklaarde klacht moeheid voor getroffen (rode lijn) en hun referenties (groene lijn), weergegeven in perioden van zes maanden



De hier gepresenteerde onderzoeksgegevens, samenvattingen en gebruikte methoden berusten op meerdere onderzoeken naar de gezondheidseffecten van rampen. Daarbij hebben we steeds gebruikgemaakt van gegevens die – op de 'LINH-wijze' – werden verkregen uit de EMD's van deelnemende huisartsen.

Niet-gemetastaseerde blaaskanker

INLEIDING

Blaaskanker is een relatief veelvoorkomende vorm van kanker. In Nederland wordt de diagnose ongeveer 4600 keer per jaar gesteld. Een huisarts met een gemiddelde praktijk van 2350 patiënten zal dus ongeveer eens in de anderhalf jaar een patiënt zien bij wie blaaskanker wordt vastgesteld. Blaaskanker komt bij mannen ongeveer viermaal zo vaak voor als bij vrouwen. De meeste mensen bij wie de diagnose gesteld wordt, zijn ouder dan 60 jaar.

Risicofactoren voor het ontwikkelen van blaaskanker zijn roken (stoppen verlaagt het relatieve risico van 3 naar 2), chronische infecties zoals schistosomiasis en blootstelling aan bepaalde verfstoffen en chemicaliën (met name aromatische amines). *Schistosoma* is een tropische zoetwaterworm die onder andere in Afrika voorkomt (Nijl en Malawi-meer). Schistosomiasis is een chronische infectie (onder andere in de blaas) die, indien onbehandeld, na lange tijd nog voor klachten kan zorgen en de kans op een plaveiselcelcarcinoom van de blaas vergroot. Over de risico's van chemicaliën zijn de onderzoeksresultaten niet eensluidend, maar tot de beroepsgroepen met een verhoogd risico op blaaskanker behoren werknemers in de rubberindustrie, schilders, kappers¹ en mijnwerkers. Blaastumoren als gevolg van aromatische amines hebben een latentietijd van twintig tot dertig jaar. Recentelijk is er ook een relatie aangetoond tussen blaaskanker en het orale antidiabeticum pioglitazon. Naarmate het middel langer wordt gebruikt (> 24 maanden) en de cumulatieve dosis stijgt (> 28.000 mg), neemt het relatieve risico op blaaskanker toe tot 1,83.²

Samenvatting

Van de Kamp MW, De Reijke ThM. Behandeling van niet-gemetastaseerde blaaskanker. *Huisarts Wet* 2013;56(5):232-6.

Blaaskanker is een relatief veelvoorkomende vorm van kanker, in de meeste gevallen gaat het om een urotheelcarcinoom. Er zijn enkele risicofactoren geïdentificeerd, waaronder roken. Hematurie kan een aanwijzing zijn, cystoscopie is de gouden standaard voor diagnostiek. De meeste patiënten zijn ouder dan 60 jaar.

De behandeling hangt af van het tumorstadium: oppervlakkig of spierinvasief. In eerste instantie zal bij een oppervlakkig blaascarcinoom een transurethrale resectie worden verricht, soms gevolgd door blaasspoelingen. Bij spierinvasieve tumoren gaat men meestal over tot radicale cystectomie en blaasvervangende therapie, gevolgd door uitwendige of inwendige radiotherapie en soms ook door chemotherapie.

DIAGNOSTIEK

Histologisch zijn er drie typen blaaskanker: urotheelcarcinoom (ongeveer 90% van de gevallen), plaveiselcelcarcinoom (8%) en adenocarcinoom (2%). Schistosomiasis kan zowel tot plaveiselcel- als tot adenocarcinoom leiden. Omdat het urotheelcarcinoom verreweg het vaakst voorkomt, zullen wij ons hierna tot dit type beperken.

Het urotheelcarcinoom kan onderverdeeld worden in niet-spierinvasieve en spierinvasieve tumoren. De niet-spierinvasieve tumoren worden gestadieerd als Ta (laaggradige papillaire tumor die alleen in het urotheel groeit), CIS (carcinoma in situ, hooggradige tumor die in het urotheel groeit) of T1 (doorgroei in het urotheel en de daaronder liggende laag, de lamina propria of submucosa). De spierinvasieve tumoren worden gestadieerd als T2-T4.

Bij ongeveer 30% van de patiënten met een urotheelcarcinoom vindt men op het moment van diagnose een spierinvasieve tumor. Daarnaast ontwikkelt ongeveer eenderde van de in eerste instantie niet-spierinvasieve tumoren na een blaasparende behandeling zich uiteindelijk toch tot een spierinvasieve tumor. De kans op progressie tot spierinvasiviteit is groter bij een CIS dan bij een laaggradige niet-spierinvasieve tumor.

Een van de eerste symptomen van blaaskanker is vaak hematurie. Er zijn twee soorten hematurie: microscopische en macroscopische. Men spreekt van microscopische hematurie als in het sediment meer dan drie erythrocyten per gezichtsveld (= 15-20 E/ μ l) aanwezig zijn.³ Een positieve urinestick (spoor of

De kern

- De meeste blaascarcinomen zijn (oppervlakkige of spierinvasieve) urotheelcarcinomen. Roken, schistosomiasis en blootstelling aan aromatische amines zijn de voornaamste risicofactoren.
- De latentietijd is groot; de meeste patiënten zijn ouder dan 60 jaar.
- Hematurie, irritatie bij het plassen of obstructie van de hogere urinewegen zijn meestal de eerste aanwijzingen; cystoscopie is de gouden standaard voor de diagnose.
- De behandeling is in eerste instantie chirurgisch en bestaat, afhankelijk van het tumorstadium, uit transurethrale resectie of uit radicale cystectomie met blaasvervangende therapie.
- Radiotherapie heeft een plaats bij patiënten die niet voor chirurgie in aanmerking komen, en als adjuvante therapie. De plaats van chemotherapie is zeer beperkt.
- Ook bij oppervlakkige urotheelcarcinomen is het risico op progressie aanwezig. De meeste patiënten blijven dan ook jarenlang, zoal niet levenslang, onder controle.
- Carcinoma in situ is geen premaligne aandoening, maar een hooggradig oppervlakkig urotheelcarcinoom met grote kans op spierinvasieve progressie, dat levenslange controle behoeft.

5-10 E/μl) moet bevestigd worden met sedimentonderzoek. Indien binnen enkele weken twee van de drie urinemonsters positief zijn, kan men spreken van aanhoudende microscopische hematurie. Er is sprake van macroscopische hematurie wanneer met het blote oog bloed in de urine zichtbaar is, dit is ongeveer bij 0,5 ml bloed in 50 ml urine.

Hematurie kan ook een vasculaire, glomerulaire of interstitiële oorzaak hebben, of het gevolg zijn van urotheelschade door bijvoorbeeld een infectie, zware lichamelijke inspanning, trauma, urolithiasis of bestraling. Bij patiënten met microscopische hematurie is de kans dat er een maligniteit gevonden wordt 0-8,9%, bij patiënten onder de 40 jaar 0-1,7%. Bij macroscopische hematurie is de kans op een maligniteit 10-24%, onder de 40 jaar 1-10%. Alle patiënten met hematurie moeten daarom in eerste instantie een verwijzing krijgen naar de uroloog.⁴

Soms zijn de eerste tekenen van een blaascarcinoom irritatie bij het plassen (vaak blijkt het dan om een CIS te gaan) of obstructie van de hoge urinewegen. Dit laatste kan het gevolg zijn van een lokaal gevorderde tumor.

In de diagnostiek is de cystoscopie van oudsher de gouden standaard. Fotodynamische diagnostiek (PDD) en *narrow band imaging* (NBI) zijn nieuwe beeldvormende technieken die de cystoscopie ondersteunen en het stellen van de diagnose (met name bij CIS) verbeteren.⁵ PDD maakt gebruik van blauw licht en een speciale vloeistof in de blaas, NBI van een smalle bandbreedte in het blauwe en groene spectrum zonder speciale blaasvulling. Beide technieken verhogen het contrast van de mucosa en de vaatstructuren in de blaas, zodat afwijkingen in het blaasslijmvlies eerder of duidelijker zichtbaar worden en de biopsie of resectie gericht kan plaatsvinden. Men hoopt hiermee het grote aantal recidieven te kunnen verminderen.

Ook de cytologie, het onderzoek naar maligne cellen in de urine, levert een bijdrage aan de diagnose. Nadeel is de lage sensitiviteit (17-75%), maar de specificiteit is hoog (85-100%). Onderzoek naar andere diagnostische markers in de urine, zoals NMP22, methylatiemarkers en blaastumorantigeen (BTA), heeft nog geen betrouwbare resultaten opgeleverd. Deze markers worden daarom niet routinematig gebruikt.⁶

CHIRURGISCHE BEHANDELING

Niet-spie rinvasief urotheelcarcinoom (Ta, T1, CIS)

De behandeling en follow-up van niet-spie rinvasieve tumoren hangen af van de stadiëring (histologie en graad). De meest uitgevoerde behandeling is een complete transurethrale resectie van de blaastumor (TUR). Bij deze ingreep worden alle tumoren verwijderd en wordt ook spier in het preparaat opgenomen om de spie rinvasiviteit te kunnen beoordelen. Aan de hand van het tumorweefsel kan men de kans op recidief en progressie bepalen en de patiënt indelen naar laag, intermediair of hoog risico.

Als er sprake blijkt te zijn van een Ta-tumor zal op de TUR binnen 24 uur een eenmalige spoeling met mitomycine C volgen. Dit verkleint de kans op een recidief van 48% (TUR alleen) naar 37% (TUR plus eenmalige spoeling).⁷

Bij een T1-tumor of CIS zal de TUR gevolgd worden door een reeks blaasspoelingen met mitomycine C dan wel BCG-vaccin. Het vaccin bevat *Bacillus Calmette-Guérin*, een verzwakte tuberkelbacil die in de blaas een immuunreactie opwekt. Deze spoelingen, mits langdurig gegeven, verminderen de kans op recidieven en, belangrijker nog, de kans op progressie.⁸ Er is wel kans op bijwerkingen, lokaal (frequente pijnlijke mictie, hematurie) of systemisch (koorts, lever- en longontstekingen), en op allergische reacties (pijn in gewrichten, zwelling van de oogleden). Men probeert nog steeds de effectiviteit van deze blaasspoelingen te verbeteren, onder andere met een combinatie van chemotherapie, intravesicale instillatie en hyperthermie, maar of dit effectief is, staat nog niet vast.⁹

Follow-up

Omdat bij blaastumoren het risico op progressie naar een spie rinvasieve tumor groot is, moet de controle ook intensief zijn. Dat wil zeggen cystoscopie volgens een vast schema, soms onder narcose om bipten uit de blaas te kunnen nemen. De follow-up bij niet-spie rinvasieve urotheelcarcinomen duurt tien jaar. Vindt men een recidieftumor, dan wordt deze opnieuw operatief verwijderd en wordt aan de hand van de histologie het vervolgtraject bepaald.

Bij een CIS zal de follow-up levenslang duren. Bij tumoren met intermediair of hoog risico zal naast de cystoscopieën om de één à twee jaar een CT-scan of MRI van de hoge urinewegen gemaakt worden.

Op de website www.eortc.be staan risicotabellen waarmee men aan de hand van tumorspecifieke kenmerken de recidiefkans en de kans op progressie kan uitrekenen.¹⁰ De kans op recidief binnen één jaar is 15-61%, de kans op progressie 0,2-17%.⁸

Spie rinvasief urotheelcarcinoom (T2 en hoger)

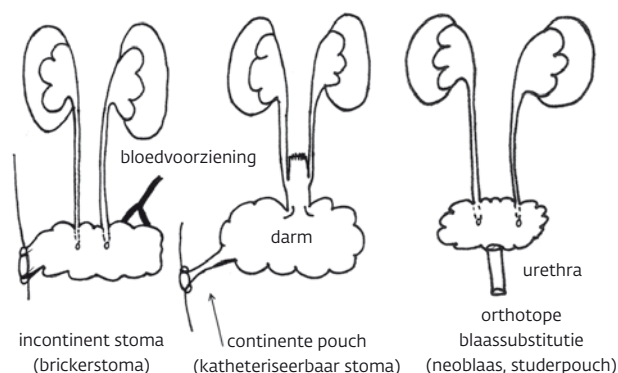
Radicale cystectomie

Bij spie rinvasieve blaastumoren verricht de chirurg, mits er geen uitzaaiingen zijn aangetoond, een in opzet curatieve radicale cystectomie. Bij de man worden daarbij behalve de blaas ook de prostaat en de zaadblaasjes verwijderd. De chirurg zal daarbij proberen de zenuwbundels rondom de prostaat te sparen zodat erecties mogelijk blijven. Bij de vrouw worden naast de blaas ook uterus en cervix verwijderd. De ovaria blijven in

Abstract

Van de Kamp MW, De Reijke THM. Treatment of non-metastatic bladder cancer. *Huisarts Wet* 2013;56(5):232-6.

Bladder cancer is a relatively common form of cancer and is in most cases due to urothelial carcinoma. Some risk factors, one of which is smoking, have been identified. Haematuria is a symptom and cystoscopy the gold standard for diagnosis. Most patients are older than 60 years. Treatment is stage dependent (superficial or muscle invasive). In the case of superficial bladder cancer, transurethral resection is performed, followed by bladder washing. In the case of muscle-invasive tumours, radical cystectomy and bladder replacement are usually performed, often followed by external or internal radiotherapy and occasionally chemotherapy.

Figuur Anatomie van blaasvervangende therapieën

situ. In alle gevallen verwijdert de chirurg ook de bekkenlymfeklieren om te controleren of de ziekte gemetastaseerd is. Gebleken is dat deze procedure de overleving kan verbeteren. De cystectomie kan zowel open als laparoscopisch plaatsvinden, soms met robotassistentie.

Na een radicale cystectomie volgt direct een blaasvervangende therapie. Er zijn drie opties: een incontinent stoma (uretero-ileocutaneostomie, 'brickerstoma'), een continen-

pouch (katheteriseerbaar stoma) of orthotope blaassubstitutie (neoblaas, 'studerpouch') [figuur]. Bij de keuze, die gemaakt wordt in overleg met de patiënt, spelen leeftijd, comorbiditeit, abdominale chirurgische voorgeschiedenis en therapietrouw een rol.

Bij het incontinent urostoma worden de ureters aangesloten op een geïsoleerd stuk dunne darm (10-15 cm), waarvan het andere uiteinde als stoma naar buiten voert. Bij de continente pouch dient een geïsoleerd stuk dunne darm (50 cm) als reservoir waarop de ureters met een antirefluxmechanisme worden aangesloten. Het andere uiteinde van de darm voert als stoma naar buiten, met een klepmechanisme om het geheel continent en katheteriseerbaar te maken. Bij orthotope blaassubstitutie maakt de chirurg van een geïsoleerd stuk dunne darm (50 cm) een reservoir en sluit daarop de urethra en ureters aan.

Ook is er retrospectief onderzoek gedaan naar de gevolgen van een partiële in plaats van radicale cystectomie. De partiële ingreep is alleen mogelijk bij de selecte groep die een enkelvoudige, niet te grote tumor in het mobiele deel van de blaas heeft. Hieruit kwamen geen grote verschillen naar voren in de periode tot recidief-op-afstand en in de ziektespecifieke overleving. Er is echter wel een grote kans op lokale intravesicale recidieven. Verder prospectief onderzoek is wenselijk.¹¹

Tabel 1 Vijfjaarsoverleving van curatief behandeld spierinvasief urotheelcarcinoom¹⁸

Therapie	Stadiëring	Vijfjaarsoverleving	Opmerking
Radicale cystectomie	pT2	72-81%	
	pT3	35-58%	
	pT4	28-44%	
EBRT	≥ T2	32-58%	
EBRT + cisplatine	T2-T4	45-62%	Indien er sprake was van een complete remissie. Chemoradiatie verhoogt de vijfjaarsoverleving tot 48% ten opzichte van 35% bij alleen EBRT ¹²
Brachytherapie	T1G3-T2	48-73%	Bij een combinatie van chirurgie, EBRT en brachytherapie is de vijfjaarsoverleving 62% ¹³

EBRT = uitwendige radiotherapie (external beam radiotherapy). pT = tumorstadium op basis van pathologisch onderzoek. G = tumorgradering op basis van histologie.

