JAARGANG 55 / JUNI 2012

6

H&W

Huisarts en Wetenschap

2012

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

ONDERZOEK

Tuchtklachten tegen huisartsen

ONDERZOEK

Effecten van extra water drinken bij hoofdpijn

NHG-STANDAARD

Depressie

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

6

WETENSCHAP

242 ONDERZOEK
Tuchtklachten tegen huisartsen
Sander Gaal, Wim Verstappen, Paul Giesen, Chris van Weel, Michel Wensing

246
Effecten van extra water drinken bij hoofdpijn
Mark Spigt, Nico Weerkamp, Jaap Troost, Constant van Schayck, André Knottnerus

250 COMMENTAAR
CBO-Richtlijn Otitis media bij kinderen in de tweede lijn
Frank van Balen

252 NHG-STANDAARD
NHG-Standaard Depressie (tweede herziening)
Evelyn van Weel-Baumgarten, Gré van Gelderen, Hans Grundmeijer, Els Licht-Strunk, Harm van Marwijk, Eric van Rijswijk, Bram Tjaden, Monique Verduijn, Tjerk Wiersma, Jako Burgers, Mariëlle van Avendonk, Gerda van der Weele

KLINISCHE PRAKTIJK

260 NASCHOLING
Hielpijn bij kinderen
Johannes Wiegerinck, Babet Oudhof, Henk van Weert, Peter Struijs

266 KLEINE KWAAL
Uterovaginale prolaps
Suzanne van Markus-Floor, Just Eekhof, Angelique Glansdorp, Arie Knuistingh Neven

272 HUISARTSENZORG IN CIJFERS
Taken POH en huisarts complementair?
Sandra van Dulmen, Janneke Noordman

274 IMPORT
Telefonische behandeling bij chronische pijn
Margot de Waal

275
Rol van de assistente bij herhalingsrecepten
Fred Dijkers

276 CATS
Nurse-practitioners en telefonische triage
Eelke ter Steege, Janneke van der Ploeg, Marco Blanker

277 PEARLS
Oefenen ter preventie van fracturen
Petra Elders

239 JOURNAAL
270 INTERVIEW
273 KENNISTOETS
278 BOEKBESPREKING
279 INGEZONDEN

21 HET NHG

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

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

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

Focus op fout

Niet alle klachten komen door een medische fout en niet alle fouten leiden tot een klacht. Toch krijgt elke arts een keer met een klacht te maken. En gegrond of niet, klachten zijn nooit leuk. De overtreffende trap van een reguliere klacht – een medische tuchtzaak – wens je niemand toe. In dit nummer analyseert Sander Gaal 250 tuchtrechtklachten tegen huisartsen.

Leren van incidenten en fouten

Van die 250 klachten ging maar liefst 69% over de zorg in de huisartsenpraktijk en slechts 18% over de zorg tijdens diensturen. Opvallend, want huisartsen ervaren de huisartsenpost vaak als een risicovollere werkplek door de hogere incidentie van potentieel bedreigende aandoeningen bij een onbekende patiëntenpopulatie. De jaarcijfers van de klachtenregeling in mijn regio laten echter dezelfde cijfers zien. Het merendeel van de klachten is tegen de eigen huisarts gericht. Vroegtijdige bemiddeling door de klachtenfunctionaris van de huisartsposten speelt hierbij waarschijnlijk een rol.

Wat kunnen we nu met deze informatie? Maar één ding: leren. Gaal et al. definieerden in een eerder artikel een incident als 'een onbedoelde gebeurtenis gedurende het zorgproces die heeft geresulteerd, of nog kan resulteren in schade voor de betrokken patiënt'. In H&W 5 las u al over het veilig melden van incidenten. Het moeilijke is dat niet elk incident tastbaar is, en ook niet uit retrospectief dossieronderzoek te halen is. Veel incidenten gebeuren in ons hoofd tijdens het diagnostisch proces. Zo miste ik recent een instabiele angina pectoris. Mijn beleid zat eigenlijk al in mijn hoofd na tien zinnen. Toch liet ik me afleiden door de ontwijkende persoonlijkheid en angst van de patiënt. Ik ging erin mee en zorgde voor het doctor's delay. Het infarct volgde kort daarna tijdens het tuinieren. Ik had een echte knoop in mijn buik. De patiënt diende geen klacht in. Integendeel, hij was heel tevreden. Reacties uit mijn omgeving dat dit soort zaken gebeuren in ons vak, zorgden niet dat de knoop wegging. Een gesprek met een inspirerende opleider wel. We focusten op wat er in mijn hoofd gebeurde. We analyseerden zin voor zin en we benoemden vooral wat er misging. Zelden zoveel geleerd. We leren van fouten. Toedekken helpt niet, het analyseren van de gebeurtenis wel.

Communicatie en diagnostiek

Tuchtzaken leren ons dat de pijn bij de klagende partij vaak zit in de communicatie voor, tijdens of na het voorval. Wellicht ligt daar ook de sleutel tot het voorkómen van veel klachten. Ondertussen helpt ons dat niet om acuut bedreigende aandoeningen uit de vijver met onschuldige aandoeningen te vissen. De kans op een gegrond verklaarde tuchtklacht is één op de drie miljoen contacten. De kans om een ernstige aandoening te missen is vele malen groter. Want zo geruststellend is onze diagnostiek bij potentieel levensbedreigende aandoeningen in de huisartsenpraktijk nog lang niet. Atul Gawande schreef: 'Be willing to recognise the inadequacies in what you do and to seek solutions. As succesfull as medicine is, it remains deplete with uncertainties and failure. This is what makes it human, at times painful, and also so worthwhile.' Dat vind ik een inspirerende samenvatting én streven voor de huisarts en de wetenschap in de praktijk.

Jochen Cals

Hoe schoon is de spirometer?

Stethoscopen zijn een bekende broedplaats voor bacteriën, maar hoe zit het met ons overig instrumentarium?

Australische onderzoekers testten hoe schoon spirometers zijn. Zij namen in 16 huisartsenpraktijken microbiologische monsters af van spirometers die klaar waren voor gebruik. De spirometers werden meestal een aantal maal per week gebruikt en waren relatief nieuw (gemiddeld 4,5 jaar oud). Drie van de 16 spirometers waren gecontamineerd met pathogene microorganismen (pseudomonas, stafylokok en alcigenes-species). Dit ondanks de aanwezigheid van een protocol om de spirometers schoon te maken en het gebruik van wegwerpmondstukjes. Patiënten kunnen door deze contaminatie besmet worden, met name als naast expiratie ook de inspiratie gemeten wordt.

Foto: Frank Muller/Hollandse Hoogte

Fabrikanten raden aan een spirometer wekelijks of zelfs vóór elk gebruik te desinfecteren, dan wel een bacteriefilter te gebruiken. Geen van de protocollen in de onderzochte praktijken voldeed aan de richtlijnen voor desinfectie die de fabrikant had opgesteld. Hoe zit dit bij u in de praktijk? ■

Linda Bröker

Hancock KL, et al. Microbiological contamination of spirometers; an exploratory study in general practice. Aust Fam Physician 2012;41:63-4.

Zorg aan migranten en vluchtelingen

De website www.pharos.nl bevat veel informatie over gezondheidszorg voor migranten en vluchtelingen, maar het is lastig om snel een antwoord te krijgen op zoekvragen en de site is minder van praktisch dagelijks nut voor huisartsen. De website www.huisarts-migrant.nl is voor elke huisarts met migranten en/of vluchtelingen in zijn praktijk een zeer mooie en toegankelijke website en een rijke bron van informatie voor in de dagelijkse praktijk.

Pharos is het landelijke kenniscentrum dat gespecialiseerd is op het gebied van de kwaliteit, effectiviteit en toegankelijkheid van gezondheidszorg voor migranten en vluchtelingen. Op de website www.pharos.nl staat een grote hoeveelheid onderzoeksresultaten, onderzoeksprogramma's, literatuur en voorlichtingmaterialen. De sitemap geeft het snelst een overzicht van beschikbare onderwerpen. Gebruik van de zoekfunctie op de website geeft veel pagina's met resultaten, waarbij onderzoeksresultaten, rapporten en ondersteuningsmaterialen als video's voor de dagelijkse praktijk door elkaar heen staan. Verder specificeren van de zoekvraag levert vaak geen resultaten op.

In de Pharos-brochure staat een verwijzing naar www.huisarts-migrant.nl. Deze website heeft Pharos in samenwerking met NHG en LHV ontwikkeld. Het is een informatiesite voor huisartsen met specifieke vragen over de zorg aan allochtone patiënten. Deze website is geheel gericht op de dagelijkse huisartsenpraktijk. De informatie is handig gerangschikt op ziektebeelden, cultuur en gezondheid, sociale problematiek, hulpverlenings- en zelforganisaties, illegalen en asielzoekers, reizigersgeneeskunde, voorlichting en nascholing. Er is een breed scala aan onderwerpen te vinden: van 'overlijden en rouw bij moslims' en 'illegaal en ongedocumenteerd in Nederland' tot 'dermatologie van de gepigmenteerde huid'. Per onderwerp geven de makers een schat aan informatie over de meest relevante punten, epidemiologie en etiologie, culturele en sociale aspecten, handelen van de huisarts, voorlichting en literatuur en links. ■

Margot Heijmans

www.pharos.nl
www.huisarts-migrant.nl

Griep? Scholen sluiten!

In 2009 verspreidde de laatste influenza zich als een olievlek over de wereld: de beruchte Mexicaanse griep. Het griepvirus zorgde voor veel tumult bij de bevolking en huisartsen werden overspoeld door patiënten met griepverschijnselen. Het RIVM uitte eerder de aanbeveling om gedurende een pandemie scholen te sluiten. Canadese onderzoekers lieten zien dat het sluiten van scholen bij een grieppandemie het risico op besmetting met meer dan 50% verlaagt.

De effecten van transmissie van het griepvirus konden nauwkeurig worden getoetst tijdens de zomervakantie, toen scholen gesloten waren. Tussen april 2009 en januari 2010 werden 6745 kinderen tussen de 5 en 18 jaar positief getest op het Mexicaanse griepvirus (H1N1) in Alberta, Canada. Het bleek dat tijdens de zomervakantie het aantal nieuwe griepbesmettingen sterk afnam, terwijl na de zomervakantie het aantal griepgevallen juist weer exponentieel toenam.

Met behulp van een rekenmodel werd een afname van verspreiding van het Mexicaanse griepvirus van 86% voorspeld tijdens de schoolvakantie. In de grote steden in de provincie Alberta was dat ook het geval: 63% voor Calgary en 100% voor Edmonton. Al met al bleek uit dit model dat er 2,1 keer zoveel gevallen van griep waren geweest in de gehele provincie als de scholen open gebleven waren. Toch merkten de auteurs op dat het weer - temperatuur en vochtigheidsgraad - ook een rol speelde bij de verspreiding van het virus.

Toen in 2009 de Mexicaanse grieppandemie ook ons land bereikte, was het sluiten van scholen volgens het RIVM 'nog niet aan de orde'. Gelukkig heeft het griepvirus achteraf gezien bij ons geen groteske vormen aangenomen, maar dat was misschien meer omdat de grootste toename van het aantal griepgevallen net voor de schoolvakantie werd ontdekt. ■

Maurits Vinkers

Foto: Joyce van Belkom/Hollandse Hoogte

Earn DJ, et al. Effect of school closure on incidence of pandemic influenza in Alberta, Canada. Ann Intern Med 2012;156:173-81.

Afschrikwekkende plaatjes helpen niet

Stoppen met roken blijft moeilijk en alle bekende interventies blijken slechts een minderheid van de rokers van hun verslaving af te helpen. Onlangs verscheen een opmerkelijk onderzoek waarin werd onderzocht of beelden van plaquevorming in de arteria carotis het percentage stoppers zou kunnen doen vergroten.

Alle 536 verstokte rokers uit het onderzoek waren gemotiveerd om te stoppen en kregen individuele begeleiding en nicotinevervangende middelen voorgeschreven. Bij de helft werd tevens de arteria carotis echografisch in beeld gebracht. Bijna 58% van deze groep bleek in het bezit van tenminste 1 plaque. In voorkomende gevallen werden de desbetreffende beelden aan de patiënt vertoond en voorzien van uitleg gedurende 7 minuten. Primaire uitkomst van het onderzoek was het percentage gestopte rokers na 12 maanden, hetgeen biochemisch gecontroleerd werd.

Het percentage gestopte rokers bleek hoog, maar verschilde niet tussen beide groepen: 24,9 % in de echografiegroep versus 22,1 % in de controlegroep ($p = 0,45$). Binnen de echografiegroep bleek ook het percentage stoppers niet hoger bij degenen met plaques in vergelijking met degenen zonder plaques (25,7 versus 24,1%; $p = 0,77$). Het begeleidende *editorial* vat de conclusie treffend samen: een foto is onvoldoende, zelfs als die meer zegt dan duizend woorden. De onderzoekers menen dat de negatieve resultaten van hun experiment wellicht veroorzaakt worden doordat hun rokers reeds gemotiveerd waren tot stoppen: de beelden konden de motivatie niet meer verder verbeteren. Zij zien ruimte voor herhaling van het onderzoek bij minder gemotiveerden. Het editorial stelt echter dat we onze aandacht minder moeten richten op het vinden van technologische oplossingen en ons moeten toeleggen op het cultiveren van communicatieve en relationele vaardigheden om patiënten van het roken af te krijgen. ■

Tjerk Wiersma

Rodondi N, et al. Impact of carotid plaque screening on smoking cessation and other cardiovascular risk factors. A randomized controlled trial. Arch Intern Med 2012;172:344-52.
O'Malley PG. On motivating patients. A picture, even if worth a thousand words, is not enough. Arch Intern Med 2012;172:309-10.

Infectiegevaar bij patiënten zonder milt: blijf waakzaam!

Uit onderzoek blijkt dat ruim 40% van de patiënten zonder (functionerende) milt niet op de hoogte is van het risico dat hun aandoening met zich meebrengt. Het is daarom belangrijk dat huisartsen deze patiënten in kaart brengen en adviseren. De nieuwe LCI-richtlijn over de preventie van infecties bij patiënten met een (functionele) asplenie kan hen daarbij helpen.

Door het bijzondere vaatbed met een trage bloedstroom heeft de milt een belangrijke functie bij het wegvangen van micro-organismen, vooral de pneumokok. Ook zorgt de milt voor vroege vorming van antistoffen. Patiënten zonder (functionerende) milt lopen dan ook een hoog risico op ernstig verlopende infecties (post splenectomie sepsis). De lever kan deze filterfunctie deels overnemen, maar alleen wanneer de micro-organismen beladen zijn met antistoffen. Daarom is het van belang dat mensen zonder (functionerende) milt adequaat gevaccineerd zijn. Het gaat om patiënten na een miltextirpatie of met een congenitale asplenie en om patiënten bij wie de milt wegens onderliggend lijden niet goed functioneert. Deze laatste, zeer diverse groep betreft onder andere patiënten met sikkelcelziekte en patiënten die een miltinfarct of miltbestraling hebben gehad. Ook andere hemolytische anemieën en chronische darmziekten zoals coeliakie en colitis ulcerosa kunnen de miltfunctie verminderen, maar het is vaak lastig om de ernst hiervan in te schatten.

Onlangs publiceerde het LCI (Landelijke Coördinatie Infectieziektenbestrijding) een richtlijn over de preventie van infecties bij patiënten met een (functionele) asplenie. Deze richtlijn beschrijft het belang en de uitvoering van pneumokokkenvaccinatie (bij voorkeur met het geconjugeerde vaccin), jaarlijkse influenzavaccinatie en vaccinatie tegen Hib en meningokokken groep C. Vaccinaties alleen beschermen echter onvoldoende. Daarom geeft de richtlijn ook indicaties voor het profylactisch gebruik van antibiotica. Bij de eerste tekenen van infectie dienen alle patiënten met een (functionele) asplenie binnen een uur te starten met antibiotica, waarvan zij de eerste gift altijd bij zich moeten hebben. Na een bijtwond van hond of kat wordt een antibiotische profylaxe van een week aangeraden. Ook geeft de richtlijn adviezen voor antibiotische profylaxe bij reizen, zoals malariaprofylaxe. ■

Wim Opstelten

Richtlijn voor preventie van infecties bij mensen met (functionele) hypo- en asplenie. LCI-RIVM, februari 2012. http://rivm.nl/Thema_s/Infectieziekten.

Sekseverschil hartinfarct?

Ja, er is een verschil in presentatie van klachten en ja, er is een verschil in sterfte tussen mannen en vrouwen bij ziekenhuisopname bij een myocardinfarct. Vrouwen hebben als zij jonger zijn vaker een myocardinfarct zonder de kenmerkende pijn op de borst en discomfortklachten in vergelijking met mannen van gelijke leeftijd.

De sekseverschillen bij myocardinfarct nemen af naarmate de leeftijd toeneemt. Van de vrouwen heeft 42% geen discomfortklachten bij hun presentatie in het ziekenhuis versus 30% van de mannen. De patiënten zonder discomfortklachten komen naar het ziekenhuis met crepiteren, longoedeem, hypotensie, cyanose of zweten en hebben vaker diabetes mellitus (stil infarct). In het ziekenhuis overleed 14,6% van de vrouwen en 10,3% van de mannen. Als de typische klachten ontbreken is het delay groter (7,9 uur versus 5,3) en de behandeling die eigenlijk nodig is minder agressief. Het gevolg is een twee maal hogere sterftekans in vergelijking met hen die wel de typische klachten hebben van een myocardinfarct.

De gegevens zijn afkomstig van de Amerikaanse *National Registry Myocardial Infarction*, een industrie-gesponsorde registratie van 1,1 miljoen patiënten uit 1977 ziekenhuizen tussen 1994 en 2006. De pijn op de borst/discomfort was gedefinieerd als elk gevoel van druk of beklemming op de borst en pijn van arm, hals of kaak voor aankomst bij het ziekenhuis of voor de diagnosestelling van myocardinfarct, maar betreft ook kortademigheid, overgeven/misselijkheid, hartkloppingen, flauwvallen en hartstilstand.

Dit retrospectieve onderzoek heeft natuurlijk zijn beperkingen. Patiënten die het ziekenhuis niet bereikten, telden niet mee. Patiënten die uiteindelijk geen myocardinfarct hadden, maar wel met klachten naar het ziekenhuis kwamen, ook niet. Er kan daarom geen algemene regel worden opgesteld voor patiënten met een verdenking van een acuut coronair syndroom. Als we een niet-pluisgevoel hebben bij vrouwen onder de 55 jaar die thoracale en/of zweetklachten hebben, moeten we denken aan de mogelijkheid van een myocardinfarct zodat ze de juiste hulp krijgen. ■

Mark Valk

Canto JG, et al. Association of age and sex with myocardial infarction symptom presentation and in-hospital mortality. JAMA 2012;307:813-22.

Rectificatie
In H&W 4 van 2012 zijn enkele foutjes geslopen in de rubriek Praktische epidemiologie (Tests: sensitiviteit en specificiteit). De getallen in de tekst komen niet overeen met de getallen in de tabel. De correcte versie staat op onze website: www.henw.org\Rubrieken\Praktische epidemiologie.
De redactie

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).

Sander Gaal, Wim Verstappen, Paul Giesen, Chris van Weel, Michel Wensing

Tuchtklachten tegen huisartsen

Samenvatting

Gaal S, Verstappen W, Giesen P, Van Weel C, Wensing M. Tuchtklachten tegen huisartsen. Huisarts Wet 2012;55(6):242-5.

DOEL Wij hebben onderzocht welke risico's voor de patiëntveiligheid naar voren kwamen uit medische tuchtzaken bij regionale tuchtcolleges tegen huisartsen.

METHODE Wij analyseerden 250 uitspraken van regionale tuchtcolleges, gepubliceerd tussen 2008 en 2010, en richtten ons daarbij vooral op tuchtklachten waarbij de betrokken patiënten ernstige gezondheidsschade hadden geleden.

RESULTATEN Van de 74 ernstige klachten (blijvende schade of overlijden) betroffen er 33 (45%) een verkeerde diagnose, 17 (23%) onvoldoende zorg, 6 (8%) een verkeerde behandeling, 6 (8%) te late aankomst bij een visite, 4 (5%) te late verwijzing naar het ziekenhuis, 1 (1%) onvoldoende informatie en 7 (10%) andere oorzaken. De verkeerde of (te) late diagnoses betroffen meestal hartinfarcten of CVA's (35%) en maligniteiten (34%). De helft van alle tuchtklachten werd gegrond verklaard; bij ernstige klachten was de kans op gegrondverklaring groter dan bij minder ernstige.

CONCLUSIE Incidenten met ernstige gezondheidsschade voor de betrokken patiënt komen voor een aanzienlijk deel voort uit het missen van een potentieel ernstige ziekte zoals een hartinfarct, CVA of maligniteit. Een betere diagnostiek van deze aandoeningen kan mogelijk bijdragen aan de patiëntveiligheid.

INLEIDING

Sinds de publicatie van het rapport *To err is human* in 1999[1,2] heeft patiëntveiligheid wereldwijd veel aandacht gekregen, vooral in de ziekenhuiszorg. In landen met een sterke eerstelijnsgezondheidszorg, zoals Nederland, verdient echter ook de huisartsenpraktijk alle aandacht, omdat daar verreweg de meeste medische zorg verleend wordt.[3,4] Een Nederlandse huisarts voorziet in de (eerste) zorg voor vrijwel alle medische aandoeningen, inclusief chronische en complexe ziekten. In 2010 hadden de Nederlandse huisartsen 64,4 miljoen patiëntencontacten, dus ook bij een lage incidentie kan het aantal incidenten toch groot zijn.[5] Recent dossieronderzoek liet zien dat patiëntveiligheidsincidenten zich ook in de Nederlandse huisartsenpraktijk voordoen, maar leverde geen incidenten op waarbij de betrokken patiënten ernstige schade hadden geleden.[6] Uit eerdere tuchtrechtuitspraken is echter gebleken dat patiëntveiligheidsincidenten met ernstige gevolgen wel degelijk voorkomen.[7] Het is dus zaak zulke incidenten te blijven identificeren en ervan te leren. Met dat doel voor ogen hebben wij dit onderzoek uitgevoerd.

METHODE

Het Nederlandse tuchtstelsel

In Nederland is het tuchtrecht voor artsen geïntroduceerd in 1928. Tegenwoordig is het geregeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), die tot doel heeft de kwaliteit van de beroepsbeoefening te bevorderen en te bewaken,[8] en die alle huisartsen verplicht deel te nemen aan het tuchtrechtsysteem.[9] Elke huisartsenpraktijk is daarnaast ook verplicht om een eigen klachtensysteem voor patiënten te hebben, en patiënten kunnen ook altijd een civielrechtelijke procedure starten. Het aantal ingediende tuchtrechtklachten stijgt; in 2009 bedroeg het 1496 en 237 daarvan hadden betrekking op huisartsen.[8]

Er zijn vijf regionale tuchtcolleges. Iedere patiënt of direct betrokkene (meestal een familielid), en in sommige gevallen ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg, kan daar een klacht indienen. De klacht moet gericht zijn tot een BIG-geregistreerde hulpverlener en worden ingediend binnen tien jaar na het betreffende contact. Het tuchtcollege telt vijf leden: twee advocaten en drie uit dezelfde discipline als de hulpverlener tegen wie de klacht gericht is. Het regionaal tuchtcollege beoordeelt de klacht volgens het Nederlands recht: was er sprake van enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die de hulpverlener in die hoedanigheid behoorde te betrachten ten opzichte van de patiënt of diens naaste? Tegen de uitspraak is hoger beroep mogelijk bij het centraal tuchtcollege.

Alvorens een hoorzitting te houden, onderzoekt het tuchtcollege de aard van de klacht. Lijkt de klacht gerechtvaardigd, dan ontvangt de verweerder een kopie van de klacht met het verzoek om een schriftelijke reactie. Zo nodig kan het tuchtcollege andere betrokkenen om aanvullende informatie vra-

Wat is bekend?

- Hoewel minder vaak dan in ziekenhuizen, komen veiligheidsincidenten met ernstige gezondheidsschade voor de betrokken patiënt ook in de huisartsenpraktijk voor.

Wat is nieuw?

- Tuchtklachten worden vaker gegrond verklaard als ze gaan over ongepaste contacten, schending van de privacy of het afgeven van een onjuiste verklaring, en ook als de patiënt ernstige gezondheidsschade heeft geleden.
- Bij veiligheidsincidenten gaat het vaak om het missen van een ernstige aandoening (myocardinfarct, CVA, maligniteit). Permanente aandacht voor de diagnostiek van dit soort ernstige aandoeningen in de eerste lijn is geboden.

UMC St Radboud, Scientific Institute for Quality of Healthcare, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. S. Gaal, aios Huisartsgeneeskunde; dr. W. Verstappen, huisarts-onderzoeker; dr. P. Giesen, huisarts-onderzoeker; prof.dr. M. Wensing, hoogleraar Implementatiewetenschap • UMC St Radboud, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde: prof.dr. C. van Weel, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie s.gaal@iq.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Gaal S, Hartman C, Giesen P, Van Weel C, Verstappen W, Wensing M. Complaints against family physicians submitted to disciplinary tribunals in the Netherlands: lessons for patient safety. Ann Fam Med 2011;9:522-7 • Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

gen. Als alle informatie verzameld is, nodigt het tuchtcollege klager en verweerder uit voor een eerste zitting. Deze zitting is niet verplicht, maar biedt de mogelijkheid buiten de hoorzitting om een oplossing te zoeken. Wordt de zaak hier niet opgelost, dan volgt een openbare hoorzitting waar beide partijen hun standpunten kunnen toelichten en waar ook eventuele deskundigen of getuigen gehoord worden. Het tuchtcollege doet hierna schriftelijk uitspraak. De uitspraken worden anoniem online gepubliceerd; zaken die ook andere hulpverleners aangaan, verschijnen (onder andere) in *Medisch Contact*.[10] Het volledige proces van klacht tot uitspraak duurt meestal één à twee jaar.[9,11] Een gegrondverklaring kan leiden tot een aantal disciplinaire maatregelen, variërend van een waarschuwing of berisping tot een boete van maximaal € 4500. In ernstige gevallen kan het tuchtcollege een tijdelijke of permanente ontzegging van de bevoegdheid tot uitoefening van het beroep opleggen, maar dit komt zelden voor.

Onderzoeksopzet

Ons onderzoek was retrospectief van opzet. Wij analyseerden 250 tuchtrechtuitspraken met betrekking tot huisartsen, gedaan door de vijf regionale tuchtcolleges, gedateerd tussen juli 2008 en oktober 2010 en anoniem online gepubliceerd op www.tuchtrecht.nl (per 1 januari 2010 gewijzigd in www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl). De uitgebreide verslagen van deze tuchtzaken bevatten een beschrijving van de ingediende klacht, het vonnis, de achterliggende overwegingen en het verweer van de betrokken huisarts. Om dubbele uitspraken te vermijden, includeerden wij alleen originele uitspraken van de regionale tuchtcolleges. De Commissie Mensgebonden Onderzoek van de Radboud Universiteit Nijmegen verleende toestemming voor dit onderzoek.

Data-extractie en analyse

Twee artsen analyseerden de gevonden tuchtrechtuitspraken en deelden ze in naar aard van de klacht, diagnose (indien van toepassing), gezondheidsuitkomst voor de patiënt en het uiteindelijke vonnis. Zij volgden daarbij de indeling die de tuchtcolleges zelf gaven in hun jaarverslag.[8] Bij twijfel werd consensus gezocht.

Een patiëntveiligheidsincident definieerden wij als 'een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die heeft geleid, geleid kon hebben, of nog zouden kunnen leiden tot schade voor de patiënt'. Wij zijn ervan uitgegaan dat iedere disciplinaire maatregel betekende dat er een patiëntveiligheidsincident had plaatsgevonden, omdat zo'n maatregel alleen wordt opgelegd als de betrokken huisarts niet volgens de professionele standaard heeft gehandeld. Niet alle vermijdbare fouten zijn echter patiëntveiligheidsincidenten of leiden tot gezondheidsschade. We hebben daarom speciale aandacht besteed aan klachten waarbij de gezondheid van de patiënt ernstige schade had geleden. Met logistische regressieanalyse onderzochten we de relatie tussen de aard van de klacht, de gevolgen voor de patiënt en de eventuele gegrondverklaring.

RESULTATEN

Klager en setting

De 250 uitspraken van de vijf regionale tuchtcolleges betroffen 125 (50%) klachten ingediend door de patiënt, 108 (43%) klachten door een familielid en 3 (1%) klachten door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Van 14 (6%) klachten kon de indiener niet worden geïdentificeerd.

Voor wat betreft de setting hadden 172 (69%) klachten betrekking op een huisartsen(dag)praktijk, 45 (18%) op een huisartsenpost en 14 (6%) op een andere omgeving (bijvoorbeeld een militaire basis of gevangenis). Van 19 (8%) klachten was de plaats van handeling niet terug te vinden.

Aard van de klachten

Zestig (24%) klachten hadden betrekking op een verkeerde diagnose, 54 (22%) op onvoldoende medische zorg, 23 (9%) op een verkeerde behandeling, 18 (7%) op een te late verwijzing, 15 (6%) op een onjuiste medische verklaring, 14 (6%) op schending van privacy, 14 (6%) op te late aankomst bij een visite, 6 (2%) op het onvoldoende geven van informatie, 5 (2%) op onbeleefd gedrag, 2 (1%) op ongepast (seksueel) contact met de patiënt en 1 (0,4%) op de facturering. Er werden 19 (8%) klachten ingediend om andere redenen, en van nog eens 19 (8%) was de aard niet te achterhalen. De [**tabel**] geeft een overzicht, met voorbeelden.

Gevolgen voor de patiënt

In 71 (28%) gevallen had de gebeurtenis waarop de klacht betrekking had niet geleid tot gezondheidsschade, in 37 (15%) gevallen was er kleine en in 46 (18%) gevallen tijdelijke schade, en in 22 (9%) gevallen konden wij de gevolgen niet terugvinden in het verslag. Er waren echter 25 (10%) klachten waarbij blijvende gezondheidsschade optrad, en 49 (20%) klachten waarbij de betrokken patiënt was overleden. In totaal betroffen 74 (30%) klachten dus een serieus patiëntveiligheidsincident dat blijvende schade of overlijden tot gevolg had.

Uitspraken en sancties

De tuchtcolleges verklaarden 18 (7%) klachten niet ontvankelijk op het moment van indiening, 9 (3,5%) klachten werden ingetrokken en 1 klacht (0,5%) werd niet doorgezet door de klager. Deze klachten leidden niet tot een hoorzitting.

Van de overige klachten verklaarden de colleges er 134 (54%) ongegrond en mondden er 88 (35%) uit in een gegrondverklaring. De colleges legden 69 (28%) waarschuwingen op, 11 (4%) berispingen en 2 (1%) tijdelijke schorsingen. In 6 (2%) gevallen volgde er geen tuchtmaatregel.

Wij hebben gezocht naar een verband tussen de aard van de klacht en de gegrondverklaring. Alle ongepaste (seksuele) contacten leidden tot een gegrondverklaring, schending van de privacy in 64% en een onjuiste verklaring in 53% van de gevallen. Deze categorieën bevatten echter slechts enkele klachten [**tabel**].

