

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Benzodiazepinegebruik daalt als de gebruiker zelf betaalt

ONDERZOEK

Verschillen in patiëntenmix tussen aios en hun opleiders

NHG-STANDAARD

Dementie

WETENSCHAP

- 286** **ONDERZOEK**
Benzodiazepinegebruik daalt als de gebruiker zelf betaalt
Joëlle Hoebert, Patrick Souverein, Aukje Mantel-Teeuwisse, Hubert Leufkens, Liset van Dijk
- 290** Verschillen in patiëntenmix tussen aios en hun opleiders
Jip de Jong, Mechteld Visser, Margreet Wieringa-de Waard
- 296** **BESCHOUWING**
Veranderingen in bevolkingsonderzoek borstkanker
Johanna Timmers, Gerard den Heeten, Harmien Zonderland, André Verbeek, Mireille Broeders
- 301** Onverklaarde lichamelijke klachten
Tim olde Hartman, Hiske van Ravesteijn, Peter Lucassen

306

NHG-STANDAARD

NHG-Standaard Dementie (derde herziening)

Eric Moll van Charante, Marieke Perry, Myrra Vernooij-Dassen, Dieter Boswijk, Johan Stoffels, Lenny Achthoven, Marleen Luning-Koster

KLINISCHE PRAKTIJK

- 289** **PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE**
De waarde van de anamnese
Just Eekhof
- 318** **HUISARTSENZORG IN CIJFERS**
Hoe complexer de aandoening, des te beter de zorg
Jozé Braspenning, Lianne Wennekes, Birgit Jansen
- 320** **SPREEKUUR!**
Dubbelzien
Cindy Linden-Beckers, Léon Henskens
- 321** Pijn in het aangezicht
Frans Dekker
- 322** **CATS**
Antihypertensiva voor de alleroudsten?
Pauline Vlug, Wouter de Ruijter
- 323** **PEARLS**
Sinusitis: antibiotica én orale corticosteroïden?
Huug van Duijn

283

JOURNAAL

319

KENNISTOETS

25

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

Je moet wel eerst schieten...

W e hebben net het Europees kampioenschap voetbal achter de rug. Na weken met al dat prachtige voetbal betreur ik het dat we de beste Nederlandse voetballers niet bij een Nederlandse club kunnen zien spelen. Dan zouden we elke week van hen kunnen genieten. Helaas is er voor de beste voetballers meer te halen in het buitenland en moeten wij het in Nederland doen met voetballers die te klein zijn voor het internationale werk.

Een vergelijkbaar probleem doet zich voor in de wetenschap. Het onderzoek dat met medewerking van Nederlandse huisartsen is uitgevoerd wordt vaak in internationale bladen gepubliceerd die de gemiddelde Nederlandse huisarts niet leest. Als onderzoeker tel je alleen mee als je in de grote internationale tijdschriften weet te publiceren. Alleen onderzoeksartikelen die daarvoor te klein zijn worden aan H&W aangeboden. Dat is jammer want het Nederlandse eerstelijns onderzoek scoort internationaal goed. Een artikel in het *British Medical Journal* uit 2011 liet zien dat huisartsgeneeskundige onderzoekers uit Nederland (gecorrigeerd voor het BNP) het zelfs beter doen dan onderzoekers uit de Verenigde Staten en Engeland.



Niet-geïndexeerd

Een voorwaarde om ook internationaal zichtbaar te zijn, is indexering van H&W in PubMed. In juni 2011 hebben we voor de derde keer in het bestaan van H&W een aanvraag voor indexering in MEDLINE ingediend. In maart 2012 kregen we het antwoord dat we wederom niet aan de voorwaarden voor indexering voldoen. En dat terwijl we deze derde poging zo zorgvuldig hadden voorbereid. We hebben op verschillende plaatsen advies ingewonnen en vervolgens de inhoud en lay-out aangepast om aan de voorwaarden te voldoen. Het is teleurstellend dat onze aanvraag na al die moeite is afgewezen. De commissie die ons blad beoordeelde vond de kwaliteit van het blad en de artikelen echter wel goed en de beoordeling was duidelijk een stuk beter dan bij de vorige aanvraag. Wat is dan de reden dat onze aanvraag is afgewezen? Hoewel we dat niet precies hebben kunnen achterhalen, heeft het er waarschijnlijk mee te maken dat wij als Nederlandstalig blad onderzoek publiceren dat te klein is voor het grote werk. Hierdoor kunnen wij niet aan de importantiecriteria van MEDLINE voldoen. Als Nederlandse huisartsgeneeskundige onderzoekers de beste artikelen van hun onderzoek niet in H&W publiceren, zitten we in een vicieuze cirkel.