Tabel 2 Voor- en nadelen van (blaasvervangende) therapieën bij spierinvasief urotheelcarcinoom

Therapie	Voordelen	Nadelen
Incontinent urostoma ('brickerstoma')	betrouwbaar en effectief	cosmetisch niet mooi levenslange controle nodig langetermijncomplicaties: stomaproblemen (20%) dilataties van hoge urinewegen (30%)
Continente pouch	continent	ureterstricturen/obstructie incontinentie problemen met katheteriseren door klepmechanisme hoog percentage re-interventies
Orthotope blaassubstitutie (neoblaas, 'studerpouch')	continent	nachtelijke incontinentie residuvorming waardoor zelfkatheterisatie nodig is (op de lange termijn 50%)
Radiotherapie	op de lange termijn 80-90% goed functionerende blaas minder erectieproblematiek	radiatiecystitis, al dan niet met hematurie of recidiverende urineweginfecties enteritis/proctitis langetermijncomplicaties: 2% schrompelblaas recidieftumoren

Tabel 3 Aandachtspunten voor de huisarts

Therapieën	Aandachtspunten	Advies
Alle blaasvervangende therapieën	wondinfectie	cave abcesvorming, overleg met uroloog
	elektrolytstoornissen (metabole acidose)	bloedcontrole en bij afwijkingen contact met uroloog
	chronische progressieve nierinsufficiëntie	analyse door uroloog/nefroloog, geen NSAID's voorschrijven
	acute flankpijn	cave obstructie, controle retentie, contact uroloog
	koorts verdacht voor urineweginfectie	urinekweek afnemen, overleg uroloog*
	riekende urine	symptoomloos, zo laten; bij koorts/pijn kweken*
Incontinent stoma	vlokkerige urine	urostoma/pouch/neoblaas/ spoelen met katheter en NaCl/fluidmucil
	urostomaproblemen	contact stomaverpleegkundige
Continente pouch	huidproblemen rond urostoma	contact stomaverpleegkundige, eventueel ander materiaal proberen, eventueel verzorgende zalf/crème
	incontinentie	controle residu, incontinentie- of stomamateriaal aanschaffen
	acute retentie	katheter plaatsen in pouch en contact uroloog
	problemen met katheteriseren	contact stomaverpleegkundige
Orthotope blaas	pouchruptuur	direct contact uroloog
	pijn onderbuik, niet geprikkeld	controle residuvorming, eventueel eenmalige katheterisatie na mictie, zo nodig urine kweken
	nachtelijke incontinentie	cave overloopblaas, incontinentiemateriaal aanschaffen, 's nachts gaan plassen
Radiotherapie	moeizame mictie	cave retentie; bekkenbodempysiotherapie (her)starten, bij aanhoudende problemen contact uroloog voor start zelfkatheterisatie
	recidiverende urineweginfecties	bij positieve kweek antibiotica op basis van kweek
	dysurie	bij negatieve kweek analgetica en >2 l/dag drinken
	frequente aandrang	bij negatieve kweek eventueel anticholinergicum
	enteritis/proctitis	gezonde voeding, drinkadvies, overleg MDL-arts
Chemotherapie	hematurie	afhankelijk van ernst; indien persisterend, stolselvorming of retentie dan contact uroloog; > 2 l/dag drinken
	koorts > 38,5 °C	contact oncoloog
	hematurie	afhankelijk van ernst; indien persisterend, stolselvorming of retentie dan contact uroloog; > 2 l/dag drinken
Palliatie	botpijn	uitsluiten pathologische fracturen; eventueel pijnstillende radiotherapie overwegen; analgetica
	acute flankpijn	uitsluiten obstructie hoge urinewegen overleg uroloog
	neurologische zwakte ledematen	contact neuroloog, myelumcompressie als gevolg van (bot)metastase(n) uitsluiten

* Urinestick niet bijdragend voor eventueel diagnostiek, alleen bij ziek zijn urine kweken.

CHEMO- EN RADIOTHERAPIE

Als patiënten niet voor een radicale cystectomie in aanmerking komen – vanwege comorbiditeit, een slechte *performance status* of omdat ze zelf kiezen voor een andere behandeling – is een in opzet curatieve radiotherapie te overwegen. De vijfjaarsoverleving van patiënten met een spierinvasief blaascarcinoom is 35% bij uitwendige radiotherapie (*external beam radiotherapy*, EBRT) en 48% bij uitwendige radiotherapie in combinatie met chemotherapie.¹²

Na radiotherapie, al dan niet in combinatie met chemotherapie, kan in 10-40% van de gevallen alsnog een lokaal oppervlakkig of spierinvasief recidief optreden. In geval van een solitaire T1G3- of T2-tumor van beperkte omvang (< 5 cm) is ook brachytherapie (inwendige bestraling) mogelijk. Die behandeling duurt ongeveer drie dagen en wordt voorafgegaan door chirurgische plaatsing van katheters rond de tumor om de iridiumdraden te kunnen opvoeren. De vijfjaarsoverleving na een combinatie van uitwendige radiotherapie en brachytherapie is ongeveer 62%.¹³

Het grote voordeel van radiotherapie is dat de patiënt over het algemeen een goed functionerende blaas behoudt, een na-deel is de grotere kans op al dan niet oppervlakkige recidieven in de blaas.

Het is nog niet duidelijk welke plaats chemotherapie heeft in de behandeling van blaascarcinoom. Uit meta-analyses blijkt wel een overlevingsvoordeel wanneer de chirurgische behandeling gecombineerd wordt met chemotherapie, maar of alle patiënten er baat bij hebben is nog de vraag.¹⁴ Er zijn onderzoeken waaruit blijkt dat neo-adjuvante chemotherapie (voorafgaand aan de operatie) de mediane overleving met ongeveer dertig maanden kan verlengen.¹⁵ Andere onderzoeken laten zien dat adjuvante chemotherapie na radicale cystectomie de tienjaarsoverleving verhoogt van 30% naar 36%.¹⁶

In het geval van een gemetastaseerde ziekte is palliatieve chemotherapie een optie. Een op cisplatine gebaseerde combinatietherapie, bestaande uit MVAC (methotrexaat, vinblastine, doxorubicine, cisplatine) of uit gemcitabine/cisplatine, is dan meestal de aangewezen behandeling. De mediane over-

leving van deze palliatieve therapie bedraagt ongeveer 12-14 maanden.¹⁷ Omdat in dit artikel echter alleen het niet-gemetastaseerde carcinoom wordt beschreven, gaan wij er hier niet verder op in.

Prognose

De vijfjaarsoverleving na een radicale cystectomie is afhankelijk van de pathologische stadiëring (pT en pN). Zoals blijkt uit [tabel 1] zijn de resultaten voor cystectomie beter dan na bestraling. Dit komt onder andere door de negatieve patiëntenselectie: de patiënten die radiotherapie kregen, kwamen vaak niet in aanmerking voor cystectomie vanwege ernstige comorbiditeit of hoge leeftijd. [Tabel 2] beschrijft de voor- en nadelen en de kans op complicaties.

Follow-up

De follow-up na radicale cystectomie bestaat uit beeldvormend onderzoek van de hoge urinewegen en controle op lokale recidieven met CT of MRI. Tevens zullen patiënten na een orthotopie blaassubstitutie gecontroleerd worden op continentie en eventuele residuvorming. Als zij incontinent zijn, krijgen zij bekkenbodetherapie en als zij de neoblaas niet voldoende leeg kunnen plassen, krijgen zij training in zelfkatheterisatie. Bij erectiele disfunctie bekijkt men de medicamenteuze dan wel chirurgische mogelijkheden.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Een urothelcarcinoom van de blaas is goed te behandelen, mits opgespoord in een vroeg stadium en gevolgd door intensieve controles. Roken is de grootste risicofactor. Macroscopische hematurie moet altijd geëvalueerd te worden door de uroloog en cystoscopie blijft voorlopig de gouden standaard voor diagnostiek.

Het niet-spierinvasieve urothelcarcinoom is een dure ziekte, aangezien men de patiënt lange tijd moet volgen en verschillende aanvullende behandelingen nodig zijn.

Voor spierinvasieve blaascarcinomen zijn verschillende blaasvervangende en blaassparende therapieën mogelijk. De chirurg zal deze samen met de patiënt zorgvuldig afwegen. De aandachtspunten voor de huisarts zijn weergegeven in [tabel 3]. ■

Dit nascholingsartikel is een aflevering in de serie 'Oncologie'.

LITERATUUR

- 1 Takkouche B, Etminan M, Montes-Martínez A. Personal use of hair dyes and risk of cancer: A meta-analysis. *JAMA* 2005;293:2516-25.
- 2 Azoulay L, Yin H, Filion KB, Assayag J, Majdan A, Pollak MN, et al. The use of pioglitazone and the risk of bladder cancer in people with type 2 diabetes: Nested case-control study. *BMJ* 2012;344:e3645.
- 3 Hovius MC, Beckers GMA, Bex A, Demir AY, Van der Molen AJ, Van der Poel H, et al. Richtlijn Hematurie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Urologie, 2010. <http://www.nvu.nl/en-us/kwaliteit/richtlijnen.aspx>, geraadpleegd maart 2013.
- 4 Edwards TJ, Dickinson AJ, Natale S, Gosling J, McGrath JS. A prospective analysis of the diagnostic yield resulting from the attendance of 4020 patients at a protocol-driven haematuria clinic. *BJU Int* 2006;97:301-5.
- 5 Cauberg Evelynne CC, De la Rosette JJ, De Reijke TM. Emerging optical techniques in advanced cystoscopy for bladder cancer diagnosis: A review of the current literature. *Indian J Urol* 2011;27:245-51.
- 6 Anastasiadis A, Cordeiro E, Bus MT, Alivizatos G, De la Rosette JJ, De Reijke TM. Follow-up procedures for non-muscle-invasive bladder cancer: an update. *Expert Rev Anticancer Ther* 2012;12:1229-41.
- 7 Sylvester RJ, Oosterlinck W, Van der Meijden AP. A single immediate postoperative instillation of chemotherapy decreases the risk of recurrence in patients with stage Ta T1 bladder cancer: a meta-analysis of published results of randomized clinical trials. *J Urol* 2004;171:2186-90.
- 8 Sylvester RJ, Van der Meijden AP, Oosterlinck W, Witjes JA, Bouffieux C, Denis L, et al. Predicting recurrence and progression in individual patients with stage Ta T1 bladder cancer using EORTC risk tables: A combined analysis of 2596 patients from seven EORTC trials. *Eur Urol* 2006;49:466-75.
- 9 Colombo R, Da Pozzo LF, Salonia A, Rigatti P, Leib Z, Baniel J, et al. Multicentric study comparing intravesical chemotherapy alone and with local microwave hyperthermia for prophylaxis of recurrence of superficial transitional cell carcinoma. *J Clin Oncol* 2003;21:4270-6.
- 10 EORTC Risk tables for predicting recurrence and progression in individual patients with stage Ta T1 bladder cancer Brussel: EORTC, 2006. <http://www.eortc.be/tools/bladdercalculator>, geraadpleegd maart 2013.
- 11 Knoedler JJ, Boorjian SA, Kim SP, Weight CJ, Thapa P, Tarrell RF, et al. Does partial cystectomy compromise oncologic outcomes for patients with bladder cancer compared to radical cystectomy? A matched case-control analysis. *J Urol* 2012;188:1115-9.
- 12 James ND, Hussain SA, Hall E, Jenkins P, Tremlett J, Rawlings C, et al. Radiotherapy with or without chemotherapy in muscle-invasive bladder cancer. *N Engl J Med* 2012; 366:1477-88.
- 13 Koning CC, Blank LE, Koedooder C, Van Os RM, Van de Kar M, Jansen E, et al. Brachytherapy after external beam radiotherapy and limited surgery preserves bladders for patients with solitary pT1-pT3 bladder tumors. *Ann Oncol* 2012;23:2948-53.
- 14 Meeks JJ, Bellmunt J, Bochner BH, Clarke NW, Daneshmand S, Galsky MD, et al. A systematic review of neoadjuvant and adjuvant chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer. *Eur Urol* 2012;62:523-33.
- 15 Grossman HB, Natale RB, Tangen CM, Speights VO, Vogelzang NJ, Trump DL, et al. Neoadjuvant chemotherapy plus cystectomy compared with cystectomy alone for locally advanced bladder cancer. *N Engl J Med* 2003;349:859-66.
- 16 Griffiths G, Hall R, Sylvester R, Raghavan D, Parmar MK. International phase III trial assessing neoadjuvant cisplatin, methotrexate, and vinblastine chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer: Long-term results of the BA06 30894 Trial. *J Clin Oncol* 2011;29:2171-7.
- 17 De Wit R. New developments in chemotherapy for metastasized bladder cancer. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:2412-7.
- 18 Witjes JA, Feller N, Hamelers-Paulus HWG, Aben K, Battermann JJ, Bekkers M, et al. Richtlijn diagnostiek, behandeling en follow-up van het urothelcarcinoom van de blaas. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra, 2008. <http://www.oncoline.nl/urothelcarcinoom-van-de-blaas>, geraadpleegd maart 2013.

Tijdschrift voor praktijkondersteuning

In het april verscheen het tweede nummer van 2013 van het *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*. In dit nummer onder meer aandacht voor nieuwe diabetesmiddelen, bewegen bij COPD, statines, en het ontstaan en de ontwikkeling van de praktijkondersteuning.

Nieuwe diabetesmiddelen: aanwinst of niet?

Er is veel belangstelling voor diabetes, onder andere bij farmaceuten die hard werken aan nieuwe medicijnen. Bas Houweling besteedt aandacht aan twee nieuwe groepen bloedglucoseverlagers: de DPP-4-remmers en de GLP-1-analogen. Hij concludeert dat klassieke diabetesgeneesmiddelen bewezen goede resultaten hebben bij gestructureerde diabeteszorg en dat van nieuwe diabetesgeneesmiddelen de effecten op lange termijn nog onbekend zijn. Beter oud en vertrouwd dus, dan nieuw en onbekend. Behalve als die klassieke middelen te weinig helpen of als er bijwerkingen of contra-indicaties zijn. Dan is zo'n nieuw middel de overweging waard. Verder is volgens Houweling belangrijk dat elk geneesmiddel afzonderlijk beoordeeld wordt en niet als geneesmiddelgroep. Binnen dezelfde groep medicijnen kunnen sommige middelen bijvoorbeeld bijwerkingen hebben en andere niet.

Bewegen essentieel bij COPD

Voor COPD-patiënten is het belangrijk om te bewegen, maar het is vaak lastig om deze groep daadwerkelijk in beweging te krijgen. Alleen een beweegadvies volstaat meestal niet. Fysiotherapeut Cor Zagers raadt aan om de ambivalentie en motivatie met de patiënt te bespreken, zodat eventuele drempels weggenomen kunnen worden. Verder adviseert hij door te verwijzen naar een fysiotherapeut met COPD-aantekening, waarbij een beweegadvies op maat altijd onderdeel is van de evaluatie.

Ontstaan en ontwikkeling van de praktijkondersteuning

In oktober 2012 verscheen de uitgave *Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's)*, klaar voor de toekomst? van het Nivvel. Deze uitgave ligt ten grondslag aan een artikelenreeks over het ontstaan en de ontwikkeling van de praktijkondersteuning. Het eerste deel beschrijft onder meer de opkomst van de praktijkondersteuning en de ontwikkeling die deze functie inmiddels heeft door-

beroertes. Scheltens benadrukt daarbij het belang om altijd naar de individuele patiënt te kijken: wat is de kans op hart- en vaatziekten bij deze persoon, wat zijn de specifieke omstandigheden en wat is de mening van de patiënt zelf? Verder gaat zij in op het libidenmetabolisme, de werkzaamheid van statines, statines bij hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of reuma, statines bij patiënten zonder deze ziekten, behandeling, bijwerkingen en interacties.