Klachten over ernstige gezondheidsschade

Logistische regressieanalyse liet zien dat een ernstige afloop samenhing met een hogere kans op een disciplinaire

Tabel Overzicht van de klachten

Type klacht	Voorbeelden	Aantal	Gegrond verklaard	Met ernstige gevolgen	Gegrond verklaard met ernstige gevolgen
Verkeerde diagnose	▪ fietsen toestaan, terwijl later een heupfractuur werd gediagnosticeerd ▪ diagnose griep bij een patiënt met meningitis	60	27	33	18
Onvoldoende medische zorg	▪ diagnose hartinfarct, maar niet bij patiënt gebleven tot de ambulance arriveerde ▪ geen verwijzing naar de uroloog bij een man met recidiverende urineweginfecties	54	20	17	11
Verkeerde behandeling	▪ amoxicilline bij een patiënt die allergisch is voor penicillines ▪ verkeerd type lithium	23	6	6	2
Te laat verwijzen	▪ missen van de diagnose mammacarcinoom ▪ missen van een gemetastaseerde tumor bij een patiënt met lagerugklachten	18	4	4	3
Verkeerde of onterechte medische verklaring	▪ verklaring aan de politie gegeven die achteraf onjuist bleek te zijn ▪ verkeerde informatie gegeven bij vermoeden van kindermisbruik	15	8	0	0
Schending van de privacy	▪ medische gegevens aan ex-partner gegeven ▪ dossier zonder toestemming meegegeven aan familielid	14	9	0	0
Te laat komen bij een visite	▪ huisarts weigert visite bij een patiënt met wat later een CVA blijkt ▪ huisarts weigert visite bij een patiënt die te ver weg woont	14	2	6	1
Onvoldoende informatie gegeven	▪ huisarts geeft onvoldoende informatie bij corticosteroïdgebruik ▪ huisarts weigert met een patiënt te praten	6	3	1	1
Onvriendelijk gedrag	▪ huisarts weigert gevallen patiënt op te tillen ▪ huisarts schreeuwt tegen een patiënt	5	2	0	0
Ongepast contact met patiënt	▪ seksuele relatie met een patiënt	2	2	0	0
Onenigheid over rekening	▪ patiënt vond de rekening te hoog	1	0	0	0
Andere klacht		19	5	7	1
Aard klacht niet in te schatten		19	0	0	0
Totaal		250	88	74	37

maatregel (B = 0,703, p = 0,02). Van de 74 klachten met ernstige gezondheidsschade hadden er 33 (45%) betrekking op een verkeerde diagnose, 17 (23%) op onvoldoende zorg, 6 (8%) op een verkeerde behandeling, 6 (8%) op te late aankomst bij een huisbezoek, 4 (5%) op een late verwijzing naar het ziekenhuis en 1 (1%) op het geven van onvoldoende informatie.

Van de 33 gemiste diagnoses betroffen er 12 (35%) een hart- en vaatziekte en 11 (33%) een maligne aandoening.

BESCHOUWING

De door ons onderzochte tuchtzaken bestrijken een breed scala aan klachten, maar relatief grote categorieën zijn klachten over een verkeerde diagnose of onvoldoende medische zorg. Bij bijna eenderde van de klachten was er sprake van ernstige gezondheidsschade, en daarvan werd de helft gegrond verklaard. In de meeste gevallen betrof het een verkeerde diagnose bij hartinfarct, CVA of maligniteit.

Gemiste diagnoses

Procentueel gezien werden klachten over ongepast (seksueel) patiëntencontact, een onjuiste medische verklaring of schending van de privacy het vaakst gegrond verklaard. Vanuit het perspectief van patiëntveiligheid valt echter het meest te leren van klachten waarbij sprake is van ernstige gezondheidsschade, want juist deze klachten leggen gevaarlijke lacunes in de zorg bloot. Het merendeel ervan bleek diagnosegerelateerd: onvoldoende anamnese en/of lichamelijk onderzoek, vaak in combinatie met een acute en levensbedreigende ziekte zoals myocardinfarct of CVA.

Het missen van een diagnose zal niet snel resulteren in een gegrond verklaarde tuchtklacht als anamnese, lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek adequaat waren.[8] Hier ligt echter wel een uitdaging voor de huisarts, omdat veel ziekten in huisartsenpraktijk een zelflimiterend karakter hebben en *watchful waiting* algemeen aanvaard beleid is. Huisartsen zien bijvoorbeeld veel patiënten met pijn op de borst en kunnen onmogelijk al die patiënten naar het ziekenhuis verwijzen. Achteraf is de juiste diagnose vaak makkelijk te herkennen, maar in de dagelijkse praktijk is het onvermijdelijk dat de huisarts er weleens een mist.[12] De tuchtcolleges in Nederland verwachten dan ook niet dat huisartsen altijd de juiste diagnose stellen, maar wel dat ze het aanbevolen lichamelijk en aanvullend onderzoek uitvoeren wanneer dat geïndiceerd is.[9]

Eerder onderzoek

Eerder onderzoek naar tuchtrechtuitspraken inzake Nederlandse huisartsenposten laat een vergelijkbaar beeld zien: het merendeel van de gegrond verklaarde klachten had betrekking op een te late of gemiste diagnose en op incidenten in de triage.[13]

In een Amerikaans onderzoek uit 1998 bleek dat de klachten voornamelijk middelenmisbruik, ongepaste (seksuele) contacten en fraude betroffen.[14] Dit onderzoek is echter niet direct vergelijkbaar met het onze, omdat het ging om nalatigheidsklachten waarvoor financiële genoegdoening werd gevraagd. Recent Brits onderzoek in de eerste lijn steunt onze bevinding dat het missen van diagnoses het meest voorkomt,[15]

en enkele grote Amerikaanse onderzoeken doen dat ook.[16] De resultaten zijn echter moeilijk te vergelijken vanwege verschillen in de tuchtrechtsystemen.[17]

Lessen voor patiëntveiligheid

In eerder grootschalig dossieronderzoek naar patiëntveiligheidsincidenten met merkbare gevolgen vonden we voor Nederland een jaarprevalentie van 5,8%.[6] De gezondheidsschade was meestal gering en we vonden geen incidenten die blijvende schade tot gevolg hadden. In tuchtrechtuitspraken zal men wellicht eerder stuiten op incidenten met ernstige gevolgen, maar hun representativiteit is niet goed te bepalen. In onze onderzoeksperiode, waarin Nederlandse huisartsen zo'n honderdtwintig miljoen contacten hadden met meer dan tien miljoen patiënten, vonden wij 37 gegrond verklaarde tuchtklachten die ernstige gevolgen hadden gehad. Dat is ongeveer één op de drie miljoen contacten. De ernst van de klachten onderstreept echter nog eens het belang van tijdige en volledige diagnostiek, vooral bij patiënten die een levensbedreigende aandoening zouden kunnen hebben.

De drempel voor een ziekenhuisopname is in Nederland waarschijnlijk hoger dan in landen met een minder goed ontwikkelde eerstelijnsgezondheidszorg. Dat kan een veiligheidsrisico inhouden, aangezien de huisarts klinische beslissingen moet nemen op basis van een beperkt diagnostisch instrumentarium. Aan de andere kant: risico's zijn nooit volledig uit te sluiten en het totale aantal tuchtklachten was laag. Meer nadruk op patiëntveiligheid heeft een prijs, in termen van medicalisering en kosten. De uitdaging voor de eerste lijn is derhalve het evenwicht bewaren tussen patiëntveiligheid door tijdig onderzoek enerzijds, en een legitiem vertrouwen in de gunstige prognose van veel gezondheidsproblemen anderzijds.

Beperkingen

Bij het zoeken naar patiëntveiligheidsincidenten heeft elke methode zijn beperkingen, en er is weinig overlap tussen de methoden.[18-20] Ons onderzoek laat een berekening van de prevalentie van incidenten niet toe, omdat we een relatief kleine steekproef van tuchtrechtuitspraken onderzochten en er ook in absolute termen weinig klachten bij tuchtcolleges worden ingediend. Het medisch dossier is momenteel waarschijnlijk de beste manier om de prevalentie van patiëntveiligheidsincidenten te bepalen.[21] Tuchtrechtverslagen geven veel informatie over de uitspraak en de motivering, maar andere gegevens, zoals demografische kenmerken, ontbreken. *Hindsight bias* kan een rol spelen in het oordeel van het tuchtcollege, en waarschijnlijk spelen communicatieproblemen vaak een rol bij de beslissing een klacht in te dienen. Waarschijnlijk leiden lang niet alle ernstige patiëntveiligheidsincidenten tot een tuchtklacht.

CONCLUSIE

In de tuchtrechtspraak hebben wij patiëntveiligheidsincidenten gevonden die met andere methoden, zoals dossieronderzoek, niet aan het licht zouden zijn gekomen.[6] Onze analyse laat zien dat gegrond verklaarde klachten met ernstige gezondheidsschade voor de betrokken patiënt voor het merendeel gerelateerd waren aan het missen van potentieel ernstig verlopende ziektes zoals hartinfarct, CVA of maligniteit. Dit onderstreept dat we moeten blijven streven naar verbetering van de diagnostiek van potentieel ernstige aandoeningen in de eerste lijn. ■

LITERATUUR

1 Institute of Medicine; Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: Building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press, 2000.
2 Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, Orav EJ, Bates DW. The 'To err is human' report and the patient safety literature. Qual Saf Health Care 2006;15:174-8.
3 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005;83:457-502.
4 Gandhi TK, Lee TH. Patient safety beyond the hospital. N Engl J Med 2010;363:1001-3.
5 Stirbu-Wagner I, Dorsman SA, Visscher S, Davids R, Gravestein JV, Abrahamse H, et al. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg: Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ, 2010. http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=16159, geraadpleegd 17 maart 2012.
6 Gaal S, Verstappen W, Wolters R, Lankveld H, Van Weel C, Wensing M. Prevalence and consequences of patient safety incidents in general practice in the Netherlands: A retrospective medical record review study. Implement Sci 2011;6:37.
7 Van der Wal G. Medische tuchtrechtspraak in Nederland: Een 10-jaarsoverzicht. Ned Tijdschr Geneeskd 1996;140:2640-4.
8 Boersma S, Hermans HLC, Huntjens GGML, Lutgert HJL, Smit AL, Suitela LMS, et al. redactie. Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg: Jaarverslag 2010. Den Haag: Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg, 2011. http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/Images/Gezamenlijk%20jaarverslag%202010_tcm11-25504.pdf.
9 Stolper E, Legemaate J, Dinant GJ. How do disciplinary tribunals evaluate the 'gut feelings' of doctors? An analysis of Dutch tribunal decisions, 2000-2008. J Law Med 2010;18:68-75.
10 Medisch Contact: Tuchtzaken (Internet). Utrecht: Medisch Contact, 2011. http://medischcontact.artsennet.nl/tuchtzaken.htm, geraadpleegd 25 mei 2011.
11 Cuperus-Bosma JM, Hout FA, Hubben JH, Van der Wal G. Views of physicians, disciplinary board members and practicing lawyers on the new statutory disciplinary system for health care in The Netherlands. Health Policy 2006;77:202-11.
12 Fischhoff B. Hindsight not equal to foresight: The effect of outcome knowledge on judgment under uncertainty, 1975. Qual Saf Health Care 2003;12:304-11.
13 Blaauw C, Jongerius P, Hubben J. De huisartsenpost in de tuchtrechtspraak 1997-2007: Enkele leerpunten voor de praktijk. Bijblijven 2010;26:52-7.
14 Morrison J, Wickersham P. Physicians disciplined by a state medical board. JAMA 1998;279:1889-93.
15 Esmail A. Patient safety: What claims against the NHS can teach us. J Health Serv Res Policy 2010;15(Suppl 1):33-6.
16 Phillips RL Jr, Bartholomew LA, Dovey SM, Fryer GE Jr, Miyoshi TJ, Green LA. Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States. Qual Saf Health Care 2004;13:121-6.
17 Vincent C, Davy C, Esmail A, Neale G, Elstein M, Cozens JF, et al. Learning from litigation: The role of claims analysis in patient safety. J Eval Clin Pract 2006;12:665-74.
18 Wetzels R, Wolters R, Van Weel C, Wensing M. Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: A prospective observational study. BMC Fam Pract 2008;9:35.
19 Christiaans-Dingelhoff I, Smits M, Zwaan L, Lubberding S, Van der Wal G, Wagner C. To what extent are adverse events found in patient records reported by patients and healthcare professionals via complaints, claims and incident reports? BMC Health Serv Res 2011;11:49.
20 Olsen S, Neale G, Schwab K, Psaila B, Patel T, Chapman EJ, et al. Hospital staff should use more than one method to detect adverse events and potential adverse events: Incident reporting, pharmacist surveillance and local real-time record review may all have a place. Qual Saf Health Care 2007;16:40-4.
21 Lilford RJ, Mohammed MA, Braunholtz D, Hofer TP. The measurement of active errors: Methodological issues. Qual Saf Health Care 2003;12(Suppl 2):ii8-12.

Mark Spigt, Nico Weerkamp, Jaap Troost, Constant van Schayck, André Knottnerus

Effecten van extra water drinken bij hoofdpijn

Samenvatting

Spigt M, Weerkamp N, Troost J, Van Schayck CP, Knottnerus JA. Effecten van extra water drinken bij hoofdpijn. Huisarts Wet 2012;55(6):246-9.

DOEL Eerder gepubliceerde onderzoeken suggereren dat het drinken van water een positief effect heeft op hoofdpijn, maar er is nog nooit een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek uitgevoerd.

METHODE Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. We includeerden patiënten als ze ten minste twee episodes van matige hoofdpijn of ten minste vijf milde intense episodes per maand hadden, en een totale vochtinname van minder dan 2,5 liter per dag. Beide groepen ontvingen handleidingen over stressbestendige en slaapbevorderende strategieën. De interventiegroep kreeg daarnaast het advies om de dagelijks 1,5 l extra water te drinken. De belangrijkste uitkomstmaten waren het aantal dagen per maand met ten minste matige hoofdpijn en de Migraine Specifieke Kwaliteit van Leven (MSQOL) schaal.

RESULTATEN In totaal randomiseerden we 50 patiënten in de controlegroep en 52 patiënten in de interventiegroep. Meer water drinken resulteerde in een significante verbetering van 4,5 punt op de MSQOL-schaal. Tevens rapporteerde 47% van de watergroep een verbetering van hun hoofdpijnklachten ten opzichte van 25% van de controlegroep. Het drinken van meer water resulteerde echter niet in relevante veranderingen in dagen met ten minste matige hoofdpijn.

CONCLUSIE Gezien de geobserveerde positieve effecten lijkt het verstandig als huisartsen patiënten met hoofdpijn adviseren om voor een korte periode de non-invasieve interventie te proberen om te zien of ze verbetering ervaren.

INLEIDING

Onlangs heeft men twee casereports gepubliceerd die suggereren dat een tekort aan vocht een migraineaanval kan uitlokken.[1-4] Zo bleek bij een migrainepatiënt de gemiddelde maandelijkse frequentie van migraineaanvallen van 10,5 naar 5,4 af te nemen als gevolg van een toegenomen vochtinname.[4] In 2005 hebben we gepubliceerd over een kleinschalig onderzoek naar de effecten van het drinken van water op het aantal migraineaanvallen. Voor dit onderzoek volgden we drie maanden lang 18 patiënten en observeerden we een gemiddelde vermindering van 21 uur hoofdpijn per 2 weken.[5] Deze observaties lijken veelbelovend, maar hebben onvoldoende bewijskracht. Om die reden hebben we een gerandomiseerd onderzoek gedaan naar het effect van water drinken op hoofdpijn.

METHODE

Onderzoeksontwerp

We hebben gerandomiseerd onderzoek gedaan, met twee groepen en een follow-up van 3 maanden. Beide groepen kregen instructies over stressreducerende en slaapbevorderende strategieën. De interventiegroep ontving daarnaast het advies om de dagelijkse waterinname met 1,5 liter te verhogen.

Patiënten

De patiënten waren afkomstig uit 16 gezondheidscentra. We selecteerden patiënten tussen de 18 en 65 jaar die met hoofdpijn, spanningshoofdpijn en/of migraine geregistreerd stonden bij de huisarts (ICPC-codes: respectievelijk N01, N02 en N89). Elke huisarts controleerde deze selectie op overleden of uitgeschreven patiënten en patiënten met te ernstige comorbiditeit. De overgebleven patiënten kregen van de huisarts een uitnodiging om aan het onderzoek deel te nemen. Door middel van een bijgesloten vragenlijst sloten we patiënten met de volgende verschijnselen uit: hoofdpijn minder dan een jaar, secundaire hoofdpijn (als gevolg van een bekende oorzaak), ontstaan van hoofdpijn na het vijftigste levensjaar. De overgebleven patiënten nodigden we uit voor een nulmeting, die bestond uit een hoofdpijndagboek (1 maand) en een vochtinnamedagboek (1 dag). In het hoofdpijndagboek registreerde de patiënt datum en tijdstip van de hoofdpijn, intensiteit van de hoofdpijn (mild, matig, zwaar), eventueel medicijngebruik en eventuele bijkomende symptomen. We includeerden de patiënten als zij ten minste twee episodes van matige hoofdpijn

Wat is bekend?

- Het drinken van meer water lijkt bij sommige patiënten een positief effect te hebben op de frequentie van migraineaanvallen.
- Hier is nog geen wetenschappelijk onderzoek naar verricht.

Wat is nieuw?

- Het drinken van meer water had een klein, maar significant effect op de kwaliteit van leven van patiënten met chronische hoofdpijnklachten.
- Ongeveer de helft van de patiënten in de interventiegroep gaf aan dat het drinken van meer water een vermindering hun klachten opleverde, versus 25% in de controlegroep.
- Er was geen verandering in het aantal dagen met ten minste matige hoofdpijn.
- Huisartsen kunnen patiënten met hoofdpijnklachten aanraden deze non-invasieve interventie voor een korte periode te proberen.

Universiteit Maastricht, afdeling Huisartsgeneeskunde, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Postbus 616, 6200 MD, Maastricht: dr. M. Spigt, universitair docent; prof.dr. C.P. van Schayck, hoogleraar Preventieve Geneeskunde; prof.dr. J.A. Knottnerus, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Atrium Medisch Centrum, afdeling Neurologie, Heerlen: N. Weerkamp, neuroloog i.o. Academisch Ziekenhuis Maastricht, afdeling Neurologie, Maastricht: prof.dr. J. Troost, hoogleraar Neurologie • Correspondentie: m.spigt@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek is gesponsord door ZonMw, de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en ontwikkeling (42000016).

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Spigt M, Weerkamp N, Troost J, Van Schayck CP, Knottnerus JA. A randomized trial on the effects of regular water intake in patients with recurrent headaches. Fam Pract 2011 Nov 23 [Epub ahead of print] • Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

of ten minste vijf milde episodes per maand hadden doorgemaakt. Tevens mocht de maximale vochtinname niet meer dan 2,5 l bedragen.

Randomisatie, interventie en blindering

Een onafhankelijke medewerker heeft aan de hand van een computergegenereerde lijst met willekeurig nummers patiënten aan de twee groepen toegewezen. Vervolgens ontvingen beide groepen geschreven instructies over stressbestendige en slaapverbeterende strategieën. Deze instructies omvatten bijvoorbeeld het advies geen koffie te drinken en de lichten in de avond te dimmen. Patiënten die meer over het onderwerp wilden weten kregen een verwijzing naar een populair zelfhulpboek over slaapstrategieën en een internetcursus. Naast deze instructies kregen de patiënten in de interventiegroep het advies naast hun normale vochtinname elke dag anderhalve liter water te drinken, gedurende een periode van drie maanden. We raadden hen aan om de hoeveelheid in drie delen van een halve liter over de hele dag te verspreiden. Om het enthousiasme te verhogen en de therapietrouw met betrekking tot het drinken van water te verbeteren, beschreven we kort de positieve ervaringen uit het voorgaande onderzoek.

We maakten alle deelnemers duidelijk dat ze willekeurig in twee groepen waren ingedeeld en dat ze verschillende leefstijladviezen zouden krijgen om hoofdpijn te verminderen. De deelnemers waren niet op de hoogte van de hypothese van het onderzoek. De medisch-ethische commissie van het AZM/Universiteit Maastricht heeft het onderzoeksprotocol en de procedure aangaande de toestemmingsverklaring goedgekeurd.

Metingen

Op grond van het hoofdpijndagboek berekenden we het totale aantal dagen met ten minste matige hoofdpijn, dagen en uren met hoofdpijn en dagen met medicatie. Verder registreerden de deelnemers de karakteristieken van elke hoofdpijnepisode, zodat we het hoofdpijndagboek konden gebruiken om de episodes te classificeren volgens de internationale classificatie van de International Headache Society (IHS).[7]

De Nederlandse versie van de Migraine Specific Quality Of Life-vragenlijst (MSQOL) bestaat uit twintig stellingen die men scoort op een vierpuntsschaal.[8] De MSQOL bevat items als 'mijn hele leven draait om mijn hoofdpijn'. Daarnaast gaven de patiënten op een tienpuntsschaal aan hoeveel effect de adviezen hadden op hun hoofdpijn. Naast deze effectmetingen hielden de deelnemers een 24-uurs drinkdagboek bij om de totale vochtinname te bepalen. Een week na de randomisatie belden we de deelnemers om te vragen hoeveel effect ze verwachtten van de leefstijladviezen die ze hadden ontvangen. De antwoorden scoorden we op een tienpuntsschaal.

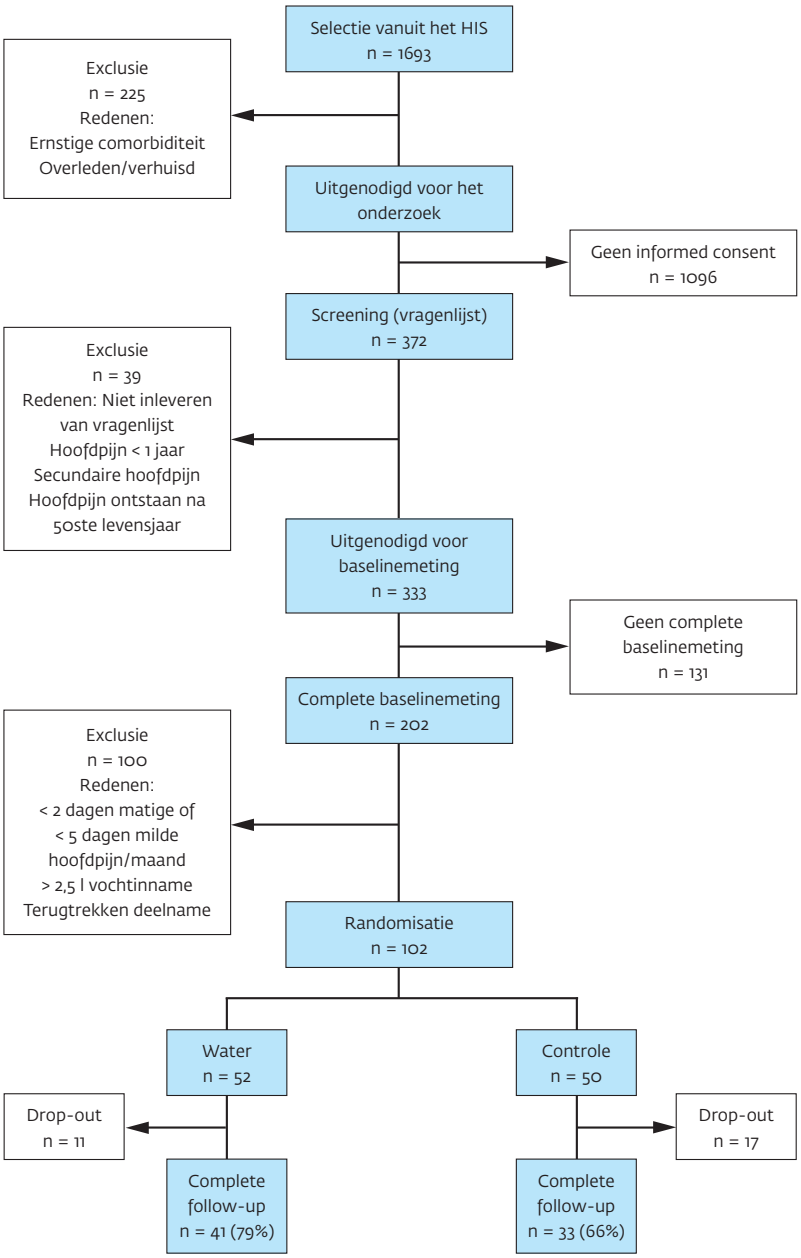
Berekening van de steekproefgrootte

We veronderstelden dat we 90 deelnemers in elke groep nodig hadden, om een minimale vermindering van 10 uur hoofdpijn per maand aan te kunnen tonen (a = 0,05, b = 0,80; sd = 21 uur).

Gegevensanalyse

We voerden de analyses uit volgens het intention-to-treat-principe. Voor de bepaling van het behandeleffect deden we een multivariate lineaire regressieanalyse, waarin we de follow-upmeting gebruikten als afhankelijke variabele, en de interventie en de aanvangsscore van die uitkomst als covariabelen.[9,10] Als patiënten uitvielen en geen follow-upmeting hadden, namen we ze niet in de analyse op. We analyseerden de effectmodificatie door interactietermen toe te voegen aan de multivariate regressieanalyse.

Figuur Stroomdiagram van de onderzoeksopzet



Tabel 1 Baseline-kenmerken

	Controlegroep n = 50		Watergroep n = 52	
Vrouwelijk	74%		69%	
Leeftijd	45 ± 11		47 ± 9	
Type hoofdpijn*	%	Gemiddeld aantal dagen/maand	%	Gemiddeld aantal dagen/maand
Migraine	52	2,7	48	3,8
Migraine met aura	22	3,1	19	1,5
Spanningshoofdpijn	62	5,5	56	5,1
Andere	88	7,6	96	8,2

* Patiënten kunnen meer dan één type hoofdpijn hebben.

RESULTATEN

Patiënten

Vanuit de eerste selectie uit het huisartsenbestand bleven uiteindelijk, na toepassing van alle selectiecriteria, veel minder dan de beoogde 180 patiënten over. We deelden uiteindelijk 50 patiënten in de controlegroep in en 52 patiënten in de interventiegroep [**figuur**]. Ongeveer 50% van de patiënten had ten minste één migraineaanval in de eerste maand van de aanvangsperiode [**tabel 1**]. Rond de 20% had een episode van migraine met aura. Bijna elke patiënt had ook hoofdpijnepisodes die we niet konden classificeren aan de hand van de IHS-classificatie.

Verwacht effect van het advies

De deelnemers uit de watergroep hadden significant meer positieve verwachtingen van het effect van hun advies (5,7 ± 2,2 versus 3,7 ± 2,7; p = 0,001). (De resultaten staan niet in een tabel.)

Effecten van de verhoogde inname van water

Het advies de dagelijkse hoeveelheid waterinname te verhogen resulteerde in een gemiddeld verschil in de totale 24-uursvochtinname tussen beide groepen van 842 ml [**tabel 2**]. Het drinken van meer water resulteerde in een significante verbetering van 4,5 punt op de MSQOL. Daarnaast registreerde 47% van de watergroep veel verbetering (6 of hoger op de tienpuntsschaal), tegen 25% in de controlegroep. Het drinken van meer water resulteerde echter niet in relevante veranderingen in de hoeveelheid hoofdpijn en medicatiegebruik. Het effect van het water drinken was niet afhankelijk van hoofdpijnintensiteit bij aanvang, leeftijd, geslacht, migraine, migraine met aura en spanningshoofdpijn.

BESCHOUWING

Overzicht van de belangrijkste bevindingen

Patiënten die geregeld hoofdpijn hebben, rapporteerden een kleine maar significante verbetering van de kwaliteit van leven na 3 maanden water drinken. Daarnaast rapporteerde 47% in de watergroep veel verbetering van de hoofdpijn als resultaat van de verhoogde waterinname, vergeleken met 25% in de controlegroep. Meer water drinken verminderde echter de

Tabel 2 De effecten van een toegenomen waterinname

	Controlegroep Gemiddelde ± sd n = 33	Watergroep Gemiddelde ± sd n = 41	Geschat effect van water* (95%-BI)
Totale vochtinname (ml)			
Baseline	1473 ± 439	1669 ± 502	
Follow-up	1667 ± 603	2590 ± 683	842 (559-1125)
Migraine specifieke kwaliteit van leven (20-**80**)†			
Baseline	61,5 ± 9,8	59,4 ± 9,8	
Follow-up	59,7 ± 11,3	62,1 ± 10,6	4,5 (1,3-7,8)
Percentage patiënten dat veel vooruitgang rapporteerde	25%	47%	OR 2,6 (1,0-6,8)
Ervaren effect (0-**10**)†	1,2 ± 2,9	3,7 ± 3,3	1,4 (-0,1 - 2,6)
Dagen met ten minste matige hoofdpijn (per maand)			
Baseline	6,4 ± 4,8	7,1 ± 6,4	
Follow-up	4,8 ± 3,6	5,9 ± 6,7	0,17 (-1,3 - 1,6)
Dagen met hoofdpijn (per maand)			
Baseline	11,5 ± 6,6	12,5 ± 7,9	
Follow-up	8,7 ± 5,7	9,9 ± 7,9	0,36 (-1,5 - 2,2)
Uren hoofdpijn (per maand)			
Baseline	83,5 ± 70,8	116,3 ± 115,9	
Follow-up	68,0 ± 61,3	88,4 ± 99,9	-0,68 (-23,0 - 21,7)
Dagen waarop de patiënt medicatie gebruikt (per maand)			
Baseline	6,5 ± 5,4	8,1 ± 7,0	
Follow-up	5,3 ± 4,7	6,3 ± 6,0	-0,64 (-2,2 - 0,9)

* We hebben het geschatte effect bepaald door middel van multivariate regressieanalyse, waarbij we hebben gecorrigeerd voor verschillen in baselinescore.
† De vetgedrukte score is de gunstigste.

maandelijkse frequentie en duur van de hoofdpijn niet.

Beperkingen van het onderzoek

We hadden een relatief groot aantal uitvallers in het onderzoek. Hoewel we de redenen van uitval niet systematisch hebben vastgesteld, hebben veel uitvallers gemeld dat ze met het onderzoek zijn gestopt omdat ze absoluut geen baat hadden bij de adviezen. We gaan er daarom vanuit dat de *missing values* 'not at random' waren. Er zijn geen imputatietechnieken die kunnen omgaan met ontbrekende waarden die mogelijk gerelateerd zijn aan het effect van de interventie.[11] Aangezien er meer patiënten in de controlegroep uitvielen, is het waarschijnlijk dat eventuele bias ongunstig heeft uitgepakt voor de interventiegroep, en dat we dus mogelijk het effect van water drinken onderschatten.

Hoewel er veel minder dan de beoogde 180 patiënten overbleven hadden we genoeg power om een significant verschil aan te tonen op de MSQOL. De power van het onderzoek was echter onvoldoende om de effecten van deze geringe omvang aan te tonen op de duur en frequentie van hoofdpijn. Overigens is het gemiddelde effect op groepsniveau van de MSQOL niet groot en verkeert het op de rand van net wel of net niet klinisch relevant.

Een mogelijk zwak punt van het onderzoek is de heterogeniteit van de onderzoekspopulatie. De huidige kennis over dit onderwerp is heel beperkt en het was daarom niet duidelijk welk type hoofdpijn het meeste baat zou hebben bij het drinken van meer water. Om die reden hebben we getest of een dergelijk advies effectief was in een breed spectrum van patiënten met hoofdpijn. Dit kan echter het effect van onze interventie hebben verzwakt.

CONCLUSIE EN IMPLICATIES

Gezien de geobserveerde positieve subjectieve gevolgen en rekening houdend met de eerder gedocumenteerde gevolgen van het drinken van meer water verwachten we dat sommige patiënten met hoofdpijn voordeel zullen hebben van het drinken van meer water. We zullen het onderzoek echter moeten herhalen in specifieke subpopulaties. Ondertussen lijkt het zinnig patiënten met hoofdpijn deze niet-invasieve interventie voor een korte periode aan te raden om te zien of ze verbetering ondervinden. ■

Foto: Gerard Til/Hollandse Hoogte

LITERATUUR

1 Bhatia M S, Gupta R, Srivastava S. Migraine associated with water deprivation and progressive myopia. Cephalalgia 2006;26:758-60.
2 Blau JN. Water deprivation: a new migraine precipitant. Headache 2005;45:757-9.
3 Blau JN, Kell CA, Sperling JM. Water-deprivation headache: a new headache with two variants. Headache 2004;44:79-83.
4 Martins IP, Gouveia RG. More on water and migraine. Cephalalgia 2007;27:372-4.
5 Spigt MG, Kuijper EC, Schayck CP, Troost J, Knipschild PG, Linssen VM, et al. Increasing the daily water intake for the prophylactic treatment of headache: a pilot trial. Eur J Neurol 2005;12:715-8.
6 Spigt M, Van Schayck O, Knipschild P, Westerterp K, Van de Beek C, Van Kerrebroeck P, et al. Is it possible to improve elderly male bladder function by having them drink more water? A randomized trial of effects of increased fluid intake/urine output on male lower urinary tract function. Urology 2006;68:1031-6.
7 Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 2004;24 Suppl 1:9-160.
8 Passchier J, Mourik JC, McKenna SP, Van den Berg M, Erdman RA. Evaluation of the Dutch version of the migraine quality of life instrument (MSQOL) and its application in headache coping. Cephalalgia 2001;21:823-9.
9 Twisk J, Proper K. Evaluation of the results of a randomized controlled trial: how to define changes between baseline and follow-up. J Clin Epidemiol 2004;57:223-8.
10 Vickers AJ, Altman DG. Statistics notes: Analysing controlled trials with baseline and follow up measurements. BMJ 2001;323:1123-4.
11 Donders AR, Van der Heijden GJ, Stijnen T, Moons KG. Review: a gentle introduction to imputation of missing values. J Clin Epidemiol 2006;59:1087-91.