De relevantste artikelen

Gaat al het mooie Nederlandse onderzoek dan geheel aan uw neus voorbij? Gelukkig niet. Wij publiceren in H&W niet alleen oorspronkelijke onderzoeksartikelen maar ook vertalingen van artikelen die door Nederlandse huisartsgeneeskundige onderzoekers in Engelstalige bladen zijn gepubliceerd. We zoeken maandelijks de beste en de relevantste artikelen voor u uit. Van onze voetballers kunt u pas weer genieten als zij in hun nadagen hun carrière afsluiten bij hun oude club. De relevantste onderzoeksartikelen leest u echter al binnen enkele maanden na de oorspronkelijke publicatie in H&W. Het internationale spel gaat weer even aan H&W voorbij maar door de internationale bladen goed te volgen scoren we toch. Want je moet wel schieten, anders kun je niet scoren...

Just Eekhof

Zelf bloeddruk meten en medicatie bijstellen

Zelfmanagement van aandoeningen is hot. Patiënten zelf metingen laten doen geeft de patiënt meer verantwoordelijkheid. Een Britse onderzoeksgroep onderzocht wat patiënten ervan vinden om niet alleen de eigen bloeddruk te monitoren, maar ook de medicatie zelf bij te stellen als onderdeel van cardio-vasculair management.

In een kwalitatief onderzoek onder 527 patiënten werden patiënten met slecht gereguleerde bloeddruk gerandomiseerd in een zelfmonitoringsgroep (zelf bloeddruk controleren en zelftitratie van de medicatie) en een groep die de gebruikelijke zorg kreeg. De zelfmanagementgroep werd getraind. Drieëntwintig patiënten die volgens de gegevens een medicatieverandering zouden moeten doorvoeren werden vervolgens geïnterviewd over hun meningen en opvattingen. De patiënten gaven aan dat ze meer inzicht kregen in hun bloeddruk, de interpretatie van de metingen en de variatie van de bloeddruk. Medicatieveranderingen werden vooral doorgevoerd

als de bloeddruk consistent te hoog was, maar niet bij marginale verhogingen. Hierin gedroegen de patiënten zich dus hetzelfde als veel artsen. Meerdere patiënten hadden toch de behoefte om de medicatieaanpassingen af te stemmen met hun arts. De patiënten gaven bij afsluiten van het onderzoek in meerderheid aan dat ze de zelfmetingen wilden voortzetten, maar niet de zelfaanpassingen van de medicatie. De auteurs merken op dat patiënten bij zelfcontrole van antistolling wel zelf de medicatie willen bijstellen.

In de herziene NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement wordt gesteld dat (geprotocolleerde!) zelfmetingen een betere voorspeller vormen voor het risico op hart- en vaatziekten dan de traditionele spreekkamermetingen (noot 14). De bevindingen van dit onderzoek geven in het verlengde daarvan aan dat zelfmonitoring van de bloeddruk bij getrainde patiënten goed haalbaar is. Het geeft de patiënt meer inzicht in de bloeddruk en het verloop daarvan. Tevens vergroot zelfmonitoring de therapietrouw. Om zelf ook de dosering van de antihypertensiva aan te passen

aan de hand van de zelfmetingen vinden patiënten voorlopig nog een brug te ver. ■

Joost de Kanter

Jones MI, et al. Patients' experiences of self monitoring blood pressure and self-titration of medication: the TASMINH 2 trial qualitative study. Br J Gen Pract 2012;62:90-1.



Foto: ER_09/Shutterstock

NHG-Wetenschapsdag multimorbiditeit

Op 8 juni vond de NHG-Wetenschapsdag plaats in het Amrâth Grand Hotel de l'Empereur in Maastricht. Het thema van de wetenschapsdag was multimorbiditeit. Jan de Maeseneer, hoogleraar huisartsgeneeskunde in Gent, en Marjan van den Akker, universitair hoofddocent aan de universiteit van Maastricht, belichtten tijdens twee plenaire lezingen diverse aspecten van multimorbiditeit. De rest van de dag waren er 46 voor-

drachten, 41 posterpresentaties en 2 workshops. Onderwerpen waren onder meer: helpt het dagelijks innemen van cranberry's voor preventie van urineweginfecties bij verpleeghuisbewoners, kan preventieve medicatie bij hoogbejaarden met multimorbiditeit worden gestaakt en hoe goed zijn onderzoekers in het bespreken van de beperkingen van hun eigen onderzoek in de discussie? Ook kregen de 4 genomineerde aios de mogelijkheid hun CAT (critically appraised topic) te presenteren om mee te dingen naar de Jan van Es-prijs.