Van smetplek tot samenwerking

Verder in dit nummer een bijdrage in de rubriek Euvels over smetplekken/intertrigo, een aandoening die praktijkondersteuners nogal eens onder ogen krijgen. Goede hygiëne is hierbij belangrijk. Uit een Deens onderzoek naar de relatie tussen opleiding, inkomen en hoge bloeddruk blijkt dat mensen met hypertensie die langer onderwijs hebben genoten en een hoger inkomen hebben, bij controles vaak een betere bloeddruk hebben dan mensen met hypertensie die minder lang onderwijs kregen en een lager inkomen hebben. Tot slot pleit Raedelijnnmedewerkster Gertrud van Burgsteden voor samenwerking met andere disciplines. Vanuit de ROS Raedelijnn in Utrecht heeft zij de opkomst

en ontwikkeling van de praktijkondersteuning volop meegemaakt. Van Burgsteden concludeert dat er een grote stap is gezet in het multidisciplinair samenwerken en vindt dat een goede zaak. ■

Statines nader beschouwd

Tjarda Scheltens gaat in dit nascholingsartikel in op het inzetten van statines. Zoals bekend verlagen statines het cholesterol en daardoor de kans op fatale en niet-fatale hartinfarcten en

gemaakt. Interessant is het bijgeleverde cijfermateriaal: in 2011 bedroeg het aantal huisartsenpraktijken met praktijkondersteuning 75%; in 2001 was dit slechts 6%. Verder zijn er regionale verschillen: het percentage praktijkondersteuners is het hoogst in de provincies Utrecht, Noord-Brabant en Limburg en het laagst in Groningen en Gelderland.

Het *Tijdschrift voor praktijkondersteuning* verschijnt tweemaandelijks en kost € 77,00 per jaar. Heeft uw praktijkondersteuner nog geen abonnement? Vraag een proefexemplaar aan en bezoek ook eens de website www.tijdschrift-praktijkondersteuning.nl. Meer informatie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum bv, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon (030) 6383736, www.bsl.nl.

Snurken en het slaapapneusyndroom

INLEIDING

Vrijwel iedereen snurkt wel eens bij een verkoudheid of na het drinken van alcohol. Er zijn echter grote verschillen in de mate waarin mensen snurken. Voor de partner kan snurken uitermate hinderlijk zijn en de nachtrust verstoren. Het snurken kan ook voor de persoon zelf tot klachten leiden, zoals moeheid en slaperigheid overdag. In een dergelijke situatie kan snurken een symptoom van het slaapapneusyndroom zijn.

Op het spreekuur stellen patiënten geregeld vragen over snurken. De huisarts moet dan goed nagaan of hij te maken heeft met een hinderlijke klacht of met een aandoening die (grote) gevolgen voor de patiënt heeft. In deze bijdrage maken we duidelijk wat het verschil is tussen gewoon snurken en het slaapapneusyndroom, en hoe huisartsen het onderscheid kunnen maken. Ook gaan we in op de belangrijkste adviezen die huisartsen bij deze aandoeningen kunnen geven.

SNURKEN EN APNEU'S

In verreweg de meeste gevallen is er sprake van *benigne* of *primaire* snurken. In sommige gevallen kunnen bij hevig en zwaar snurken echter ademhalingsstilstanden voorkomen. Voor de partner kan dit zeer beangstigend zijn. In combinatie met klachten overdag, zoals onbegrepen moeheid of extreme slaperigheid, kunnen deze verschijnselen een aanwijzing zijn voor het bestaan van het obstructieve slaapapneusyndroom (OSAS).¹

De criteria en definitie van snurken zijn niet geheel eenduidig. Snurken valt onder de 'slaapgerelateerde ademha-

lingsproblemen' (*sleep disordered breathing*). Dit is een grote verzameling verschijnselen, variërend van primair snurken tot het OSAS. Primair snurken geeft geen veranderingen in het slaappatroon en in de zuurstofsaturatie, terwijl dat bij OSAS wel het geval is.

Snurken is behalve een sociaal probleem met soms verregaande gezins- en relatieproblemen, ook een gezondheidsprobleem. Snurkende patiënten komen doorgaans alleen op het spreekuur als de bedpartner er over klaagt en dit voor de bedpartner zelfs een reden is om in een aparte slaapkamer te slapen. Het geproduceerde snurkgeluid kan immers soms oplopen tot een sterkte van 50 tot 70 decibel, wat overeenkomt met het geluid van een stofzuiger. Relatieproblemen en verstoorde sociale activiteiten (slapen tijdens vakanties) kunnen het gevolg zijn, soms zelfs met echtscheiding tot gevolg.

Soms gaat het snurken gepaard met ademstilstanden. Men spreekt van apneu's indien deze adempauzes 10 seconden of langer duren.² Hypopneu's betreffen een verminderde respiratiediepte, gecombineerd met een daling van de zuurstofsaturatie. De apneu-index (AI) is het aantal apneu's per uur slaap; de apneu-hypopneu-index (AHI) is het aantal apneu's en hypopneu's per uur. Met spreekt van een lichte vorm van OSAS bij een AHI van 5-15 apneu's van meer dan 10 seconden per uur, over matige OSAS bij 15-30 en over een ernstige vorm bij een AHI > 30 per uur slaap. Klassiek is de beschrijving van een apneupatiënt die na een ademstilstand met een luidruchtige start weer begint te ademen.

PATHOFYSIOLOGIE

Er zijn verschillende factoren die bijdragen tot het ontstaan van snurken. De palatum-, tong- en farynxmusculatuur hebben een functie bij het openhouden van de luchtwegen tijdens de inspiratoire fase van de ademhalingscyclus. Wanneer de spiertonus ter plaatse onvoldoende en/of de luchtweg te nauw is, kan snurken optreden [figuur 1]. De tong zakt naar achteren onder invloed van de zwaartekracht en vibreert tegen het

Samenvatting

Knuistingh Neven A, Eijsvogel MMM. Snurken en het slaapapneusyndroom. *Huisarts Wet* 2013;56(5):238-47.

Snurken is in de meeste gevallen een onschuldig verschijnsel, maar soms is het een symptoom van het obstructieve slaapapneusyndroom (OSAS). Kenmerkend voor OSAS zijn behalve snurken ook het voorkomen van ademhalingsstilstanden en slaperigheid overdag. OSAS kan tot grote problemen leiden. Het is voor de huisarts dus essentieel om onderscheid te maken tussen onschuldig, primair snurken en OSAS. Verwijzen naar de tweede lijn dient te geschieden indien verdere diagnostiek en behandeling van OSAS nodig is. Primair snurken is men met conservatieve maatregelen te behandelen. Bij een aantal patiënten zijn mandibulaire repositieapparatuur (MRA) of kno-ingrepen noodzakelijk. Een effectieve oplossing bij OSAS is de toepassing van continuus positive airway pressure (CPAP). MRA is een bruikbaar alternatief.

De kern

- Het is van belang om onderscheid te maken tussen onschuldig primair snurken en het obstructieve slaapapneusyndroom (OSAS). Snurken is in de meeste gevallen een hinderlijk sociaal probleem.
- Kenmerkend voor OSAS is het trias snurken, slaperigheid of moeheid overdag en ademstops.
- Snurken moet men primair met conservatieve maatregelen behandelen; soms zijn kno-ingrepen of intraorale, mechanische hulpmiddelen (mandibulaire repositieapparatuur (MRA) een oplossing.
- Voor de behandeling van OSAS is continuus positive airway pressure (CPAP) de eerste keus; MRA is tweede keus.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog. Medisch Spectrum Twente, Enschede: M.M.M. Eijsvogel, longarts, voorzitter CBO-commissie Richtlijn Diagnostiek en behandeling van het obstructieve slaapapneusyndroom bij volwassenen • Correspondentie: A.Knuistingh_Neven@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De drie essentiële vragen bij verdenking OSAS

Snurkt u?

Hebt u last van slaperigheid overdag?

Zijn er ademstops (vastgesteld door uw bedpartner)?

zachte palatum, uvula en farynx. Dit gebeurt vooral in rugligging. De spiertonus neemt af tijdens de diepe slaapfasen en vooral tijdens de REM-slaap. Alcohol en hypnotica kunnen dit effect versterken, net als hypothyreoïdie en neurologische aandoeningen. Diverse mechanische afwijkingen kunnen de luchtpassage in de oro- en hypofarynx beperken: grote tonsillen, een vergroot adenoid, vetweefsel in de farynx bij obesitas, een relatief te grote tong bij retro- en micrognathie, en acromegalie. Septumafwijkingen, neuspoliepen en tumoren kunnen eveneens bijdragen tot het ontstaan van snurken.

Beperking van de neuspassage veroorzaakt een toename van de negatieve druk tijdens de inspiratie, zodat het effect op de slappe farynxweefsels groter wordt dan normaal. Dit verklaart waarom personen die normaal niet snurken, dit bij een rinitis wel doen.

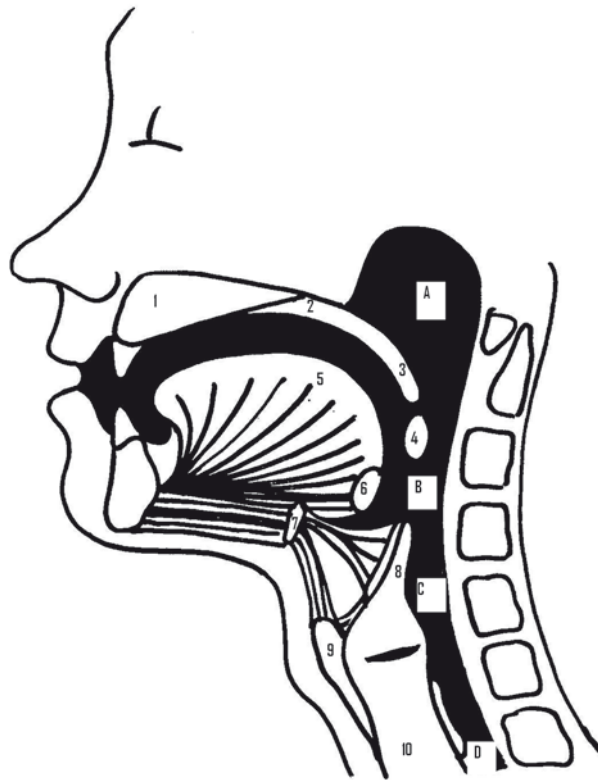
EPIDEMIOLOGIE

Snurken komt frequent voor. Uit eigen onderzoek bleek dat 37,8% van de mannen ouder dan 35 jaar drie of meer nachten per week snurkt. In de leeftijdsgroep van 50-64 jaar is het percentage het grootst (43,5 procent), daarna neemt het om niet geheel bekende redenen weer af.³ Van de groep snurkende mannen bleek bijna de helft deze gewoonte zelfs dagelijks of bijna dagelijks te hebben. We kunnen hen dus met recht habituele snurkers noemen. Bij vrouwen komt snurken veel minder vaak voor. Bij vrouwen van 50 jaar en ouder blijkt 20,1% drie of meer nachten per week te snurken, terwijl we 13,3% eveneens tot de groep habituele snurkers kunnen rekenen.

De prevalentie van een evident slaapapneusyndroom is in ons land bij mannen van 35 jaar en ouder ten minste 0,45%.⁴ Dit komt overeen met cijfers uit Zweden en Engeland.^{5,6} Onderzoek in de Verenigde Staten kwam op 4% van de mannen en 2% van de vrouwen.⁷ In dit onderzoek definieerde men OSAS echter veel ruimer en was er sprake van selectiebias. Uit epidemiologisch onderzoek komt ook naar voren dat er bij OSAS-patiënten een verhoogd risico is op cardiovasculaire aandoeningen (hypertensie, CVA, angina pectoris en myocardinfarct).²

DIAGNOSTIEK

Het is essentieel om onderscheid te maken tussen primair (benigne) snurken en het slaapapneusyndroom, aangezien het laatste ernstige gezondheidsrisico's met zich meebrengt. De typische patiënt met een OSAS is adipeus, snurkt luid, waarbij de bedpartner ademstops heeft waargenomen, vertoont een ogenschijnlijk goede slaap met toch slaperigheid overdag, wat al of niet gepaard gaat met ochtendhoofdpijn en dutjes overdag. Bij deze patiënten is sprake van een hoge AHI bij polysomnografie.² OSAS komt echter ook voor bij niet-adipeuze patiënten, bij minder uitgesproken klachten en een lagere

Figuur 1 De neus-keelholte

1. palatum durum; 2. palatum molle; 3. uvula; 4. tonsilla palatina; 5. tong; 6. tonsilla linguae; 7. hyoid; 8. epiglottis; 9. thyroid; 10. trachea. A. nasofarynx; B. orofarynx; C. laryngofarynx; D. oesofagus

AHI. Andere mogelijke klachten zijn prikkelbaarheid, concentratiestoornissen, wakker worden met verstikkingsgevoelens, nachtzweeten en droge mond bij het ontwaken.

De anamnese is de sleutel tot de diagnose. De huisarts dient de mate van het snurken na te gaan en te informeren naar klachten van slaperigheid of moeheid overdag. Te denken valt aan het in slaap vallen tijdens vergaderingen, tijdens het autorijden of onder het tv-kijken. Tevens moet men vragen naar het bestaan van ademstilstanden (hetero-anamnese van de bedpartner). Omgekeerd kan onbegrepen slaperigheid

Abstract

Knuistingh Neven A, Eijsvogel MMM. Snoring and sleep apnoea syndrome. *Huisarts Wet* 2013;56(5):238-41.

In most cases, snoring is a harmless phenomenon, but sometimes it is a symptom of obstructive sleep apnoea (OSA) syndrome. Other features of OSA are respiratory arrest and daytime sleepiness. As OSA can lead to major problems, it is essential for the general practitioner to distinguish between innocent, primary snoring and OSA syndrome. Referral to secondary care is indicated if further diagnostic testing and treatment of OSA are required. Primary snoring can be treated conservatively, but some patients may need a mandibular advancement device (MAD) or ENT surgery. OSA syndrome can be treated effectively with continuous positive airway pressure (CPAP), but MAD is a useful alternative.

overdag en of onbegrepen moeheid een aanwijzing zijn voor het slaapapneusyndroom [kader].

Bij lichamelijk onderzoek inspecteert de huisarts de keel-, neus- en mondholte, bekijkt de anatomie van de onderkaak, bepaalt het gewicht, meet de bloeddruk, gaat de cardiovasculaire status na en vraagt bij een vermoeden van hypothyreoïdie een TSH-bepaling aan.

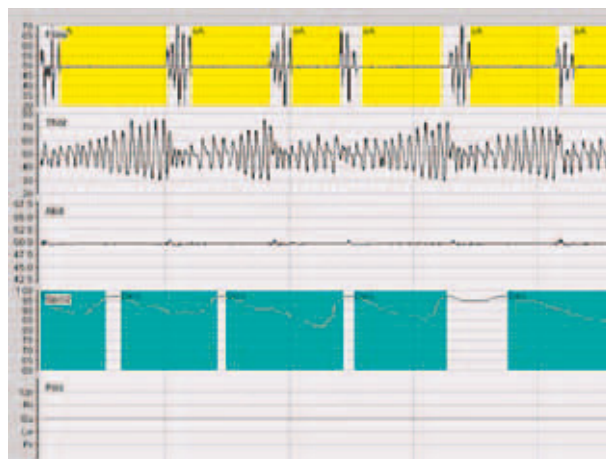
Indien de bedpartner tijdens het snurken ademstilstanden vaststelt en/of de patiënt vertelt dat er overdag sprake is van slaperigheid en moeheid, is er een verdenking op het bestaan van het slaapapneusyndroom. Verwijzing naar een (slaap)specialist (longarts, neuroloog of kno-arts) is dan nodig voor verdere diagnostiek. Thuisregistratie van de ademhaling, waarmee men apneus en hypopneus kan vaststellen, kan men vanuit de kliniek organiseren. Tegenwoordig zijn er meetinstrumenten beschikbaar die behalve de ademhaling ook het hartritme en de zuurstofsaturatie van het bloed meten [figuur 2].⁸ Indien er mogelijk sprake is van het slaapapneusyndroom, moet de kno-arts de structuren van de bovenste luchtwegen al dan niet met scopie inspecteren, om eventuele obstructies en vernauwingen op te sporen.