Frank van Balen

CBO-Richtlijn Otitis media bij kinderen in de tweede lijn

INLEIDING

Otitis media is een veelvoorkomende aandoening in de huisartsenpraktijk, met een prevalentie van 20 per 1000 patiënten per jaar (acute otitis media) en een incidentie van 25 per 1000 per jaar (otitis media met effusie) in de leeftijdsgroep van 1 tot 4 jaar. Beide aandoeningen hebben een gunstig natuurlijk beloop en verwijzing naar de tweede lijn is slechts voor een beperkte groep noodzakelijk.

Een duidelijke richtlijn voor otitis media in de tweede lijn, gebaseerd op evidence-based medicine, ontbrak tot op heden. Het beleid na verwijzing naar de tweede lijn verschilt vaak per regio en zelfs per ziekenhuis. Ook is er geen duidelijk traject over de afstemming tussen diagnostiek en behandeling in de eerste en in de tweede lijn.

De CBO-Richtlijn Otitis media bij kinderen in de tweede lijn probeert dit gat te dichten.[1] De richtlijn is opgesteld op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied. De richtlijn is vooral bedoeld voor kno-artsen en richt zich op indicatiestelling, diagnostiek en therapeutische opties voor recidiverende OMA (rOMA), persisterende OME (pOME) en actieve chronische mucosale OM (ACMOM) in de tweede lijn. De richtlijn wil aansluiten bij de behandeling en begeleiding van kinderen met otitis media door huisartsen, kinderartsen, jeugdartsen, anesthesiologen, audiologen, logopedisten en medisch microbiologen. Daarmee biedt de richtlijn aanknopingspunten voor transmurale afspraken of lokale protocollen.

VERWIJZING NAAR DE TWEEDE LIJN

Het uitgangspunt van deze CBO-Richtlijn zijn de verwijscriteria van de NHG-Standaard Otitis media acuta [**kader**].[2] Belangrijk punt hierbij is dat de CBO-Richtlijn expliciet vermeldt dat indien een jeugdarts of logopedist als eerste een kind signaleert met taal- of spraakproblemen en/of gehoorverlies door otitis media, het raadzaam is dit kind in eerste instantie te verwijzen naar de huisarts voor aanvullend beleid.

Dit geldt niet indien deze situatie zich voordoet in de tweede lijn. De richtlijn adviseert om kinderen die reeds in de tweede lijn worden behandeld – bijvoorbeeld door een kinderarts, kno-arts, logopediste of in een audiologische centrum – onderling te verwijzen.

DIAGNOSTIEK

De richtlijn sluit aan bij de visie van de NHG-Standaard Otitis media met effusie op het gebruik van de stemvork en de perceptie van slechthorendheid door de ouders.[3] Diagnostiek in de tweede lijn vindt vooral plaats met otomicroscopie, tympanometrie en audiometrie. Bij kinderen van 0,5 tot 2 jaar adviseert de richtlijn observatie-audiometrie. Toonaudiometrie in de tweede lijn is al bij kinderen vanaf 4 jaar mogelijk.

Routinematige microbiologische diagnostiek wordt niet aanbevolen bij rOMA, OME en ACMOM.

NHG-Standaard Otitis media acuta

De richtlijnen voor acute otitis media zijn gebaseerd op de criteria voor verwijzing naar de tweede lijn in de NHG-Standaard Otitis media acuta. Deze luiden:

- het vermoeden van mastoïditis of meningitis;
- het uitblijven van verbetering 48 uur na starten antibiotica;
- persisterende otorroe na kuur met antibioticum;
- langer dan 4 weken bestaande trommelvliesperforatie na otorroe;
- drie of meer recidieven per half jaar of meer dan vier recidieven per jaar.

BEHANDELING

Niet-chirurgische behandeling

De richtlijn adviseert behandeling van rOMA, pOME en ACMOM te overwegen bij een gehoorverlies dat groter is dan 25 dB. Voor rOMA worden influenzavaccinatie ter preventie en profylactische behandeling met antibiotica niet aanbevolen en dat geldt ook voor het gebruik van corticosteroïden en systemische antihistaminica.

Pneumokokkenvaccinatie ter preventie van OME heeft geen effect op het persisteren of recidiveren van OME en de richtlijn adviseert dat dan ook niet. Bij OME wordt in eerste instantie gestart met logopedische behandeling. Wanneer de arts niet kiest voor het plaatsen van trommelvliesbuisjes beveelt de werkgroep bij onbehandelde, bilaterale pOME-gerelateerde gehoorverliezen van 25 dB of groter het toepassen van geluidsversterkende apparatuur aan. Het gebruik van antibiotica, corticosteroïden, antihistaminica en nasale decongestiva bij OME wordt, gezien het ontbreken van een gunstig effect, niet aangeraden. De richtlijn adviseert bij ACMOM het toedienen van quinolone oordruppels. Indien het gewenste effect uitblijft of korte kuren orale antibiotica geen effect lijken te hebben, luidt het advies een 6- tot 12-weekse kuur met cotrimoxazol te geven.

Chirurgische behandeling

De richtlijn adviseert in verband met een mogelijk gunstig effect gedurende de eerste 6 maanden (1,5 tot 2 episodes met OMA minder per half jaar), het plaatsen van trommelvliesbuisjes bij rOMA te overwegen, echter wel in overleg met de ouders of verzorgers en na bespreking van mogelijke voor- en nadelen. De richtlijn vermeldt wel dat op langere termijn het effect nauwelijks aanwezig is. De werkgroep beveelt dan ook aan om meer onderzoek te doen naar de langetermijneffecten van trommelvliesbuisjes bij rOMA. Tonsillectomie wordt bij rOMA niet aanbevolen en adenotomie in eerste instantie

Eerstelijns Centrum Carnegiedreef, Carnegiedreef 18, 3563 AA Utrecht: F.A.M. van Balen, huisarts • Correspondentie: frankenolga@xmsnet.nl

ook niet. In de behandeling bij pOME staat het gehoorverlies centraal. Net als bij rOMA is de richtlijn zeer terughoudend in het adviseren van plaatsing van trommelvliesbuisjes. De effecten van trommelvliesbuisjes zijn ook hier slechts kortdurend aanwezig, op langere termijn is er nauwelijks effect op het gehoor. Het effect op taal- en spraakontwikkeling, gedrag en kwaliteit van leven is nooit aangetoond. De aanbeveling in de richtlijn over behandeling van pOME luidt: 'Bij kinderen met pOME met een gehoorverlies van 25 dB of meer kan het plaatsen van trommelvliesbuisjes worden overwogen. Bij kinderen met forse hinder van het gehoorverlies, kinderen met middenoorbeluchtingsproblemen (schisis) en kinderen, die in hun ontwikkeling worden bedreigd is het gemeten gehoorverlies minder bepalend voor het te voeren beleid'. Adenotomie wordt niet aanbevolen tenzij er ook klachten van het adenoïd zijn. De combinatie van trommelvliesbuisjes en adenotomie kan dan worden overwogen.

COMMENTAAR

Deze CBO-Richtlijn sluit goed aan op de NHG-Standaarden Otitis media acuta en Otitis media met effusie. De aanbeveling voor onderlinge verwijzing indien het kind zich reeds in de tweede lijn bevindt is echter onnodig en een gemiste kans voor doelmatigere en goedkopere zorg. Dit geldt eveneens voor een groot aantal aanbevelingen die de arts kan overwegen (antibiotische behandeling gedurende 6 tot12 weken bij ACMOM, plaatsen van geluidsversterkende apparatuur bij pOME, plaatsen van trommelvliesbuisjes en verrichten van adenotomie bij pOME). De richtlijn laat hier nog te veel ruimte voor eigen invulling van het beleid door kno-artsen. Ik mis de argumenten waarop de specialist de beslissing, wel of niet behandelen, kan baseren. Dit heeft ook gevolgen voor de implementatie van de richtlijn en een eenduidig beleid in Nederland door de kno-artsen. De richtlijn laat zien dat, ondanks het vele onderzoek dat de laatste jaren is verricht, het op veel onderdelen niet mogelijk blijkt harde evidence-based uitspraken te doen.

De drempelwaarde van relevant gehoorverlies verschilt in deze richtlijn van die in de NHG-Standaarden (25 dB versus 30 dB). De niet-chirurgische behandeling, voor zover relevant voor de eerste lijn, komt overeen met de richtlijnen in de NHG-Standaarden.

Over het beleid bij pOME luidt de aanbeveling bij gehoorverlies van > 25dB, waarbij geen buisjes worden geplaatst, geluidversterkende apparatuur voor te schrijven (pagina 58). Bij het volgen van deze aanbeveling worden meer kinderen dan nu het geval is voorzien van geluidsversterkende apparatuur. De onderbouwing hiervan is zwak en overtuigend wetenschappelijk bewijs ontbreekt mijns inziens. Voor zover in deze richtlijn is na te gaan is het effect, met name op gedrag en spraak, gebaseerd op slechts één onderzoek met 39(!) kinderen.[4] Daarnaast dient men zich af te vragen hoe reëel deze optie is in een tijd van bezuinigingen en een krimpend pakket van vergoedingen. Bij kinderen met pOME met een gehoorverlies van 25 dB of meer die ook klachten van het adenoïd hebben, kan de combinatie van trommelvliesbuisjes en adenotomie worden overwogen. In de tekst van de richtlijn die hieraan voorafgaat wordt echter nergens gesproken over klachten van het adenoïd en de invloed van adenotomie versus adenotomie en tv-buisjes. Deze aanbeveling lijkt niet goed (wetenschappelijk) onderbouwd.

De verrassendste uitspraken doet de CBO-Richtlijn bij de chirurgische behandeling van met name persisterende OME. De grote controverse tussen huisartsen en kno-artsen betrof vooral de paracentese en de plaatsing van trommelvliesbuisjes. De paracentese wordt niet genoemd in de richtlijn en lijkt dus niet langer een behandelingsoptie bij kinderen met (persisterende) OME. Over het plaatsen van trommelvliesbuisjes is men terughoudender geworden. Hiermee komen kno-artsen en huisartsen in hun beleid bij OME meer op één lijn.

TOT SLOT

De werkgroep is van mening dat vanuit het patiëntenperspectief de communicatie tussen de zorgverleners onderling en de afstemming van beleid tussen de eerste en tweede lijn tekortschiet en adviseert derhalve tot het maken van transmurale afspraken. De CBO-Richtlijn geeft hier mijns inziens een goede aanzet toe. Het lijkt erop dat voor de doelstelling – meer uniformiteit verkrijgen bij zorgverleners in diagnostiek, behandeling en begeleiding van kinderen met otitis media – een grote stap voorwaarts is gezet. De volgende, noodzakelijke stap is het formeren van een werkgroep waarin alle relevante partijen zitting hebben, met de opdracht integrale multidisciplinaire afspraken te maken.

LITERATUUR

1 CBO-Richtlijn Otitis Media bij kinderen in de tweede lijn. www.cbo.nl.
2 Damoiseaux RAMJ, Van Balen FAM, Leenheer WAM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Otitis media acuta. Huisarts Wet 2006;49:615-21.
3 Van Balen FAM, Rovers MM, Eekhof JAH, Van Weert HCPM, Eizenga WH, Boomsma LJ. NHG-Standaard Otitis media met effusie. www.nhg.org.
4 Jardine AH, Griffiths MV, Midgley E. The acceptance of hearing aids for children with otitis media with effusion. J Laryngol Otol 1999;113,314-7.

NHG-Standaard Depressie (tweede herziening)

Evelyn van Weel-Baumgarten, Gré van Gelderen, Hans Grundmeijer, Els Licht-Strunk, Harm van Marwijk, Eric van Rijswijk, Bram Tjaden, Monique Verduijn, Tjerk Wiersma, Jako Burgers, Mariëlle van Avendonk, Gerda van der Weele

Belangrijkste wijzigingen

- De standaard beperkt zich niet tot depressie, maar bespreekt ook het beleid bij depressieve klachten.
- Er ligt meer nadruk op de ondersteuning van het zelfmanagement en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt in het herstelproces.
- De standaard is terughoudender met het initieel voorschrijven van geneesmiddelen en kent een grotere plaats toe aan kortdurende psychologische behandeling.

Kernboodschappen

- De diagnostiek bij het vermoeden van depressie vraagt een brede klachtexploratie, waarvoor vaak meerdere consulten nodig zijn.
- Voor een effectieve aanpak is het van belang dat de patiënt gemotiveerd is voor behandeling en (mede)verantwoordelijkheid neemt voor herstel.
- De initiële behandeling van *depressieve klachten* bestaat uit voorlichting; bij persisteren en bij een *depressie* wordt ook dagstructurering en een kortdurende psychologische behandeling aangeboden.
- Bied bij een depressie psychotherapie of een antidepressivum aan bij onvoldoende effect van deze behandelingen.
- Bij een depressie met ernstig sociaal disfunctioneren of grote lijdensdruk en bij ernstige psychische comorbiditeit wordt meteen psychotherapie of een antidepressivum aangeboden.
- Controle van het beloop is bij alle patiënten met depressieve klachten of depressie van belang.
- Besteed bij herstelde patiënten aandacht aan begeleiding bij stoppen van eventueel gestarte antidepressiva en aan terugvalpreventie.

INLEIDING

De NHG-Standaard Depressie is een herziening van de NHG-Standaard Depressieve stoornis. Deze standaard bevat richtlijnen voor volwassenen vanaf achttien jaar en is dus niet van toepassing op kinderen. Bij de herziening is gekozen om niet alleen depressie maar ook depressieve klachten (zie *begrippen*) te bespreken. Dit heeft verschillende redenen:

- de huisarts ziet vaker patiënten met depressieve klachten dan met een depressie;
- de huisarts heeft bij depressieve klachten behoefte aan diagnostische en therapeutische handvatten;
- er is toenemend bewijs dat ook bij depressieve klachten niet-medicamenteuze behandeling door de huisarts effectief is.

Een sombere stemming of depressieve gevoelens zijn vaak een normale, kortdurende en voorbijgaande reactie op teleurstelling of verlies, zonder dat daarvoor een gerichte behandeling nodig is. Bij ernstige, aanhoudende klachten kan sprake zijn van een depressie.

De diagnostiek van depressieve klachten en een depressie kan worden bemoeilijkt door een somatische klachtpresentatie[1] en somatische comorbiditeit, vooral bij ouderen en bij allochtone patiënten,[2] en door (comorbide) psychische aandoeningen zoals een angststoornis,[3] surmenage, persoonlijkheidsstoornis of (alcohol)verslaving. De standaard geeft handvatten voor het in kaart brengen van de aard van de problematiek, de differentiatie ten opzichte van andere aandoeningen, het beoordelen van de ernst en voor het onderkennen van suïcidaliteit, een psychose en een bipolaire stoornis.

Het beleid varieert van voorlichting en *watchful waiting* tot een meer actieve aanpak, in de vorm van zelfhulp, kortdurende psychologische begeleiding, intensievere psychotherapeutische behandeling en antidepressiva. Het plan van aanpak wordt samen met de patiënt opgesteld, waarbij er sprake is van een gedeelde probleemomschrijving en waarbij de huisarts de patiënt motiveert en ondersteunt om een zo groot mogelijke eigen verantwoordelijkheid in het herstelproces te nemen. De standaard is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn Depressie.[4]

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 zijn beleid vast in samenspraak 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 (POH-GGZ) 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

Begrippen

Depressieve klachten: sombere stemming, waar de patiënt hinder van ondervindt, maar waarbij niet wordt voldaan aan de DSM-IV-criteria voor een depressie [**tabel 1**].[5]

Depressie: sombere stemming en/of een duidelijke vermindering van interesse of plezier in bijna alle activiteiten, bijna dagelijks en gedurende het grootste deel van de dag. Er moeten ten minste vijf symptomen, zoals vermeld in de definitie van de DSM-IV, aanwezig zijn, waaronder ten minste één van de kernsymptomen, gedurende ten minste twee weken [**tabel 1**].

Een *postpartumdepressie* is een depres-

Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, Tjaden BR, Verduijn M, Wiersma Tj, Burgers JS, Van Avendonk MJP, Van der Weele GM. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55(6):252-9.

sie die ontstaat na een bevalling.[6]

Een *winterdepressie* is een depressie, waarbij de symptomen in de herfst beginnen en in het voorjaar weer verdwijnen.[7] De diagnose kan gesteld worden als de depressie minimaal twee winters heeft plaatsgevonden.

Dysthymie: depressieve klachten die ten minste twee jaar gedurende het grootste deel van de dag aanwezig zijn en meer dagen wel dan niet, waarbij naast de sombere stemming nog twee tot drie andere DSM-IV-symptomen aanwezig zijn [**tabel 1**].[8]

Epidemiologie

Op basis van huisartsenregistraties[9,10] was in 2007 de prevalentie van depressie 15/1000 mannen en 31/1000 vrouwen per jaar. De incidentie is onder mannen 5/1000 per jaar en onder vrouwen 8/1000 per jaar. De prevalentie van depressieve klachten (depressief gevoel) of depressie is 22/1000 mannen en 45/1000 vrouwen per jaar. De incidentie van een depressie in het jaar na een bevalling is 2%.[11] De prevalentie van depressieve klachten en depressie bij Turkse en Marokkaanse migranten is hoger dan bij autochtonen, met name bij oudere migranten.[12]

Etiologie

Bij de etiologie spelen genetische,[13] psychologische, biologische en sociale factoren een rol, met belangrijke seksespecifieke[14] en interculturele verschillen.

Er zijn diverse groepen die een groter risico hebben op het ontwikkelen van een depressie, zie [**tabel 2**]. Screening wordt niet aanbevolen, omdat niet is bewezen dat mensen zonder hulpvraag gebaat zijn met actieve opsporing van depressieve klachten en een actief hulpaanbod.[15]

Beloop

Een depressie is in 60% van de gevallen na een half jaar voorbij.[21] Bij ouderen heeft de aandoening vaker een ernstiger beloop. Factoren die een langere episodeduur voorspellen zijn: een ernstiger depressie, een langere duur van een voorgaande depressieve episode, aanwezigheid van een (chronisch) somatische aandoening, functionele beperkingen en gebrek aan sociale steun. Het recidiefpercentage van depressie is 35 tot 65%. Depressie kan een oorzaak zijn van langdurige arbeidsongeschiktheid.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Denk aan een depressie bij patiënten met:

- somberheid, lusteloosheid, minder plezier in bezigheden;
- weinig oogcontact, monotone spraak en trage motoriek;
- frequent spreekuurbezoek met aanhoudende moeheid of wisselende klachten zonder lichamelijke oorzaak;
- nervositeit, angst, slapeloosheid en/of verzoek om slaapmiddelen of kalmerende middelen;
- vermagering bij ouderen;
- na een bevalling: algemene klachten zoals moeheid, en klachten over een kind dat veel huilt en veel vragen over de verzorging van het kind.

Abstract

Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, Tjaden BR, Verduijn M, Wiersma Tj, Burgers JS, Van Avendonk MJP, Van der Weele GM. The NHG guideline Depression (second revision of the NHG guideline Depressive disorder)). Huisarts Wet 2012;55(6):252-9.

This revision provides guidelines for the management of adults with depressive symptoms or depression. Depressive symptoms are included in addition to depression because general practitioners see patients with depressive symptoms more often than they see patients with depression, and doctors need diagnostic and therapeutic advice about these patients. Moreover, there is increasing evidence that the non-pharmacological treatment of depressive symptoms by general practitioners is effective. Low mood or depressive symptoms are often a normal, transient reaction to disappointment or loss. The patient is bothered by these symptoms but they are not severe enough to meet DSM-IV criteria for depression. Depression is characterized by depressed mood and/or a pronounced loss of interest or pleasure in almost all activities. At least five DSM-IV symptoms, including one core symptom, need to be present for at least 2 weeks. DSM-IV core symptoms are depressed mood and loss of interest or pleasure in all activities for most of the day, every day. Other symptoms are marked loss of weight or weight gain; insomnia or hypersomnia; psychomotor agitation or inhibition; fatigue or loss of energy; low self-esteem or excessive feelings of guilt; diminished ability to think/concentrate and indecisiveness; recurrent thoughts of death, suicidal thoughts, or attempted or planned suicide.

The diagnosis should preferably be made in a systematic, process-related manner over the course of several visits and within a good doctor–patient relationship. With regard to treatment, it is important to distinguish between depressive symptoms and depression. Winter depression and postpartum depression are distinguished as subtypes of depression. Dysthymia is characterized by the presence of depressive symptoms for at least 2 years. Treatment of depression is dependent on its severity, based on the number of DSM-IV symptoms, the severity of suffering and social dysfunctioning, and the potential presence of psychiatric comorbidity. The higher the number of unfavourable factors that are present, the more severe the depression; however, there is no cut-off because symptoms are on a continuum. Effective management is dependent upon the patient's willingness to undergo treatment and to take joint responsibility for his recovery.

The first step in the treatment of depressive symptoms is to provide the patient with information; patients with persistent depressive symptoms or depression can be offered help to structure their daily life and a short course of psychological treatment. If this proves ineffective in patients with depression, psychotherapy or an antidepressant is recommended. However, psychotherapy and antidepressant treatment should be started from the outset if depression is accompanied by severe suffering or social dysfunctioning or severe psychiatric comorbidity. While serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) and tricyclic depressants are similarly effective, in general SSRIs have a slightly more favourable side-effect profile and are the preferred agents. If the response is good, treatment should preferably be continued for at least 6 months. It is important to monitor the course of depressive symptoms or depression during treatment. Patients who are recovering should be supported during antidepressant discontinuation (if appropriate) and attention should be paid to relapse prevention. Immediate referral to secondary care is indicated if there is a suicide risk, bipolar disorder or psychotic characteristics, postpartum depression with psychotic characteristics or inadequate care of the child, or recurrent depression with severe social dysfunctioning or suffering or psychiatric comorbidity.

Tabel 1 **DSM-IV-criteria voor de diagnose depressie**

De diagnose depressie kan worden gesteld bij aanwezigheid van vijf van onderstaande symptomen, waarvan minimaal één kernsymptoom, gedurende minstens twee aaneengesloten weken.

Kernsymptomen

- sombere stemming gedurende het grootste deel van de dag
- duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag

Overige symptomen

- duidelijke gewichtsvermindering of gewichtstoename
- slapeloosheid of overmatig slapen
- psychomotorische agitatie of remming
- moeheid of verlies van energie
- gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens
- verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid
- terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen

Anamnese

De diagnostiek bij patiënten met een sombere stemming heeft bij voorkeur een systematisch en procesmatig karakter, is ingebed in een goede behandelrelatie en is verspreid over meerdere contacten. Daarbij blijft het belangrijk open te beginnen en de patiënt te stimuleren zijn eigen verhaal te vertellen, voordat tot een meer gestructureerde benadering wordt overgegaan.

1. Eerste oriëntatie

Als er een aanleiding is om aan depressieve klachten of een depressie te denken vraagt de huisarts naar:

- een sombere stemming, depressieve gevoelens;
- interesseverlies, geen plezier meer beleven aan dingen waar de patiënt normaal gesproken wel plezier aan beleefde.

Als de patiënt beide vragen ontkennend beantwoordt, is depressie uitgesloten.

Als minstens één vraag bevestigend wordt beantwoord, vraag dan: 'Is dit iets waar u hulp voor zou willen hebben?' Als deze vraag bevestigend wordt beantwoord, is er reden om de klachten verder te exploreren.[22]

2. Klachtexploratie

De huisarts vraagt naar:

- ideeën van de patiënt over een aanleiding, zoals stress dan wel overbelasting in de privé- en werksituatie en sociale situatie, eenzaamheid, verlies (relatiebreuk, overlijden) of gewelderervaringen (seksueel, familiaal, agressie tijdens werk, oorlog), belangrijke andere negatieve ervaringen, eerdere depressieve episode, familieanamnese met betrekking tot depressie, culturele/religieuze factoren, migratie en/of levensfase (jonge moeder, oudere);
- de gevoelens die de patiënt heeft over de situatie, zoals verdriet, boosheid, schuld, schaamte, machteloosheid;
- waar de patiënt het meest last van heeft;
- hoe de patiënt de situatie hanteert, passief of actief (van belang om te bepalen in welke mate iemand geactiveerd moet worden) en welke steun hij ondervindt van zijn omgeving.[23]

Het gebruik van een vragenlijst kan behulpzaam zijn bij het uitvragen van de klachten en aanleiding geven voor een diagnostisch gesprek.[24,25] Een vragenlijst is niet geschikt om de diagnose depressie te stellen; dit vergt nadere diagnostiek.

Concrete vragen kunnen helpen om meer inzicht te krijgen in de beleving van depressieve klachten bij patiënten met verschillende culturele achtergronden.[26]

3. Beoordelen van de ernst van de depressie

De diagnose depressie kan gesteld worden bij aanwezigheid van vijf DSM-IV-symptomen, waarvan minimaal één kernsymptoom, gedurende minstens twee aaneengesloten weken [**tabel 1**].

Weeg naast het aantal DSM-IV-symptomen onderstaande factoren mee voor de beoordeling van de ernst:

Tabel 2 **Risicofactoren voor het ontwikkelen van depressieve klachten of een depressie**

- een depressie of suïcidepoging in het verleden
- een positieve familieanamnese voor depressie of suïcidepogingen
- functionele beperkingen of pijn
- (chronische) lichamelijke aandoeningen:[16] CVA, myocardinfarct, perifeer vaatlijden, diabetes mellitus, dementie, hypothyreoïdie, ziekte van Parkinson, COPD, kanker, obesitas[17]
- psychiatrische aandoeningen: angststoornissen, alcohol- of drugsproblemen, persoonlijkheidsstoornissen
- overbelasting, een hoge stressgevoeligheid
- psychotrauma, *life event* met verlies, geweld of teleurstelling[18]
- kindermisbruik, familiaal huiselijk geweld[19]
- vrouwelijk geslacht
- oudere leeftijd
- mantelzorger
- alleenstaand, vooral alleenstaande ouder
- allochtoon, vluchteling/asielzoeker
- bi- en homoseksualiteit[20]
- lage sociaal-economische status, werkloosheid of arbeidsongeschiktheid
- gebrek aan sociale steun

- de lijdensdruk en het sociaal disfunctioneren (werk, hobby, relaties);
- de aanwezigheid van psychische comorbiditeit (angststoornis, problematisch alcohol/drugsgebruik, surmenage, persoonlijkheidsstoornis);
- psychotische kenmerken, manische fasen in de voorgeschiedenis (bipolaire stoornis);
- suïcidaliteit. Het risico op suïcide wordt groter wanneer er meerdere signalen (direct of indirect verbaal of gedragsmatig) gedurende langere tijd zichtbaar zijn, er eerdere pogingen gedaan zijn en er een positieve familieanamnese is. Vraag expliciet naar concrete suïcideplannen en de inhoud daarvan. Hoe nauwkeuriger en specifieker het plan, hoe groter het risico op daadwerkelijke uitvoering ervan.[27,28]

Voor het bespreken van de ernst van de depressie kan gebruik worden gemaakt van een vragenlijst.[24]

4. Inventariseren somatische comorbiditeit

- Beoordeel of er sprake is van chronische somatische comorbiditeit, pijn, medicatie en functionele beperkingen en of de gezondheidsproblemen optimaal worden behandeld (en pas dit zo nodig aan). Ga na of er depressogene geneesmiddelen gebruikt worden.[29] Vraag naar het gebruik van geneesmiddelen zonder recept (bijvoorbeeld NSAID's) en naar zelfmedicatie, zoals passiflora, valeriaan en Sint-Janskruid (hypericum), omdat door combinatie van deze middelen met reguliere medicijnen interacties kunnen ontstaan.
- Ga na of er aanwijzingen zijn voor aandoeningen met op depressie gelijkende symptomencomplexen zoals hypothyreoïdie, dementie en de ziekte van Parkinson.
- Inventariseer in hoeverre een patiënt met een chronisch somatische aandoening en depressieve symptomen problemen heeft met zelfmanagement, zowel in medisch opzicht (zoals opvolgen van leefstijl- en medicatieadviezen, zelfcontroles van bijvoorbeeld bloedsuikers, hanteerbaar maken van beperkingen) als emotioneel, als ook bij het vervullen van zijn/haar sociale rol(len), bijvoorbeeld als partner of als ouder.

5. Overeenstemming probleemdefinitie

De huisarts vat het besprokene samen en tracht overeenstemming met de patiënt te bereiken over de definiëring van het probleem.

Lichamelijk en aanvullend onderzoek

Lichamelijk en/of aanvullend onderzoek doet de huisarts alleen bij aanwijzingen in de anamnese voor bijkomende en onderliggende aandoeningen.[30]

Bij ouderen verricht de huisarts onderzoek naar cognitief functioneren volgens de Observatie Lijst voor vroege symptomen van Dementie (OLD) (zie bijlage NHG-Standaard Dementie).[31]

Evaluatie

Met het oog op het therapeutisch beleid is het van belang om in eerste instantie onderscheid te maken tussen depressieve klachten en depressie. Vervolgens worden bij depressie als speciale subvormen winterdepressie en postpartumdepressie onderscheiden. Bij langdurige depressieve klachten (> 2 jaar) wordt de subvorm dysthymie onderscheiden (zie *begrippen*).

Voor het bepalen van het beleid is een inschatting van de ernst van de depressie belangrijk. De ernst wordt bepaald aan de hand van het aantal DSM-IV-symptomen, de lijdensdruk en sociaal disfunctioneren en eventuele psychische comorbiditeit. Hoe meer ongunstige factoren aanwezig zijn, hoe ernstiger de depressie. Omdat er sprake is van een continuüm, wordt er geen afkappunt gehanteerd tussen ernstige en minder ernstige depressie.

Indicaties voor het direct verwijzen naar de tweede lijn zijn: suïciderisico, bipolaire stoornis of psychotische kenmerken, postpartumdepressie met psychotische kenmerken of inadequate verzorging van het kind en een recidief depressie met ernstig sociaal disfunctioneren of grote lijdensdruk of met ernstige psychische comorbiditeit.

RICHTLIJNEN BELEID

Bij de behandeling staat centraal dat de huisarts de patiënt tegemoet treedt met empathie, aandachtig luisteren en zonder te oordelen, en zich richt op de patiënt in zijn context. De motivatie van de huisarts en zijn attitude hebben grote invloed op de manier waarop hij communiceert en op het effect van de behandeling.[32] Zeker bij de bespreking van de aanpak van de klachten is een participerende benadering van belang, waarbij duidelijk wordt gemaakt dat het succes van de behandeling in aanzienlijke mate afhangt van de actieve medeverantwoordelijkheid van de patiënt. Bij een ernstige depressie kan de patiënt soms niet goed in staat zijn een actieve houding aan te nemen. Besteed aandacht aan de motivatie voor verandering, de aanpakmogelijkheden, de voorkeur van de patiënt, respons op eerdere behandelingen en mogelijke comorbiditeit. Bepaal de keuze van behandeling in overleg met de patiënt, waarbij de huisarts informatie geeft over de voor- en nadelen van de verschillende behandelopties, en de voorkeur van de patiënt de doorslag geeft.

De huisarts start, in overleg met de patiënt, met de behandeling passend bij de diagnose en de ernst van de klachten [**tabel 3**]:

- *Depressieve klachten*: voorlichting. Als het sociaal disfunctioneren of de lijdensdruk verergeren of als na vier weken de klachten niet over zijn volgt ook uitleg over dagstructurering en activiteitenplanning.[33]
- *Depressie*: voorlichting, dagstructurering en activiteitenplanning en korttdurende psychologische behandeling. Bij patiënten met *dysthymie* geldt dezelfde behandeling als voor een depressie.[34]
- *Depressie met ernstig sociaal disfunctioneren of grote lijdensdruk en/of ernstige psychische comorbiditeit*: voorlichting, dagstructurering en psychotherapie of antidepressivum.