BEHANDELING VAN SNURKEN

Adviezen

Zware snurkers hebben vaak zelf al verscheidene vrij verkrijgbare middelen geprobeerd alvorens ze de gang naar de huisarts maken. Neusstrips en orale lubricantia blijken echter niet effectief te zijn.^{9,10} Primair snurken moet men in eerste instantie conservatief behandelen. Hierbij valt te denken aan afvallen bij obesitas, vermindering van alcohol en sedativa, stoppen met roken, vermijden van rugligging tijdens het slapen, behandeling van eventuele allergieën en decongestiva ter verbetering van de neuspassage. Houdingsafhankelijk OSAS treedt per definitie nagenoeg alleen op in rugligging. Diverse

Figuur 2 Polygrafieregistratie van een OSAS-patiënt



Flow = airflow, Thor. = thoraxexcursie, Abd. = abdomenexcursie, SpO2 = zuurstofsaturatie, Pos. = slaaphouding (hier niet geregistreerd).

Figuur 3 Continuous positive airway pressure



kleine apparaten en positiebanden met schuimrubber zijn thans verkrijgbaar en verdringen langzaam de grove tennisbal (een op de nachtkleding genaaide tennisbal ter hoogte van de scapula) als houdingstherapie voor snurken en OSAS. Ook met combinaties van nasale decongestiva en een gunstige slaaphouding heeft men significante verbeteringen bereikt.¹¹

Hulpmiddelen

Wanneer bovenstaande maatregelen geen effect hebben, kan men bij sommige patiënten mechanische hulpstukken in de mond plaatsen.¹² Mandibulaire repositieapparatuur (MRA) is met succes toegepast [figuur 3]. MRA maakt de bovenste luchtwegen ruimer doordat de tongbasis, epiglottis en palatum molle naar voren worden gehouden. Tevens activeert de apparatuur de palatum-, tong- en farynxmusculatuur, waardoor de weerstand van de bovenste luchtwegen afneemt. Uit onderzoek blijkt dat patiënten MRA vaak moeilijk accepteren.¹³

Chirurgische interventies

De kno-arts kan na grondig onderzoek chirurgische correctie overwegen. Nieuwe technieken, zoals de laser-assisted uvulopalatoplastiek (LAUP) en somnoplastiek, hebben de mutilerende en obsolete uvulofaryngopalatoplastiek (UPPP) vervangen.¹⁴ Bij de LAUP maakt men door middel van een laser verticale inkepingen in het palatum, aan weerszijden van de uvula. De uvula kort men vervolgens aanzienlijk in. De procedure vindt plaats onder plaatselijke verdoving en wordt indien nodig na vier tot zes weken herhaald. Somnoplastiek is een relatief nieuwe techniek waarbij men onder plaatselijke verdoving door lokale verhitting verlittekening veroorzaakt van het palatum molle, wat vibratie vermindert. De somnoplastiek is vanwege het geringe invasieve karakter minder pijnlijk dan andere chirurgische technieken.

BEHANDELING VAN OSAS

Voor de behandeling van OSAS is een aantal mogelijkheden beschikbaar. We onderscheiden conservatieve en specifieke maatregelen, zoals MRA, continuus positive airway pressure (CPAP) en chirurgische ingrepen. Bij CPAP-therapie wordt lucht via de neus ingeblazen om de luchtwegen open te houden [figuur 4]. De conservatieve adviezen, bijvoorbeeld gewichtsreductie, zijn uiteraard dezelfde als bij (ernstig) snurken. Bij lichte vormen van OSAS kan de huisarts deze maatregelen eerst adviseren. Er is overigens geen gecontroleerd onderzoek bekend dat deze maatregelen bij OSAS goed onderbouwt.¹⁵ Houdingstherapie is thans onderwerp van veel onderzoek, waarbij de eerste resultaten met bovenbeschreven apparaatjes positief zijn.¹⁶ De langetermijn-compliance is echter nog onvoldoende onderzocht. Intranasale corticosteroiden blijken effectief te zijn bij OSAS-patiënten met rinitis.¹⁷

De kno-arts kan obstructies en vernauwingen opheffen.¹⁸ De eerder genoemde nieuwe technieken, zoals de LAUP en somnoplastiek, hebben een plaats bij licht (AHI 5-15) tot matig OSAS (AHI 15-30).² Wanneer bovenstaande maatregelen geen effect hebben, kunnen sommige patiënten een behandeling krijgen met MRA.¹⁹ De effectiviteit van MRA- en CPAP-therapie is vergelijkbaar bij lichte tot matige vormen van OSAS (AHI < 30). De eerste keus bij een evident klinisch OSAS (AHI > 30) is de CPAP-behandeling.² CPAP-therapie is effectiever gebleken dan een placebo en intra-orale hulpstukken.²⁰ Tweede keus zijn intra-orale hulpstukken. Deze blijken eveneens effectief te zijn met betrekking tot de slaperigheid overdag, hoewel de bewijskracht beperkt is. Indien de patiënt de CPAP niet verdraagt, is intra-orale therapie een alternatief.

VERWIJZEN NAAR DE TWEEDE LIJN

Er zijn twee redenen om snurkers te verwijzen. Indien het snurken sociaal zeer storend is, is een verwijzing naar de kno-arts geïndiceerd. Als de anamnese op een mogelijk OSAS wijst, dan is verwijzing eveneens aangewezen. In ons land houden echter verschillende specialisten (longartsen, kno-artsen,

neurologen) zich bezig met OSAS. In de meeste gevallen zal men naar de longarts verwijzen. Indien het slaapprobleem gecompliceerder is, zal het soms nodig zijn om (eventueel via de longarts en/of kno-arts) naar een gespecialiseerd slaapcentrum te verwijzen.

CONCLUSIE

Snurken komt vooral bij mannen veel voor. Het is van belang onderscheid te maken tussen benigne of primair snurken en OSAS. In verreweg de meeste gevallen is er sprake van benigne snurken. In alle gevallen van snurken (zowel bij benigne snurken als bij OSAS) zijn conservatieve adviezen nuttig. Bij een (mogelijk) OSAS is verwijzing geïndiceerd. ■

LITERATUUR

- 1 Van Dijk FS, Knuistingh Neven A, Eekhof JAH. Kleine kwalen. Snurken. Huisarts Wet 2006;49:98-100.
- 2 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van het obstructievelaapapneusyndroom bij volwassenen. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2009.
- 3 Knuistingh Neven A. Het slaapapneusyndroom in de huisartspraktijk. [proefschrift] Rijksuniversiteit Leiden. Delft: Eburon, 1996.
- 4 Knuistingh Neven A, Middelkoop HA, Kemp B, Kamphuisen HA, Springer MP. The prevalence of clinically significant sleep apnoea syndrome in The Netherlands. Thorax 1998;53:638-42.
- 5 Gislason T, Almquist M, Eriksson G, Taube A, Boman G. Prevalence of sleep apnea syndrome among Swedish men: an epidemiological study. J Clin Epidemiol 1988;41:571-6.
- 6 Stradling JR, Crosby JH. Predictors and prevalence of obstructive sleep apnoea and snoring in 1001 middle aged men. Thorax 1991;46:85-90.
- 7 Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. N Engl J Med 1993;328:1230-5.
- 8 Eijssvogel MMM. Het obstructief slaapapneusyndroom (OSAS). Mod Med 2010;34:342-7.
- 9 Meoli AL, Rosen CI, Kristo D, et al. Clinical practice research committee, American Academy of Sleep Medicine. Nonprescription treatments of snoring and obstructive sleep apnea: an evaluation of products with limited scientific evidence. Sleep 2003;26:619-24.
- 10 Michaelson PG, Mair EA. Popular snore aids: Do they work? Otolaryngol Head Neck Surg 2004;130:649-58.
- 11 Braver HM, Block AJ. Effect of nasal spray, positional therapy and the combination thereof in the asymptomatic snorer. Sleep 1994;17:516-21.
- 12 Stradling JR, Negus TW, Smith D, Langford B. Mandibular devices for the control of snoring. Eur Respir J 1998;11:447-50.
- 13 Marklund M, Stenlund H, Franklin KA. Mandibular advancement devices in 630 men and women with obstructive sleep apnea and snoring: tolerability and predictors of treatment success. Chest 2004;125:1270-8.
- 14 Bäck LJ, Hytönen ML, Roine RP, Malmivaara AO. Radiofrequency ablation treatment of soft palate for patients with snoring: a systematic review of effectiveness and adverse effects. Laryngoscope 2009;119:1241-50.
- 15 Shneerson J, Wright JJ. Lifestyle modification for obstructive sleep apnoea. Cochrane Database Syst Rev 2001;1:CD002875 (update published 2009).
- 16 Van Maanen JP, Meester KA, Dun LN. The sleep position trainer: a new treatment for positional obstructive apnoea. Sleep Breath 2012;DOI:10.1007/s11325-012-0764-5.
- 17 Kiely JL, Nolan P, McNicholas WT. Intranasal corticosteroid therapy for obstructive sleep apnea in patients with co-existing rhinitis. Thorax 2004;59:50-5.
- 18 Sundaram S, Lim J, Lasserson T. Surgery for obstructive sleep apnoea in adults. Cochrane Database Syst Rev 2005;4:CD001004 (update published 2009).
- 19 Hoekema A, Stegenga B, Bart LGM de. Efficacy and co-morbidity of oral appliances in the treatment of obstructive sleep apnea-hypopnea: a systematic review. Crit Rev Oral Biol Med 2004;15:137-55.
- 20 Giles TL, Lasserson TJ, Smith B, White J, Wright JJ, Cates CJ. Continuous positive airways pressure for obstructive sleep apnoea in adults. Cochrane Database Syst Rev 2006; 3:CD001106 (update published 2008).

Figuur 4 Mandibulaire repositieapparatuur



'Ik ben door mijn onderzoek een betere huisarts geworden'

Elders in dit nummer kunt u de nieuwe NHG-Standaard Somatische onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) lezen. Op dit onderwerp promoveerde Tim olde Hartman eind 2011, met zijn proefschrift *Persistent medically unexplained symptoms in primary care. The patient, the doctor and the consultation*. In een interview vertelt hij over zijn onderzoeksbevindingen en de manier waarop deze zijn blik op het huisartsenvak hebben veranderd.

RCT met harde klinische diagnose...

Gevraagd naar de aanleiding tot het onderzoek vertelt Olde Hartman: 'Ik studeerde geneeskunde in Rotterdam en toen ik met mijn afstudeeronderzoek

bezig was, liep daar de eerste aiotro rond. Ik dacht: dat wil ik ook! Maar ik wilde terug naar het oosten van het land en kwam zo in Nijmegen terecht, waar ze dit onderwerp voor me hadden.'

Eigenlijk wilde Olde Hartman een geheel andere insteek van zijn onderzoek. 'Ik wilde een RCT doen, met een harde klinische diagnose! Ik kwam dus bij iets volledig tegenovergestelds uit. Maar omdat SOLK zo vaak voorkomen, wilde ik dit onderzoek toch wel doen, en dat bleek heel goed uit te pakken. Ik ben nog steeds erg blij dat het over dit onderwerp is gegaan en ik ben daarvoor ook een betere dokter geworden. Ik ben anders naar het vak gaan kijken: de kracht van de huisarts zit 'm niet in het technische deel maar in de arts-patiëntrelatie en -communicatie.'

Onterechte vooroordelen

'Zo'n tien jaar geleden zagen we aan de hand van literatuuronderzoek dat dokters een verkeerde beeldvorming bij SOLK-patiënten hebben', vervolgt Olde Hartman. 'Allereerst linken ze de klachten aan psychiatrische en persoonlijkheidsproblematiek. Ten tweede hebben ze het idee dat de patiënten hen onder druk zetten om medische interventies uit te voeren. En ten derde denken ze dat patiënten de link tussen hun klachten en psychosociale problematiek niet zien, of daar in elk geval niet over willen praten. Maar die drie dingen zijn niet waar. Want die link met psychosociale problematiek is lang niet altijd duidelijk. Bovendien blijkt dat de patiënt niet vraagt om medische interventies, maar dat de dokter die zelf aanbiedt vanuit het idee dat dat de wens van de patiënt is; het is dus de dokter die somatiseert. En dat de patiënten niet willen praten over achterliggende psychosociale problematiek klopt ook al niet, want die geven tijdens het consult allerlei signalen en hints die de arts niet oppikt. Ik chargeer in mijn onderwijs altijd heel sterk dat deze drie vooroordelen onjuist zijn, want dokters moeten af van die verkeerde beeldvorming. Die staat een goede begeleiding in de weg.'

Een luisterend oor

Als de patiënt geen medische interventies wil, waar heeft die dan wel behoefte aan? Olde Hartman: 'Patiënten willen support, een luisterend oor, een meelevende arts. Die mensen hebben klachten, en het doet er niet toe of die nou verklaard of onverklaard zijn. Ik ga altijd samen met de patiënt op zoek naar een verklaring. Soms is dat een diagnose of ziekte; soms is er iets anders wat speelt. Het strikte medische model past niet bij de huisartsensetting. Die heeft wel zijn nut in de tweede lijn, maar niet bij ons. De wereld is complexer dan de weg van klacht naar diagnose naar behandeling. Ik kan heel goed een behandeling geven zonder een duidelijke diagnose te hebben.'

Modellen in je rugzak

Het zit 'm volgens Olde Hartman dus allemaal in een goede communicatie en relatie met de patiënt. 'We hebben huisartsen gevraagd waar ze tegenaan lopen bij patiënten met SOLK. Die zeggen allemaal dat een goede uitleg nodig is, en tegelijkertijd dat ze niet weten hoe ze die uitleg moeten geven. Maar eigenlijk is het gek dat huisartsen dat zo moeilijk vinden, want wij vonden wel twaalf verklaringsmoedellen in de literatuur. Kennelijk zijn die onvoldoende bekend. In mijn onderwijs ga ik hier dus heel uitgebreid op in en we oefenen de communicatie in groepjes. Je moet als huisartsen namelijk een aantal manieren van uitleg in je rugzak hebben, zodat je aangepast aan de patiënt en diens situatie er de juiste woorden aan kunt geven.

Heeft Olde Hartman ook voorbeelden van dergelijke benaderingswijzen? 'Dat kan bijvoorbeeld een metafoor zijn, zoals de overbelaste lift. Of het filter tussen brein en lichaam dat soms wat meer en soms wat minder afgesloten is. Ook vicieuze cirkels kun je heel goed aan mensen uitleggen. Overigens zijn er ook diverse modellen in de nieuwe standaard beschreven. Hoe dan ook, er is niet één ei van Columbus; je moet je benadering altijd aanpassen aan de patiënt tegenover je. En dat kan pas nadat je ook de klachten en angsten van de



patiënt goed hebt geëxploreerd en diens eigen gedachten daarover. Die exploratie is heel belangrijk. We hebben gekeken hoe huisartsen dat doen in het consult en dat laat nog wel eens te wensen over. Wel laten ze de patiënt goed uitpraten; ze geven daarbij veel ruimte en hebben duidelijk een luisterend oor. Maar ze zijn te weinig gericht op de angsten en zorgen, terwijl je dat inzicht juist nodig hebt om een goede uitleg te kunnen geven. Als je weet dat een patiënt vanwege een overleden oom bang is voor darmkanker, kun je hem geruststellen dat hij dat niet heeft. Maar bij een patiënt die niet die angst heeft, hoeft je het daar niet over te hebben.'

Het consult als medicijn

De consulten van huisartsen met SOLK-patiënten verlopen volgens Olde Hartman vaak te ongestructureerd. 'Er moet meer gefocust worden op de koppeling tussen exploratie en uitleg. Want dat is wat de patiënt wil: uitleg. Het SCEGS-model* is daarbij handig. Als je een gunstige prognose en heldere uitleg kunt geven, is dat een positief consult. En dat maakt een groot deel van het succes van je behandeling uit, want zo'n positief consult geeft al veel klachtenreductie. Dat is ook een van de redenen waarom wij als huisartsen zo effectief zijn. Ook jonge collega's moeten het belang daarvan leren zien, want onderzoek heeft aangetoond dat een patiënt met een goede relatie met zijn arts veel minder vaak voor dezelfde klachten opnieuw op het spreekuur komt, en dat is ook zo bij harde somatische klachten. Dus die arts-patiëntrelatie bepaalt in heel sterke mate of jij als huisarts al dan niet effectief bent. Het is jammer dat daar zo weinig onderzoek naar is gedaan, terwijl het volgens mij de kern van ons vak is. Onze kracht zit niet in ziektespecifieke maar in deze meer generieke aspecten.'

Nog veel meer onderzoek!

Olde Hartman staat niet alleen in zijn meningen en dit onderwerp vormt dan ook een nieuw op te zetten onderzoekslijn in Nijmegen. 'Die ben ik nu aan het

uitwerken, maar het is uiteraard een lastig onderwerp voor onderzoek en bovendien is het moeilijk om het gefinancierd te krijgen. We steken met onderzoek altijd heel ziektespecifiek in, maar we zouden het daar niet in moeten zoeken. Want het is toch interessant dat een patiënt met een verkoudheid die een empathische dokter tegenkomt, minder klachten heeft en korter ziek is. Dat is hard aangetoond in onderzoek. Zo ook zijn patiënten met bijvoorbeeld COPD of diabetes beter ingesteld als ze een empathische arts hebben. En er zijn nog wel meer van dergelijke fenomenen die we moeten onderzoeken, omdat ze de kracht van de huisartsgeneeskunde nog verder kunnen onderbouwen. De verwachtingen van de patiënt zijn bijvoorbeeld buitengewoon belangrijk voor het beloop van de klachten. Mensen met cardiovasculaire ziekten leven korter als ze negatieve verwachtingen over het beloop hebben; dat is hard aangetoond. Dus wat gebeurt er dan als je die verwachtingen aanpakt? Zal de patiënt dan langer leven? Naar dit soort non-specifieke effecten van het consult willen we nader onderzoek doen. Zo ook hebben we in eerder onderzoek gezien dat artsen die bij patiënten met depressie de standaard volgden, het beter deden dan de artsen die dat niet deden. Maar nader onderzoek toonde aan dat alleen artsen die én de standaard volgden én een goede arts-patiëntrelatie hadden effectief waren. Ook dat is hard aangetoond. Het is dus belangrijk dat jonge huisartsen zich hiervan heel goed bewust zijn.'

SOLK: alleen maar leuk

Het is duidelijk dat Olde Hartman erg enthousiast is over dit onderwerp. Berekent dit nu ook dat hij het contact met zijn eigen SOLK-patiënten altijd alleen nog maar leuk vindt? 'Ik heb echt heel weinig last van mijn SOLK-patiënten; ik ben eigenlijk alleen maar nieuwsgierig. Ik wil begrijpen hoe het zit en als dat niet meteen lukt, laat ik de patiënt eens in de twee tot vier weken terugkomen met de boodschap: "Ik wil kijken hoe het dan met je gaat!" Huisartsen

doen dat gewoonlijk niet, maar je laat op deze manier zien dat je echt geïnteresseerd bent in de ander en de patiënt voelt zich gehoord.'

Maar heeft die aanpak ook resultaten? 'Ja, volgens mij wel. De patiënten zijn tevreden met de zorg en naar mijn idee doven de klachten ook uit. Veel huisartsen hebben de neiging te zeggen dat ze hier geen tijd voor hebben, maar ik denk dat de patiënten terug blijven komen als je het niet zo aanpakt. Dus ja, ik investeer wel veel tijd, maar dat verdien ik later dubbel en dwars terug. Ik weet namelijk bijna zeker dat het op langere termijn veel tijd scheelt, en ook irritatie trouwens. Maar bovenal vind ik mijn werk veel leuker zo.'

Na de promotie

Het is alweer geruime tijd geleden dat Olde Hartman promoveerde. Wat is hij daarna gaan doen naast praktiseren in het fraaie nieuwe gezondheidscentrum in Nijmegen-Noord? 'Ik ben de eerste auteur van de NHG-Standaard SOLK en daarin zijn ook veel van de resultaten van mijn onderzoek terug te vinden. Bovendien ben ik nog verbonden aan het UMC St Radboud, waar ik voorzitter ben van het Nijmeegse monitoring project, een netwerk van elf academische huisartsenpraktijken. En zoals gezegd, samen met Peter Lucassen ben ik bezig de onderzoekslijn over non-specifieke aspecten in het consult uit te werken. En daarnaast zijn er natuurlijk nóg wel honderdduizend dingen!' ■

Ans Stalenhoef

**SCEGS staat voor Somatisch, Cognitief, Emotioneel, Gedragmatig, Sociaal*



Gerookt vlees

Piepend zit mevrouw Jurrens voor me. Haar ogen kijken me onrustig aan. Vlassig haar, diepe groeven rond haar mond en de geur van tabak om haar heen. Ze verdwijnt bijna in haar grote trenchcoat en wijde spijkerbroek. In haar hand heeft ze een plastic tas, hierin bewaart ze haar medicijnen. Die gebruikt ze eigenlijk nooit want die dingen werken toch niet. Anders zou ze hier niet zitten. Ze gaat liever niet naar de dokter. 'Rookt u?' vraag ik terwijl ik de saturatiemeter op haar geelverkleurde vinger zet. 'Nou... vandaag... even... niet,' antwoordt ze puffend. Ondertussen pak ik de voorzetkamer en de medicijnen. Ze neemt een paar diepe halen. Dat lucht op. Vandaag werken de medicijnen dan toch een beetje. Met een recept in haar hand loopt mevrouw Jurrens naar buiten. Ik zie haar morgen weer terug.

Op een gemiddelde werkdag heb ik minstens drie tot vier consulten waarbij roken een rol speelt. Tijdens sommige van deze consulten probeer ik dit te bespreken. Nu het stoppen weer wordt vergoed willen patiënten steeds vaker een stoppoging wagen. Ze hopen

er met een tabletje vanaf te komen. Of ze hebben hoge verwachtingen van de begeleiding bij het stoppen, omdat de buurvrouw zo enthousiast was over die leuke praktijkondersteuner. En stoppen met roken levert de patiënt ook geld op. De gemiddelde roker is toch zo'n 30 euro per week kwijt aan zijn verslaving. Maar niet iedereen mag klakkeloos worden doorgestuurd voor een afspraak. Laatst lieten de praktijkondersteuners duidelijk weten dat alleen gemotiveerde mensen een afspraak konden krijgen. Ze hadden geen zin om tijd en energie te investeren in patiënten die er zelf niets voor willen doen. Aan de huisarts de taak om de gemotiveerde patiënten eruit te halen.

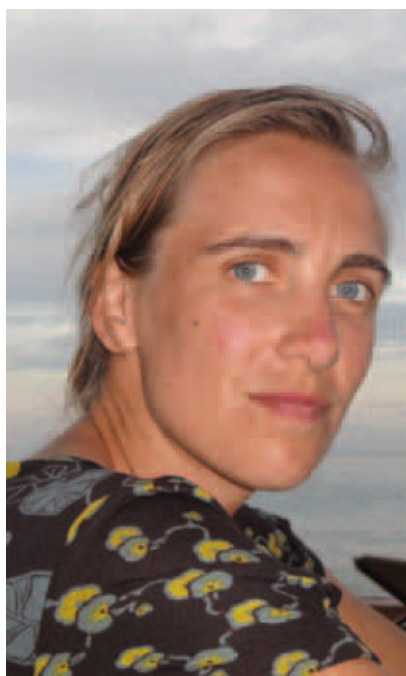
Dit vind ik een lastige taak. Niet bij alle patiënten. Niet bij de patiënten die zelf willen stoppen. Maar wel bij diegenen bij wie ik het onderwerp ter sprake breng. Wanneer patiënten te kennen geven niet te willen stoppen, of geen zin hebben erover te praten, krijg ik vaak een gewetensconflict. Want als dokter vind ik dat ik over het onderwerp moet doorgaan, mijn patiënten goed moet voorlichten en ze moet adviseren om te stoppen. Maar tegelijkertijd vind ik het ook betuttelend. Omdat ik mijn plicht als dokter wil nakomen ga ik regelmatig toch door over het onderwerp. Dan volgt er vaak een discussie waarin ik pal tegenover de patiënt kom te staan. De patiënt die niet wil stoppen tegen de dokter die dat heel onverstandig vindt. Dit levert nooit meer op dan een spreekkamer vol frustraties.

Ik besprak dit met een collega. Die zei dat ik mijn doel moest aanpassen. Ik moest niet zo gefocust zijn om die patiënt aan het stoppen te krijgen. Het is veel leuker en effectiever om te achterhalen waarom die patiënt rookt. Wat is de motivatie om WEL te roken? Wanneer je dat weet, begrijp je veel beter wat het voor de patiënt betekent wanneer hij stopt. Daarmee kom je naast de patiënt te staan. Ik moest meer bezig zijn met het begrijpen in plaats van het overtuigen van de patiënt. Het klonk allemaal erg logisch. Ik besloot deze vraag de aankomende weken aan iedere rokende patiënt te stellen. Ik kreeg de

meest uiteenlopende en verrassende antwoorden. De ene patiënt rookt omdat hij anders niet kan poepen, een andere omdat ze er zo dun van blijft. Weer een ander omdat hij dankzij het roken even naar buiten kan wanneer de spanning thuis te hoog oploopt. De beste reden was die van een patiënt die ooit had gelezen dat hij minder snel dement zou worden door te roken. Waar hij dat had gelezen wist hij niet meer. Maar de meeste patiënten hebben eigenlijk geen flauw idee waarom ze roken. Ze doen het gewoon. Na hun verhalen houd ik meestal even mijn mond. En tot mijn verbazing gebruikt een enkeling die stilte om te vertellen dat hij eigenlijk weleens zou willen stoppen.

Laatst zag ik mevrouw Jurrens weer. Ze had haar exacerbatie overwonnen en kon weer in volzinnen spreken. De benauwdheid was zo goed als weg. Alleen die irritante hoest wilde maar niet overgaan. Het leek me een goed moment om het roken te bespreken. Mevrouw Jurrens wist ook niet waarom ze rookte. Op de vraag of ze misschien zou willen stoppen antwoordde ze resoluut: 'Nee zeg dokter, waarom zou ik?! Gerookt vlees blijft langer goed!' Ze kon er zelf nog het hardst om lachen. ■

Siri Visser



Siri Visser is derdejaars aios en bijna aios af.



KENNISTOETS: VRAGEN

Bij de heer De Bruin, 56 jaar, zijn bij een oriënterend bloedonderzoek voor een keuring in verband met zijn verzekering afwijkende transaminasewaarden gevonden (ALAT 110 U/l en ASAT 90 U/l). De heer De Bruin heeft geen klachten. Hij gebruikt geen medicijnen en drinkt geen alcohol. Bij lichamelijk onderzoek vindt de aios geen afwijkingen. De kans op een virushepatitis is inmiddels serologisch ook uitgesloten. De aios besluit de heer De Bruin onder controle te houden en laat na een maand het bloedonderzoek herhalen. In een leergesprek bespreken opleider en aios deze casus. De opleider geeft aan dat herhalen van het bloedonderzoek na een maand te snel is.

1. De opleider heeft gelijk.

De opleider vraagt wat de aios zou doen als de transaminasewaarden niet dalen. De aios zegt dat in dat geval (1) een echo van de lever geïndiceerd is en (2) bloedonderzoek op nuchter glucose en het lipidspectrum.

2. Het onderzoek na (1) is correct.

3. Het onderzoek na (2) is correct.

Bij Jan, 7 jaar, heeft de huisarts de diagnose functionele urine-incontinentie gesteld (dysfunctional voiding). Hij legt de moeder van Jan uit dat urine-incontinentie ontstaat omdat Jan niet goed reageert op aandrang, hierdoor ontstaat er (1) een chronische aanspanning van de bekkenbodemspieren, waardoor Jan gaat persen tijdens het plassen. De huisarts adviseert Jan (2) de plas zo lang mogelijk op te houden. Hij vertelt dat hij persen moet voorkomen (3) door bijvoorbeeld te blazen tijdens het plassen.

4. De bewering na 1 is correct.

5. Het advies na 2 is correct.

6. Het advies na 3 is correct.

Op het spreekuur komt de heer De Jong, 49 jaar en stratenmaker van beroep, met harde plekjes op de huid van zijn schedeldak, die geleidelijk groter zijn geworden. Bij onderzoek ziet de huisarts vlakke, ruw aanvoelende, (1) schilferende plekjes van (2) 1 cm groot met een rode hof op de onbehaarde hoofdhuid. De huisarts stelt de diagnose actinische keratose.

7. De bij (1) genoemde efflorescentie past bij deze diagnose.

8. De bij (2) genoemde grootte van de laesie past bij deze diagnose.

9. Bij deze diagnose is de langdurige blootstelling aan uv-straling een etiologische factor.

Naar aanleiding van een calamiteit op de huisartsenpost evalueren twee huisartsen de volgende casus:

De heer Yilmaz, 66 jaar, belde de huisartsenpost met pijn bij ademhaling en benauwdheid. Deze klachten waren een half uur geleden begonnen. Huisarts A sprak een visite af met urgentie U3. Huisarts B was na een uur ter plaatse. De heer Yilmaz bleek ernstig ziek en benauwd. Huisarts B stuurde hem direct in. Diezelfde avond overleed de heer Yilmaz aan, naar later bleek, een longembolie. Beide artsen zijn het er tijdens de evaluatie over eens dat hier sprake is van een 'calamiteit': een foutieve triage met een onverwachte en fatale afloop. Huisarts A stelt dat een calamiteit als deze wettelijk verplicht gemeld moet worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

10. Huisarts A heeft gelijk.

De antwoorden staan op pagina 252.

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.

Het obese kind

WAT IS HET PROBLEEM?

Obesitas bij kinderen komt steeds meer voor en brengt gezondheidsrisico's met zich mee. Hoewel misschien niet alle huisartsen een centrale rol voor zichzelf zien weggelegd in de aanpak van obesitaspatiënten, zien de overheid en ook de NHG-Standaard Obesitas deze rol wel.¹ De huisarts wordt geacht obesitas bij kinderen te signaleren en de aanpak hiervan te bespreken, ongeacht de reden van het spreekuurbezoek.

WAT MOET IK WETEN?

Momenteel is ongeveer 2% van de Nederlandse kinderen obees. Voor kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst ligt dit percentage fors hoger (6 tot 8,5%). In 1980 was het aantal kinderen met obesitas in Nederland nog 0,5%.

Obesitas gaat al op de kinderleeftijd gepaard met een verhoogd risico op comorbiditeit. Net als bij volwassenen is er een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen. Daarnaast komen ook astma en gewrichtsaandoeningen meer voor. Kinderen met obesitas hebben een slechtere lichamelijke conditie. Dit leidt tot een vicieuze cirkel van minder bewegen, meer gewichtstoename en een verdere afname van de conditie. Ook worden zij vaker gepest en rapporteren ze een slechtere kwaliteit van leven. Obese kinderen hebben een verhoogd risico om obese volwassenen te worden en te overlijden op een relatief jonge leeftijd.

Overgewicht en obesitas worden vastgesteld met de Body Mass Index (BMI). Voor kinderen zijn internationaal geaccepteerde leeftijds- en geslachtsspecifieke afkapwaarden vastgesteld.

Ouders herkennen het gewichtsprobleem vaak niet. Een recente review laat zien dat van de kinderen met overgewicht bijna 63% van de ouders aangeeft dat hun kind een normaal gewicht heeft.² Ook artsen kunnen obesitas op het oog niet altijd herkennen.

Het effect van de behandeling van obesitas is beperkt. Er is bewijs dat een multidisciplinaire aanpak (met de componenten bewegen, voeding en psychologische begeleiding) het beste werkt en in de eerste lijn kan worden uitgevoerd. Over de exacte effectgrootte, langetermijneffecten en welke kinderen het meest baat hebben bij behandeling is nog onduidelijkheid.

WAT MOET IK DOEN?