Genoemde behandelingen worden hieronder meer in detail beschreven.

Tabel 3 **Behandeling per diagnose**

Diagnose (ICPC)	Initiële beleid	Vervolgbeleid bij onvoldoende effect
Depressieve klachten (P03)	Voorlichting, eventueel uitleg over dagstructurering en activiteitenplanning	▪ Dagstructurering en activiteitenplanning ▪ Kortdurende psychologische behandeling
Depressie (P76) Dysthymie	▪ Voorlichting ▪ Dagstructurering en activiteitenplanning ▪ Kortdurende psychologische behandeling	Psychotherapie of antidepressivum
Depressie met ernstig sociaal disfunctioneren, grote lijdensdruk of met ernstige psychische comorbiditeit (P76)	▪ Voorlichting ▪ Dagstructurering en activiteitenplanning ▪ Psychotherapie of antidepressivum	Combinatie psychotherapie en antidepressivum of ander antidepressivum
Postpartumdepressie (P76)	▪ Voorlichting ▪ Praktische ondersteuning ▪ Dagstructurering en activiteitenplanning ▪ Kortdurende psychologische behandeling *Bij psychose: spoedverwijzing*	Psychotherapie[35] of verwijzen
Winterdepressie (P76)	▪ Voorlichting ▪ Dagstructurering en activiteitenplanning ▪ Kortdurende psychologische behandeling	Psychotherapie of antidepressivum of verwijzen voor lichttherapie[36]

Voorlichting

De huisarts geeft voorlichting over de symptomen en de prognose.[37]

- Leg bij depressieve klachten uit dat zij vaak voorkomen en meestal van voorbijgaande aard zijn. Soms zijn de klachten gerelateerd aan problemen of zorgen op belangrijke levensgebieden (gezin, relatie, werk, gezondheid, etc.) en is het goed om te kijken of die problemen aangepakt kunnen worden.
- Leg bij een depressie uit dat meerdere factoren (familiaire factoren, biologische factoren, sociale problemen, traumatische (verlies)ervaringen) een rol kunnen spelen bij het ontstaan en recidiveren van een depressie. Geef informatie over het beloop; 60% is na een half jaar hersteld. Maak duidelijk dat de patiënt invloed heeft op het herstel. Een actieve houding en levenswijze hebben een gunstige uitwerking op het beloop. Terughoudendheid in het gebruik van alcohol en drugs is belangrijk om het herstel te bevorderen.

Dagstructurering en activiteitenplanning

Regelmaat en dagelijkse structuur hebben een positieve invloed op het herstel. Adviseer de patiënt met een depressie of aanhoudende of toenemende depressieve klachten een plan op te stellen voor dagstructurering: vaste tijden van opstaan, naar bed gaan en maaltijden, inclusief een plan voor andere activiteiten, waaronder (betaalde) arbeid. Tenzij het werk een belangrijke oorzaak van de depressie is, is doorwerken vaak beter dan thuis blijven. Dit is afhankelijk van de ernst van de depressie en de verantwoordelijkheden op het werk. Adviseer de patiënt bij werkverzuim of disfunctioneren op het werk contact op te nemen met de bedrijfsarts.[38]

Belangrijk is dat het dagprogramma niet te zwaar wordt, met aandacht voor de balans tussen plichten en plezierige activiteiten. Depressieve patiënten ondernemen doorgaans weinig plezierige activiteiten, waardoor een neerwaartse spiraal ontstaat in hun stemming. Het begint met definiëring van het probleem 'te weinig plezierige activiteiten' en het formuleren van een haalbaar doel, bijvoorbeeld '(minimaal) één plezierige activiteit per dag of per week'. Stimuleer de patiënt om zelf na te denken over oplossingen en daaruit de meest passende oplossing te kiezen. Laat de patient eventueel met een dagboek werken. De taak van de huisarts is om de patiënt te stimuleren zelf zijn/haar activiteiten te bedenken en om de haalbaarheid en de balans te helpen bewaken, niet om het dagprogramma in te vullen. Adviseer om dagelijks naar buiten te gaan, gezond te eten en sociale contacten te onderhouden. Adviseer fysieke activiteit, sport of *running therapy*, omdat dit bijdraagt aan een positief gevoel en een betere conditie.[39] Hierbij houdt de huisarts rekening met de fysieke gesteldheid/belastbaarheid, maar ook met de belangstelling van de patiënt. Bij patiënten met een chronisch somatische aandoening gaat de huisarts na in hoeverre ondersteuning nodig is om problemen met zelfmanagement of sociale rollen het hoofd te bieden.

Bespreek de impact van de depressie op de eventuele partner en gezinsleden en betrek deze zo nodig bij de behandeling. Nodig bij behoefte betrokkenen uit voor een informatief en steunend gesprek.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting en uitleg over dagstructurering en activiteitenplanning, kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over depressie op de website www.thuisarts.nl/depressie of de betreffende NHG Patiëntenbrief (Algemeen, Antidepressiva, Verwijzing naar de psycholoog, Geleidelijk weer actief) meegeven (via het HIS of de NHG-ConsultWijzer). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard. Denk ook aan de Depressie Vereniging voor informatie en lotgenotencontact (www.depressie.org).

Kortdurende psychologische behandeling

Bied bij aanhoudende depressieve klachten (> 3 maanden) en bij een depressie kortdurende psychologische behandelingen aan. Deze kunnen in principe binnen de huisartsenvoorziening door een daartoe getrainde hulpverlener worden gegeven. Verwijs bij specifieke onderliggende – bijvoorbeeld financiële – problemen desgewenst naar het maatschappelijk werk.

Kortdurende psychologische behandelingen zijn:

- *Begeleide zelfhulp*:[40] via internet of telefonisch, of via een groepscursus. De huisarts heeft een overzicht van de beschikbare mogelijkheden (in de regio).
- *Problem Solving Treatment* (PST):[41] bij patiënten met veel actuele psychosociale problematiek.

Psychotherapie

De huisarts biedt psychotherapie aan in de volgende gevallen:

- indien voorgaande interventies onvoldoende effectief zijn;

- bij depressie met ernstig sociaal disfunctioneren of veel lijdensdruk;
- bij depressie met ernstige psychische comorbiditeit;
- wanneer de patiënt niet voor zelfhulp opteert.[42]

Psychotherapie is bij deze gevallen even effectief als een behandeling met antidepressiva op de korte termijn, maar effectiever op de lange termijn.[43]

Verwijs hiervoor naar een (eerstelijns)psycholoog of GGZ-instelling. Bij verwijzing van migranten naar een psycholoog of GGZ-instelling vergt de communicatie specifieke aandacht.[44] Voorwaarde voor een succesvolle psychotherapeutische behandeling is een goede motivatie van de patiënt. Als de patiënt geen psychotherapie wenst, is verwijzing hiervoor niet zinvol.

Cognitieve gedragstherapie (CGT),[45] gedragstherapie en interpersoonlijke psychotherapie[46] zijn, bij patiënten met een depressie, de psychotherapeutische behandelvormen van eerste keuze.[47,48]

Cognitieve gedragstherapie gaat uit van de veronderstelling dat gedachten invloed hebben op iemands stemming. Deze therapie is goed te gebruiken bij patiënten bij wie negatieve gedachten op de voorgrond staan en wanneer er tevens sprake is van angst. Interpersoonlijke psychotherapie is vooral aan te bevelen als problemen in relaties met anderen op de voorgrond staan. Het is van belang goed op de hoogte zijn van het behandelaanbod in de regio en de verwijsmogelijkheden naar een GGZ-instelling (met inbegrip van de wachttijden en de kosten).

Antidepressiva

De huisarts biedt antidepressiva aan in de volgende gevallen:[49]

- bij onvoldoende effect van psychotherapie;
- indien de patiënt de voorkeur geeft aan antidepressiva boven psychotherapie.

Alvorens te starten met de behandeling bespreekt de huisarts:

- de werking van het antidepressivum, welke symptomen zullen verdwijnen en op welke termijn (na drie tot vier weken);
- de mogelijke bijwerkingen (vanaf de start en op lange termijn) en wat te doen bij bijwerkingen;
- de minimale behandelduur;
- de noodzaak van periodieke controles tijdens de behandeling.

Geneesmiddelkeuze

De effectiviteit van serotonineheropnameremmers (SSRI's) en tricyclische antidepressiva (TCA's) is nagenoeg gelijk.[50] SSRI's hebben in het algemeen een iets gunstiger bijwerkingenprofiel, waardoor ze een lichte voorkeur hebben. Bij de geneesmiddelkeuze spelen verschillende factoren een rol zoals comorbiditeit, ervaren en geanticipeerde bijwerkingen, eerdere ervaringen van de patiënt, positieve respons van een eerstegraadsfamilielid, potentiële interacties met andere geneesmiddelen (www.fk.cvz.nl) of gezondheidsproblemen, het effect op de rijvaardigheid (www.geneesmiddeleninhetverkeer.nl en de LESA Geneesmiddelen en Verkeersveiligheid), het effect op werk waar verminderde concentratie risicovol is en de kosten.

Daarbij gelden de volgende overwegingen en aanbevelingen:

- Overweeg eerder medicamenteuze behandeling bij patiënten met tevens een ernstige angststoornis (zie NHG-Standaard Angst). Bespreek de eventuele angsttoename die kan ontstaan in de eerste weken na de start van een antidepressivum.
- TCA's zijn gecontra-indiceerd na een recent hartinfarct. Terughoudendheid is geboden bij urineretentie, lever- en nierfunctiestoornis, glaucoom, epilepsie en cardiovasculaire aandoeningen zoals hartfalen. Overweeg een ECG bij patiënten met een verhoogde gevoeligheid voor cardiovasculaire bijwerkingen die niet in aanmerking komen voor een SSRI voorafgaand aan start met TCA.
- Geef bij voorkeur een SSRI aan patiënten met een verhoogd suïciderisico, omdat TCA's zijn geassocieerd met grotere gezondheidsrisico's bij overdoseren dan SSRI's.[51]
- Geef een TCA of combineer een SSRI met een maagbeschermend geneesmiddel bij patiënten met een verhoogd risico op gastro-intestinale bloedingen door gebruik van NSAID, anticoagulantia, acetylsalicylzuur of oraal corticosteroïd (zie NHG-Standaard Maagklachten).
- Geef ouderen bij voorkeur een SSRI met zo min mogelijk kans op interacties zoals citalopram of sertraline.[52] Als er toch voor een TCA gekozen wordt, heeft nortriptyline (minst anticholinerge werking) de voorkeur. Bepaal bij patiënten die een diureticum gebruiken vijf tot negen dagen na de start van een SSRI het natriumgehalte. Herhaal deze controle bij dosisverhoging. Bepaal het natriumgehalte ook zonder gebruik van diuretica indien zich een intercurrente ziekte (diarree, braken) voordoet, waarbij het risico op elektrolytstoornissen is verhoogd. Overweeg bij aanhoudende hyponatriëmie het SSRI te vervangen door een TCA.
- TCA's worden afgeraden bij patiënten met cognitieve stoornissen omdat deze middelen een negatief effect op het cognitief functioneren kunnen hebben.
- Combineer SSRI's en serotonerge TCA's niet met andere serotonergwerkende medicatie, zoals triptanen (maar ook tramadol en Sint-Janskruid),[53] omdat dan het zeldzame, maar potentieel fatale serotoninesyndroom kan optreden. Dit syndroom is vooral berucht bij gebruik van MAO-remmers.
- Consulteer of verwijs bij zwangerschap(swens) of bij lactatie naar een psychiater, teneinde de plaats van medicatie te beoordelen.[54]

Kies uit de volgende middelen (met tussen haakjes de standaarddosering per dag):

- SSRI (in alfabetische volgorde): citalopram (20 mg), fluoxetine (20 mg), paroxetine (20 mg) en sertraline (50 mg).[55] Start bij SSRI's direct met de standaarddosering of bij verwachte bijwerkingen met de helft van de dosering en verhoog na 1 tot 2 weken tot de standaarddosering. Overweeg ook bij hoogbejaarden een halve startdosering. Ophogen tot boven de SSRI-stan-

daarddosering is niet zinvol (zie onder non-respons).[56] Voor gebruik van SSRI's geldt alleen overgevoeligheid als absolute contra-indicatie.
- TCA: amitriptyiline (50 tot 100 mg) en imipramine (50 tot 150 mg) en bij ouderen bij voorkeur nortriptyline (75 mg) vanwege minder anticholinerge bijwerkingen.

Start TCA's met 25 mg (bij ouderen met 10 mg) voor de nacht en hoog de dosis per 2 tot 3 dagen met 25 mg op, tot de standaarddosering is bereikt. Bij onvoldoende respons na 4 tot 6 weken kan de standaarddosering van TCA's op geleide van de plasmaspiegel eventueel verder worden verhoogd.[57] Bij ouderen is het raadzaam om een lagere begindosering (halveren of eenderde) te hanteren en de dosering langzamer op te bouwen.

Bijwerkingen

Adviseer patiënten om contact op te nemen bij het optreden van onacceptabele bijwerkingen. Leg uit dat bij SSRI's een aantal bijwerkingen vooral bij de start optreedt en meestal (snel) verdwijnt, zoals initiële onrust en maag-darmklachten. In geval van onrust kan deze gedurende maximaal vier weken medicamenteus behandeld worden met een benzodiazepine, zoals oxazepam. Dit geldt ook als angst een grote rol speelt bij de presentatie van de klachten. Voor veel patiënten zijn bijwerkingen op de langere termijn, zoals seksuele disfunctie en gewichtstoename, een belangrijke reden om na langer gebruik te stoppen met het SSRI. De meest voorkomende bijwerkingen van TCA's zijn gebaseerd op anticholinerge effecten: droge mond, obstipatie, urineretentie en bij ouderen verwardheid. Daarnaast zijn misselijkheid, gewichtstoename en seksuele disfunctie bekende bijwerkingen.

Onvoldoende verbetering of non-respons

Ga bij patiënten die na vier tot zes weken onvoldoende verbeteren na of er instandhoudende factoren zijn, zoals comorbiditeit en ongunstige sociale omstandigheden, hoe de motivatie en therapietrouw is en/of meer ondersteuning gewenst is.

Schakel bij onvoldoende verbetering met een SSRI na vier tot zes weken over naar een ander SSRI of een TCA. Bijwerkingen bij de ene SSRI hoeven bij het omschakelen naar een ander SSRI niet op te treden. Schakel bij onvoldoende verbetering met een TCA over op een SSRI.

Bij een partiële respons kan ervoor gekozen worden om de behandelperiode te verlengen tot maximaal tien weken. Het ophogen van SSRI's boven de standaarddosering is niet zinvol; TCA's kunnen opgehoogd worden tot de maximale dosering. Een standaarddagdosering van het ene middel kan van de ene dag op de andere vervangen worden door een standaarddagdosering van een ander middel.[58] Bij onzekerheid doet de huisarts er goed aan bij het overzetten van het ene op het andere antidepressivum de apotheker of psychiater te raadplegen.

Indien er wederom na vier tot zes weken geen respons optreedt of onacceptabele bijwerkingen optreden, heroverweeg de diagnose, bouw de medicatie af en biedt psychotherapie aan indien dit nog niet is gegeven of overleg met een psychiater.

Duur behandeling en afbouwen

Zet de behandeling met antidepressiva bij een goede respons bij voorkeur zes maanden voort.[59] Adviseer daarna het antidepressivum geleidelijk te stoppen door om de twee weken de dosis te halveren, onder controle van de klachten en met aandacht voor terugvalpreventie (zie *Terugvalpreventie*). Acuut stoppen met een antidepressivum wordt afgeraden vanwege het risico op onthoudingsverschijnselen (slaapklachten, agitatie, angst). Deze verschijnselen treden meestal binnen enkele dagen op en kunnen tot drie weken aanhouden. Het risico op onthoudingsverschijnselen is hoger bij een hogere dosering en langere gebruiksduur. Aanbevolen wordt om bij een gebruiksduur van meer dan vijf weken langzaam af te bouwen over een periode van ten minste vier weken (bij middelen met een lange halfwaardetijd in ten minste één tot twee weken).[60]

Controles

De huisarts nodigt alle patiënten uit voor controle op het spreekuur (de eerste keer na één tot twee weken) om het beloop van de klachten, het (sociaal) functioneren, de achtergronden van de klachten en de ondernomen activiteiten te bespreken. Vraag bij de met antidepressiva behandelde patiënten expliciet naar vermoede bijwerkingen en de therapietrouw. Voor het meten van (veranderingen in) de ernst van de depressieve symptomen kan gebruik worden gemaakt van een vragenlijst.[24] De frequentie van de vervolgcontacten is afhankelijk van de ernst van de klachten en de wijze waarop de patiënt er mee omgaat. Bij depressieve klachten wordt een periode van drie tot vier weken aanbevolen, bij een depressie een periode van één tot twee weken. Bij een gunstig beloop kan de periode tussen de controles geleidelijk aan langer worden. Na afsluiting van een behandeling in de tweede lijn, controleert de huisarts de patiënt regelmatig en herbeoordeelt eventueel de noodzaak van het continueren van een antidepressivum. Controleer vrouwen met een postpartumdepressie intensief, afhankelijk van de ernst; wees alert op het welzijn van het kind en op het ontstaan van een psychose van de moeder. Controleer vrouwen die eerder een postpartumdepressie doormaakten extra na de bevalling, vanwege de hoge kans op herhaling.[61]

Reïntegratie

Als de patiënt door de klachten (nog) niet kan werken, gaat de huisarts na of de bedrijfsarts het proces van arbeidsreintegratie begeleidt.[62] In overleg met de patiënt stemt de huisarts zo mogelijk af met de bedrijfsarts.

Terugvalpreventie

Na het herstel is het belangrijk om aandacht te besteden aan terugvalpreventie. Geef de instructie vroegtijdig contact op te nemen bij recidiefklachten. Voor patiënten die een ernstige episode of meer dan drie episodes van een depressie hebben doorgemaakt is een langdurige behandeling met antidepressiva en/of psychotherapie (bijvoor-

beeld cognitieve therapie op basis van *mindfulness*) een zinvolle aanpak om een recidief te voorkomen.[63] Aan patiënten met een aanhoudende depressie, ondanks behandeling binnen de gespecialiseerde GGZ, kan men ondersteuning en begeleiding in de eerste lijn aanbieden. Deze moet vooral gericht zijn op het behoud van het sociaal functioneren en het welzijn van de patiënt.

Verwijzingen

Een groot deel van de behandeling kan in de huisartsenpraktijk plaatsvinden. Dagstructurering, activiteitenplanning en kortdurende psychologische behandelingen kunnen verricht worden door huisartsen die zich hiervoor bekwaam voelen, POH-GGZ, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige of maatschappelijk werker. Voor psychotherapie wordt verwezen naar een (eerstelijns)psycholoog of psychotherapeut. Bij werknemers kunnen via de bedrijfsarts ook de mogelijkheden van de betrokken arbodienst verkend worden.

Indicaties voor het consulteren en verwijzen naar een tweedelijns GGZ-instelling of psychiater zijn:

- bipolaire stoornis of psychotische kenmerken;
- postpartumdepressie met psychotische kenmerken of inadequate verzorging van het kind;
- suïciderisico;
- recidief depressie met ernstig sociaal disfunctioneren of grote lijdensdruk of met ernstige psychische comorbiditeit;
- bepalen van de plaats van antidepressiva in zwangerschap of tijdens lactatie;
- behandeling van winterdepressie met lichttherapie;
- ernstig sociaal disfunctioneren, ondanks begeleiding en ingestelde behandeling;
- onvoldoende herstel op psychotherapie en/of antidepressiva;

Totstandkoming

In juni 2009 startte een werkgroep aan de herziening van de NHG-Standaard Depressieve stoornis.

De werkgroep bestond uit de volgende leden: M.G. van Gelderen, dr. H.G.L.M. Grundmeijer, dr. E. Licht-Strunk, dr. H.W.J. van Marwijk, dr. H.C.A.M. van Rijswijk, dr. B.R. Tjaden en dr. E.M. van Weel-Baumgarten, allen huisarts.

Dr. G.M. van der Weele en dr. M.J.P. van Avendonk begeleidden de werkgroep en deden de redactie. Zij zijn huisartsen n.p. en wetenschappelijk medewerkers van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap; dr. Tj. Wiersma en M.M. Verduijn waren betrokken als seniorwetenschappelijk medewerkers van deze afdeling; E. Oosterberg was betrokken als wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie.

Van de werkgroep ontving in de periode van 2004 tot 2009 het volgende lid subsidie voor wetenschappelijk onderzoek: dr. E. Licht-Strunk (ZonMW), gaf het volgend lid nascholing: dr. B. Tjaden (WDH Midden-Nederland) met betrekking tot het onderwerp van onderhavige standaard en waren de volgende leden betrokken bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie: dr. H.C.A.M. van Rijswijk en H.W.J. van Marwijk.

In maart 2011 werd de ontwerpstandaard door negen huisartsen, tevens Erkend Kwaliteits Consulent (EKC), besproken tijdens een focusgroep onder leiding van dr. S.S.L. Mol, wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie. Ook werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: dr. T. Declercq, huisarts namens Domus Medica, de Vlaamse huisartsenvereniging; P.M. Leusink, huisarts en seksuoloog NVVS; dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts en senioronderzoeker; R. Kragten, bureaucoördinator Depressievereniging; dr. P.C. Buijs, bedrijfsarts namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; K. de Leest, T. Otten, dr. T. Schalekamp, apothekers, P.N.J. Langendijk, ziekenhuisapotheker en R. Tahmassian, ziekenhuisapotheker i.o., namens de Werkgroep voor Farmacotherapie en Geneesmiddelinformatie (WFG) van het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; J.A.M. Harmsen, F.S.R. Balak, M.F. Boon, N.C. Makkes, huisartsen namens de LHV-werkgroep Achterstandswijken; M.A. van Bodegom, huisarts; S.A. Kramer, cross-cultureel psycholoog; dr. J. Spijker, psychiater; prof.dr. J.J.L. Derksen, psycholoog; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof.dr. G.J.M. Hutschemaekers, psycholoog; J. van Trier, psychiater; prof.dr. J.M.A. Sitsen, hoofdredacteur *Farmacotherapeutisch Kompas*; A. Brand en D. Soeters, huisartsen, namens de NHG-Adviesraad Standaarden.

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft.

In maart 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).

© 2012 Nederlandse Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Johannes Wiegerinck, Babet Oudhof, Henk van Weert, Peter Struijs

Hielpijn bij kinderen

INLEIDING

De incidentie van niet-traumatische hielpijn is onbekend. De klacht komt vooral voor bij kinderen tussen 7 en 15 jaar en kan voor diagnostische problemen zorgen [**tabel 1**]. De differentiaaldiagnose omvat een zestal aandoeningen: de ziekte van Sever (apofysitis calcanei), fasciitis plantaris, retrocalcaneaire bursitis, een stressfractuur van de calcaneus, posterieur enkelimpingement en tendinopathie van de achillespees.[1,2] Laatstgenoemde aandoening geeft feitelijk klachten van de achillespees zelf en niet van de hiel, maar dat is vooral bij kinderen soms moeilijk te differentiëren.[3] [**tabel 1**].

Om de juiste oorzaak vast te stellen, zijn gedegen kennis van de anatomie en pathologie en grondig lichamelijk onderzoek onontbeerlijk. Het is van belang de kinderen tijdig te behandelen en klacht(en) serieus te nemen, want de hielpijn leidt tot significante vermindering van de kwaliteit van leven.[4-8] De ziekte van Sever is veruit de meest voorkomende oorzaak van hielpijn, de overige vijf aandoeningen komen weinig voor.[9,10] De balans tussen belasting en belastbaarheid is bij alle besproken aandoeningen van grote invloed. De aandoeningen komen meer voor bij kinderen die veel sporten en ook overgewicht is een belangrijke factor.

ZIEKTE VAN SEVER (APOFYSITIS CALCANEI)

Etiologie en pathologie

Bij de ziekte van Sever is onduidelijk welk weefsel er precies is aangedaan en welk proces de pijn veroorzaakt. Een theorie is dat tractie van de achillespees op de aanhechting met het hielbeen de klachten veroorzaakt. Een verkort gastrocnemius-soleuscomplex, vaak aanwezig bij snelgroeiende kinderen, vergroot dit tractie-effect. Ook de open groeischijf, die een relatief zwakke plek vormt, zou in verband kunnen staan met de pijn. Ondanks een hardnekkige misvatting in de literatuur is er bij apofysitis calcanei geen sprake van een ontstekingsproces.[11] Om die reden gebruikt men tegenwoordig vaak de benaming *Sever's injury*.[12-15]

Diagnostiek

Kinderen met de ziekte van Sever (voornamelijk jongens in de leeftijd van 7-13 jaar) presenteren zich met hielpijn tijdens, maar met name vlak na het sporten. Ook gewoon lopen kan pijnlijk worden en in heftige gevallen is de pijn zelfs in rust aanwezig. Bij lichamelijk onderzoek vindt men vaak een door pijn beperkte dorsale flexie van de enkel. Er is geen sprake van zwelling, roodheid of warmte.[16] De *squeeze test* [**figuur 1**], waarbij tegelijk mediale en laterale druk op de calcaneus wordt gegeven, is over het algemeen positief (pijnlijk). Ook kan het teken van Sever aanwezig zijn: overmatig op de tenen lopen om de pijn te verlichten. De ziekte van Sever is een zelflimiterende aandoening en de symptomen verdwijnen nagenoeg altijd als het kind volgroeid is. Als het kind rust houdt (niet sporten), moeten de pijnklachten afnemen. Als ze desondanks erger worden of als er nachtpijn optreedt (zeker in combinatie met gewichtsverlies, koorts en/of moeheid of malaise) is het raadzaam een röntgenfoto te maken om een pathologisch proces, een fractuur of een posterieure exostose van de calcaneus te kunnen uitsluiten.[17] Beeldvormend onderzoek (MRI of botscan) heeft bij de huidige stand van de techniek geen toegevoegde waarde omdat er geen afwijkingen op te zien zijn.

RETROCALCANEAIRE BURSITIS

Etiologie en pathologie

Bij retrocalcaneaire bursitis vindt men regelmatig een posterieure exostose van de calcaneus, die de bursitis veroorzaakt door mechanische prikkeling van de slijmbeurs tussen cal-

Samenvatting

Wiegerinck JI, Oudhof B, Van Weert HCPM, Struijs PA. Hielpijn bij kinderen. Huisarts Wet 2012;55(6):260-5.

Niet-traumatische hielpijn bij kinderen kan diagnostische problemen geven omdat verschillende aandoeningen vergelijkbare klachten geven. Vanwege de verschillen in ernst en behandeling is een differentatie echter wel van belang. De ziekte van Sever (apofysitis calcanei) is verreweg de meest voorkomende oorzaak, in de differentiaaldiagnose staan bij kinderen tamelijk zeldzame aandoeningen als fasciitis plantaris, retrocalcaneaire bursitis, stressfractuur van de calcaneus, posterieur enkelimpingement en tendinopathie van de achillespees. Meestal is de diagnose goed te stellen met een gerichte anamnese en een grondig lichamelijk onderzoek, maar in sommige gevallen (stressfractuur) is beeldvormend onderzoek aangewezen . De behandeling is bijna altijd conservatief. Als de klachten lang aanhouden, is doorverwijzing naar de orthopedisch chirurg altijd geïndiceerd.

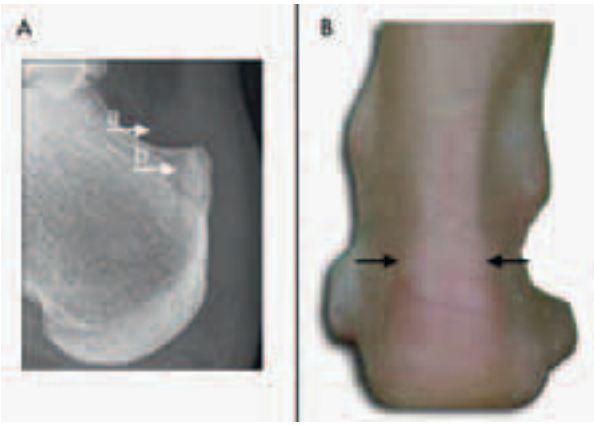
AMC, afdeling Orthopedie, Postbus 22700, 1100 DE Amsterdam: J.I. Wiegerinck, onderzoeker; dr. P.A. Struijs, orthopedisch chirurg. AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde: B. Oudhof, huisarts-in-opleiding; prof.dr. H.C.P.M. van Weert, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: j.i.wiegerinck@amc.uva.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De kern

- De oorzaak van niet-traumatische hielpijn bij kinderen is meestal de ziekte van Sever, door overmatige tractie aan het hielbeen. Andere oorzaken voor hielpijn zijn tamelijk zeldzaam en met enige kennis van zaken ook zonder röntgenfoto goed te differentiëren.
- Hielpijn heeft grote invloed op de kwaliteit van leven en verdient daarom een snelle diagnose.
- Hielpijn reageert vaak goed op een conservatief beleid. Bij de ziekte van Sever kunnen rekoefeningen, een hakverhogende inlegzool en rust effect hebben. Als de klachten langer dan drie tot zes maanden aanhouden, is aanvullende diagnostiek of verwijzing naar een sportarts of orthopedisch chirurg geïndiceerd.

Figuur 1 De squeeze test. Met duim en wijsvinger wordt gelijke druk uitgeoefend over de apofyse van de calcaneus, dit geeft bij de ziekte van Sever zowel mediaal als lateraal pijnklachten. De pijn kan meer mediaal of meer lateraal liggen en kan per kind zeer in hevigheid verschillen.

Figuur 2 De afwijkingen op laterale röntgenfoto van de calcaneus (A) met zichtbare obliteratie van de driehoek van Kager (pijl a), wat zeer suggestief is voor een bursitis, en een posterosuperieure calcaneaire exostose (pijl b). De locatie van de pijnklachten (B, zwarte pijlen) is meer proximaal dan bij de ziekte van Sever en meer anterieur dan bij achillespeestendinopathie.



caneus en achillespees. Ook zonder exostose kan zich een bursitis ontwikkelen, bijvoorbeeld door strak schoeisel of als gevolg van microtrauma door herhaalde dorsale flexie (voetballen, hardlopen).[3,19-25]

Diagnostiek

Een retrocalcaneaire bursitis is soms lastig te onderscheiden van de ziekte van Sever of achillespeestendinopathie. De pijnklachten zijn anterieur van de achillespees en meer proximaal dan bij de ziekte van Sever, en vaak vermijdt de patiënt het dragen van (strak) schoeisel. De slijmbeurs is drukpijnlijk, vaak warm en gezwollen. Op een laterale röntgenfoto van de enkel kunnen een eventuele exostose [**figuur 2**] en de verandering in weke delen ter plaatse van de bursa zichtbaar gemaakt worden.[18] Ook echografie kan waardevol zijn om vochtophoping in en rondom de slijmbeurs en benige afwijkingen te constateren.[26,27] Als er klinisch een sterke verdenking op retrocalcaneaire bursitis is, is het sowieso raadzaam een laterale röntgenfoto van de enkel te laten maken.[28]

ACHILLESPEESTENDINOPATHIE

Etiologie en pathologie

Een tendinopathie van de achillespees is bij kinderen, net als bij volwassenen, meestal het gevolg van overbelasting maar kan ook door een trauma of auto-immuunziekte ontstaan. Zo kan juveniele idiopathische artritis een inflammatoire tenosynovitis veroorzaken van de achillespees (net als van de pezen van tibialis posterior, tibialis anterior en peroneus). Omdat er nog altijd onduidelijkheid heerst over de precieze oorzaak van de pijnklachten blijft ook de terminologie onduidelijk. Recent is voorgesteld niet van een '-itis' te spreken als er geen histologisch bewijs is voor een ontsteking.[3,29] Daarom kan men bij een klinisch pijnlijke achillespees het best van 'tendinopathie' spreken zolang een ontsteking niet histologisch bewezen is.[3,29]

Diagnostiek

Kinderen met achillespeestendinopathie klagen vooral over pijn tijdens maar ook na hardlopen en/of springen. De achillespees is 's ochtends pijnlijk en stijf, en kan over de gehele lengte drukpijnlijk zijn, afhankelijk van de ernst en locatie van de ontsteking. Op de tenen staan of lopen verergert de klachten, net als plantaire flexie tegen weerstand. Op een laterale röntgenfoto van de calcaneus is vaak een verdikking van de pees zichtbaar [**figuur 3**], op MRI en echo ook vocht rond de pees, maar het klinische beeld is zo kenmerkend dat beeldvormend onderzoek in de eerste lijn niet nodig is. Beeldvormend en eventueel bloedonderzoek is geïndiceerd als de klachten ook bij rust gelijkblijven of verergeren, bij nachtpijn of als er aanwijzingen zijn voor een acute infectie.