Het beleid is gericht op diagnosticeren en bespreken/behandelen. Signaleer allereerst obesitas tijdig. Dus meet en weeg het kind bij een vermoeden van obesitas, ongeacht de reden van het consult. Bereken de BMI en bepaal de gewichtsstaa-

tus (een BMI-calculator doet dit automatisch, www.nhg.org/BMI). Bespreek de uitslag met het kind en de ouders als er sprake is van obesitas. Houd er rekening mee dat ouders zich wellicht niet bewust zijn van het forse overgewicht. Bij de behandeling gaat de voorkeur uit naar een multidisciplinaire aanpak met een diëtist, fysio- of bewegtherapeut en maatschappelijk werk/opvoedondersteuning. De behandeling kan plaatsvinden onder leiding van de huisarts als deze voldoende deskundig is, toegang heeft tot de groeicurven van het kind en er sprake is van een structurele samenwerking met bovengenoemde partijen. Is de multidisciplinaire aanpak in uw regio niet voorhanden, kijk dan samen met het kind en de ouders welke aspecten het eerst moeten worden aangepakt. Verwijs door naar de kinderarts bij verdenking op een onderliggende oorzaak, zoals een neurologische aandoening of syndroom, en bij obesitas graad 3 (dit komt overeen met een BMI > 40 bij volwassenen).

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat er sprake is van obesitas en dat dit niet goed is voor de gezondheid van het kind. Bespreek dat de oorzaak doorgaans ligt in een verstoorde energiebalans van meer energie-inname dan verbruik. Vertel ouders en kinderen dat een gezonde leefstijl gezondheidswinst geeft, ook als het kind niet direct gewicht verliest. Afvallen is niet gemakkelijk. Het heeft tijd nodig en het kind heeft hulp nodig van de gehele omgeving, dus van ouders, familie en ook van school. Omdat kinderen nog groeien, is gewichtsafname niet altijd noodzakelijk en kan gewichtsbehoud voldoende zijn omdat de lengte nog toeneemt en de BMI dan zal afnemen. Geef ouders en kinderen de NHG-Patiëntenbrief Obesitas bij kinderen mee. Geef eventueel ook de NHG-Patiëntenbrieven Voedingsadviezen bij overgewicht en Bewegingsadviezen bij overgewicht mee. ■

LITERATUUR

- 1 Van Binsbergen JJ LF, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijstee R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Van Avendonk MJP. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts Wet 2010;53:609-25.
- 2 Rietmeijer-Mentink M, Paulis WD, Van Middelkoop M, Bindels PJ, Van der Wouden JC. Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. Matern Child Nutr 2013;9:3-22.

Paniekaanval

WAT IS HET PROBLEEM?

Een paniekaanval kenmerkt zich door een intense angst die onverwacht en acuut opkomt en binnen tien minuten een piek bereikt. Daarbij treden vier of meer van de volgende verschijnselen op: trillen of beven, transpireren, misselijkheid of maagklachten, pijn of een onaangenaam gevoel op de borst, hartkloppingen, benauwdheid of het gevoel te stikken, tintelingen of dove gevoelens, opvliegers, duizeligheid, gevoelens van derealisatie of depersonalisatie en de angst om dood te gaan, gek te worden of de controle te verliezen.

Door schaamte en angstvermijdend gedrag komen patiënten vaak pas laat in beeld. Ook benoemen en herkennen patiënten paniekaanvallen niet altijd als zodanig. Zij richten zich dan op de lichamelijke verschijnselen, wat voor de huisarts misleidend kan zijn.

WAT MOET IK WETEN?

Naast lichamelijke klachten kunnen ook frequent consulteren of niet samenhangende, wisselende of onverklaarde lichamelijke klachten op paniekaanvallen wijzen. Van elke 14 volwassene krijgt er één tussen zijn 18^e en 65^e paniekaanvallen. Paniekaanvallen kunnen erg op somatische aandoeningen lijken, zoals hartritmestoornissen, pneumothorax, astma of hyperthyreoïdie. Het is verraderlijk dat paniekaanvallen ook samen met somatische aandoeningen voorkomen of erdoor veroorzaakt kunnen worden.

Een paniekstoornis kenmerkt zich door recidiverende, niet-voorspelbare paniekaanvallen, waarbij de patiënt tussen de aanvallen door bang is een nieuwe paniekaanval te krijgen. Naast abnormale angst is er dan aanhoudend subjectief lijden en/of belemmering van het sociaal functioneren. Een op de drie mensen met paniekaanvallen heeft een paniekstoornis, maar ook bij andere angststoornissen en depressies kunnen paniekaanvallen optreden. Daarnaast hebben mensen met paniekaanvallen een verhoogd risico op alcoholmisbruik en een verhoogd suïciderisico.

Wat betreft de behandeling is er vooral evidence over paniekstoornissen: zelfhulp met minimale begeleiding en internet-based interventies zijn effectief als eerste stap. Kortdurend (tot een week) kunnen benzodiazepinen nuttig zijn zoals bij aanvang van de behandeling met een SSRI, maar de kans op afhankelijkheid is groot. In de vervolgbehandeling is cognitieve gedragstherapie minstens zo effectief als farmacotherapeutische behandeling. Bij de medicamenteuze behandeling zijn SSRI's eerste keus vanwege hun relatieve veiligheid.

WAT MOET IK DOEN?

Contact maken, de vraag verhelderen en de tijd nemen voor de intakefase van het consult zijn bij deze patiënten extra belangrijk. Ga na of er sprake is van paniekaanvallen en beoor-

deel of er een onderliggend somatisch probleem is. Evalueer dit laatste zonder angst voor een somatische ziekte onnodig te bekrachtigen. Vraag de stemming uit en ga na of er sprake is van een paniekstoornis of een andere angststoornis: sociale angsten, oncontroleerbaar piekergedrag, traumatische gebeurtenissen en herbeleving, dwanggedachten en/of -handelingen of specifieke angsten. Vraag ook naar alcoholgebruik en suïcidaliteit. Inventariseer hoelang de paniekaanvallen bestaan, of er een luxerende factor is, in hoeverre de paniekaanvallen het functioneren beïnvloeden en of er sprake is van vermijding. Begin afhankelijk van de ernst en de aan- of afwezigheid van een psychiatrische stoornis zelf met psycho-educatie en begeleiding of verwijs naar de ggz. Wanneer er sprake is van een paniekstoornis is een zelfhulpgroep een optie. Cognitieve gedragstherapie of een antidepressivum is de volgende stap als de patiënt geen zelfhulp wil, als er geen verbetering is na zes tot acht weken zelfhulp of bij ernstig lijden of sociaal disfunctioneren.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat paniekaanvallen veel voorkomen, vaak goed te behandelen zijn en geen bedreiging vormen voor de gezondheid. Stimuleer de patiënt om actief te worden of te blijven en om zo min mogelijk vermijdingsgedrag te vertonen. Moedig hem aan stressoren in de werk- of privésituatie aan te pakken. Geef uitleg over de angstcirkel en laat hem eventueel een angstdagboek bijhouden of een angsthiërarchie opstellen. Bespreek bij een angststoornis de mogelijkheid van verwijzing en eventuele medicamenteuze behandelingen. Verwijs ook naar de informatie over angstklachten en -stoornissen op www.thuisarts.nl of naar de website van de Angst, Dwang en Fobiënstichting www.adfstichting.nl. ■

LITERATUUR

- 1 Hassink-Franke L, Terluin B, Van Heest F, Hekman J, Van Marwijk H, Van Avendonk M. NHG-Standaard Angst (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;2:68-77.
- 2 Batelaan NM, De Graaf R, Van Balkom AJLM, Vollebergh W, Beekman ATF. De epidemiologie van paniek. Tijdschrift voor Psychiatrie 2006;48:195-206.
- 3 Van Balkom ALJM, Van Vliet IM, Emmelkamp PMG, Bockting CLH, Spijker J, Hermens MLM, et al. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (tweede revisie). Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.

VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, en het EMGO+ Instituut, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam; P. van den Dungen, aiotho; dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts en senior onderzoeker • Correspondentie: hwj.vanmarwijk@vumc.nl



Tetanus na honden- of kattenbeet

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 Tetanus, ook wel bekend als kaakklem of wondkramp, is een acute, zeer ernstige, potentieel dodelijke infectieziekte, veroorzaakt door het toxine van *Clostridium tetani*. Alleen vaccinatie met het tetanustoxine geeft immuniteit tegen tetanus. Na introductie van tetanusvaccinatie in het rijksvaccinatieprogramma (RVP) in 1957 is de incidentie van tetanus in Nederland afgenomen tot gemiddeld 2 (ongevaccineerde) mensen per jaar en kwam de afgelopen tien jaar in Nederland slechts één geval van tetanus met dodelijke afloop voor.¹ Zowel het RIVM als de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties adviseert op basis van het advies van de Gezondheidsraad tetanusprofylaxe bij bijtewonden van een dier vanwege het contact met grond of straatvuil en daardoor kans op besmetting met *Clostridium tetani*.²⁻⁵ Opvallend is dat bovengenoemde richtlijnen geen wetenschappelijke onderbouwing geven van het risico op tetanus na een honden- of kattenbeet. De vraag is dan ook hoe groot het risico is op een tetanusinfectie na een honden- of kattenbeet.

Zoekstructuur We doorzochten PubMed met de MeSH-termen 'Cats', 'Dogs', 'Bites and Stings', 'Clostridium tetani' en 'Tetanus', waarbij we limiteerden op 'humans'. Dit leverde 27 niet-relevante artikelen op. Via 'related citations' en aanpassing van de zoektermen vonden we twee relevante onderzoeken.^{6,7}

Resultaten Griego et al. beschreven in een review het beleid bij bijtewonden van honden, katten en mensen. Deze review vermeldt in een tabel ruim 68 micro-organismen (bacteriën en virussen), waaronder *Clostridium tetani*, die in bijtewonden zijn geïsoleerd.⁶ Daarna zeggen de auteurs echter niets meer over deze bacterie of de ziekte tetanus. Opvallend is dat zij *Clostridium tetani* ook noemen in een tabel met zeldzame pathogenen die worden overgebracht door mensenbeten.

Het artikel van Talan et al. beschrijft een prospectief case-serieonderzoek, uitgevoerd in 18 eerstehulpafdelingen in de Verenigde Staten, waarin geïnfecteerde wonden van 50 patiënten met hondenbeten en 57 patiënten met kattenbeten bacteriologisch zijn geanalyseerd.⁷ In de tabel met ruim 161 verschillende bacteriën komt *Clostridium tetani* geen enkele keer voor. Ook wordt het woord 'tetanus' nergens genoemd in het artikel.

Bespreking Vrijwel alle artikelen of richtlijnen over infecties na een honden- of kattenbeet adviseren tetanusprofylaxe gezien het risico op tetanus na bijtewonden zonder dat hiervoor wetenschappelijke onderbouwing wordt gegeven. De review van Griego et al. is een van de weinige onderzoeken die *Clostridium tetani* beschrijft na een dierlijke bijtwond.⁶ Dit onderzoek is echter methodologisch van slechte kwaliteit. Hoewel de onderzoekers aangeven dat bij de behandeling wel zo nodig tetanustoxoïd moet worden verstrekt, geven zij geen informatie over het risico van tetanus na een bijtwond. Opvallend in dit onderzoek is dat *Clostridium tetani* ook na mensenbeten kon worden aangetoond, terwijl mensenmonden over het algemeen weinig contact met grond of straatvuil hebben. De NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties noemt contact met grond- of straatvuil als (enige) oorzaak voor het risico op tetanus na een dierenbeet.

Het onderzoek van Talan et al. is methodologisch goed opgezet. Hierin wordt geen relatie aangetoond tussen een honden- of kattenbeet en infectie met *Clostridium tetani*.⁷

Conclusie Er is nauwelijks wetenschappelijk bewijs beschikbaar of een honden- of kattenbeet een risico op tetanus met zich meebrengt. Meer onderzoek is nodig.

Betekenis Momenteel is er onvoldoende bewijs om van de huidige richtlijnen af te wijken, mede gezien het potentieel ernstige beloop van tetanus. Het is mogelijk dat vanwege het (vermoedelijk zeer lage) risico op tetanus na bijtewonden in de toekomst de richtlijnen op basis van nieuw onderzoek moeten worden aangepast, waarbij alleen bij relevante risico's profylactische vaccinaties worden aanbevolen. Vanwege het te verwachten lage risico op tetanus na een honden- of kattenbeet zou dan voor deze indicatie het aantal (re)vaccinaties drastisch kunnen worden teruggedrongen. ■

LITERATUUR

- 1 Steens A, Mollema L, Berbers GAM, Van Gageldonk PGM, Van der Klis FR, De Melker HE. Nederlandse bevolking goed beschermd tegen tetanus. Infectieziekten Bulletin RIVM. Bilthoven: RIVM, 2011.
- 2 Wielink G, Koning S, Oosterhout RM, Wetzels R, Nijman FC, Draijer LW. NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties (eerste herziening). Huisarts Wet 2007;50:426-44.
- 3 Boukes FS, Wiersma TJ, Beaujean D, Burgmeijer RJE, Timen A. Tetanusprofylaxe in de huisartsenpraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 2004;148:2172-3.
- 4 Gezondheidsraad. Immunisatie tegen tetanus bij verwonding. Publicatie nr 2003/11. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003.
- 5 Richtlijn Tetanus van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziekten (LCI). www.rivm.nl.
- 6 Griego RD, Rosen T, Orengo IF, Wolf JE. Dog, cat, and human bites: a review. J Am Acad Dermatol 1995;33:1019-29.
- 7 Talan DA, Citron DM, Abrahamian FM, Moran GJ, Goldstein EJC. Bacteriologic analysis of infected dog and cat bites. N Engl J Med 1999;340:85.

Periodiek gezondheidsonderzoek is niet nuttig

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

Context Veel mensen zien het periodiek controleren van de gezondheid als een nuttig verschijnsel. Het idee lijkt ook logisch: hoe vroeger een ziekte wordt opgespoord, hoe meer kans op genezing. Het gaat hierbij om screening van personen zonder klachten. Die screening kan gericht zijn op één ziekte, bijvoorbeeld prostaatkanker, of op meerdere ziektes tegelijk. In dit onderzoek gaat het om screening op meer dan één ziekte of risicofactor.¹ De review omvat 14 onderzoeken met in totaal 182.880 deelnemers.

Klinische vraag Wat zijn de gunstige en ongunstige effecten van periodiek gezondheidsonderzoek bij mensen zonder klachten?

Conclusies auteurs Negen van 14 RCT's hadden data over mortaliteit van 155.899 personen met 11.940 sterfgevallen. De follow-up duur varieerde van 4 tot 22 jaar. Vijf trials vonden plaats in de huisartsenpraktijk, 8 in de open populatie en 1 in een werk-omgeving. Een deel van de trials screende op cardiovasculaire risico's; 5 trials screenden op kanker. Hiervoor gebruikten de onderzoekers wisselende combinaties van de volgende onderzoeken: thoraxfoto, fecesbenzidineonderzoek, sigmoïdoscopie, mammografie en inwendig onderzoek.

Periodiek gezondheidsonderzoek had geen effect op de mortaliteit, niet op cardiovasculaire morbiditeit en niet op mortaliteit door kanker. Het gaat hierbij om getallen als een totale mortaliteit van 75/1000 in de controlegroep tegen 74/1000 in de interventiegroep bij een follow-up van 4 tot 22 jaar. De interventies hadden evenmin effect op de morbiditeit, het aantal opnames in ziekenhuizen, het aantal bezoeken aan de dokter, het aantal verwijzingen, invaliditeit en werkverzuim. Er waren aanwijzingen voor een toegenomen aantal nieuwe diagnoses. Tevens was er een groot aantal afwijkende bevindingen na de screening. Gezien het grote aantal deelnemers in de trials en de lange follow-up is het uitermate onwaarschijnlijk dat periodiek gezondheidsonderzoek gericht op meerdere ziektes effectief is bij mensen zonder klachten.

Beperkingen De in de review opgenomen RCT's zijn overwegend van oudere datum: van de 14 onderzoeken zijn er 9 gestart voor 1980. Het is mogelijk dat door verbeteringen in behandelingen – bijvoorbeeld het beschikbaar komen van statines naast het oudere clofibrat – de uitkomsten beter zouden kunnen wor-

den. Een andere reden voor het niet vinden van effectiviteit is de groep mensen die aan dergelijke onderzoeken meedoet: het gaat vaak om de *worried-well*, terwijl degenen die de behandeling het hardst nodig lijken te hebben, niet meedoen.