Abstract

Wiegerinck JI, Oudhof B, Van Weert HCPM, Struijs PA. Heel pain in children. Huisarts Wet 2012;55(6):260-5.

Non-traumatic heel pain in children can be a diagnostic problem because several disorders have similar symptoms. However, because of differences in prognosis and treatment, it is important to establish the diagnosis. Sever's disease (calcaneal apophysitis) is by far the most common cause of heel pain, but the differential diagnosis in children includes relatively rare conditions such as plantar fasciitis, retrocaneal bursitis, calcaneal stress fracture, posterior ankle impingement, and Achilles tendinopathy. The diagnosis can usually be made on the basis of the history and a thorough physical examination, but in some cases (e.g., stress fracture) imaging studies are indicated. Treatment is nearly always conservative. Patients should be referred to an orthopaedic surgeon if symptoms are persistent.

FASCIITIS PLANTARIS

Etiologie en pathologie

Fasciitis plantaris ontstaat door herhaald microtrauma van de fascia plantaris. De aandoening komt bij kinderen weinig voor.[2,4,6] Vooral kinderen met een pes cavus of een rigide varus achtervoet en kinderen die veel springen of hardlopen hebben een verhoogd risico.[2] Ook hier hoeft niet per se sprake te zijn van een ontstekingsproces en verschilt men van mening over de terminologie: geopperd is voortaan de benaming plantaire fasciopathie te gebruiken.[30,31] De term hielspoor moet gereserveerd blijven voor de radiologisch aangetoonde aanwezigheid van een tractie-enthesiofyt ter plaatse van de origo van de fascia plantaris. Dit kan een uiting zijn van een chronische fasciitis plantaris.

Diagnostiek

Ook fasciitis plantaris is primair een klinische diagnose. De fasciitis geeft met name 's ochtends en na het sporten pijnklachten onder de voet. De ernst en het moment gedurende de dag zijn sterk afhankelijk van het stadium van de aandoening. De pijn bevindt zich meer anteromediaal dan bij de ziekte van Sever ter plaatse van de origo van de fascie aan de anterieure zijde van de calcaneus. Met de voet in dorsale flexie is er drukpijn op de mediale calcaneale tuberkel. Springen (op de tenen) verergert de pijnklachten. Beeldvormend onderzoek voegt niet veel toe aan de diagnostiek in de eerste lijn,[32] maar kan wel van waarde zijn bij progressieve zwelling of bij tekenen van infectie.

POSTERIEUR ENKELIMPINGEMENT

Etiologie en pathologie

Posterieur enkelimpingement wordt bij kinderen zonder enkeltrauma in de voorgeschiedenis vooral veroorzaakt door een os trigonum,[1,2,9] het losliggende secundaire ossificatiecentrum van het posterieure deel van de talus [**figuur 4**]. Klachten ontstaan als dit fragment bekneld raakt (*impingement*) tussen het posterieure deel van de distale tibia en het superieure deel van de calcaneus. Bij meisjes gebeurt dit meestal als ze 8-10 jaar zijn, bij jongens iets later (11-13 jaar).[9] De prevalentie van een os trigonum is onzeker (schattingen variëren van 2-50% in de betreffende leeftijdsgroep), meestal geeft het geen klachten.[9,33] Ook wekedelenimpingement komt voor, zij het zelden.

Diagnostiek

Klachten door posterieur enkelimpingement zijn altijd bewegingsafhankelijk: de inklemming ontstaat tijdens plantaire flexie van het gewricht en klachten zullen zich dus vooral voordoen bij sporten waar plantaire flexie veel voorkomt, zoals voetbal, turnen en ballet. De pijn ligt vlak achter het enkelgewricht, meer anterieur dan bij retrocalcaneaire bursitis en achillespeesproblemen, maar door uitstraling kan de hele regio tot de achillespees pijnlijk aanvoelen. Het gebied achter het enkelgewricht kan gezwollen en drukpijnlijk zijn. De herkenbare pijn is opwekbaar door de voet maximaal plantair te flecteren. Aanvullende diagnostiek is geïndiceerd als men twijfelt over het klinische beeld, als er geen verbetering optreedt ondanks rust of als er tekenen van infectie zijn. Op de röntgenfoto is vaak een os trigonum [**figuur 4**] te zien. Zijn er geen afwijkingen zichtbaar op de röntgenfoto's dan kan er sprake zijn van wekedelenimpingement en is een MRI van de enkel het aangewezen onderzoek.

STRESSFRACTUUR VAN DE CALCANEUS

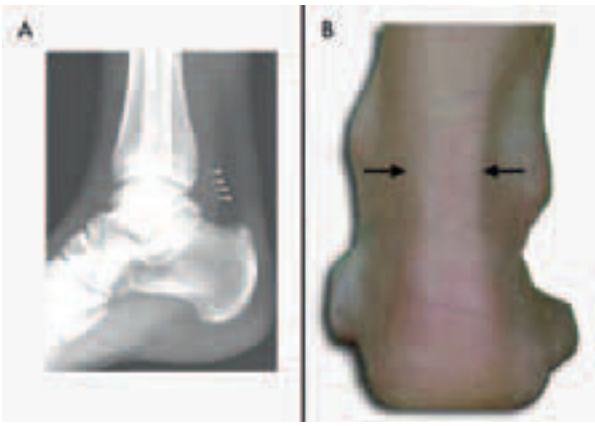
Etiologie en pathologie

Stressfracturen ontstaan door een disbalans tussen aanmaak en afbraak van bot. De oorzaak is altijd overbelasting. Een stressfractuur van de calcaneus is zeer zeldzaam bij kinderen. Risicofactoren zijn recent toegenomen trainingsduur of -intensiteit (net als bij de ziekte van Sever), vrouwelijk geslacht, onregelmatige menstruatiecyclus en caucasisch ras.[33-35]

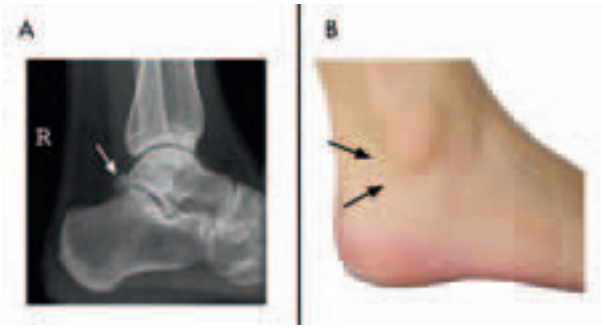
Diagnostiek

Een stressfractuur van de calcaneus als oorzaak van niettraumatische hielpijn wordt steeds meer gediagnosticeerd bij

Figuur 3 Laterale röntgenfoto van de calcaneus (A) van een patiënt met achillespeestendinopathie. De zwelling van de achillespees (witte pijlen) is duidelijk te zien. De locatie van de pijnklachten wordt getoond in figuur B (zwarte pijlen).



Figuur 4 Laterale röntgenfoto van een posterieur enkelimpingement. Het os trigonum is duidelijk te zien (witte pijl). De locatie van de pijnklachten wordt getoond in figuur B (zwarte pijlen).



Tabel De differentiaaldiagnose van niet-traumatische hielpijn bij kinderen

	Klacht	Bevinding bij lichamelijk onderzoek	Behandeling(en)
Ziekte van Sever	vooral na sporten pijn aan mediale, laterale en posterieure deel van calcaneus, bij > 60% beiderzijds	drukpijn aan mediale, laterale en posterieure deel van calcaneus, soms verminderde (en pijnlijke) dorsale flexie	hakverhogende inlegzool, rust, rekken, versterking van het gastrocnemius-soleus-complex (begeleid door fysiotherapeut); bij persisterende gevallen gipsimmobilisatie
Fasciitis plantaris	pijn mediaal onder de voet, vooral in de ochtend en bij sporten	drukpijn ter hoogte van mediale calcaneale tuberkel	stoppen met pijnopwekkende activiteit, gastrocnemius-soleuscomplex rekken (begeleid door fysiotherapeut)
Retrocalcaneaire bursitis	pijn achterop de hiel ter hoogte van de overgang achillespees-calcaneus	drukpijn ter hoogte van posterosuperieure calcaneale prominentie, dorsale flexie van de voet kan pijnlijk zijn	hakverhogende inlegzool, schoen met open hak, NSAID's, exostose operatief verwijderen
Achillespeestendinopathie	aanvankelijk stijfheid van de gehele achillespees, ontwikkelt tot pijn bij sporten, later ook in rust, de pijn ligt 2-5 cm boven de aanhechting op de hiel	pijnlijke of gevoelige achillespees over een lengte van 2-5 cm boven insertie op calcaneus, beperkte dorsale flexie van de enkel	drie maanden excentrisch trainen van het gastrocnemius-soleuscomplex (begeleid door fysiotherapeut), doorverwijzen naar sportarts
Posterieur enkelimpingement (os trigonum)	hielpijn die toeneemt bij tenenlopen en sprinten, vaak bij ballet, turnen en voetbal	extreem plantair flecteren van de voet geeft herkenbare pijn, drukpijn vlak achter enkelgewricht	rust, ijs en operatieve verwijdering van het os trigonum
Stressfractuur calcaneus	actieve sporter (hardlopen, springen) met onduidelijk ontstane (soms ernstige) hielpijn, die heftiger is bij belasting	pijn bij mediolaterale compressie van de calcaneus, drukpijn ter hoogte van fractuur, milde zwelling	conservatief met gipsimmobilisatie (zes weken), waarna geleidelijke belasting

kinderen, maar blijft een zeldzame afwijking.[9,33] Stressfracturen worden vaker gezien bij kinderen die onlangs intensiever zijn gaan trainen of die aan een nieuwe sport begonnen zijn, en bij kinderen met een slechte voedingstoestand. De patiënt geeft (soms hevige) langer bestaande pijn in de hiel aan zonder dat er een direct trauma in de voorgeschiedenis is [**figuur 5**]. De pijn is altijd erger bij belasting van de hiel. Het is raadzaam om bij klinische verdenking [**tabel**] snel een röntgenfoto te laten maken. Op de röntgenfoto kan de stressfractuur over het hoofd gezien worden door een intacte cortex, en dan is CT en/of MRI nodig om het vermoeden te bevestigen. Ook voor het beoordelen van de uitbreiding en eventuele consolidatie van de fractuur kan CT of MRI van belang zijn, met name voor de in te stellen therapie.

BEHANDELING EN DOORVERWIJZING

Voor de ziekte van Sever zijn, door de onzekerheid over de pathofysiologie en de diagnostische problemen, verschillende behandelingen voorgesteld. Het effect van 'goed' schoeisel (als behandeling) of 'slecht' schoeisel (als oorzaak) is nooit aangetoond. De meest voorgeschreven behandelingen zijn een periode van rust, een hakverhogende inlegzool en rek- en spierversterkende oefeningen (onder begeleiding van een fysiotherapeut). Welke behandeling het beste is, is niet geheel duidelijk, de meeste evidence is er voor de inlegzool.[12,36-38] Bij bijna alle behandelingen verminderen de klachten binnen enkele weken en vaak verdwijnt de pijn zelfs volledig, maar of het natuurlijk beloop hierbij ook een rol speelt, is niet goed bekend.[36,39] Als de klachten langer dan drie tot zes maanden aanhouden, kan men een röntgenfoto overwegen en gipsimmobilisatie of pijnstillende medicatie (paracetamol, eventueel in combinatie met NSAID's). Met name als de klachten niet verbeteren of zelfs verslechteren is aanvullende diagnostiek (bijvoorbeeld echografie) gerechtvaardigd.[17]

Voor de beste behandeling van fasciitis plantaris bij kinderen is weinig evidence voorhanden. De patiënt zal de pijnprovocerende activiteit moeten verminderen of stoppen. Dagelijkse rekoefeningen van de achillespees en de fascia plantaris (eventueel onder begeleiding van een fysiotherapeut) kunnen zinvol zijn, net als spierversterkende oefeningen van de voetboog. De behandeling kan uitgebreid worden door de oefeningen te combineren met een schoenaanpassing, nachtspalken of NSAID's.[40,41]

Een retrocalcaneaire bursitis behandelt men in eerste instantie conservatief door de druk van de schoen op het posterieure deel van de hiel te verlichten; een hakverhoging kan ervoor zorgen dat de achterkant van de schoen de pijnlijke slijmbeurs niet raakt. Andere opties zijn een kuur NSAID's of een injectie met corticosteroïden in de slijmbeurs. Als de klachten slecht reageren op conservatief beleid kan men een röntgenfoto maken en als men daarbij inderdaad een exostose aantreft, is doorverwijzen naar een orthopedisch chirurg raadzaam. Deze kan de exostose desgewenst artroscopisch verwijderen.[23,28,42] Van de patiënten die deze behandeling on-

Figuur 5 De zwarte pijlen geven de locatie van de pijn aan bij een stressfractuur van de calcaneus.

Wiebe
De 12-jarige Wiebe bezoekt het spreekuur omdat hij al een tijd last heeft van zijn hielen, vooral rechts, maar het wisselt. Hij heeft links nu geen pijn. Hij sport niet, maar gymt wel. Wiebe vindt het lastig te zeggen wanneer de pijn precies is begonnen, zeker twee maanden terug maar de pijn is soms ook weg. Een ongeval kan hij zich niet herinneren. Vooral in de ochtend doet het pijn, en aan het eind van de dag. Het is bijna altijd erger als hij die dag gegymd heeft of lang heeft buitengespeeld. Als hij hevige pijn heeft, loopt hij het liefst op zijn tenen. Bij lichamelijk onderzoek beiderzijds zijn er geen afwijkingen aan rug, heup en knieën. Aan de linker voet geen bijzonderheden. Beenas en voetstand zijn beiderzijds normaal. Zowel links als rechts is er een beperkte dorsale flexie van de voet. De *squeeze test* van de calcaneus is rechts drukpijnlijk, met name de posteromediale zijde. Posteroplantair en posterolateraal heeft hij ook drukpijn, maar veel minder.
De huisarts vindt aanvullende beeldvorming op dit moment niet nodig: het verhaal en het lichamelijk onderzoek geven weinig aanleiding om aan andere pathologie te denken dan ziekte van Sever. De huisarts verwijst Wiebe naar de fysiotherapeut om rekoefeningen te doen voor de kuitspieren en de achillespees, en hij adviseert een hakverhogende inlegzool (viscoheels, zonder standcorrectie). Na twaalf weken dagelijks rekken is Wiebe pijnvrij. De zolen houdt hij in omdat hij merkt dat hij toch nog wat last heeft als hij ze niet draagt.

Martijn
De 11-jarige Martijn loopt mankend de spreekkamer binnen. Hij heeft al een paar weken last van zijn linkerhiel, de pijn zit over de hele achter-, onder- en zijkant. Inmiddels is de pijn zo heftig dat hij niet meer kan sporten. Hij voetbalt in de jeugdopleiding van een eredivisieclub en voor zijn blessure trainde hij dagelijks. Hij kan zich geen voorval herinneren waarna de pijn ontstaan is, maar geeft wel aan dat hij vaak (en hard) getackeld wordt. Bij lichamelijk onderzoek vindt de huisarts beiderzijds geen afwijkingen aan rug, heup en knieën. Beenas en voetstand zijn beiderzijds normaal. De posteromediale zijde van de linkervoet is drukpijnlijk, en bij de *squeeze test* geeft Martijn enige pijn aan. Opvallend is ook een beperkte en pijnlijke dorsale flexie van de voet, plantaire flexie geeft geen bijzonderheden.
De huisarts denkt aan een overbelastingblessure en besluit een röntgenfoto van voet en enkel te laten maken. De foto laat echter geen duidelijke oorzaak voor de klacht zien, niets wijst op een (stress)fractuur van de calcaneus of op posterosuperieure calcaneale exostose. Hij verwijst Martijn naar de orthopeed. De MRI-scan laat een vochtophoping zien ter hoogte van de retrocalcanaire bursa, passend bij een retrocalcaneaire bursitis zonder posterosuperieure calcaneale exostose. Op advies van de orthopeed maakt de orthopedisch instrumentmaker een hakverhogende inlegzool, echter zonder succes. Uiteindelijk biedt infiltratie met corticosteroïden uitkomst: Martijn kan weer meetrainen met zijn team.

dergingen, beschreef 90 tot 97% het resultaat als 'goed' of 'zeer goed'.[23]

Achillespeestendinopathie proximaal van de aanhechting is bij volwassenen goed te behandelen met excentrische oefeningen van de achillespees en het gastrocnemius-soleuscomplex (aanvankelijk onder begeleiding van een fysiotherapeut).[43] Bij kinderen is er geen bewijs voor de effectiviteit van deze strategie.[30] In elk geval is het belangrijk de provocerende activiteit te minderen, maar volledige rust wordt in verband gebracht met vertraagd herstel van de ontsteking. Bij persisterende klachten is laagdrempelig doorverwijzen naar een sportarts te adviseren.

Bij posterieur enkelimpingement kan men beginnen met conservatieve behandeling: rust en koelen van de enkel. Dit verlicht de pijn maar lost het probleem (meestal een os trigonum) niet op.[2,9,44] Een volgende stap kan zijn gipsimmobilisatie of injectie met corticosteroïden (met name bij wekedelenimpingement). Bij blijvende klachten of onervarenheid met injecties in dit gebied is doorverwijzing naar een orthopedisch chirurg aangewezen. Een os trigonum is operatief te verwijderen door middel van een posterieure artroscopie van de enkel.[44]

Bij verdenking op een stressfractuur van de calcaneus, zo mogelijk waargenomen op röntgenfoto's, is het raadzaam de patiënt door te verwijzen naar de orthopedisch chirurg. Een aanvullende CT-scan of MRI is dan aangewezen, enerzijds om de diagnose te stellen indien de fractuur niet op de foto te zien is, anderzijds om de uitbreiding en eventuele consolidatie in beeld te brengen.[45] De behandeling is aanvankelijk conservatief, met een lange periode van gipsimmobilisatie (minimaal zes weken).[46,47] Bij uitblijvend effect kan chirurgische fixatie uitkomst bieden.

CONCLUSIE

Niet-traumatische hielpijn bij kinderen komt regelmatig voor. Het stellen van een juiste diagnose kan lastig zijn omdat de verschillende oorzaken vergelijkbare klachten geven, maar is wel belangrijk om de kinderen gericht te kunnen behandelen, want de hielpijn doet een aanslag op de kwaliteit van leven.[8] De ziekte van Sever is veruit de vaakst voorkomende oorzaak bij niet-traumatische hielpijn tussen 7 en 15 jaar. Differentiaaldiagnostisch moet men denken aan fasciitis plantaris, retrocalcaneaire bursitis, achillespeestendinopathie, posterieur enkelimpingement of een stressfractuur van de calcaneus; kennis van de lokale anatomie en van de pathologie van deze aandoeningen is essentieel voor de juiste diagnose en de juiste behandeling. Wat de beste behandeling is voor de ziekte van Sever is nog niet duidelijk. Rekoefeningen, een hakverhogende inlegzool en rust hebben mogelijk een positief effect op de pijnklachten. Voor alle genoemde aandoeningen geldt dat de klachten vaak goed reageren op een conservatief beleid. Indien de klachten langdurig (langer dan drie tot zes maanden) blijven bestaan, kan aanvullende beeldvorming of verwijzing naar een sportarts of orthopedisch chirurg geïndiceerd zijn. ■

LITERATUUR

1 Madden CC, Mellion MB. Sever's disease and other causes of heel pain in adolescents. Am Fam Physician 1996;54:1995-2000.
2 Manusov EG, Lillegard WA, Raspa RF, Epperly TD. Evaluation of pediatric foot problems: Part II. The hindfoot and the ankle. Am Fam Physician 1996;54:1012-26, 1031.
3 Van Dijk CN, Van Sterkenburg MN, Wiegerinck JI, Karlsson J, Maffulli N. Terminology for Achilles tendon related disorders. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2011;19:835-41.
4 De Inocencio J. Musculoskeletal pain in primary pediatric care: Analysis of 1000 consecutive general pediatric clinic visits. Pediatrics 1998;102:E63.
5 De Inocencio J. Epidemiology of musculoskeletal pain in primary care. Arch Dis Child 2004;89:431-4.
6 Krul M, Van der Wouden JC, Schellevis FG, Van Suijlekom-Smit LW, Koes BW. Foot problems in children presented to the family physician: A comparison between 1987 and 2001. Fam Pract 2009;26:174-9.

7 Schroeder BM. American College of Foot and Ankle Surgeons: Diagnosis and treatment of heel pain. Am Fam Physician 2002;65:1686, 1688.
8 Scharfbillig RW, Jones S, Scutter S. Sever's disease: Does it effect quality of life? Foot (Edinb) 2009;19:36-43.
9 Houghton KM. Review for the generalist: Evaluation of pediatric foot and ankle pain. Pediatr Rheumatol Online J 2008;6:6.
10 Natarajan R, Ribbans WJ. Achilles tendon involvement in pediatric conditions. In: Maffulli N, Almekinders LC, editors, The Achilles tendon. London: Springer, 2007.
11 Liberson A, Lieberson S, Mendes DG, Shajrawi I, Ben Haim Y, Boss JH. Remodeling of the calcaneus apophysis in the growing child. J Pediatr Orthop B 1995;4:74-9.
12 Perhamre S, Lundin F, Norlin R, Klässbo M. Sever's injury; treat it with a heel cup: A randomized, crossover study with two insole alternatives. Scand J Med Sci Sports 2011;21:e42-7.
13 Perhamre S, Janson S, Norlin R, Klässbo M. Sever's injury: Treatment with insoles provides effective pain relief. Scand J Med Sci Sports 2011;21:819-23.
14 Perhamre S, Lundin F, Klässbo M, Norlin R. A heel cup improves the function of the heel pad in Sever's injury: Effects on heel pad thickness, peak pressure and pain. Scand J Med Sci Sports 2011 Mar 16. [Epub ahead of print]
15 Ogden JA, Ganey TM, Hill JD, Jaakkola JI. Sever's injury: A stress fracture of the immature calcaneal metaphysis. J Pediatr Orthop 2004;24:488-92.
16 Kose O, Celiktas M, Yigit S, Kisin B. Can we make a diagnosis with radiographic examination alone in calcaneal apophysitis (Sever's disease)? J Pediatr Orthop B 2010;19:396-8.
17 Rachel JN, Williams JB, Sawyer JR, Warner WC, Kelly DM. Is radiographic evaluation necessary in children with a clinical diagnosis of calcaneal apophysitis (Sever disease)? J Pediatr Orthop 2011;31:548-50.
18 Van Sterkenburg MN, Muller B, Maas M, Sierevelt IN, Van Dijk CN. Appearance of the weight-bearing lateral radiograph in retrocalcaneal bursitis. Acta Orthop 2010;81:387-90.
19 Haglund P. Beitrag zur Klinik der Achillessehne, Zeitschr Orthop Chir 1928;49:49-58.
20 Painter CF. Inflammation of the post-calcaneal bursa associated with exostosis. J Bone Joint Surg Am 1898;11(s1):169-80.
21 Myerson MS, McGarvey W. Disorders of the Achilles tendon insertion and Achilles tendinitis. Instr Course Lect 1999;48:211-8.
22 Rufai A, Ralphs JR, Benjamin M. Structure and histopathology of the insertional region of the human Achilles tendon. J Orthop Res 1995;13:585-93.
23 Wiegerinck JI, Kok AC, Van Dijk CN. Surgical treatment of chronic retrocalcaneal bursitis. Arthroscopy 2012;28:283-93.
24 Canoso JJ, Liu N, Traill MR, Runge VM. Physiology of the retrocalcaneal bursa. Ann Rheum Dis 1988;47:910-2.
25 Frey C, Rosenberg Z, Shereff MJ, Kim H. The retrocalcaneal bursa: Anatomy and bursography. Foot Ankle 1992;13:203-7.
26 Aaron DL, Patel A, Kayiaros S, Calfee R. Four common types of bursitis: Diagnosis and management. J Am Acad Orthop Surg 2011;19:359-67.
27 Checa A, Chun W, Pappu R. Ultrasound-guided diagnostic and therapeutic approach to retrocalcaneal bursitis. J Rheumatol 2011;38:391-2.
28 Leitze Z, Sella EJ, Aversa JM. Endoscopic decompression of the retrocalcaneal space. J Bone Joint Surg Am 2003;85-A:1488-96.
29 Maffulli N, Khan KM, Puddu G. Overuse tendon conditions: Time to change a confusing terminology. Arthroscopy 1998;14:840-3.
30 Rompe JD. Plantar fasciopathy. Sports Med Arthrosc 2009;17:100-4.
31 Khan KM, Cook JL, Kannus P, Maffulli N, Bonar SF. Time to abandon the 'tendinitis' myth. BMJ 2002;324;626-7.
32 Teitz CC. Sports medicine concerns in dance and gymnastics. Clin Sports Med 1983;2:571-93.
33 Omey ML, Micheli LJ. Foot and ankle problems in the young athlete. Med Sci Sports Exerc 1999;31:S470-86.
34 Barrow GW, Saha S. Menstrual irregularity and stress fractures in collegiate female distance runners. Am J Sports Med 1988;16:209-16.
35 Jones BH, Harris JM, Vinh TN, Rubin C. Exercise-induced stress fractures and stress reactions of bone: Epidemiology, etiology, and classification. Exerc Sport Sci Rev 1989;17:379-422.
36 Scharfbillig RW, Jones S, Scutter SD. Sever's disease: What does the literature really tell us? J Am Podiatr Med Assoc 2008;98:212-23.
37 Sever JW. Apophysitis of the os calcis. New York Medical Journal 1912;95:1025-9.
38 Weiner DS, Morscher M, Dicintio MS. Calcaneal apophysitis: Simple diagnosis, simpler treatment. J Fam Pract 2007;56:352-5.
39 Scharfbillig RW, Jones S, Scutter SD. Sever's disease: A prospective study of risk factors. J Am Podiatr Med Assoc 2011;101:133-45.
40 Young C. In the clinic: Plantar fasciitis. Ann Intern Med 2012;156(1 Pt 1):ITC1-1
41 Goff JD, Crawford R. Diagnosis and treatment of plantar fasciitis. Am Fam Physician 2011;84:676-82.
42 Van Dijk CN, Van Dyk GE, Scholten PE, Kort NP. Endoscopic calcaneoplasty. Am J Sports Med 2001;29:185-9.
43 Kingma JJ, De Knikker R, Wittink HM, Takken T. Eccentric overload training in patients with chronic Achilles tendinopathy: a systematic review. Br J Sports Med 2007;41:e3.
44 Van Dijk CN, Scholten PE, Krips R. A 2-portal endoscopic approach for diagnosis and treatment of posterior ankle pathology. Arthroscopy 2000;16:871-6.
45 Sormaala MJ, Niva MH, Kiuru MJ, Mattila VM, Pihlajamäki HK. Stress injuries of the calcaneus detected with magnetic resonance imaging in military recruits. J Bone Joint Surg Am 2006;88:2237-42.
46 Kaeding CC, Yu JR, Wright R, Amendola A, Spindler KP. Management and return to play of stress fractures. Clin J Sport Med 2005;15:442-7.
47 Weber JM, Vidt LG, Gehl RS, Montgomery T. Calcaneal stress fractures. Clin Podiatr Med Surg 2005;22:45-54.

Nico van Duijn

Crècheziektes

Bij het kinderdagverblijf dien je alleen kerngezonde kinderen te brengen. Daar zijn ze streng in. Zieke kinderen, daar doen ze niet aan. Het is dus nogal lastig als je kind ziek is. Want dan gooit het kinderdagverblijf de deur dicht. Dit is trouwens een dure deur. Dat kinderdagverblijf betaal je juist om jezelf, je baas en je collega's de zekerheid te geven dat je altijd komt werken, onverwachte tegenslag daargelaten. We hebben het niet over doodzieke kinderen. Daar wil je zelf bij zijn. Dat snappen baas en collega's heus wel. We hebben het over crèchezieke kinderen.

Veel crèches hebben namelijk een aparte opvatting over ziek. Ziek is volgens hen koorts, snotneusje, soepogen, rode ogen, huilen, rode vlekjes, blaasjes, mondzweertjes, oorpijn, waterpokken, spugen, eczeem, hoesten, fles weigeren, hangerigheid, pruilen, tandjes krijgen en elke dunne luier. Vertoont het kind slechts één kenmerk, dan dien je binnen een uur het kind te komen ophalen. Ook al ben je net in vergadering met de Koningin: kind ophalen, en snel graag! Vertoont het drie kenmerken, dan bellen ze ambulance en GGD. Voor een crèche is het allemaal besmettelijk en protocollair levensgevaarlijk. Ze zijn angstig gemaakt met epidemieën en aansprakelijkheid. Allemaal bange onzin. Kinderen horen vaak ziek te zijn. Kinderen moeten juist van elkaar alle virussen en bacteriën krijgen. Hoe moeten ze anders weerstand opbouwen? Een kind dat nooit ziek is, dat is abnormaal. Nooit snotteren of dunne luiers, nooit koorts of spugen, en altijd een puntgave huid, dat vind ik bijna eng. Die kinderen moeten ogenblikkelijk naar de kinderarts.

Niet de kinderen zijn ziek. Zulke crèches zijn ziek. We richten een nieuw kinderdagverblijf op, 'De waterpokjes', voor gewone kinderen die af en toe ziekig zijn. Uw kind wordt er beresterk van. ■

Suzanne van Markus-Floor, Just Eekhof, Angelique Glansdorp, Arie Knuistingh Neven

Uterovaginale prolaps

INLEIDING

Uterovaginale prolaps komt bij oudere vrouwen regelmatig voor. De aandoening bestaat uit het verzakken van de uterus, de blaas (via de vaginavoorwand), het rectum (via de vagina-achterwand), de dunne darm (via de fornix posterior) of een combinatie hiervan. Een verzakking hoeft geen klachten te geven. Als een vrouw wel klachten heeft, zijn deze vaak zeer divers: een 'balgevoel', pijn in onderbuik en/of onderrug, mictieklachten, defecatieproblematiek en dyspareunie. De klachten zijn meestal niet ernstig en doorgaans te verhelpen met een ringpessarium.

De incidentie van prolaps vagina/uterus (X87) in de huisartsenpraktijk is 2 per 1000 vrouwen per jaar. De aandoening komt het meest voor bij vrouwen boven de 45 jaar.[1]

ACHTERGROND

Definitie

Men spreekt van een prolaps ('verzakking') als één of meer organen van het kleine bekken vanuit de normale positie naar beneden of voorwaarts zijn verplaatst. Er kan sprake zijn van een prolaps van de vaginavoorwand (cystocele, waarbij de blaas al dan niet met de urethra uitzakt [**figuur 1**]), de vagina-achterwand (rectocele, waarbij rectum uitzakt [**figuur 2**]) of enterocele waarbij peritoneum met dunne darm uitzakt) of een prolaps van de uterus en/of vaginatop. Een combinatie hiervan komt het meest voor. De mate van prolabering wordt aangegeven met de internationaal gerelateerde standaardindeling volgens de POP-Q-indeling, waarbij de afstand tot het hymen een criterium is [**figuur 3**].[2,3]

Etiologie

De bekkenbodem kan verzwakken door een grote belasting, zoals een zware bevalling. Een verzwakte bekkenbodem geeft de organen in de onderbuik minder steun. Hierdoor kunnen organen bij verhoogde intra-abdominale druk naar beneden worden gedrukt.