COMMENTAAR

Het gaat hier om een goed uitgevoerde systematische review volgens de strenge beginselen van de Cochrane Collaboration. De geïncludeerde trials zijn groots opgezet en hebben hun zwakke kanten vooral in een gebrek aan blinding en incomplete data, wat niet verwonderlijk is gezien de grootte van de onderzoeken. Desondanks is dit een systematische review van hoogwaardige trials en is de bewijskracht groot. Wat niet uit deze review geconcludeerd mag worden is dat elke screening zinloos is. De review gaat uitdrukkelijk niet over de smallere screening op één ziekte. De review zegt dus niets over screening op mammapcarcinoom, cervixcarcinoom of coloncarcinoom.

Het is opvallend dat weinig RCT's de nadelen van screening goed hebben onderzocht. Zo waren er bijvoorbeeld maar 2 trials die hebben gemeten of screening de bezorgdheid deed toenemen. Er kan geen uitspraak worden gedaan over het vergroten of verkleinen van bezorgdheid door screenen. Geen enkel onderzoek bekeek het aantal additionele diagnostische procedures na een positieve screeningstest, en evenmin het aantal nieuwe recepten of het aantal nieuwe operaties. Dat is jammer omdat deze maten een betere afweging mogelijk maken van de gunstige en ongunstige effecten van screening, al is dat hier niet zo'n punt gezien het ontbreken van bewijs voor effectiviteit.

De bevindingen sluiten goed aan bij en geven onderbouwing aan de terughoudende houding van huisartsen bij preventieve gezondheidsonderzoeken. De bevindingen zullen zeker *niet* goed aansluiten bij de opvattingen van veel leken. Daar heerst vaak de opvatting dat een periodieke check-up net zo nodig is als bij de auto. Het verdient dan ook aanbeveling dat deze resultaten groots in de media worden gepresenteerd. Nu eens niet als de zoveelste spectaculaire ontdekking, of als de zoveelste blunder bij een patiënt, maar als breed gebrachte boodschap dat check-ups echt niet zinvol zijn. ■

LITERATUUR

- 1 Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev 2012, Issue 10. Art. No.: CD009009.

Geneeskunde op rantsoen

Elk jaar biedt de geneeskunde meer en dat kost elk jaar meer geld. Soms is dat een vooruitgang, soms is het geruststellingsgeneeskunde. Dat laatste is een onverzadigbare markt. Er zijn twee manieren om daar wat aan te doen, ten minste als we het te duur vinden.

De eerste manier is de drempel verhogen. Lange wachttijden, verre afstanden en eigen bijdragen, het werkt allemaal. Vervelend is dat deze maatregelen niet selecteren op noodzaak, maar op inkomen.

De tweede manier is het aanbod te beperken, niet bij de toegang maar achter de voordeur. Daar kun je wel selec-

teren op noodzaak. Stelt u zich voor dat huisarts, specialist en spoedpost net zo blijven als nu: vrij toegankelijk, weinig drempels, altijd vergoed. Maar nergens krijgt u zomaar een echo, bloedtest, foto of operatie als dat niet strikt nodig is. Alle diagnostiek en behandeling gaat op rantsoen. Dat doen we met 30% minder. Dokters bepalen onderling met vakmanschap en openbare praktijkrichtlijnen bij wie verder onderzoek en behandeling zinvol is. Als ook zij ongerust zijn over de klachten, dan wordt verder onderzoek gedaan. Als u alleen ongerust bent maar de dokters niet, dan wordt geen verder onderzoek gedaan ter geruststelling.

Als dokters meer onderzoek en behandelingen doen dan er budget is, dan draaien ze verlies. Dan moeten ze perso-

neel of zichzelf ontslaan. Dat dwingt ze tot streng selecteren op medische noodzaak. Mocht u een vriendelijk 'nee' te horen krijgen op uw vraag om een scan voor de zekerheid, dan gaat u naar een andere dokter en nog een dokter en nog een dokter. Want doktersbezoek wordt altijd vergoed. Misschien ontmoet u er eentje die wel onderzoek doet. Of u betaalt die scan zelf. Kliniekjes genoeg die u voor een scherpe prijs ter wille zullen zijn. Daar pakt marktwerking goed uit. Geld heeft u, want uw premie is 30% lager.

Verdenking op ziekte verder uitzoeken is dan een verzekerde voorziening. U geruststellen met te veel diagnostiek zonder dat er een verdenking op ziekte is, dat is niet verzekerd. Wat verdenking is, dat bepalen dokters, niet u. De Tweede Kamer en allerlei adviesraden bepalen of het 25% of 35% minder moet en hoe die praktijkrichtlijnen eruit moeten zien. Zo hoort dat in Nederland.

Er is een nadeel. Soms zal een diagnose wat later gesteld worden, met weinig consequenties, technisch gezien dan. Dat zal u ongetwijfeld ongerust maken, maar ja, geruststelling is niet verzekerd. Er is ook een voordeel. We gaan minder brokken maken, want te veel diagnostiek, ingrepen en behandeling heeft bijwerkingen, soms dodelijke. Natuurlijk gaan we meer klachten krijgen, meer tuchtrechtzaken. Dat is goed, dat houdt ons scherp. U bepaalt en betaalt uw eigen geruststellingsgeneeskunde. Wij doen de ziektegeneeskunde waar u zich voor verzekerd heeft. U bent altijd welkom, zo vaak als u wilt. ■

kunstnier-centrum	west 51
laboratorium	oost 10
logopedie	west 53
longgeneeskunde	zuid 42
maatschappelijk werk	west 56
maxillo-faciale-prothetiek	oost 27
mondziekten	oost 16
mondhygiëne	oost 16
neurologie	zuid 34
nucleaire geneeskunde	noord 63

Foto: Piet den Blanken/Hollandse Hoogte

ALLES STAAT TOCH OP FACEBOOK?

Jansen H en Knapen M. Over de grenzen van het medisch beroepsgeheim. Eindhoven: Uitgeverij Pepijn BV, 2012. 212 pagina's, € 24,95. ISBN 978 90 78709 183.

Doelgroep Iedereen die geïnteresseerd is in (de grenzen van) het medisch beroepsgeheim.

Inhoud Middels interviews met 14 experts beschrijven de auteurs het medisch beroepsgeheim en met name de grenzen en dilemma's daarvan. Voor huisartsen worden – hopelijk – de bekende thema's beschreven. Het gaat daarbij om het geven van medische verklaringen, melden bij het AMK, de lastige positie van bedrijfsartsen, verzoeken om inzage in het dossier en bijvoorbeeld het samenwerken met de forensisch arts. Grijze kaders geven naast de interviews – bescheiden – achtergrondinformatie over de relevante wet- en regelgeving. Daarnaast bespreken de au-



teurs actuele dilemma's rondom het beroepsgeheim, zoals het verschuiven van de grenzen van het tuchtrecht naar het strafrecht. Actuele voorbeelden zijn de situatie rondom Kees Tulleken en prins Friso (Kees Tulleken geeft een kort interview in dit boek) en de camera's op de SEH van het VUmc. **Oordeel** Het medisch beroepsgeheim is onmisbaar en heilig, maar kan een arts in een lastige positie brengen. Dit boek beschrijft deze dilemma's op een makkelijk lezende manier in interviewvorm. Dat maakt dat dit boek minder geschikt is als leerboek of naslagwerk (zo is er bijvoorbeeld geen inhoudsopgave). Als leesboek is dit boek zeker illustratief, waarbij u zich ook nog verdiept in de actuele discussie rondom het beroepsgeheim. Doordat de geïnterviewden vaak dezelfde thema's aanstippen valt het boek wel deels in herhaling. Veel thema's zouden u als huisarts bekend moeten zijn. Echter met name rondom medische verklaringen, hoe goed bedoeld ook, komen toch nog elk jaar huisartsen voor een lelijke verrassing te staan bij het tuchtcollege. Leerpunt blijft: indien u twijfels heeft over – het doorbreken van – het beroepsgeheim: vraag hulp aan een collega of aan de KNMG. ■

Sander Gaal

Waardering: ●●●



Foto: Henk van Weert

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Onjuist / 2. Juist / 3. Juist

Als de huisarts (bij routinematig onderzoek) lichtverhoogde transaminasewaarden vindt (ALAT en ASAT anderhalf tot vijfmaal de bovengrens van normaal), dan worden deze na ongeveer vier weken opnieuw bepaald. Indien er serologisch geen aanwijzingen zijn voor een HBV- of HCV-infectie en alcohol, geneesmiddelen of drugs niet de oorzaak lijken, dan vraagt de huisarts een echografie aan van de lever met de vraag of er steatosis hepatis bestaat. Omdat er bij steatosis hepatis meestal sprake is van insulineresistentie, bepaalt de huisarts dan ook het nuchtere glucosegehalte en het lipiden-spectrum (totaal cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, triglyceriden).

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.

4. Juist / 5. Onjuist / 6. Juist

Dysfunctional voiding heeft te maken met niet-fysiologisch en onnatuurlijk reageren op de mictieprikkel. Het kind heeft de gewoonte ontwikkeld de blaasprikkel te onderdrukken. Na verloop van tijd is de bekkenbodempompefunctie zo gewend aan aanspannen dat ontspannen tijdens de mictie niet goed meer lukt en het kind gaat persen tijdens de mictie. Op den duur kunnen door de continue hypertonie van de bekkenbodempompefunctie en recidiverende urineweginfecties optreden. Vaak hebben deze kinderen ook obstipatie. Blaastraining kan helpen, waarbij een 'goed' mictieschema wordt opgesteld waaraan het kind zich thuis en op school moet houden. Daarnaast moet het kind leren de bekkenbodempompefunctie tijdens de mictie beter te ontspannen, bijvoorbeeld met een voetenbankje en kinderwc-bril. Verder moet hij persen tijdens de mictie leren voorkomen, bijvoorbeeld door tijdens het urineren op een fluitje te blazen of een liedje te zingen.

Van Bezooijen BPJ, Wiermsa TJ, Schlattmann TJM, Zwartendijk J, redactie. *Compendium Urologie*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Urologie, 2008.

Bosch JHLR, Prins A. *Urologie. Praktische huisartsgeneeskunde*. 2e herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.

7. Juist / 8. Juist / 9. Juist

Actinische keratosen zijn kleine (tot 1 cm) schilferende, hyperkeratotische bruingrijke gekleurde laesies. Deze komen voornamelijk voor op de handruggen, de onderarmen, het gelaat en het onbehaarde hoofd. De laesies ontstaan door langdurige blootstelling aan uv-straling. Solitaire laesies zijn goed te behandelen met cryotherapie. Multipole laesies kunnen met 5-fluoro-uracilzalf worden behandeld.

Sillevis Smitt JH, Van Everdingen JJE, Starink THM, Van der Horst HE. *Dermatovenereologie voor de eerste lijn*. 8e geheel herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.

Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W, redactie. *Kleine kwalen in de huisartspraktijk*. 5e druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2007.

10. Juist

Zorgaanbieders in Nederland zijn wettelijk verantwoordelijk voor kwalitatief goede en veilige zorg. Zij zijn verplicht om calamiteiten te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en zelf gedegen onderzoek te doen. De inspectie houdt hierop nauwlettend toezicht en grijpt in als een zorgaanbieder zich niet aan de regels houdt. In de Richtlijn rapportage voor het melden van een calamiteit door de huisartsenpost aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg staan de onderdelen waaraan de melding moet voldoen vermeld. Naast analyse van de calamiteit wordt hierbij ook gekeken naar conclusies over de vermijdbaarheid, aanbevelingen en verbeteracties ten aanzien van de organisatie en/of individuele hulpverlener en nazorg voor patiënt en/of familie.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Leidraad meldingen*. www.igz.nl.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Richtlijn rapportage melding calamiteit huisartsenpost*. www.igz.nl.



Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

Just Eekhof, hoofdredacteur, Linda Bröker, Lidewij Broekhuizen, Jochen Cals, Marissa Scherptong-Engbers, Bér Pleumeekers, 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, Marjolijn Oosterom, Susan Umans.
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 50 F (030) 282 35 01
E-mail redactie@nhg.org

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijnenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.
Postbus 246, 3990 GA Houten
Paul Bakker (030) 638 39 28, p.bakker@bsl.nl
Gertjan Verhoog (030) 638 37 65, g.verhoog@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: € 182,00, studenten ontvangen 50% korting op de reguliere prijs.
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



Goed op koers

Enkele dagen na de vaststelling van de NHG/LHV-Toekomstvisie huisartsenzorg 2022 volgde een publiekspresentatie in Nieuwspoort. Het bericht 'elke patiënt krijgt een tweede dokter' bepaalde het nieuws van die dag. De Toekomstvisie raakte duidelijk de juiste snaar bij zorgverleners, patiënten en beleidsmakers. De huisarts krijgt erkenning als spil in de zorg die staat voor doelmatige en goede zorg dicht bij de patiënt.

Het is de vraag of die positieve houding ook leidt tot een zodanige aanpassing van de zorgorganisatie dat wenselijke veranderingen kunnen worden doorge-



voerd. We krijgen steeds meer patiënten met multimorbiditeit in onze spreekkamer. En substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn is ook nodig. Daarbij helpt het herstel van een heldere poortwachtersfunctie, waarbij de huisarts de patiënt ziet, de indicatie stelt en behandelt of verwijst.

De met dit alles gepaard gaande toename van onze hoeveelheid werk vergt echter een herijking van de grootte van de normpraktijk, want het is een illusie te denken dat dit allemaal kan worden opgevangen met meer e-health, zelfzorg en praktijkondersteuning. Een verschuiving van zorg zonder aanpassing van de randvoorwaarden gaat niet werken.

Het NHG vertaalt de Toekomstvisie in plannen voor activiteiten in de komende vijf jaar: het meerjarenbeleidplan. Hierover zal - net als bij de Toekomstvisie is gebeurd - uitgebreid ruggespraak worden gehouden met leden, de Verenigingsraad, expertgroepen en anderen. We zijn daarmee goed op koers; de leden zullen het meerjarenbeleidplan tijdens de ALV van 6 juni kunnen vaststellen.

Ik spreek u dan!

Rob Dijkstra

Vijfduizendste deelnemer CASPIR

Sinds de cursus *COPD, astma en spirometrie voor de eerste lijn* in 2009 van start ging, is deze al door 5000 deelnemers gevolgd. De gehele groep waarin de 5000ste cursiste deelnam, werd dan ook verblijd met een feestelijke bos bloemen. CASPIR is een praktische duocursus voor huisartsen en praktijkverpleegkundigen, -ondersteuners en -assistenten, waarin theorie en praktijk van alle vaardigheden rond spirometrie aan de orde komen. De verschillende modules omvatten e-learning, avondscholingen, meekijken in een regionaal longfunctielaboratorium, een portfolio met eigen spirometrietests en beoordeling door een longfunctieanalist. Een praktijkexamen en kennistoets sluiten de cursus af, waarna de deelnemers een certificaat ontvangen dat drie jaar geldig is. De cursus is geaccrediteerd voor 9 punten. Heeft u de CASPIR-cursus nog niet gevolgd? Kijk op www.cahag.nl voor meer informatie. ■



NHG-Wetenschapsdag 2013 over implementatie

Kan de Nederlandse huisartsgeneeskunde haar internationale koppositie behouden op het gebied van wetenschappelijk onderzoek, ondanks het tegenzittende economische tij? Dan zullen we het ons niet kunnen permitteren om onderzoeksresultaten op de plank te laten liggen! Tijdens de Wetenschapsdag zal daarom aandacht worden besteed aan de implementatie van wetenschappelijke onderzoeksresultaten, onder het motto *Uitslagen bekend, en dan...? Maar er is natuurlijk meer.*

De jaarlijkse NHG-Wetenschapsdag mag zich in een steeds groeiende belangstelling verheugen. Geen wonder, want in één dag bent u weer helemaal op de hoogte van de jongste Nederlandse onderzoeksresultaten. Deze worden gepresenteerd in korte voordrachten, postersessies en een workshop, waarbij u uiteraard ook kunt meediscussieren over de vragen uit de zaal. En u kunt meedenken over de CAT (critically ap-

praised topic) die dit jaar de 'publieksprijs' verdient! Sue Dopson, sociologe en hoogleraar aan de Universiteit van Oxford, gaat in haar openingslezing in op de transformatie van kennis naar praktijk. Dit alles - en nog veel meer - is te beleven op **vrijdag 14 juni** in het **Leids Universitair Medisch Centrum**, op steenworp afstand van station Leiden Centraal. Meer informatie over het programma vindt u op www.nhgwetenschapsdag.nl. U kunt zich hier ook inschrijven. ■

Niet te geloven!