Het steunbindweefsel van de bekkenbodem kan zijn verzwakt door (meerdere) zwangerschappen, maar ook door excessieve belasting van de bekkenbodem, zoals bij fysiek zware beroepen, chronisch hoesten, obesitas en obstipatie. Na een hysterectomie verandert de ligging van andere organen in het kleine bekken wat ook tot een verzakking (voornamelijk rectocele) kan leiden. Deze klacht komt vaker voor bij postmenopauzale vrouwen door het wegvallen van oestrogenen en omdat steunbindweefsel met het toenemen van de leeftijd zwakker wordt.[4]

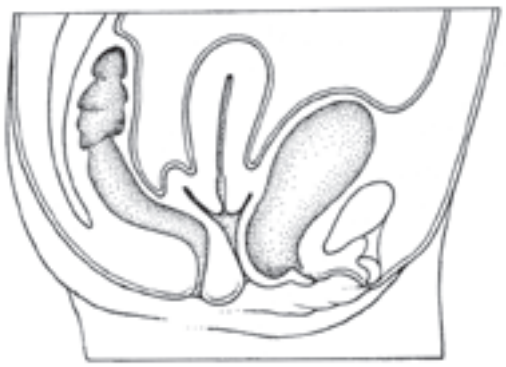
Differentiaaldiagnostisch moet de huisarts verschillende benigne en maligne zwellingen in de onderbuik overwegen. Op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek kan hij deze diagnoses van een verzakking onderscheiden. Bij een cystocele moet differentiaaldiagnostisch verder worden gedacht aan een urethradivertikel, deze gaat gepaard met mictieklachten. Een gesteeld (submukeus) myoom en een endometrium- of cervixpoliep kunnen ook een verzakkingsgevoel in onderbuik of vagina geven; zij gaan echter vaak gepaard met menstruatiestoornissen. Ten slotte kan een vaginawandcyste een verzakkingsgevoel geven. Deze cyste geeft soms dyspareunieklachten, maar verloopt vaak asymptomatisch.

DIAGNOSTIEK

Aan de hand van de anamnese en het gynaecologisch onderzoek kan de huisarts inzicht krijgen in de ernst en het type van de verzakking. Bij de anamnese brengt hij de voorgeschiedenis in kaart (bevallingen, beroep of andere activiteiten met verhoogde intra-abdominale druk). Hij vraagt welke klachten de vrouw ervaart, of er sprake is van een 'balgevoel', van defecatieklachten of van pijn (bijvoorbeeld bij het vrijen) in de onderbuik en/of onderrug. Ten slotte vraagt hij naar mictieklachten (aandrang, frequentie, incontinentie) en menstruatiestoornissen (metrorragie, hypermenorroe) en contactbloedingen om bijkomende klachten in kaart te brengen en differentiaaldiagnoses aan te tonen of uit te sluiten.

Bij het lichamelijk onderzoek stelt hij bij het speculumonderzoek en vaginaal toucher de mate van verzakking vast en beoordeelt de spanning van de bekkenbodem (actief aanspannen/ontspannen). Door de patiënte te laten persen (valsalvamanoeuvre) of te laten hoesten is de verzakking beter te voelen en kan de arts nagaan hoe de stand is van het meest distale deel van de verzakking ten opzichte van de introïtus van de vagina. Wanneer de prolaps liggend niet kan worden opgewekt, kan de manoeuvre in staande positie worden her-

Figuur 1 Voorwandprolaps



LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 2088, 2301 CB Leiden: S.E. van Markus-Floor, huisarts (destijds in opleiding); dr J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog; dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog • Gezondheidscentrum Stevenshof, Leiden: A.G. Glansdorp, kaderhuisarts gynaecologie; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts • Correspondentie: j.a.h.eekhof@lumc.nl

haald.[5] Aan de hand van de verhouding ten opzichte van het hymen kan de arts het stadium van de verzakking bepalen. Bij speculumonderzoek kan mogelijk een cervixpoliep worden vastgesteld. Bij vaginaal toucher worden uterus en de adnexen beoordeeld. Om andere diagnoses uit te sluiten vraagt de arts zo nodig aanvullende beeldvormende diagnostiek aan.

VEELGEBRUIKTE BEHANDELING

Aan de hand van de ernst van de ervaren klachten, de POP-Q-indeling en de wensen van de patiënt bepaalt de arts het beleid.[6] De ernst van de ervaren klachten en de mate van prolabering volgens de POP-Q-indeling gaan niet altijd gelijk op.

Bij milde klachten is het advies in eerste instantie contact op te nemen met de fysiotherapeut of oefentherapeut (met aanvullende scholing bekkenbodemdisfunctie) of bekkenfysiotherapeut voor bekkenbodemfysiotherapie. De klachten bij een verzakking kunnen verminderen door bekkenfysiotherapie. Wanneer de klachten onvoldoende afnemen, krijgt de patiënte een pessarium. Wanneer daardoor drukplekken aan de vaginawand onstaan, kan de patiënte kortdurend (bijvoorbeeld twee weken) vaginale oestrogenen krijgen.

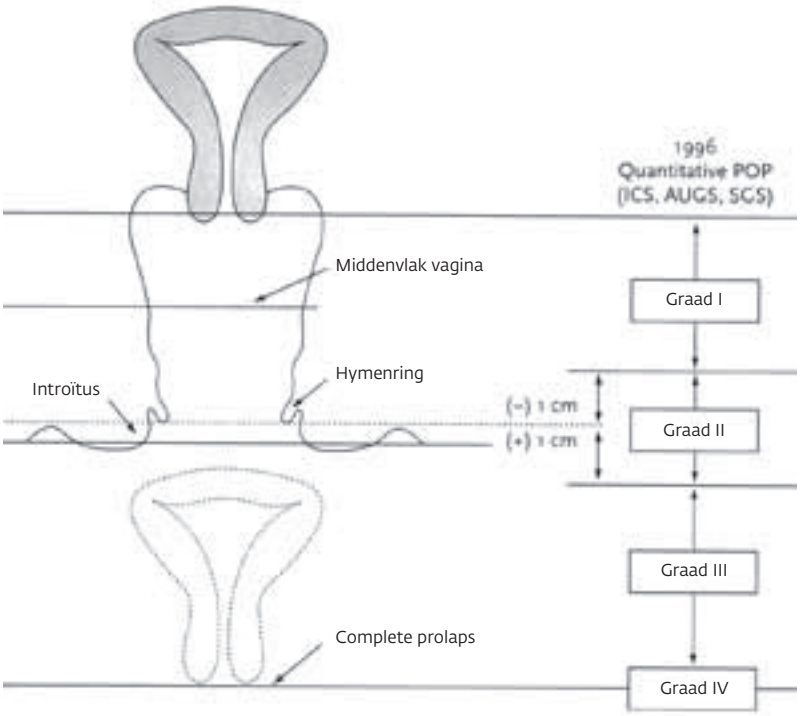
Bij ernstiger klachten komt een pessarium als eerste in aanmerking.

Bij een vergevorderde prolabering, bij ernstige klachten of indien de ingestelde therapie niet het gewenste effect heeft, verwijst de huisarts de patiënte naar de gynaecoloog.

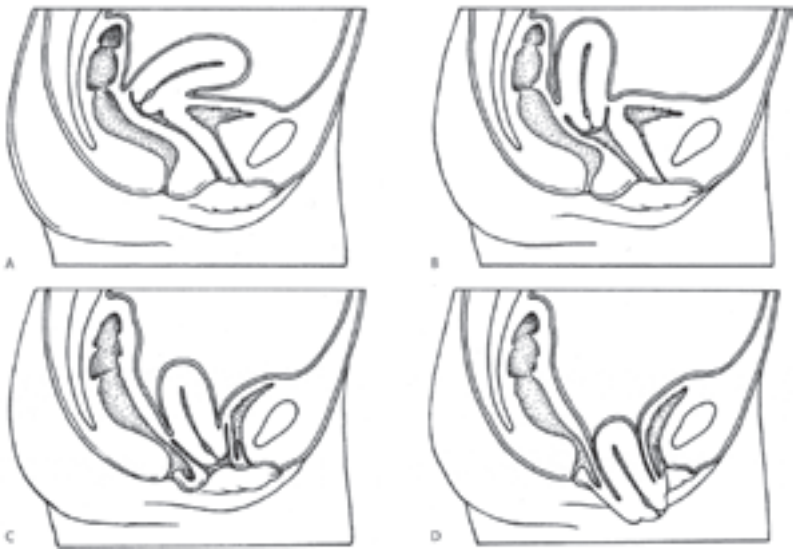
Een pessarium helpt bij de meeste vormen van verzakking, maar geeft het beste resultaat bij een verzakking van de baarmoeder en/of voorwand van de vagina. Bij een verzakking van de achterwand van de vagina geeft een pessarium een minder goed resultaat. Eerste keus voor pessaria in de huisartsenpraktijk is het ondersteunende siliconen ringpessarium [**figuur 4**]. Bevalt dit niet, dan zijn er nog het ruimtevullend kubuspessarium [**figuur 5**] (moet 's nachts worden verwijderd)[7] of het Gelhornpessarium [**figuur 6**].[8] Huisartsen moeten na plaatsing alert zijn op complicaties als toename van fluor, decubitus of bloedverlies. Een pessarium kan de mictieklachten (met name stressincontinentie) verergeren omdat de hele blaas nu weer boven het niveau van de urethra komt te liggen en het sluitmechanisme van de urethra meer onder druk komt te staan. Dit fenomeen wordt gemaskeerde stressincontinentie genoemd. Ook kan een pessarium de urethra ongemerkt gedeeltelijk dicht duwen zodat de mictie wordt geobstrueerd en er een retentieblaas kan ontstaan. De huisarts moet de patiënte hierover informeren bij de eerste aanmeting van een pessarium om blijvende schade aan de blaas door retentie te voorkomen.

Figuur 2 Achterwandprolaps

Figuur 3a POP-Q-indeling



Figuur 3b POP-Q-indeling, verzakking volgens Baden-Walker[6,19]



METHODE

In december 2011 zochten we in MEDLINE en in de Cochrane Library naar gecontroleerd onderzoek en systematische literatuuronderzoeken over de behandeling bij uterovaginale prolaps. De zoektermen waren 'urogenital prolapse' [Text Word] en 'Prolapse, Urogenital'[Mesh] gecombineerd met Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]. We vonden 4 Cochrane-reviews en een review in Clinical Evidence over de behandeling van de uterovaginale collaps.[9-12] Tot slot vonden we één onderzoek dat werd gepubliceerd na de zoekdatum van de reviews.[17]

KLINISCHE VRAGEN

Wat is het effect van conservatieve behandelingen?

Gunstig effect. We vonden één systematisch literatuuronderzoek waarin 6 gerandomiseerde trials worden beschreven.[10] In 4 onderzoeken (n = 857) werd de interventiegroep (bekkenbodemspieroefeningen) vergeleken met een controlegroep. In 3 van de 4 onderzoeken werd verbetering van symptomen gevonden ten opzichte van de controlegroep. De uitkomsten van twee onderzoeken konden worden gepoold en lieten een verbetering van de kans van stagering zien van 17% ten opzichte van de controlegroep. Voor vrouwen met een ernstige prolaps bij aanvang van het onderzoek werd bij 12 maanden geen verschil gezien maar de vrouwen in de interventiegroep hadden bij 24 maanden een minder ernstige prolaps (28%) dan in de controlegroep (72%). Het onderzoek geeft geen gedetailleerdere gegevens.[13] In een kleiner onderzoek werden 47 vrouwen gerandomiseerd, waarbij de controlegroep alleen leefstijladviezen kreeg en de interventiegroep naast leefstijladviezen ook bekkenbodemtraining onderging.[14] Na 26 weken was het percentage vrouwen dat haar prolaps hetzelfde of erger vond in de interventiegroep significant lager (7/19) dan in de controlegroep (16/21) (RR 0,48; 95%-BI 0,26-0,91). Een ander onderzoek (n = 60) bekeek het effect van perioperatieve fysiotherapie bij vrouwen die werden geopereerd vanwege prolaps en/of incontinentie.[15] Dit onderzoek was niet specifiek gericht op prolaps. De onderzoekers zagen wel een significante verbetering van de mictieklachten bij een prolaps in de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep (gemiddelde reductie 3,8; 95%-BI 0,7-6,9). In weer een ander onderzoek (n = 47) werden vrouwen met prolaps graad I-II onderverdeeld in 2 groepen: fysiotherapie (duur niet vermeld) en geen interventie. De onderzoekers zagen direct na de behandeling een significant verschil in nog aanwezige 'pelvic heaviness' bij de fysiotherapiegroep (5/27 patiënten) ten opzichte van de controlegroep (14/20 patiënten) ($p < 0,001$).[16]

De review concludeert dat er bewijs is voor de effectiviteit van bekkenbodemspieroefeningen op de klachten en op de ernst van uterovaginale prolaps.

Nadelig effect. De review vermeldt geen nadelige effecten.

Wat is het effect van een steunpessarium (continue of intermitterend)?

Gunstig effect. We vonden één systematisch literatuuronderzoek uit 2004, waarin echter geen RCT's waren opgenomen.[10] Wij vonden wel een gerandomiseerd crossover onderzoek uit 2007 waarin gedurende 3 maanden 134 vrouwen met prolaps graad II-IV zijn gevolgd bij het gebruik van 2 soorten pessaria (ringpessarium en Gelhornpessarium).[17] Hierin was met beide typen pessaria een statistisch significante verbetering te zien van de kwaliteit van leven. Op een vragenlijst Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory (POPDI) vonden de onderzoekers na 3 maanden een vermindering ten opzichte van baseline voor zowel het ringpessarium als het Gelhornpessarium: van score 70 naar 23 ($p < 0,05$). Met de Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire (POPIQ) vonden ze een vemindering van de score na 3 maanden van 58 naar 23 voor het ringpessarium en van 58 naar 15 voor het Gelhornpessarium (beide $p < 0,05$).

Nadelig effect. Het PESSRI-onderzoek meldt geen nadelige effecten van de twee pessaria.[17]

Wat is het effect van medicatie (oestrogenen)?

Figuur 4 Ringpessarium

Figuur 5 Kubuspessarium

Gunstig effect. We vonden één systematisch literatuuronderzoek, waarin 3 RCT's en 1 meta-analyse zijn opgenomen.[11] In de meta-analyse keken de onderzoekers naar de nadelige effecten van dubbelblinde hormoontherapie (raloxifen) ten opzichte van placebo bij postmenopauzale vrouwen. De review liet bij vrouwen boven de 60 jaar na 3 jaar een significante vermindering zien van de noodzaak tot opereren van een prolaps bij gebruik van raloxifen (35/4680; 0,75%) versus placebo (34/2246; 1,51%), (OR 0,50; 95%-BI 0,31-0,81).[18] In de review wordt geconcludeerd dat er matig bewijs is voor de effectiviteit van oestrogenen bij prolapsklachten.

In de review vonden we geen onderzoeken naar de effectiviteit van vaginale toepassing van oestrogenen op verzakkingsklachten.

Nadelig effect. De review vermeldt geen bijwerkingen.

Wat is het effect van chirurgische behandelingen?

Gunstig effect. We vonden één systematisch literatuuronderzoek, waarin 40 trials, met in totaal 3773 vrouwen, zijn geanalyseerd.[12] Bij de chirurgische aanpak van een prolaps wordt onderscheid gemaakt tussen een abdominale en een vaginale benadering. Na abdominale chirurgie zijn er significant minder recidieven (RR 0,23; 95%-BI 0,07-0,77) en minder klachten van dyspareunie (RR 0,39; 95%-BI 0,19-1,11) in vergelijking met de vaginale chirurgie. Een vaginale benadering heeft als voordeel dat opnameduur korter is en dat de patiënten hun dagelijkse activiteiten sneller kunnen hernemen.[12]

Nadelig effect. Bij een vaginale benadering komt meer dyspareunie voor en is er eerder kans op recidief in vergelijking met een abdominale benadering.

CONCLUSIE

Een uterovaginale prolaps is een regelmatig voorkomend probleem, waarbij de keuze van behandeling sterk afhangt van de ernst van de klachten, het stadium van verzakking en de wensen van de patiënt.

Figuur 6 Gelhornpessarium

Bij lichte tot milde prolaps zijn bekkenbodemspieroefeningen of een pessarium eerste keus, voor deze beide behandelingen bestaat bewijs voor de effectiviteit.

Hoewel de behandeling vaak wordt toegepast, is er geen bewijs voor vaginale toediening van oestrogenen in combinatie met een pessarium. Bij aanhoudende klachten die niet reageren op fysiotherapie of een pessarium kan de huisarts de patiënte verwijzen voor operatieve therapie.

DANKWOORD

Dank aan dr. C.D. de Kroon, gynaecoloog in het LUMC voor de beoordeling van de tekst en zijn adviezen. ■

Deze bijdrage in de serie 'Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk' wordt gepubliceerd in de nieuwe druk van het gelijknamige boek onder redactie van J.A.H. Eekhof, A. Knuistingh Neven en W. Opstelten, 7e druk. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg, 2013. Publicatie in Huisarts en Wetenschap gebeurt met toestemming van de uitgever.

LITERATUUR

1 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.
2 Doshani A, Teo RE, Mayne CJ, Tincello DG. Uterine prolapse. BMJ 2007;335:819-23.
3 Vierhout ME. Diagnostiek van uterovaginale prolaps. Stand van zaken. Ned Tijdschr Geneeskd 2004;48:2432-6.
4 Lammes FB. Praktische gynaecologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
5 Van der Waart ThHAM, Hendriks LEL, IJland MM. Verzakkingsgevoel. Huisarts Wet 2004;47:198-201.
6 Baden WF, Walker TA, Lindsday HJ. The vaginal profile. Tex Med J 1968;64:56-8.
7 Moonen SSH, Lagro-Jansen ALM. Een pessarium, alleen voor overdag. Huisarts Wet 2005;48:78-80.
8 Anders K. Devices for continence and prolapse. BJOG 2004;111 Suppl 1:61-6.
9 Adams EJ, Thomson AJM, Maher C, Hagen S. Mechanical devices for pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev 2004, Issue 2. Art. No.: CD004010.
10 Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev 2011, Issue 12. Art. No.:CD003882.
11 Ismail SI, Bain C, Glazener CMA, Hagen S. Oestrogens for treatment or prevention of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev 2010, Issue 9. Art. No.: CD007063.
12 Maher C, Feiner B, Baessler K, Adams EJ, Hagen S, Glazener CM. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev 2010, Issue 4. Art. No.: CD004014.
13 Piya-Anant M, Therasakvichya S, Leelaphatanadit C, Techatrisak K. Integrated health research program for the Thai elderly: prevalence of genital prolapse and effectiveness of pelvic floor exercise to prevent worsening of genital prolapse in elderly women. J Med Assoc Thai 2003;86:509-15.
14 Hagen S, Stark D, Glazener C, Sinclair L, Ramsay I. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2009;20:45-51.
15 Jarvis SK, Hallam TK, Lujic S, Abbott JA, Vancaillie TG. Peri-operative physiotherapy improves outcomes for women undergoing incontinence and or prolapse surgery: results of a randomised controlled trial. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2005;45:300-3.
16 Ghroubi S, Kharrat O, Chaari M, Ben Ayed B, Guermazi M, Elleuch MH. Effect of conservative treatment in the management of low-degree urogenital prolapse. Ann Readapt Med Phys 2008;51:96-102.
17 Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, Coates KW, Schaffer JI, Strohbehn K, et al. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. Am J Obstet Gynecol 2007;196:405.e1-8.
18 Goldstein SR, Neven P, Zhou L, Taylor YL, Ciaccia AV, Plouffe L. Raloxifene effect on frequency of surgery for pelvic floor relaxation. Obstet Gynecol 2001;98:91-6.
19 Heineman MJ, Bleker OP, Evers JLH, Heintz APM. Obstetrie en gynaecologie. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2004.

Interview met Geert-Jan Geersing:

'Een beslisregel objectiveert je twijfel'

Afgelopen najaar promoveerde Geert-Jan Geersing op zijn proefschrift *Strategies in suspected venous thromboembolism in primary care*, waarin hij zich – naast het trombosebeen – vooral richtte op longembolieën. In een interview vertelt hij over de onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Gezamenlijk traject

Geersing studeerde in Groningen Medicijnen en Huisartsgeneeskunde, maar omdat hij al voor zijn dertigste afstudeerde besloot hij dat hij niet meteen 'alleen maar huisarts' wilde worden. 'Ik wilde onderzoek doen, me verdiepen. En omdat het belangrijk is dat wetenschappelijk onderzoek z'n weg vindt naar de klinische praktijk – zowel voor de inhoud van het vak als de statuur ervan – wilde ik graag dat het klinisch toepasbaar onderzoek zou zijn. Dan is het Julius Centrum de aangewezen plek, want omdat hier structureel wordt samengewerkt met Klinische epidemiologie, is het onderzoek dat hier wordt gedaan vaak van heel goede kwaliteit. Dat sprak me aan. Tijdens een NHG-Congres ontmoette ik Arno Hoes en raakte met hem in gesprek. Op dat moment had hij geen onderwerp voor me, maar toen ik hem een paar maanden later belde, kon ik terecht bij het AMUSE-2-project. Daarin werken de universiteiten van Amsterdam, Maastricht en Utrecht samen. Het promotietraject is dan ook gezamenlijk afgelegd met Wim Lucassen vanuit het AMC en Petra Erkens vanuit Maastricht.'

D-dimeersneltests in de huisartsenpraktijk

In het eerste deel van het onderzoek heeft Geersing gekeken naar de waarde van vijf verschillende D-dimeersneltests voor de huisartsenpraktijk. 'In ziekenhuizen werd al veel langer getest op D-dimeer in de diagnostiek van een trombosebeen en longembolieën. Wij hebben nu onderzocht hoe goed de D-dimeersneltests in de huisartsenpraktijk het doen in verhouding tot de labtest. Daarbij keken we alleen naar de testresultaten en niet naar andere diagnostische stappen. Alle vijf de geanalyseerde sneltests gaven prima resultaten en de onderlinge verschillen waren klein. Het best scoorde de Cardiac-test, maar hierbij moet je wel een venapunctie doen. Bij de Simplify-test kun je werken met capillair bloed en dat is voor de huisartsenpraktijk dus het meest gebruiksvriendelijk. Maar omdat de Simplify-test alleen een positieve of negatieve uitslag geeft, is het resultaat soms lastig te interpreteren. Cardiac geeft wel een getal als uitslag, dus dat maakt de interpretatie gemakkelijker.'

Noodzakelijke voorwaarden

'De sneltests zijn dus heel goed bruikbaar in de huisartsenpraktijk', stelt Geersing. 'Maar er zijn drie voorwaarden om ermee te kunnen gaan werken. Allereerst moet je wel goed weten wat je doet, maar daar is een standaard voor. In de tweede plaats moeten er lokale afspraken worden gemaakt met het ziekenhuis. En tot slot moet er een vergoeding tegenover staan, dus daarvoor moet je om de tafel met de zorgverzekeraars. In deze drie voorwaarden is niet overal in Nederland goed voorzien.'

Beslisregel plus sneltest

Geersing vindt nadrukkelijk dat een 'sneltestje alleen' niet voldoende is. 'Er komt in de diagnostiek natuurlijk meer bij kijken, waaronder de vragen die je stelt in de anamnese, het lichamelijk onderzoek en weging van de kenmerken van de patiënt. Pas als dit alles aanleiding geeft tot een vermoeden van veneuze trombo-embolie, hoef je een D-dimeersneltest in te zetten. En dat tezamen vormt je stappenplan in de diagnostiek.'

De factoren die meewegen in de diagnostiek van longembolie zijn vervat in een klinische beslisregel, de 'Wells-regel' [**tabel**]. Geersing: 'De Wells-regel werd al gebruikt in de tweede lijn, en wij hebben deze gevalideerd voor gebruik in de huisartsenpraktijk bij de diagnostiek van longembolie. Daarbij maakten we gebruik van de Symplify-test, juist vanwege het gemak dat je alleen een vingerprikje hoefde te geven. Als er sprake is van een lage score op deze beslisregel, is ook de kans op longembolie klein. Zet je vervolgens een D-dimeersneltest in en is die ook negatief, dan is de kans op longembolie verwaarloosbaar klein, namelijk zo'n 1 tot 1,5 procent. Je kunt dit dus veilig uitvoeren in de huisartsenpraktijk.'

Weerstand tegen beslisregels

'Huisartsen zien dit soort beslisregels nog wel eens als "kookboekgeneeskunde", en hebben er dan wat weerstand tegen', vertelt Geersing. 'Ze vinden dat je als huisarts niet meer zelf hoeft na te denken wanneer je beslisregels gebruikt. Maar daar zijn twee argumenten tegen. In de eerste plaats berust het ontstaan van een vermoeden van longembolie op de klinische blik van de huisarts. Diens know-how en ervaring, en zijn kennis van de patiënt, moeten hem op het spoor van een mogelijke longembolie brengen, want pas dan zal hij zijn diagnostisch arsenaal inzetten. Die klinische blik is dus heel belangrijk. In de tweede plaats blijkt de huisarts

heel goed te zijn in het identificeren van uitersten. Als het gaat om evident wel of niet een longembolie, is het gevoel van de dokter minstens zo goed als de beslisregel. Maar de middengroep is verreweg het grootst en juist daarbij is de huisarts geneigd de kans op longembolie te overschatten, al is het maar omdat hij de diagnose van zo'n gevaarlijke aandoening niet wil missen. Dan kan zo'n klinische beslisregel goed helpen: die objectiveert je twijfel. Zo'n beslisregel is dus geen vervanging van je huisartsenervaring maar voegt daar iets aan toe.'

Ook de betrekkelijke nieuwigheid van de beslisregels zorgt er wellicht voor dat er met enige weerstand naar wordt gekeken. Bovendien: 'Wat zeker niet helpt is dat er voor sommige ziektebeelden meerdere beslisregels bestaan.'

Veel minder verwijzingen

'In de toekomst zul je veel beslisregels kunnen integreren in je HIS', meent Geerssing. 'Of misschien kunnen er *apps* voor worden ontwikkeld, of – beter nog – misschien kan het NHG ze op HAweb zetten. In elk geval zijn beslisregels volgens mij een welkome aanvulling op je diagnostisch arsenaal, en dat is heel prettig bij de grote grijze groep waarbij je als huisarts twijfels hebt. Nu wordt bij een vermoeden van een longembolie bij bijna alle patiënten een labbepaling gedaan. Bij gebruik van de Wells-regel aangevuld met een D-dimeerbepaling hoef je nog maar ongeveer de helft van de patiënten te verwijzen.'

Behandeling naar de huisarts?

Geersing denkt dat in de toekomst de behandeling van stollingsziekten meer door de huisarts zal gaan gebeuren. 'Ziekenhuizen willen het liefst de patiënt zo snel mogelijk naar huis sturen, dus dan komt de zorg vanzelf bij de huisarts terecht. Maar ook de nieuwe anticoagulantia die eraan gaan komen, bieden meer mogelijkheden voor de huisarts. De patiënt hoeft dan minder strikt gecontroleerd te worden door de trombosedienst, en ook zijn geen injecties meer nodig. Als die nieuwe middelen worden ingezet, zullen de trombosediensten vermoedelijk geheel of gedeeltelijk gaan verdwijnen. Dan zal het hele proces van stolling en antistolling waarschijnlijk op het bord van de huisarts komen. Wij denken dan ook dat er een NHG-Standaard Antistolling moet komen.'

Meer onderzoek

Vaak is de conclusie van onderzoek dat er meer onderzoek nodig is. Heeft ook Geersing deze conclusie getrokken? 'We willen nu in elk geval een implementatieonderzoek gaan doen, want als het gaat om de drie eerdergenoemde factoren (weten wat je doet, lokale afspraken en financiële inbedding) verloopt een en ander nog niet erg soepel. Een goede implementatie van onze onderzoeksbevindingen is belangrijk, anders ben je nog niet veel opgeschoten met die resultaten. In onze Amsterdamse praktijk ben ik dat dus aan het opzetten.

Verder wil ik ook graag actief kijken naar andere aandoeningen die aan stolling zijn gerelateerd, zoals atriumfibrilleren. En wellicht ook naar de thuisbehandeling van longembolie door de huisarts. Er is zoveel leuks te doen. Ik denk er bijvoorbeeld over om een inschattingsmodel bij beroertes te ontwikkelen. Want het huisartsenwerk is meestal vooral gericht op diagnose en prognose; het lijkt me interessant om dat ook bij TIA's en beroertes in een model vorm te geven. Helaas is daar nog niet zo'n leuk sneltestje voor! Als dat er ooit komt, zou dat een interessant onderzoek kunnen betekenen. Hoe dan ook wil ik me vooral blijven richten op het gebied van stolling en antistolling, want dat vind ik het leukst.'

Flink bezig

Geersing heeft het onderwerp van zijn promotieonderzoek dus bepaald nog niet losgelaten. 'Nee, momenteel begeleid ik twee – binnenkort drie – promovendi. Een daarvan is bezig met onderzoek naar de waarde van de D-dimeersneltest en beslisregel bij ouderen. De ander is bezig met de inschatting van herhaling van een eerste trombose.'

En is er naast dat alles nog tijd voor praktiseren? 'Ik werk nu nog één dag hier in het Julius Centrum, want ik ben na mijn promotie wel wat meer in de praktijk gaan werken. Maar ook ben ik een dag in de week thuis, want ik ben onlangs vader geworden. In elk geval is er meer dan genoeg gaande om flink bezig te blijven!'

Ans Stalenhoef

Wells-beslisregel	
Klinische symptomen trombosebeen	3,0
Longembolie waarschijnlijker dan alternatieve diagnose	3,0
Hartfrequentie hoger dan 100 slagen per minuut	1,5
Immobilisatie of chirurgie in de afgelopen 4 weken	1,5
DVT of longembolie in de voorgeschiedenis	1,5
Hemoptoë	1,0
Actieve maligniteit (in de afgelopen 6 maanden behandeld of in palliatieve fase)	1,0

Bereken de score. Bij een score ≥ 4 in combinatie met een negatieve D-dimeertest is de kans op een longembolie verwaarloosbaar klein (minder dan 2%).

Sandra van Dulmen, Janneke Noordman

Taken POH en huisarts complementair?

Al tien jaar kunnen chronisch zieke patiënten in de huisartsenpraktijk rekenen op begeleiding van praktijkondersteuners (POH's). Eerder onderzoek uit 2009 liet zien dat er bij deze zorg geen sprake lijkt te zijn van taakherschikking van de huisarts, maar juist van een intensivering van de contacten. De vraag is of patiënten dit ook zo ervaren en welke taken zij specifiek aan de huisarts toeschrijven en welke (ook) aan de POH.

ONDERZOEK CONSULTVOERING

In 2010 en 2011 zijn in het kader van onderzoek naar consultvoering door praktijkondersteuners video-opnames gemaakt van alledaagse consulten van 181 patiënten bij 19 POH's. De meeste patiënten (66%) hadden een of meerdere chronische aandoeningen, waarvan diabetes type 2 de grootste groep vormde [**tabel 1**]. Van alle geïncludeerde patiënten bezocht 31% de POH vanwege een verhoogd risico, zoals overgewicht, roken of hypertensie. Patiënten vulden voorafgaand aan het consult met de POH een vragenlijst in; zij konden daarin hun mening geven over het uitvoeren van bepaalde taken door de huisarts of POH.

MENING PATIËNTEN

Patiënten vinden dat periodieke controles, het geven van voorlichting en advies, eenvoudige handelingen en hulp bij leefstijlgerelateerde klachten ook door POH's kunnen worden uitgevoerd [**tabel 2**]. Het stellen van de diagnose en het uitschrijven van nieuwe medicatie is volgens hen voorbehouden aan de huisarts, evenals het doorverwijzen en het bieden van hulp bij psychische of sociale problemen. Het merendeel van de patiënten vindt dat de POH ook herhaalmedicatie kan uitschrijven.