Sinds de lancering van de app met NHG-Standaarden, is deze in Nederland al 35.750 keer gedownload: 23.551 keer op Apple-devices en 12.199 op Androids. Ook in het buitenland is de app populair, met 664 downloads in België, 157 in de VS, 45 in Duitsland en zelfs 10 in Saudi Arabië en 10 in China! Bij het NHG vinden we deze aantallen bijna niet te geloven... ■

NHG-project *Individueel zorgplan*

Wat houdt een Individueel zorgplan in? Wat moet de zorgverlener ermee kunnen? Wat is het voordeel voor de patiënt? De antwoorden op deze vragen moeten leiden tot een 'plan van eisen' waaraan een in de praktijk toepasbaar digitaal Individueel zorgplan moet voldoen. In twee projectlijnen werkt het NHG aan de verwezenlijking hiervan.

Voor iedere patiënt bij wie dat relevant is één eigen Individueel zorgplan

(IZP)... het is van belang voor de

patiënt zelf, maar ook voor zorgverleners. Daarom is een IZP niet aandoenings- maar patiëntgericht en dus ook bruikbaar in de situatie dat diverse

uiteenlopende zorgverleners bij een patiënt betrokken zijn. De gehanteerde definitie luidt: *Het IZP is de dynamische set van afspraken van de patiënt en de zorgverlener(s) over zorg en zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt, die de kern vormen van het proces van de individuele zorgplanning. Met het oog op gebruiks-*

gemak en teneinde fouten door dubbelregistratie te voorkomen, is digitale uitwerking cruciaal. Alleen dan is het IZP toegankelijk voor patiënt én zorgverleners.

De twee projectlijnen van het NHG zijn:

- *Ontwikkeling referentiemodel IZP*: het ontwikkelen en in de praktijk testen van een generiek, digitaal registratiemodel. Aan de hand van dit model kunnen softwareleveranciers het IZP te zijner tijd in hun systemen inbouwen
- *Plan van eisen*: het ontwikkelen van een breed gedragen omschrijving van de functionaliteiten van het IZP in samenwerking met de diverse betrokken patiënten- en brancheorganisaties.
- In oktober 2013 zal dit project met een bijbehorend stappenplan klaar zijn. Dit alles moet op termijn leiden tot de daadwerkelijke realisatie van een in de praktijk toepasbaar digitaal IZP, veilig beschikbaar voor alle betrokkenen, met alle gewenste informatie bijeen, compleet en zonder dubbelregistratie. ■



Foto: Shutterstock

NHG-project *Dementie... en dan?*

Van 20 tot 29 september wordt in de 'Week van de dementie' volop aandacht geschonken aan deze aandoening. Dat is hard nodig, want een goede invulling van de zorg verbetert de kwaliteit van leven van zowel de patiënt zelf als diens mantelzorgers. Per jaar worden zo'n 20.000 nieuwe diagnoses dementie gesteld; het aantal patiënten zal naar schatting stijgen van 235.000 nu naar meer dan 300.000 in 2030.

Niet alle patiënten met dementie zijn bij de huisarts bekend, omdat ze hun klachten soms niet of onduidelijk presenteren. Maar ook geven sommige huisartsen aan niet over voldoende kennis, tijd of hulpmiddelen te beschikken voor de diagnostiek, of ze vrezen dat ze niet voldoende hulp kunnen bieden na de diagnose. Hoewel bij cognitieve stoornissen een tijdige diagnose belangrijk is om passende zorg te kunnen inzetten, wordt deze vaak pas in een later stadium van de aandoening gesteld.

tie, waaronder een internet-PIN en scholing gebaseerd op de NHG-Standaard *Dementie* en de gelijknamige Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken met specialisten ouderengeneeskunde en wijkverpleegkundigen. Input uit focusgroepen zorgt ervoor dat vooral knelpunten uit de dagelijkse praktijk aan de orde komen. Teneinde de scholingsmaterialen voor de verschillende beroepsgroepen op elkaar te laten aansluiten, werkt het NHG in dit project samen met Verenso en V&VN. Door deze samenhang is het voor alle doelgroepen – inclusief patiënten en mantelzorgers – gemakkelijker om gebruik te maken van de materialen. Het project wordt medegefinancierd door Achmea. ■

NHG-AGENDA 2013 data

- NHG-Voorjaarscongres over palliatieve zorg 23 mei
- Symposium over oncologische nazorg (voorafgaand aan ALV) 6 juni
- Algemene Ledenvergadering 6 juni
- NHG-Wetenschapsdag over implementatie 14 juni
- NHG-Congres Help! Een spoedgeval 22 november

Meer informatie over alle NHG-activiteiten vindt u op www.nhg.org



In de 'Week van de dementie' is er een multimediale campagne op initiatief van Ireen van Ditschuyzen. Er komt filmmateriaal voor een tv-documentaire, maar ook voor scholingsdoeleinden. Bij dit laatste zijn ook kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde betrokken. Het NHG ontwikkelt een pakket materialen ter bevordering van de zorg bij dementie.

Heeft u nog vragen over een van deze projecten? U kunt ze stellen aan Linda Tolsma, projectleider (l.tolsma@nhg.org).

Symposium voor alle NHG-Kaderhuisartsen:

Geïnspireerd werken binnen en buiten kaders

Zo'n 55 kaderhuisartsen (deels nog in opleiding) verzamelden zich voor een symposium dat speciaal voor hen was georganiseerd, onafhankelijk van hun specialismes. Doel was om van elkaar te leren, te 'netwerken' en elkaar te inspireren. Na een plenaire lezing konden de deelnemers een keuze maken voor twee van de vier workshops. Hieronder leest u een impressie.

Over kaderopleidingen en expertgroepen

Liesbeth van der Jagt, teamleider NHG-Scholing, opent het symposium. Zij vertelt dat als het NHG externe docenten zoekt, altijd eerst wordt gekeken of er kaderhuisartsen dan wel expertgroepleden beschikbaar zijn. Kaderopleidingen zijn belangrijk als impuls voor de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. Inmiddels zijn er elf opleidingen en bijna alle universitaire huisartsopleidingen zijn daarbij betrokken. De wens bestaat dat er nog kaderopleidingen zullen komen over spoedeisende hulpverlening en jeugdzorg, maar: 'Inmiddels zijn er al 550 kaderhuisartsen. Aangezien het niet de bedoeling is dat elke huisarts een kaderopleiding volgt, doen we kalm aan.'

Er zijn ook elf expertgroepen, maar er zijn expertgroepen waar geen kaderopleiding aan ten grondslag ligt en ook heeft niet elke kaderopleiding een expertgroep opgeleverd (bijvoorbeeld niet de kaderopleiding Wetenschappelijk Onderzoek).

Vandaag zal er aandacht zijn voor:

- Naast de competenties op het eigen vakgebied – die gemakkelijker op orde zijn te houden – heeft de kaderhuisarts ook andere competenties nodig. Hoe houd je die op peil?
- Huisartsen komen niet vanzelf naar je toe om advies te vragen. Wat zijn goede manieren om je te profileren?

Tijd en geld...

De organisatie en financiële compensatie van het werk verlopen niet altijd soepel, blijkt uit diverse reacties uit de zaal: 'Ik doe alle kaderactiviteiten in mijn eigen tijd, dus naast mijn gewone werk. Ik doe dat omdat ik het leuk vind, maar eigenlijk moet dat natuurlijk anders kunnen.' Sommige huisartsen

moeten soms zelfs een vrije dag opnemen om hun kaderactiviteiten te kunnen uitvoeren. Maar dat lijkt toch niet altijd nodig. 'Het opzetten van netwerken in je wijk en gezondheidszorgprojecten kunnen uit de GEZ-gelden worden gefinancierd.' En: 'Ik laat me inhuren door zorggroepen; het lijkt erop dat die wat meer geld hebben.' En: 'Ik heb met mijn maten afspraken kunnen maken; wij hebben nu een waarner aangetrokken zodat ik niet alles in mijn vrije tijd hoeft te doen.' Maar: 'Ik ben ZZP'er en het is best lastig om voldoende geld te genereren om een waarner te kunnen inhuren.'

Er zijn ook kaderhuisartsen die financiële compensatie niet zo belangrijk vinden. 'Voor mij is het belangrijker dat ik plezier houd in mijn werk; dat is niet altijd in geld uit te drukken.'

Het is dus voor iedereen verschillend. In elk geval heeft het NHG besloten aandacht te gaan besteden aan dit onderwerp.

Vier workshops

De deelnemers kunnen vervolgens een keuze maken uit vier workshops:

- *Op zoek naar de niches: marketing en netwerken als expert.* Tijdens deze workshop blijkt marketing niet te zijn gericht op verkopen en geld verdienen. Wel gaat het om profilering en kiezen voor je sterke punten. 'De kaderhuisarts is een merk!'
- *Onafhankelijke nascholing: missie of must?* De farmaceutische industrie is erg bedreven in het achterhalen van de cadeautjes waar artsen gevoelig voor zijn en in het beïnvloeden van voorschrijfgedrag. 'Juist als kaderhuisarts zou je ervoor moeten zorgen dat je geheel onafhankelijk van de industrie opereert.'
- *Presentatievaardigheden: opbouw van*



de boodschap en de kracht van het non-verbale. Om de deelnemers aan dit onderwerp te laten 'ruiken' (er zijn natuurlijk langere trainingen nodig voor uitdieping ervan), gaat het deze middag om 'de eerste indruk'.

- *Populatiemanagement: hoe is zorg 'dicht bij huis' te vertalen in een populatiegerichte aanpak?* Niet alle huisartsen worden enthousiast van de populatiegerichte benadering, maar de ontwikkeling lijkt onstuitbaar. 'Misschien moeten wij kaderhuisartsen iets actiever zijn in het uitdragen van de boodschap.'

Plenaire afsluiting

Bij een 'rondje langs de workshops' blijkt dat de deelnemers overal nuttige dingen hebben opgestoken. De workshop over marketing vonden de deelnemers verrassend nuttig.

Er zijn nog wel wat suggesties en wensen, zoals: 'Het zou handig zijn als het NHG een lijst heeft van alle specialisaties van de kaderhuisartsen, bijvoorbeeld bij GGZ: de ene arts heeft ADHD in zijn pakket en de andere angststoornissen.' Dat lijkt haalbaar, want: 'Het NHG wil tegenover de scholing die door de industrie wordt gesponsord, onafhankelijke scholing aanbieden. Daartoe willen we kaderhuisartsen inzetten en dan is het handig om precies te weten wie wat precies doet en kan.'

Hiermee komt een einde aan een geslaagd symposium. Ongetwijfeld zullen dergelijke bijeenkomsten voor kaderhuisartsen in de toekomst vaker worden georganiseerd! (AS) ■

Over het congresprogramma *Help! Een spoedgeval*



Yvonne Guldemon-Hecker is huisarts in het Limburgse Ubachsberg en al sinds het ontstaan van de huisartsenposten nauw betrokken bij het onderwijs in spoedzorg aan aiossen. Zij was voorzitter van enkele werkgroepen die nader vorm gaven aan dit onderwijs en schrijfster van de inmiddels geïmplementeerde *Leidraad diensten*. Nu is zij voorzitter van de wetenschappelijke programmacommissie van het NHG-Congres 2013 *Help! Een spoedgeval*, dat op 22 november plaatsvindt in Maastricht. In een interview licht zij de eerste tipjes van de sluier op over de inhoud van het congresprogramma.

Hoe was het om als voorzitter van dit congres te worden gevraagd?

'Mijn eerste reactie was dat ik het eervol vond en ik wilde het heel graag doen. Maar ik had net een nieuwe functie aangenomen als medisch directeur van de Huisartsenzorggroep Oostelijk Zuid-Limburg, dus was het ook spannend of ik dat wel zou kunnen combineren. Ik belde daarom een paar oud-congresvoorzitters op om te vragen wat het allemaal inhield. En mijn kinderen riepen: "no pain no gain!" en: "Get out of your comfort zone!", tot ik uiteindelijk de uitdaging aandurfde. Dat heeft heel goed uitgepakt, want ik vind het erg leuk en inspirerend om over de inhoud van de spoedzorg na te denken, breder dan vanuit het opleidingsperspectief.'

Kun je al iets vertellen over de inhoud van het programma?

'We willen de spoedzorg van diverse kanten voor het voetlicht brengen. Er is aandacht voor de *state of the art* en voor bezinning: waar staan we nu en waar willen we naar toe? Natuurlijk is er ook kennisoverdracht, bijvoorbeeld over de Nederlandse Triage Standaard, het ABCDE en toestandsbeeldgericht denken. En er is volop gelegenheid voor huisartsen om hun vaardigheden te trainen met lotus- en simulatiepatiënten. In een scala aan kleinere workshops komen onderwerpen aan bod als kwetsbare patiënten, problemen tijdens de zwangerschap, *outdoor medicine*, samenwerking in de keten et cetera.

Heel leuk vind ik ook het *serious gaming*: in de exoruitte staan diverse terminals waarop huisartsen scenario's kunnen spelen van een huisartsgeneeskundig spoedgeval met vele beslismomenten. Degene die dat het best doet krijgt aan het eind van de dag zelfs een prijs!

Zijn er nog meer voorbeelden van dit soort vaardigheidstrainingen?

'Ja, want daar is heel veel aandacht voor. Congresgangers kunnen in kleine groepjes scenario's spelen met simulatiepatiënten; dat wordt tijdens het congres viermaal herhaald in wel tien kamertjes, dus vele huisartsen kunnen daaraan deelnemen. Ook zijn er vaardigheidsstations, die eveneens viermaal draaien voor maar liefst negentig huisartsen per keer. Daarin komen diverse onderwerpen aan de orde, zoals *airwaymanagement*, wondhechting, katheteriseren en veiligheidstechnieken bij agressieve patiënten. En bij een van de semiplenaire sessies kunnen de deelnemers meedenken en aangeven wat ze zouden doen op beslismomenten bij een simulatiepatiënt op het podium.'

Zijn de keynote speakers en semiplenaire sessies al bekend?

'In een van de openingslezingen zal Tjibbe Joustra spreken over de patiëntveiligheid en de kwaliteit van de spoedzorg. En Paul Giessen zal ingaan op de belemmeringen en uitdagingen in de spoedzorg. Verder is er een dis-

cussie met de congresdeelnemers over enkele dilemma's in de spoedzorg. Bijvoorbeeld: moeten de huisartsenposten 24 uur per dag open? En blijft de huisarts verantwoordelijk voor de 24-uurs zorg?'

Komt er ook dit jaar weer een 'pre-event'?

'Daarmee zijn we druk bezig en ik hoop van harte dat het lukt. Als we het rond kunnen krijgen zal theatergroep Plezant in een voorstelling laten zien wat een calamiteit allemaal losmaakt bij een huisarts en zijn omgeving. Dat zou dus wel heel mooi aansluiten bij het congresprogramma!'

Waar verheug jij je het meest op bij het congres?

'O, dat is een moeilijke vraag. Mezelf kennende voel ik me er dusdanig verantwoordelijk voor dat alles goed verloopt dat ik de hele dag als een stresskip zal rondrennen en niet aan genieten toekom. Ik vond m'n eigen bruiloft ook al vreselijk! Vermoedelijk zal ik dus pas kunnen gaan genieten tijdens het feest, als alles achter de rug is. Dat feest is in Château Neercanne, waar natuurlijk het diner wordt gehouden en gedanst kan worden op live muziek. Maar er zullen ook ruimtes zijn waar mensen wat rustiger kunnen zitten en praten; voor alle leeftijden wordt gezorgd. En verder zeg ik tegen wie het maar horen wil dat ze beslist een weekendje moeten vastknopen aan het congres, want Maastricht is een prachtige stad!' (AS) ■

Redactie
Joost Bijlham, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef, eindredacteur

Colofon

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

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