Tabel 1 **Aandoeningen (chronische ziekten/risicofactoren) van ingesloten patiënten (n = 181)**

Aandoening	Aantal patiënten (n)
Diabetes type 2	87
Hypertensie	44
Astma/COPD	26
Hart- en vaatziekten	4
Overig (zoals nierziekte, hoog cholesterol)	20

CONCLUSIE

De patiënten in dit onderzoek beschouwen de werkzaamheden van de huisarts en POH meer als complementair dan als inwisselbaar. Dit perspectief van patiënten komt overeen met de wijze waarop taakdelegatie en afspraken over verantwoordelijkheden in de huisartsenpraktijk worden beoogd. Patiënten die bij de POH komen lijken dus een beeld te hebben van de POH-zorg dat overeenkomt met de beoogde taakverdeling. Niettemin verkiezen sommigen van hen toch de huisarts boven de POH voor eenvoudige verrichtingen en het geven van voorlichting. Een vergelijkbaar aantal patiënten lijkt daarentegen ook mogelijkheden te zien voor het uitbreiden van de taken van de POH. Opvallend is verder dat veel patiënten het hulp bieden bij psychische en sociale problemen nog steeds zien als een taak die primair bij de huisarts hoort. Dit is mogelijk te verklaren doordat dit onderzoek niet was gericht op het werk van de POH-GGZ die thans in veel huisartsenpraktijken (ter versterking van de eerstelijns-GGZ) een belangrijk deel van de psychosociale begeleiding op zich neemt. ■

Tabel 2 **Mening patiënten (n = 181) over te vervullen taken door huisarts of (ook) POH**

Taken	Moet huisarts doen	Kan POH ook doen	Niet ingevuld
a. Periodieke controle bij verhoogde bloeddruk, diabetes, astma	9%	84%	7%
b. Geven van voorlichting, advies	14%	78%	8%
c. Eenvoudige handelingen zoals uitstrijkjes, wratten aanstippen	13%	78%	9%
d. Hulp bieden bij stoppen met roken, omgaan met alcohol	12%	77%	11%
e. Herhaalrecepten uitschrijven	20%	71%	9%
f. Geven van instructie bij het gebruik genees- of hulpmiddelen	25%	67%	8%
g. Zorg door andere zorgverleners of instanties voor mij regelen	24%	63%	13%
h. Onderhouden van contacten met bijvoorbeeld thuiszorg of ziekenhuis	38%	53%	9%
i. Uitslagen van onderzoek of tests met mij bespreken	40%	51%	9%
j. Hulp bieden bij psychische of sociale problemen	51%	36%	13%
k. Doorverwijzen	58%	32%	10%
l. Nieuwe medicijnen voorschrijven	69%	23%	8%
m. Diagnose stellen	75%	17%	8%

De beschreven resultaten zijn gebaseerd op een eigen analyse van vragenlijstgegevens verzameld in het kader van de NIVEL Databank Communicatie in de zorg. Contactpersoon: Sandra van Dulmen (s.vandulmen@nivel.nl).

KENNISTOETS: VRAGEN

Johan, 8 jaar, is sinds een week moe, heeft geen eetlust en is misselijk. Sinds gisteren is hij ook wat geel. Bij navraag blijkt dat hij een maand geleden met zijn ouders op vakantie is geweest naar Tunesië. Johan heeft voor deze vakantie geen reizigersvaccinaties gehad. De huisarts denkt aan hepatitis A. Zijn moeder vraagt of deze ziekte zo lang na de vakantie nog kan ontstaan. De huisarts legt uit dat (1) de incubatietijd van hepatitis A ongeveer vier weken is. Ter bevestiging van de diagnose vraagt de huisarts het volgende laboratoriumonderzoek aan: IgM-anti-HAV, ALAT en ASAT.

1. De uitleg na 1 is correct.

2. Bepaling van ASAT is hier geïndiceerd.

De heer Jordaens, 61 jaar, heeft een goed gereguleerde hypertensie en goed ingestelde diabetes mellitus type 2. Hij komt voor de jaarlijkse diabetescontrole bij de huisarts en geeft aan erectieproblemen te hebben. Na uitgebreide anamnese concludeert de huisarts dat er bij de heer Jordaens sprake is van een overwegend somatogene erectiele disfunctie. In een vervolgconsult bespreken zij het verdere beleid, waaronder het gebruik van medicatie (sildenafil). De huisarts geeft daarbij de volgende informatie:

1) het middel werkt alleen als er sprake is van enige seksuele opwinding;
2) als bij het eerste gebruik blijkt dat het middel niet goed werkt, kan het middel gestaakt worden, omdat daarna geen verbetering meer te verwachten valt;
3) dit middel verhoogt de kans op hart- en vaatziekten niet.

3. Uitleg 1 is correct.

4. Uitleg 2 is correct.

5. Uitleg 3 is correct.

In een leergesprek tussen huisartsopleider en aios komt de vernietiging van medische gegevens aan de orde. De huisartsopleider zegt dat de patiënt recht heeft op vernietiging van zijn medisch dossier. De aios zegt dat dit mag met uitzondering van twee gevallen:

1) als het bewaren van de gegevens belangrijk is voor derden;
2) als de gegevens van belang zijn voor epidemiologisch onderzoek.

6. Stelling 1 is correct.

7. Stelling 2 is correct.

De heer Bongers, 62 jaar, komt op de praktijk met pijnklachten aan zijn rechterknie. Hij vertelt dat de klachten zijn ontstaan tijdens een wandelvakantie in de bergen. Hij heeft geen slotklachten. Bij lichamelijk onderzoek vindt de huisarts onder andere hydrops, en met name pijnklachten aan de distale zijde van de patella. De huisarts denkt aan de diagnose tractus ileotibialis frictiesyndroom. Voor deze diagnose pleit/pleiten:

8. - de lokalisatie van de klachten;

9. - het ontstaan van de klachten tijdens het wandelen in de bergen;

10. - de aanwezigheid van hydrops.

De antwoorden staan op pagina 280.

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.

Margot de Waal

Telefonische behandeling bij chronische pijn

INLEIDING

Wanneer een patiënt langer dan drie maanden pijn heeft, noemen we deze chronisch. Een lastige diagnose voor huisartsen: er is vaak onvoldoende somatische verklaring en een snelle genezing van de pijn is niet mogelijk. Een aantal patiënten zal baat hebben bij medicatie, maar het merendeel moet leren omgaan met de pijn, een evenwicht vinden tussen inspanning en ontspanning. Psychologische behandelingen kunnen hierbij helpen.

In Schotland en Noordwest-Engeland, waar cognitieve gedragstherapie (CGT) beperkt voorhanden is, kan telefonische CGT een effectieve, aanvaardbare en toegankelijke vorm van behandeling zijn. Daarom keken onderzoekers naar het effect van telefonische CGT en/of conditietraining vergeleken met gebruikelijke zorg voor mensen met chronische verspreide pijn.

ONDERZOEK

Design In een gerandomiseerd interventieonderzoek werd bij patiënten met chronische pijn de (kosten)effectiviteit van gebruikelijke zorg vergeleken met telefonische CGT, conditietraining of een combinatie van beide. De onderzoekers spoorden patiënten op door screening van alle ingeschreven patiënten uit acht huisartsenpraktijken. Zij kwamen in aanmerking voor behandeling wanneer er sprake was van chronische pijn op drie of meer plekken in het lichaam – zowel boven als onder de taille, zowel links als rechts in het lichaam – waarvoor ze in het afgelopen jaar naar de huisarts gingen.

Interventies De eerste groep kreeg telefonische sessies CGT (TCGT) met een getrainde therapeut, gericht op pijnmanagement (8 wekelijkse en 2 follow-upsessies). In overleg met de patiënt werden doelen en technieken gekozen. De tweede groep kreeg conditietraining (CT) waarbij oefeningen in maandelijkse sessies met een instructeur werden afgestemd op de patiënt, met als doel verbetering van de cardiorespiratoire fitness. Deelnemers moesten ten minste tweemaal per week 20 tot 60 minuten sporten, en op overige dagen alledaagse activiteiten oppakken (zoals stevig wandelen). De derde groep kreeg een combinatie van beide interventies (Combi). De vierde groep kreeg gebruikelijke zorg, waarbij de kanttekening moet worden gemaakt dat de toegang tot CGT en beweegprogramma's in Groot-Brittannië beperkt is.

Uitkomstmaten De belangrijkste uitkomstmaat was de zelfgerapporteerde verandering van gezondheid op een 7-punts schaal na 6 maanden (= einde behandeling) en 9 maanden. Een score van 6 of 7 ('ik voel me (zeer) veel beter') werd als klinisch relevant beschouwd.

Analyses Logistische en lineaire regressieanalyses volgens het intention-to-treatprincipe, waarbij werd gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, studiecentrum, en mate van chronische pijn en beperkingen (CPG) en psychische klachten (GHQ-12).

Resultaten Bijna 46.000 patiënten kregen een screeningsvragenlijst toegestuurd: 33% stuurde deze terug. Uiteindelijk werden 442 patiënten gerandomiseerd: gemiddelde leeftijd 56 jaar (range 25 tot 80 jaar), 70% vrouwen, 34% met een fulltime baan en ongeveer evenveel gepensioneerden. Tijdens het onderzoek zagen 105 deelnemers af van verdere behandeling (TCGT 21%, CT 30%, Combi 26%), en complete follow-up was er voor 89% van de deelnemers.

Het percentage deelnemers dat een positieve score op gezondheidsverandering rapporteerde was na 9 maanden voor de controlegroep 8%, voor de TCGT-groep 33%, voor de CT-groep 24% en voor de gecombineerde interventiegroep 37%. Ook na controle voor andere variabelen en baselinewaarden bleef dit verschil significant verschillend ten gunste van de actieve therapieën, met bijbehorende NNT's (respectievelijk 4,6 en 3).

Geen van de actieve therapieën bleek kosteneffectief na 6 maanden. Na 9 maanden had TCGT de voorkeur, met 70% kans om kosteneffectief te zijn ten opzichte van gebruikelijke zorg.

Beschouwing De auteurs concluderen dat telefonische CGT leidt tot blijvende en klinisch relevante verbetering van zelfgerapporteerde gezondheid voor patiënten met chronische verspreide pijn in de huisartsenpraktijk.

INTERPRETATIE

In dit onderzoek is de patiëntengroep heel heterogeen: van werkende fulltimers tot gepensioneerden, met pijn van lage intensiteit en hinder tot zeer beperkende pijn. Het aantal jaren dat de patiënten al pijn hebben wordt niet genoemd. Mogelijk heeft een subgroep patiënten meer baat bij (een van de vormen van) behandeling. Het betreft waarschijnlijk zowel neuropathische pijnen als gewrichtspijnen, en er zal vaak sprake zijn van bijkomende depressieve klachten. Daarmee valt de patiëntgroep onder de noemer Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). De in 2010 verschenen multidisciplinaire CBO-Richtlijn SOLK stelt dat cognitieve gedragstherapie een belangrijk element in de behandeling is.

Hoewel niet helemaal goed te duiden, laat het onderzoek zien dat een substantieel deel van de patiënten met chronische pijn een stap vooruit kan worden geholpen. De inzet van een personal trainer om patiënten te stimuleren meer te bewegen past goed in het huidige tijdsbeeld. Inzet van telefonische CGT is in Nederland niet gebruikelijk, maar zou door getrainde professionals (de POH-GGZ) wel uitvoerbaar zijn. De (kosten)afweging zal in Nederland anders uitpakken en tevens andere vormen van CGT omvatten, zoals via internet of pda.

Kortom, de onderzochte behandelingsopties, die aansluiten bij huidige inzichten, laten hoopvolle resultaten zien voor patiënten met chronische pijn.■

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: dr. M.W.M. de Waal, epidemioloog • Correspondentie: m.w.m.de_waal@lumc.nl

LITERATUUR

1 McBeth J, Prescott G, Scotland G, Lovell K, Keeley P, Hannaford P, et al. Cognitive behavior therapy, exercise, or both for treating chronic widespread pain. Arch Intern Med 2012;172:48-57.

Fred Dijkers

Rol van de assistente bij herhalingsrecepten

INLEIDING

Er zijn veel manieren waarop herhalingsrecepten in de huisartsenpraktijk worden aangenomen. Zo nemen assistentes vaak telefonisch herhalingsrecepten op. De invloed van assistentes op de kwaliteit en veiligheid bij herhalingsreceptuur is echter onbekend. In het Verenigd Koninkrijk is kwalitatief onderzoek gedaan naar herhalingsreceptuur zonder direct arts-patiëntcontact. De vraag was of de organisatie van dit proces de kwaliteit bevordert of belemmert.

ONDERZOEK

Design Vier stedelijke praktijken (6000 tot 12.000 patiënten) met een uiteenlopende praktijkorganisatie meldden zich voor dit onderzoek. Twee onderzoekers observeerden het dagelijks handelen van de medewerkers, onder wie 25 artsen en 56 praktijkassistentes, en bevroegen hen. Zij bekeken ook 28 documenten en andere hulpmiddelen die voor een goede afhandeling van de herhalingsrecepten waren ontwikkeld. Daarbij letten zij op de gebruikte protocollen, op de manier waarop men daarmee moest omgaan en op wat er uiteindelijk gebeurde. De observaties omvatten 395 uur, 4 maanden per praktijk.

Analyse De geanonimiseerde resultaten werden besproken in een team van vier onderzoekers met verschillende achtergronden. Zij probeerden het proces van de herhalingsrecepten goed in kaart te brengen.

Resultaten De organisatie van de praktijken liep uiteen van traditioneel tot modern zakelijk. Alle hadden een receptie en een backoffice. In drie praktijken werden de aanvragen afgehandeld in de (drukke) receptieruimte. Bij de vierde gebeurde dit in een rustiger administratieve ruimte. Alle praktijken hadden een elektronisch patiëntendossier waarmee aanvragen voor herhalingsrecepten semi-automatisch werden afgehandeld. De automatiseringssystemen draaiden vaak bijna op maximumcapaciteit, waardoor ze soms traag werden. Daarom werden ze weleens van het netwerk losgekoppeld. Wanneer een computer vastliep, registreerden de assistentes de herhalingsrecepten soms tijdelijk op papier.

Alle gebruikte protocollen voor herhalingsrecepten (vooral technische instructies) waren toegesneden op administratief personeel. Daarnaast had één praktijk een eigen waarschuwingssysteem voor mogelijke risico's. De staf kon in alle praktijken goed beschrijven hoe aanvragen voor herhalingsrecepten werden afgehandeld. Toch toonde de werkelijkheid een grotere variatie dan je op basis hiervan zou verwachten. Medewerkers weken nogal eens af van de beschreven routines en van de adviezen van de software; desalniettemin was in alle praktijken goed en veilig voorschrijven het uiteindelijk doel.

Ook de manier waarop herhalingsrecepten moesten worden aangevraagd verschilde nogal. De ene praktijk had een uitgesproken voorkeur voor papieren aanvragen, de andere voor telefonische en een derde voor aanvragen per e-mail. Maar alle praktijken accepteerden ook andere manieren van aanvragen.

Na de aanvraag legden de assistentes de herhalingsrecepten aan de huisarts voor ter autorisatie. Meer dan de helft van die voorschriften voldeed echter niet aan de eisen die de eigen procedures daaraan stelden. Soms stond het aangevraagde recept onder een andere naam in het bestand, soms stond het daar met een andere dosering. In veel gevallen losten de assistentes dat op met een boekje met merknamen en generieke namen of belden zij de patiënten voor opheldering. Vaak gebruikten zij een (gezamenlijk) aantekeningenboekje. Mogelijk over- en ondergebruik van een geneesmiddel (te vroeg of te laat herhalen) kwam wel in beeld, maar daarop werd vaak geen actie ondernomen. Werd een geneesmiddel gestopt, dan werd ook dat niet direct opgemerkt. Deze informatie stond later vaak wel in het patiëntendossier. Soms werden middelen die niet eerder via het herhaalsysteem waren verstrekt (en die dus ook niet als zodanig in een bestand stonden) toch als herhalingsrecept ter autorisatie voorgelegd. Die middelen waren dan doorgaans wel eerder door de huisarts of specialist voorgeschreven. Genoemde procedurele afwijkingen leidden meestal niet tot ongewenste situaties; het leek er meer op dat de assistentes probeerden maatwerk te leveren voor patiënten op basis van de bedoeling van de procedures. Overigens hadden ook huisartsen soms moeite met het volgen van procedures. Zo klikten zij de waarschuwing 'revisie gewenst' gemakkelijk weg.

Conclusie Assistentes hebben een belangrijke invloed op herhalingsrecepten. Die invloed is niet vastgelegd. Het goed afhandelen van aanvragen van herhalingsrecepten is meer dan een technisch proces.

INTERPRETATIE

Het onderzoek laat zien dat afspraken en protocollen geen garantie zijn voor goede en veilige afhandeling van herhalingsrecepten. De menselijke factor zorgt ervoor dat sommige patiënten buiten het protocol om de juiste medicatie krijgen en tegelijk is dat ook een risico voor verkeerde herhalingsrecepten. De beschreven situatie in het onderzoek verschilt niet van die in veel Nederlandse huisartsenpraktijken. Assistentes spelen bij herhalingsrecepten in veel praktijken een belangrijke rol. Ook al zijn er protocollen voor het afhandelen van herhalingsrecepten, in de praktijk wordt er vaak van het protocol en van meldingen door het HIS afgeweken. Het blijft daarom ook in Nederland een punt van aandacht dat medewerkers en protocollen beide goed functioneren. ■

LITERATUUR

1 Swinglehurst D, Greenhalgh T, Russell J, Myall M. Receptionist input to quality and safety in repeat prescribing in UK general practice: ethnografic case study. BMJ 2011;343:6788.

LUMC, afdeling Public health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 2088, 2301 CB Leiden: dr. F.W. Dijkers, huisarts • Correspondentie: f.w.dijkers@lumc.nl

Eelke ter Steege, Janneke van der Ploeg, Marco Blanker

Nurse-practitioners en telefonische triage

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 De druk op het spreekuur van huisartsen neemt toe door de stijgende hulpvraag en de ontplooiing van aanvullende taken. Een goede telefonische triage draagt bij aan het efficiënt plannen van het spreekuur en hierin spelen doktersassistentes een centrale rol.

In de Engelse huisartsenpraktijk vindt het eerste telefonische contact van de patiënt plaats met de receptionist, die het dagelijkse aanbod aan vragen stroomlijnt. De hoger gekwalificeerde nurse-practitioner beoordeelt zelfstandig een deel van de binnenkomende hulpvragen en voert zelfstandig telefonische consulten. De vraag is of telefonische triage door nurse-practitioners in plaats van doktersassistentes de werkdruk zal verlagen binnen kantooruren.

Zoekstructuur Wij zochten in de Cochrane Library (Advanced Search, Cochrane Database of Systematic Reviews) met de zoektermen Telephone AND Triage AND General practitioner (all Title, abstract or keywords). Tevens doorzochten wij PubMed met de volgende termen 'Telephone'[Mesh] AND 'Triage'[Mesh]) AND 'General Practitioners'[Mesh] en de volgende termen: (Telephone OR 'Telephone'[Mesh]) AND (Triage OR 'Triage'[Mesh]) AND (General practitioners OR General Practitioner OR 'General Practitioners'[Mesh]).

Resultaten We vonden één Cochrane-review.[1] In PubMed vonden we nog een beschouwend artikel over dit onderwerp. Beide artikelen werden in 2004 gepubliceerd. Na 2004 ontbreken nieuwe RCT's.

Bespreking Een Cochrane-review uit 2004 bevatte één gecontroleerd onderzoek waarin de inzet van nurse-practitioners werd onderzocht in de huisartsenpraktijk binnen kantooruren. Hiervoor werd een *interrupted time series*- onderzoek opgezet in een Engelse groepspraktijk met zo'n 20.800 patiënten. De onderzoekers vergeleken de inzet van receptionistes bij het maken van afspraken (controlegroep) met telefonische triage door ervaren nurse-practitioners (interventiegroep). De nurse-practitioners kregen 30 uur training in het afhandelen van kleine kwalen. In de praktijk werden geen andere wijzigingen doorgevoerd die invloed konden hebben op de wijze waarop afspraken werden afgehandeld.

Vóór en na invoering van de nurse-practitioners werden respectievelijk 1233 en 3452 telefonische (index)contacten geïncludeerd. De onderzoekers keken naar het aantal ingeplande consulten bij de huisarts, de lengte van de consultaties en het aantal vervolgcontacten na het index-contact.

De kans op een afspraak op dezelfde dag – de primaire reden van het telefonisch contact – was 64% in de controlegroep en 40,8% in de interventiegroep (significant verschil). Het aantal telefonische contacten en het aantal visites door de huisarts waren lager in de interventiegroep (6,5% versus 11,3% respectievelijk 12,1% versus 14,3%). Het aantal vervolgconsulten in de interventiegroep was hoger (1,24) dan in de controlegroep 0,96 (risicoverschil 0,32; 95%-BI 0,22-0,41; $p < 0{,}001$).

In een aanvullende beschrijving van hetzelfde onderzoek meldden Richards et al.[2] dat het aantal gepresenteerde problemen per consult hoger was in de interventiegroep (gemiddeld 1,69 problemen versus 1,56; $p < 0{,}001$), daarnaast werden er meer recepten voorgeschreven (2,48 versus 2,24; $p < 0{,}001$) en werd vaker aanvullend onderzoek verricht (1,54 versus 1,18; $p = 0{,}001$) in de interventiegroep.

Conclusies Het aantal consulten op dezelfde dag bij de huisarts kan aanzienlijk verminderen wanneer telefonische consultatie door nurse-practitioners wordt verricht. Dit heeft echter wel tot gevolg dat patiënten die op het spreekuur komen, gemiddeld meer klachten zullen presenteren en er meer herhalingsconsulten zullen plaatsvinden. Er lijkt geen significante vermindering van het aantal visites op te treden. Vermindering van werklast voor de huisarts is dus twijfelachtig, aangezien er weliswaar minder patiënten op het spreekuur komen maar de problematiek omvangrijker wordt.

Het beschreven onderzoek komt van Britse bodem. Het triagesysteem en het personeel in Engelse huisartsenpraktijken verschillen van de Nederlandse situatie. De Nederlandse doktersassistente vervult zowel de taak van de Engelse receptionist als een deel van de consultatieve taken van de nurse-practitioner, mede door de beschikbaarheid van de NHG-praktijkprotocollen voor doktersassistentes. Wat de impact van telefonische triage door nurse-practitioners in Nederland zal zijn, is onbekend.

Betekenis Er is onvoldoende bewijs dat telefonische triage door nurse-practitioners in plaats van doktersassistentes een vermindering van werklast voor de huisarts binnen kantooruren zal geven. ■

LITERATUUR

1 Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. Cochrane Database Syst Rev 2004, Issue 3. Art. No.: CD004180.
2 Richards DA, Meakins J, Godfrey L , Tawfik J, Dutton E. Survey of the impact of nurse telephone triage on general practitioner activity. Br J Gen Pract 2004;54:207-10.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Antonius Deusinglaan 1, Postbus 196, 9700 AD Groningen: E.A.B. ter Steege, huisarts; J.M.I. van der Ploeg, specialist ouderengeneeskunde in opleiding; dr. M.H. Blanker, huisarts-epidemioloog • Correspondentie: eelketersteege@hotmail.com

Petra Elders

Oefenen ter preventie van fracturen

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

Achtergrond Osteoporose is een aandoening van het skelet waarbij de kwaliteit en de kwantiteit van het bot is verminderd. Het grootste gevaar van osteoporose is de verhoogde kans op fracturen. Vermindering van de belasting van het skelet (bijvoorbeeld door langdurige bedrust) geeft botverlies en omgekeerd geeft vermeerdering van de belasting juist een toename van de botmineraaldichtheid (BMD). Daardoor is de algemene opvatting dat lichaamsbeweging fracturen kan voorkómen.

Klinische vraag Wat is de effectiviteit van oefenprogramma's op het voorkómen van fracturen en botverlies bij gezonde vrouwen na de menopauze met of zonder fracturen in het verleden?

Conclusie auteurs Deze review omvat 43 onderzoeken met in totaal 4320 proefpersonen.[1] De auteurs vonden weinig verschil in het optreden van fracturen (4 onderzoeken; 67 per 1000 in de oefengroep versus 106 per 1000 in de controlegroep; OR 0,61; 95%-BI 0,23-1,64). Het aantal onderzoeken waarin het aantal valincidenten of andere nadelige effecten – zoals spierpijn, gewrichtspijn en hoofdpijn – werden geregistreerd, was te klein voor een betrouwbare uitspraak. De deelnemers aan de oefengroepen lieten vergeleken met die van de controlegroep een stijging zien van de BMD van de wervels en de trochanter major van respectievelijk 0,85% (95%-BI 0,62%-1,72%) en 1,03% (95%-BI 0,56-1,47). De effecten op de totale heup en de femurhals waren echter niet significant verschillend ten opzichte van de controlegroep. De BMD van de lumbale wervelkolom nam het meest toe door oefenprogramma's waarbij verschillende soorten lichaamsbeweging werden aangeboden.

De onderzoekers concludeerden dat er sprake was van een relatief klein, maar mogelijk belangrijk effect van oefenprogramma's op botverlies.

Beperkingen Bij 36 onderzoeken bedroeg de onderzoeksduur een jaar of minder. Het aantal oefensessies bedroeg meestal twee tot drie keer per week. De onderzoeken werden kwalitatief als zeer verschillend beoordeeld en slechts bij 13 onderzoeken werd de kans op door de onderzoeksopzet veroorzaakte vertekening van de resultaten gering geacht.

COMMENTAAR

In het verleden hebben allerlei kleine gecontroleerde onderzoeken al laten zien dat bot sterk reageert op de mate van mechanische belasting. De gevonden effecten in deze metanalyse zijn in dat licht bezien enigszins teleurstellend. De meeste beschreven onderzoeken waren echter van relatief korte duur en slechts 7 onderzoeken duurden langer dan een jaar. Als men zich realiseert dat het leeftijdsgerelateerde botverlies (met uitzondering van de eerste jaren na de menopauze) jaarlijks gering is, met een daling van hooguit 1 tot 2% per jaar, dan krijgen deze effecten opeens een heel ander aanzien. Als het positieve effect van mechanische belasting zou blijven voortduren en geen plafondeffect zou kennen, dan zouden er met langdurige bewegingsprogramma's grote effecten bereikt kunnen worden. Hierover is echter geen informatie bekend. Helaas is er ook onderzoek waaruit blijkt dat de BMD weer daalt als je stopt met oefenen. Dat betekent dus dat mensen het oefenprogramma moeten volhouden.

In deze metanalyse vonden de onderzoekers geen significante vermindering van fracturen. Op grond van het aantal proefpersonen verbaast me dit niet, omdat de power te laag is om een klinisch relevant effect te kunnen aantonen. Zou je uitgaan van een fractuurvermindering van 30% door lichaamsbeweging bij een fractuurkans van 20% over een periode van 10 jaar, dan zou je in één gecontroleerd onderzoek ten minste 20.000 proefpersonen nodig hebben om dit effect in een eenjarig onderzoek aan te tonen. Om een kleiner effect in een meta-analyse te kunnen aantonen, wat realistischer is, zouden de aantallen nog veel groter moeten zijn. Hetzelfde geldt natuurlijk voor de mogelijke schadelijke effecten.

Ten aanzien van het soort oefeningen werden er geen verbazende resultaten gevonden: de BMD van de femurhals steeg het meest door mechanische oefeningen waarbij de krachten loodrecht op de as van het bot werkten; de lumbale wervelkolom profiteerde het meest van gecombineerde programma's waarin zowel mechanische belasting als krachtoefeningen waren opgenomen. In de programma's waarin de mechanische belasting van de botten minimaal was (bijvoorbeeld repeterende oefeningen zonder gewichten) werd geen verandering van de BMD gevonden.

Samenvattend deel ik de conclusie van de auteurs dat lichaamsbeweging vermoedelijk een effectieve manier is om botverlies te voorkómen. In een eerdere Cochrane-review bleken oefenprogramma's waarin krachtoefeningen werden gecombineerd met evenwichtsoefeningen effectief te zijn om vallen te voorkomen. In het kader van de preventie van fracturen zijn oefenprogramma's dus zeker aan te raden. Praktisch gezien lijkt het mij de grootste uitdaging om mensen te motiveren meer te gaan bewegen en dit langdurig vol te houden. ■

LITERATUUR

1 Howe TE, Shea B, Dawson LJ, Downie F, Murray A, Ross C, et al. Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev 2011, Issue 7. Art. No.: CD000333.

Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde VUmc, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: dr. P.J.M. Elders, huisarts • Correspondentie: p.elders@vumc.nl

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

DILEMMA'S IN DE SPREEKKAMER

Ubbink DT, Legemate DA, redactie. Het bespreken van medische kansen en risico's. Dilemma's in de spreekkamer. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012. 121 pagina's, € 39,95. ISBN 978 90 313 8263 7.

Doelgroep Huisartsen en specialisten.
Inhoud Het boek heeft elf hoofdstukken met casuïstiek en besprekingen die geschreven zijn door huisartsen en specialisten. De artsen beschrijven de problemen waar ze in de dagelijkse praktijk tegenaan lopen als ze kansen en risico's met patiënten bespreken en ze zoeken naar middelen en oplossingen om hier op een adequate wijze mee om te gaan. Er is bijvoorbeeld een hoofdstuk over *decision aids*. Een *decision aid* kan helpen bij het informeren van de patiënt over de effecten en mogelijke bijwerkingen van een behandeling. De auteurs illustreren dit met een voorbeeld van een mooie decision aid die de voor- en nadelen van een operatie bij een aneurysma aorta abdominale behandelt. Een ander hoofdstuk handelt over risicobegrippen als relatief risico, attributief risico en number needed to treat, en hoe deze begrippen met een patiënt te bespreken zijn. Ook worden in het boek de voor- en nadelen van screenen, communicatiehulpmiddelen en gezondheidsvaardigheden van patiënten besproken. De casuïstiek in het boek spreekt tot de verbeelding, is herkenbaar en laat zien dat het spreken over kansen en risico's in de praktijk lastig kan zijn. De toegevoegde waarde van de besprekingen is echter wisselend. Zo komt kennis over risicocommunicatie en het bespreken van kansen weinig systematisch en met wisselende diepgang aan bod. Een voorbeeld hiervan is het hoofdstuk over communiceren met kinderen en hun ouders. Het stelt in zoveel woorden dat goede adviezen lastig te geven zijn, maar voegt daar verder weinig aan toe. Het hoofdstuk over screening van prostaatkanker beschrijft dilemma's rondom screening, maar biedt weinig diepgang of nieuwe gezichtspunten over het bespreken van deze dilemma's met de patiënt. En elders worden in één alinea *decision making*, *risicocommunicatie* en *evidence based medicine* genoemd, zonder uitleg of duidelijk kader.

Oordeel: Het boek biedt casuïstiek met besprekingen van medische dilemma's rondom kansen en risico's. Menig arts zal zich in de dilemma's herkennen. Kennis over risicocommunicatie en het bespreken van kansen komt echter weinig systematisch en met wisselende diepgang aan bod. Het boek is in die zin niet handzaam voor een huisarts die meer over dit onderwerp zou willen weten. ■

Paul Houben

Waardering: ● ●

Tijdschrift voor praktijkondersteuning

Binnenkort verschijnt nummer 3 van het *Tijdschrift voor praktijkondersteuning* met daarin onder meer aandacht voor *health literacy* en laaggeletterdheid en de chronische fase na een CVA.

Gezondheidsvaardigheden

Zorgverleners vragen zich bij sommige patiënten af of zij wel begrijpen wat hun wordt verteld. Een achterliggend probleem kan laaggeletterdheid zijn. Deze patiënten hebben moeite met het lezen van gezondheidsinformatie, het gelijkwaardig communiceren met hulpverleners en het kritisch omgaan met gezondheidsinformatie en besluiten nemen over de eigen behandeling. De auteur zoomt in op Turkse Nederlanders die oorspronkelijk uit een Turks dorp komen en kort naar school zijn geweest. Deze mensen hebben vaak lage gezondheidsvaardigheden (*health literacy*).

Na een beroerte

Mensen die een CVA doormaken, herstellen de eerste tijd meestal snel, maar blijven daarna vaak chronische klachten houden. Ze zijn inactief, somber en snel vermoeid. Ook hun partners hebben hier last van. Zorgverleners zouden daarom het eerste jaar na de beroerte contact moeten houden met zowel de patiënt als de partner. Een taak die de praktijkondersteuner binnen de eerste lijn prima op zich kan nemen. De auteurs geven tips over het leggen en onderhouden van zo'n contact: extra aandacht besteden aan dagbesteding en beweging, maar ook de partner stimuleren zijn eigen sociale contacten te blijven houden.

Van zonneallergie tot intervisie

In de rubriek 'Euvels' komt zonneallergie aan bod, in de serie Zintuigen gaat het over de tastzin.

Huisarts Moniek van den Ende vertelt over haar ervaringen als intervisiebegeleider van praktijkondersteuners. Onderwerpen die vaak tijdens intervisie aan de orde komen zijn de werkrelatie tussen praktijkondersteuner en huisarts en de moeilijk te motiveren patiënt.

Het Tijdschrift voor praktijkondersteuning verschijnt tweemaandelijks en kost € 72,95 per jaar. Heeft uw praktijkondersteuner nog geen abonnement? Vraag een proefexemplaar aan en bezoek ook eens de website www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl. Meer informatie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum bv, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon (030) 6383736, www.bsl.nl. ■

Actieplannen bij COPD

De titel van het artikel van Trappenburg wekt de suggestie dat actieplannen bij COPD werken en dat ze vanaf nu geïmplementeerd moeten worden in de huisartsenpraktijk.[1] Enige nuancering is op zijn plaats. De meeste COPD-patiënten worden behandeld in de eerste lijn en hebben een milde tot matige luchtwegobstructie. Bij deze groep komen frequent matige exacerbaties (doktersbezoek + prednisonkuur) beperkt voor; het aandeel patiënten dat 2 of meer exacerbaties per jaar doormaakt is minder dan 20%.[2-4] De praktijk van alledag bevestigt dit lage getal. In een onderzoek verricht bij een eerstelijnszorgprogramma bij COPD-deelnemers werden gemiddeld 0,36 exacerbaties per persoon per jaar geregistreerd.[5] Het negatieve effect op de longfunctie is bij milde en matige COPD zeer beperkt (FEV_1-verlies bedraagt slechts 2-7 ml per exacerbatie).[6,7] Wel geeft een exacerbatie een vermindering van de kwaliteit van leven met name door toename van hoesten en kortademigheid, de klachten waarvoor de patiënt komt.[8] Een recent onderzoek laat zien dat bij matig tot ernstige COPD (FEV_1 gemiddeld 40,5%) patiënten *trained to detect and treat exacerbations promptly, with ongoing support for 12 months* het inzetten van een actieplan geen effect had op de frequentie van ziekenhuisopnames voor een exacerbatie.[8] De onderzoeken van Trappenburg en Bisschof laten zien dat de frequentie van exacerbaties niet daalt door het toepassen van actieplannen, wel de ernst en duur door tijdige behandeling.[1,9] In het onderzoek van Trappenburg betreft dit patiënten die gemiddeld al behoorlijk waren beperkt (CCQ-totaalscore 2,6). Het onderzoek van Bisschof laat zien dat er in 40,1% adherentie is aan het actieplan. Een passender huisartsgeneeskundig advies lijkt op zijn plaats: bij frequente exacerbeerders (< 20% van de COPD-patiënten behandeld in de eerste lijn) kan bij een deel van de patiënten, die daartoe gemotiveerd zijn, een COPD-actieplan de ernst en de duur van de exacerbatie beïnvloeden. En dan nog geldt dat een goede inbedding van dit plan in de COPD-zorg die we in de eerste lijn kunnen bieden noodzakelijk is. ■

Ivo Smeele, Jean Muris,
kaderhuisartsen astma/COPD

ANTWOORD

In lijn met vergelijkbare RCT's die het geïsoleerde effect van een actieplan bestudeerden, werden inderdaad geen effecten gezien op robuuste uitkomsten als kwaliteit van leven, zorggebruik en mortaliteit.[1] Het gebruik van een eenvoudig 'papieren' actieplan resulteerde wel in klinisch relevante exacerbatiegerelateerde uitkomsten; een milder verloop en sneller herstel.[2] Gezien de schadelijke gezondheidseffecten van exacerbaties en het feit dat spoedig herstel van symptomen een prioriteit is vanuit patiëntenperspectief, is dit een belangrijke bevinding.[3] Het doel van een actieplan is namelijk niet primair het voorkomen, maar de-escalatie van exacerbaties.

Met het oog op deze effecten lijkt een actieplan logischerwijs alleen relevant voor patiënten die daadwerkelijk at risk zijn voor exacerbaties. Verschillende longitudinale onderzoeken laten zien dat dit risico inderdaad stijgt bij toenemende ziekteprogressie.[4,5] Deze lagere incidentie betekent echter niet dat exacerbatiemanagement minder noodzakelijk is voor de eerste lijn of enkel geïndiceerd is voor ernstige ziektestadia. Onderzoeken die gebruikmaken van *symptom-based* (in tegenstelling tot *event-based*) exacerbatie-definities laten zien dat ongeveer 50% niet wordt gerapporteerd aan een zorgverlener (en dus onbehandeld blijft).[6,7] De daadwerkelijke incidentie is dan ook bij milde stadia aanzienlijk hoger: 1,6 patiënt/jaar (FEV_1 > 60% pred),[8] 1,8 patiënt/jaar (FEV_1 > 50% pred).[9] Ongerapporteerde exacerbaties zijn niet verwaarloosbaar, aangezien zij substantieel bijdragen aan achteruitgang in kwaliteit van leven.[7]

Er is onvoldoende bewijs om 'onschuldige' subtypen van exacerbaties te kunnen onderscheiden die geen actiemaatregel noodzaken. Op dit moment moet tijdige herkenning en behandeling van elke exacerbatie worden nagestreefd.

Centrale doelstelling van een actieplan is gedragsverandering met een betere controle van de ziekte en adequate anticipatie op symptoomschommelingen. Gedragstheoretisch lijkt het verdedigbaar om deze vaardigheden zo vroeg mogelijk te bestendigen.

Een actieplan is meer dan alleen exacerbatiemanagement. Het ondersteunt de therapeutische alliantie tussen patiënt en behandelaar door het expliciteren van behandelafspraken. Los van het lagere risico op een exacerbatie bij milder COPD, wordt vrijwel iedere patiënt geconfronteerd met dag-tot-dag-variaties waarop occasioneel geanticipeerd dient te worden. Een actieplan daagt uit tot het maken van concrete afspraken over bij hoeveel symptoomtoename of tijdseenheid welke inhalatiemedicatie opgehoogd wordt, dan wel wanneer welke behandelaar gecontacteerd wordt. ■

Jaap Trappenburg

LITERATUUR

De referenties staan op www.henw.org.

ANTWOORDEN

1. Juist / 2. Onjuist

Een acute hepatitis A-infectie komt vooral voor bij allochtone kinderen, en bij autochtone kinderen en volwassenen die onbeschermd naar endemische gebieden reizen. Bij jonge kinderen is het beloop meestal subklinisch. Vanaf de leeftijd van 5 jaar is de kans op een beloop met klinische ziekteverschijnselen meer dan 75%. Besmetting vindt plaats via fecaal-orale weg. De incubatietijd is gemiddeld 28 dagen. Een patiënt is besmettelijk vanaf ongeveer 3 tot 10 dagen vóór tot een week na het ontstaan van de icterus. Hepatitis A geneest volledig zonder medicatie; complicaties of een fulminant beloop komen zelden voor. Bij verdenking op virushepatitis bepaalt de huisarts ALAT en vraagt hepatitisserologie aan. Bij kinderen gaat de verdenking vooral uit naar hepatitis A. Hij vraagt eerst serologie op hepatitis A aan en, indien deze negatief is, ook serologie op hepatitis B en/of C. Voor levercelbeschadiging is de ALAT-bepaling het meest specifiek, daarom wordt de ALAT-waarde bepaald en niet de ASAT-waarde.

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.

3. Juist / 4. Onjuist / 5. Juist

Wanneer bij een patiënt met erectiele disfunctie is besloten te starten met medicatie (PDE-5-remmers), bespreekt de huisarts de inwerktijd en duur van de werkzaamheid. Hij legt daarbij uit dat de middelen pas effectief zijn na seksuele prikkeling en dat de werkzaamheid van PDE-5-remmers pas optimaal is als zij vier- tot zesmaal zijn gebruikt. Daarnaast legt hij uit dat het risico op cardiovasculaire ziekten niet wordt verhoogd door het gebruik van PDE-5-remmers of door seksuele activiteit.

Leusink P, De Boer LJ, Vliet Vlieland CW, Rambharose VR, Sprengers AM, Mogendorff SW, et al. NHG-standaard Erectiele Disfunctie. www.nhg.org.

Farmacotherapeutisch Kompas. www.fk.cvz.

6. Juist / 7. Onjuist

De patiënt heeft op grond van de Wet Bescherming Persoonsgegevens recht om onjuiste of niet ter zake dienende gegevens uit zijn dossier te laten verwijderen. Een patiënt heeft verder op grond van de Wet Geneeskundige Behandel Overeenkomst recht op vernietiging van de bescheiden die door de hulpverlener worden bewaard. Op het vernietigingsrecht van de patiënt bestaan twee uitzonderingen:

1. een voorschrift of een andere wet bepaalt dat de gegevens moeten worden bewaard;
2. de gegevens moeten worden bewaard vanwege een 'aanmerkelijke belang' van een ander dan de patiënt.

Een voorbeeld van uitzondering 1 is de bepaling in het Besluit Patiëntendossier Bopz dat de (gedwongen opgenomen) patiënt een verzoek tot vernietiging van gegevens pas vijf jaar ná beëindiging van de Bopz-behandeling kan indienen.

Een voorbeeld van uitzondering 2 is een situatie waarin de patiënt een procedure tegen de hulpverlener wil aanspannen of dit inmiddels heeft gedaan. Het is dan de hulpverlener zelf die er een 'aanmerkelijk' belang bij heeft dat hij de gegevens voor zijn verweer kan gebruiken. Een andere situatie waarop deze tweede uitzondering betrekking kan hebben, is als een familielid van de patiënt vanwege een erfelijke ziekte binnen de familie goede redenen heeft om aan te dringen op bewaring van de gegevens.

KNMG. Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 3. Dossier en bewaartermijnen (2004). www.knmg.artsennet.nl.

8. Onjuist / 9. Juist / 10. Onjuist

Het tractus iliotibialis frictiesyndroom ontstaat door terugkerende frictie van de tractus iliotibialis over de laterale femurcondyl. De tractus iliotibialis verschuift naar voren over de condyl bij kniestrekking en naar achteren bij kniebuiging. Het (pijnlijke) frictiemoment treedt op bij iets minder dan 30° kniebuiging. De aandoening komt vooral voor bij duursporters, zoals langeafstandslopers en toerfietsers. Bij een extra-articulaire aandoening als het tractus iliotibialis frictiesyndroom verwacht je geen slotklachten of hydrops. Na aanpassing van de belasting en verbetering van de statiek die tot het syndroom hebben geleid, is de prognose van deze aandoening meestal gunstig.

Belo JN, Bierma-Zeinstra SMA, Raaijmakers AJ, Van der Wissel F, Opstelten W. NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen (eerste herziening). www.nhg.org.

H&W

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

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

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

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie
Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.
Postbus 246, 3990 GA Houten
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: € 172,95, studenten: € 86,48
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

mvw media voor vak & wetenschap
HOI 2012 PRINT

Bezuinigen met verstand?

Wat het 'Kunduz-akkoord' precies voor bezuiniging in de zorg inhoudt, is op het moment dat ik dit schrijf nog niet bekend. De bezuinigingen in de GGZ zouden deels worden verminderd, maar blijven desalniettemin fors. Huisartsen worden daar ook mee geconfronteerd, getuige het artikel van twee collega's in de NRC.
Naar aanleiding daarvan hebben we het NHG-ledenpanel geraadpleegd.* Binnen enkele dagen was er een grote respons. Veel huisartsen worden in de praktijk geconfronteerd met patiënten met soms ernstige psychiatrische problematiek, die geen adequate zorg meer krijgen en tussen de wal en het schip geraken. Huisartsen maken zich zorgen, in de eerste plaats om deze patiënten en de maatschappelijke gevolgen van onvoldoende zorg. In de tweede plaats omdat ze zorg moeten verlenen die eigenlijk door een psychiater zou moeten worden verleend en dan ontstaat er twijfel of de huisarts wel voldoende bekwaam is. Bovendien leidt dit alles er ook nog toe dat huisartsen méér zorg moeten verlenen, terwijl de effecten van andere bezuinigingen zich al in de huisartsenpraktijk doen gelden. Een bezuiniging in de GGZ die misschien vanwege de uit de hand gelopen kosten - bijvoorbeeld voor de psychologische zorg - nodig is, leidt tot tal van onwenselijke en misschien zelfs schadelijke neveneffecten. Zo gaat dat vaak met bezuinigingen in de zorg... er wordt niet gekeken naar de (onbedoelde) effecten, noch geleerd van ervaringen uit het verleden. Zie de medicijnknaak van vroeger en de plannen voor negen euro per recept nu.
Zouden we na september een kabinet krijgen dat wel nadenkt over de consequenties van de plannen? ■

Arno Timmermans

*Zie voor de uitslagen www.nhg.org > Nieuws > NHG-nieuws uit H&W

Arno Timmermans verlaat het NHG

Na ruim twintig jaar bij het NHG heeft Arno Timmermans een functie elders aanvaard. Per 1 september treedt hij aan als bestuursvoorzitter van het Westfriesgasthuis in Hoorn.
Timmermans begon in 1991 bij het NHG als wetenschappelijk medewerker bij de toenmalige afdeling Deskundigheidsbevordering. Na een periode als adjunct-directeur en vervolgens medisch directeur is hij vanaf januari 2005 bestuursvoorzitter.
Het NHG heeft tijdens zijn voorzitterschap een stevige positie verworven binnen de huisartsgeneeskunde en in de maatschappij. Wie met Timmermans heeft samengewerkt, kent zijn scherpe geest en zijn waardering voor een onafhankelijke, kritische houding.
Timmermans zelf zegt over zijn vertrek: 'In de afgelopen jaren heb ik me met hart en ziel ingezet voor de huisartsgeneeskunde en de kernwaarden van het vak. Dit heb ik kunnen doen dankzij de inzet van vele actieve NHG-leden en deskundige bureaumedewerkers. Het gaat me zeer aan het hart om het NHG te verlaten, maar ik kijk ernaar uit mijn kennis en ervaring in te zetten voor de complexe taak van het besturen van een ziekenhuis.'
De Raad van Toezicht van het NHG start binnenkort de sollicitatieprocedure voor een nieuwe bestuursvoorzitter. In deze kolommen wordt u op de hoogte gehouden over de manier waarop u persoonlijk afscheid kunt nemen van Timmermans. ■

De nieuwe NHG-PraktijkWijzer Verrichtingen – deel 1

Deze PraktijkWijzer biedt de huisarts en andere praktijkmedewerkers ondersteuning bij het uitvoeren van verrichtingen. De tabellen in de papieren uitgave geven een overzicht van de materialen die u per verrichting nodig heeft. Bovendien zijn de verrichtingen tot in detail beschreven.
Naast de papieren uitgave krijgt u toegang tot de digitale leeromgeving op de NHG-website, waar u de protocollen, instructiefilms, checklists en verwijzingen naar ondersteunend (voorlichtings)materiaal aantreft. Achtergrondinformatie kunt u vinden in het *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk*.

In de PraktijkWijzer zijn de volgende verrichtingen opgenomen:
- Injectietechnieken: schouder (subacromiaal en intra-articulair), knie, *trigger finger*, tendinitis van De Quervain, carpaletunnelsyndroom.
- Chirurgie: verwijderen van een naevus, lipoom, atheroomcyste en chalazion.
- Gynaecologie: verwijderen van een cervixpoliep en plaatsen van een hormoon- en koperspiraal.
- Diagnostiek: meten van de enkelarmindex.

U kunt deel 1 van de PraktijkWijzer Verrichtingen bestellen via de webwinkel op www.nhg.org. Deel 2 verschijnt begin 2013. Wilt u liever eerst nascholing volgen voor u aan de slag gaat? Schrijf u dan in voor de NHG-cursus *Verrichtingen in de huisartsenpraktijk!* ■

&NHG

Triagecongres een succes!

In april is 'het eerste Nederlandse Triagecongres' gehouden in het AMC. Maar liefst de helft van de aanwezigen was afkomstig uit huisartsenposten, een teken dat triage daar nog altijd volop in de belangstelling staat. In een aantal plenaire lezingen en workshops-naar-keuze konden de deelnemers zich verder verdiepen in het onderwerp. Hieronder vindt u een korte samenvatting van de lezingen. Een uitgebreid verslag van het gehele congres – inclusief enkele workshops – kunt u lezen op www.nhg.org > nieuws > NHG-nieuws uit H&W.

Hoge opkomst

'We hadden op zo'n 80 belangstellenden gerekend, maar er zijn vandaag 250 deelnemers. We moesten zelfs mensen afzeggen !' Dagvoorzitter Jan Luitse is duidelijk verheugd over deze hoge opkomst. 'Het is dan ook een onderwerp waar veel over valt te zeggen.'
Bij triage gaat het om urgentiegeneeskunde en dus om het stellen van prioriteiten. 'Daarbij krijg je te maken met onzekerheid. Triage is altijd incompleet en de uitkomsten wisselen in de loop van de tijd.'

Beren op de weg

Kees in 't Veld, een van de initiatiefnemers van de NTS, houdt de eerste plenaire lezing. Hij blikt terug op de vele ontwikkelingen in de afgelopen tien jaar als het gaat om 'het selecteren van de juiste zorg door de juiste hulpverlener op het juiste moment'. En al is er veel veranderd en verbeterd op dit vlak, er zijn nog altijd beren op de weg:

- De zorg loopt sterk uiteen. Gelukkig zijn er vele richtlijnen waarin spoedzorg een steeds betere plek krijgt, zoals de NHG-TriageWijzer. 'Er zijn bruggen geslagen, we zijn dezelfde taal gaan spreken, er zijn afspraken gemaakt en er is onderzoek verricht.'
- De betrokken hulpverleners weten niet altijd precies wat triage of het ABCDE inhoudt. Ook ontbreken soms harde bewijzen en dat vormt een belemmering bij de implementatie. 'Triagisten laten hun beslissingen beïnvloeden door het aantal mopperende artsen achter ze.' En er wordt aan de triagisten getrokken: 'Onze inzet lijkt nooit groot genoeg.' Maar aan dit trekken ligt vaak angst en bezorgdheid van de patiënt ten grondslag.
- Bij de organisatie van de spoedeisende zorg moeten we uitgaan van de sterke punten van de Nederlandse gezondheidszorg, rekening houdend met gedane investeringen en verschuivingen in de financiële stromen. 'In de huisartsenpost ben je gezond tot het tegendeel is bewezen, op de afdeling Spoedeisende Eerste Hulp is dat andersom.'

'Goede triage biedt grotere veiligheid voor de patiënt én voor de hulpverlener', besluit In 't Veld. Voor professionals is het goed dat er één triagesysteem is gekomen. 'Eenduidige triage vormt de sleutel tot verantwoorde zorg.'

Verwijtbaarheid en vermijdbaarheid

De tweede spreker, Trudie van Duin, senior-inspecteur Eerstelijnszorg IGZ, gaat in op de gang van zaken bij fouten in de spoedzorg. De protocollen van de ambulancemeldkamers, huisartsenposten en afdelingen SEH lopen nog uiteen. 'Hebben we het dus wel over eensluidende zorg in de hele keten?'
Bij huisartsen is er al een goede procedure van Veilig Incidenten Melden; bij de ambulancediensten nog niet, maar daar wordt wel aan gewerkt. Na een melding moet er een calamiteitenanalyse plaatsvinden om te kijken hoe de fout heeft kunnen gebeuren. 'Daarbij gaat het niet om de verwijtbaarheid maar om de vermijdbaarheid.' Lastig aspect is dat bij de drie ingangspoorten (MKA, SEH en HAP) 'kennisasymmetrie' bestaat en er spelers van verschillend pluimage actief zijn. In een ontwerpwet wordt dan ook gesteld dat triage altijd door verpleegkundigen moet worden gedaan. 'Werk aan een kwaliteitssysteem!, besluit Van Duin.

Wat is úw mening?

Roeland Drijver peilt de mening van de aanwezigen, die met behulp van stemkastjes kunnen aangeven of ze het eens zijn met een aantal stellingen. Enkele markante uitkomsten waren:

- 92% vindt dat er *altijd* fysieke triage moet worden gedaan;
- 85% vindt dat er één centrale toegang tot spoedeisende hulp moet zijn;
- 52% vindt dat verpleegkundigen de beste triagisten zijn;
- 56% vindt dat ondertriage nooit acceptabel is; 40% vindt dat er 5% ondertriage mag zijn;
- 63% vindt 10% overtriage acceptabel, 18% vindt dat er 25% overtriage mag zijn;
- 79% vindt dat bij telefonische en fysieke triage hetzelfde systeem moet worden gehanteerd;
- 82% is het oneens met de stelling dat hoe verder triage en vervolgactie fysiek en emotioneel van elkaar verwijderd zijn, hoe beter.

Tot slot

Na de plenaire lezingen verspreiden de aanwezigen zich naar de workshops van hun keuze. Pas aan het eind van de middag treffen ze elkaar weer bij de ludieke afsluiting door PH5.
De organisatoren kijken tevreden terug op het congres. Volgend jaar vindt het triagecongres op 11 april plaats. (AS) ■

NHG-AGENDA 2012 data

- **Algemene Ledenvergadering** 7 juni
- **NHG-Wetenschapsdag** 8 juni
- **WONCA Europe Conference** 4 t/m 7 juli
- **NHG-Congres** 9 november

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

NHG-Voorjaarscongres over seksuologie en urogynaecologie

Anders dan bij de grote NHG-Congressen in het najaar is het programma van de jaarlijkse voorjaarscongressen geheel plenair. Bovendien kunnen de congresgangers in contact komen met (kader)huisartsen met specifieke kennis op het betreffende deelgebied. Hieronder leest u een korte impressie van het afgelopen Voorjaarscongres, dat de aanwezigen erg positief beoordeelden. Een uitgebreid verslag is te vinden op www.nhg.org > nieuws > NHG-nieuws uit H&W.

'Seks begint met lullen'

Jan van Bergen, buitengewoon hoogleraar SOA/HIV aan het AMC, houdt een inleidende lezing waarin hij – soms verrassende – cijfers presenteert. Dan gaat hij in op enkele specifieke soa. Misschien is niet algemeen bekend dat de thuisscreening op chlamydia minder succesvol is dan aanvankelijk leek. De doeltreffendheid is niet voldoende aangetoond en het is niet kosteneffectief. Verder waarschuwt Van Bergen dat de multiresistente variant van gonorroe in aantocht is; traditionele middelen zijn niet meer effectief en tegen de nieuwe middelen ontstaat al resistentie. Huisartsen nemen 70% van de soa-zorg voor hun rekening, stelt Van Bergen.
'Het is dus belangrijk dat u laat zien dat seksualiteit met u bespreekbaar is! Maak dit kenbaar in de wachtkamer en op de praktijkwebsite, maar vooral: seks begint met lullen!' De huisarts moet dus zelf proactief het onderwerp aansnijden.

Vingers vrijen niet veilig

De workshop 'Dokter, ik heb toch geen soa...? Wie, waar, wanneer en waarop te testen?' toont in filmpjes waarom het zo lastig is om over soa te beginnen. 'Maak gebruik van een aanleiding om een soa-test te doen', luidt het advies. Normaliter hoeft in eerste instantie alleen op chlamydia te worden getest, bij mannen via de urine, bij vrouwen via een vaginale swab. Op gonorroe hoeft alleen getest te worden als er een risicofactor is. Bij fluor moet ook op *Trichomonas* worden getest. Chlamydia komt bij mannen vaak anaal voor; bij gonorroe is er dikwijls ook orale besmetting. De chlamydiavariant LGV, voorkomend bij homomannen, vergt een afwijkende test én behandeling. Tot slot: 'Mensen denken dat het met de vingers vrijen veilig is, maar ook daarmee kunnen soa worden overgebracht!'

Hormoonspiraal veiliger dan pil

Geen van de deelnemers aan de workshop 'Anticonceptie en jongeren: meer dan alleen de pil' zou een hormoonspiraal plaatsen bij een 14-jarige. Toch is deze niet gecontra-indiceerd, net zo min als enig ander anticonceptiemiddel, behalve sterilisatie. En de pil zorgt nogal eens voor problemen. In 2008 raakten 6700 meisjes ondanks pilgebruik zwanger. De terughoudendheid bij het hormoonspiraaltje bij jongeren moet dus misschien worden heroverwogen; het is immers veel veiliger dan de pil.
Microgynon 30 is nog steeds de pil van voorkeur, omdat deze minder bijwerkingen (vooral 'spotting') heeft dan de 20 µg variant. Ook toont onderzoek aan dat de pil veel betrouwbaarder zou zijn als er geen stopweek werd gehouden. De langetermijneffecten zijn hiervan nog niet bekend, maar op korte termijn zijn geen nadelen aangetoond, behalve meer doorbraakbloedingen.
Erg veel aanwezigen zijn er voorstander van dat bij jongeren het pilconsult weer zou terugkomen. 'Nu kun je niets meer controleren of bespreken.'

Op de weegschaal

De workshop 'Huisarts en seksualiteit: bespreekbaar maken van seks in de spreekkamer' maakt duidelijk dat het belangrijk is dat seksualiteit open in de spreekkamer ter sprake komt. Schaamte leidt tot negatieve cognities ('ik ben een sukkel' -> faalangst -> vermijding -> motivatieverlies'). Bovendien voorkom je verkeerde diagnostiek en het in stand houden van soa-overdracht, seksueel misbruik, somatisatie et cetera. 'We schrijven dagelijks medicijnen voor met bijwerkingen op seksueel gebied; we hebben dus dagelijks de kans om over seks te praten.'
'Bespreek het met je patiënt, maar zeg ook dat die erover moet praten met zijn/haar partner.' Handig is daarbij het 'weegschaalmodel'. Daarbij wordt niet alleen besproken wat er níét goed gaat, maar ook wat nog wél plezierig is. Dat werkt vaak heel verhelderend.

Misbruik, ook bij mannen

In de workshop 'Chronische bekkenpijn: oorzaken en aanpak' wordt gesteld dat

bij een op de drie patiënten sprake is van (seksueel) misbruik in het verleden. 'Als je dit aankaart, ontkennen patiënten het vaak aanvankelijk. Maar dikwijls komen ze er later op terug. Omdat je het open bespreekt, weten mensen dat ze er opnieuw over kunnen beginnen.' Vaak wordt vergeten bij mannen te vragen naar (seksueel) misbruik in het verleden, maar dat is onterecht: 'Ook bij mannen met onderbuikklachten is daarmee een duidelijke relatie aangetoond.'
Verder is het goed om een pijndagboek te laten bijhouden gedurende vier tot acht weken. En bij inwendig onderzoek is het goed om 'sensitief' te zijn: 'Het is verstandig om eerst te vragen naar vervelende ervaringen in het verleden.'

Na een korte samenvatting van de dag is het tijd voor de borrel. Het was een interessant en vaak ook erg leuk congres! (AS) ■

&NHG

Interview met Markus Kruyswijk:

'Zorgen dat spoedzorg een huisartsengezicht heeft'

Sinds half januari is Markus Kruyswijk de opvolger van Piet Mout, die jarenlang dé 'NHG'er van de spoedeisende zorg' is geweest. In een interview vertelt Kruyswijk over zijn werk, de jongste ontwikkelingen rond de Nederlandse Triage Standaard (NTS) en over zijn visie op de spoedeisende zorgverlening door huisartsen.

Hoe ben je in deze functie terechtgekomen?
'Ik zat tot afgelopen jaarwisseling in het bestuur van de Vereniging Huisartsenposten Nederland om daar het huisartsenperspectief te vertegenwoordigen en doe bovendien in de huisartsenposten Amsterdam wat organisatorische dingen. Ik denk dat het NHG mij heeft aangenomen vanwege deze achtergrond. Ikzelf vind het leuk om een brug te slaan tussen de inhoud en de organisatie van de zorg. Ik moet ervoor zorgen dat de spoedeisende zorg een huisartsengezicht heeft en dat de inbreng van niet-huisartsen daarin goed wordt meegenomen. Dat is een spannende uitdaging.'

Hoe denk je die brug te gaan slaan?
'Allereerst moet ik me nu de inhoud eigen maken. Hier in huis betekent dat in de eerste plaats het beheer van de NHG-TriageWijzer. Maar ook moet ik kijken of het denken in toestandsbeelden, de basis van de spoedzorg, voldoende terugkomt in de standaarden. Bij sommige standaarden is dat helemaal niet aan de orde; er is weinig spoedeisends te vinden in de richtlijnen rond bijvoorbeeld eczeem. Maar andere standaarden gaan over echte spoedaandoeningen en dan is het belangrijk dat de ideeën over urgentie- en toestandsbeelddenken goed zijn terug te vinden. NHG-Standaarden en de TriageWijzer moeten naadloos bij elkaar aansluiten. Verder moet ik in de gaten houden dat de TriageWijzer wel werkbaar is; je kunt wel een prachtig product maken, maar als niemand er iets mee kan, heb je er niets aan. Die brug moet dus worden geslagen.'

Heb je nog andere taken bij het NHG?
'Ja, ik ben samen met Willem Draijer van de afdeling Richtlijnontwikkeling een "spoedboekje" aan het maken. Dit moet een zakboekje worden voor spoedeisende situaties in de dagpraktijk en de huisartsenpost. Het beschrijft het handelen van huisartsen in medische noodsituaties: hoe je snel kunt beslissen wat je moet doen, nog voordat je weet wat de patiënt mankeert. Ofwel hoe je vanuit een toestandsbeeld kunt toewerken naar een werkhypothese of diagnose, zonder te veel tijd te verliezen met nadenken.
En dan zijn we nog bezig met het herzien van het ABCDE-schema. De huisartsenopleiding gebruikt namelijk niet meer het ABCDE zoals we dat enkele jaren geleden hadden ontwikkeld. In de SEH-stage in het tweede opleidingsjaar leren de nieuwe huisartsen het net even anders. Als dat de praktijk is geworden, zullen we ons moeten aanpassen en daar zijn we nu mee bezig. Inhoudelijk komt het erop neer dat we net wat eerder zullen handelen dan voorheen teneinde tijd te winnen. Ergens dit jaar komt er een geactualiseerd geplastificeerd kaartje uit en dan kunnen huisartsen daar dus mee aan de slag.'

Vorige maand was het eerste Nederlandse Triage Congres. Hoe heb je dat ervaren?
'Ik er met plezier gezeten, vooral omdat er niet alleen deelnemers vanuit de huisartsenzorg waren, maar ook vanuit de ambulancemeldkamers en de afdelingen SEH. Daar merk je dat iedereen op zijn eigen wijze werkt en denkt. Het is een uitdaging erover na te denken hoe je bij elkaar kunt komen; het gaat immers om de patiënt, niet om de hulpverlener. Als je ervoor kiest om in het belang van die patiënt allemaal één taal te gaan spreken, dan heb je veel van elkaar te leren. En dan bedoel ik niet dat anderen alleen maar moeten leren van de huisartsgeneeskundige aanpak, maar nadrukkelijk ook dat wij veel kunnen opsteken van de SEH en ambulanceverpleegkundigen. Het verlangen om samen te werken is in elk geval bij alle partijen aanwezig, maar we hebben nog wel een weg te gaan. Ik heb er alle vertrouwen in dat het wel goed komt, want al die deelnemers zijn toch maar mooi naar dat congres gekomen om met elkaar mee te denken!'

En hoe is je eerste periode bij het NHG bevallen?
'Ik ga met plezier naar mijn werk, maar het is wel iets heel anders dan ik gewend ben. Als praktiserend huisarts weet ik precies hoeveel patiënten ik op een dag heb gesproken en hoeveel keren ik wel of juist niet wist wat ik moest doen en wat ik nog even moest uitzoeken. Bij het NHG ontwikkel je producten die pas over een tijdje klaar hoeven te zijn en dat is een volkomen ander level, in een geheel andere hoek van de geneeskunde. Ik vind dat soms verwarrend, maar verwacht dat het wel zal wennen.' (AS) ■

Colofon

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

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

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