De NHG-Wetenschapsdag geeft

een goed overzicht van het lopende of net afgeronde huisartsgeneeskundige onderzoek. Op de website www.nhgwetenschapsdag.nl zijn de abstracts van de voordrachten en posters vinden en de powerpointpresentaties van de plenaire lezingen. Van de uitkomsten van de meest relevante onderzoeken zullen wij in H&W uiteraard verslag doen als het onderzoek is afgerond. ■

Just Eekhof

www.nhgwetenschapsdag.nl

Zelfcontrole glucose bij diabetes zonder insulinegebruik

Voor patiënten met diabetes mellitus type 2 die insuline gebruiken wordt zelfcontrole van bloedglucose als een belangrijk element gezien bij de begeleiding van hun ziekte. Niet alleen om hypo- en hyperglykemieën op te sporen en te reguleren, maar ook om hun zelfinzicht en levensstijl te verbeteren. Europese onderzoekers keken of dit positieve effect ook geldt voor diabeten die geen insuline gebruiken en lieten zien dat zelfcontrole geen klinisch relevant effect heeft bij deze groep diabeten.

Farmer et al. includeerden 6 trials in hun meta-analyse, waarbij zelfcontrole van glucose bij patiënten met diabetes zonder insulinegebruik werd verge-

leken met zij die niet aan zelfcontrole deden. De primaire uitkomstmaat was het HbA_{1c} na 3, 6 en 12 maanden. Uit de gepoolde gegevens bleek het HbA_{1c} na 6 maanden gemiddeld met 2,7 mmol/mol (95%-BI -3,9 - -1,6 mmol/mol; $p < 0,001$) meer verminderd bij patiënten met diabetes die zelf hun glucose controleerden. Na 3 en 12 maanden waren de HbA_{1c}-waarden eveneens significant verbeterd ten opzichte van de controlegroep: 2,0 mmol/mol na 3 maanden en 2,5 mmol/mol na 1 jaar. Het gemiddelde HbA_{1c} daalde overigens in beide groepen, na 1 jaar was het HbA_{1c} 9,6 mmol/mol lager in de interventiegroep tegen 7,5 mmol/mol in de controlegroep. Ondanks het significante verschil concludeerden de auteurs dat zelfmonitoring van glucose vergeleken met geen zelfcontrole bij deze diabeten niet leidt tot een verbetering van de glucose-instelling. In het

algemeen wordt immers gesteld dat een daling van het HbA_{1c} met 5,5 mmol/mol pas klinisch relevant is.

De conclusie van de auteurs is in overeenstemming met de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2, waarin ook wordt gesteld dat zelfcontrole niet leidt tot een betere glucose-instelling van diabetes type 2-patiënten die geen insuline gebruiken. Bij een diabetespatiënt die (nog) geen insuline gebruikt heeft een eigen glucosemeter geen meerwaarde boven de begeleiding door de huisarts of praktijkondersteuner. De glucosemeter blijft voorlopig alleen voorbehouden aan de diabeten die wel insuline gebruiken. ■

Maurits Vinkers

Farmer AJ, et al. Meta-analysis of individual patient data in randomised trials of self monitoring of blood glucose in people with non-insulin treated type 2 diabetes. BMJ 2012;344:e486.

Meer risicopatiënten met familieanamnese

In de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement wordt geadviseerd bij het opstellen van het risicoprofiel van de patiënt ook aandacht te besteden aan de familieanamnese voor hart- en vaatziekten. Het goed in kaart krijgen van deze materie in de spreekkamersetting is evenwel dikwijls lastig en niet iedere patiënt weet zich de lotgevallen van zijn familie stante pede te herinneren. Het lijkt dan ook aannemelijk dat veel huisartsenpraktijken op dit punt belangrijke steken laten vallen.

Engelse onderzoekers gingen na of het zicht op de familiegeschiedenis verbeterd kon worden door het toezenden van thuis in te vullen vragenlijsten. Ook wilden zij weten of dit leidt tot de identificatie van meer patiënten met een cardiovasculair risico van tenminste 20%

in 10 jaar tijd. Hierbij werd aangenomen dat een positieve familieanamnese het volgens Framingham berekende risico met 50% deed toenemen. Er deden 24 huisartsenpraktijken mee aan het onderzoek, waarvan de helft de vragenlijst uitzette (interventiepraktijken) en de andere helft volstond met het voortzetten van de gebruikelijke praktijkprocedures (controlepraktijken). In totaal waren er 748 patiënten bij het onderzoek betrokken.

Vrijwel alle patiënten uit de interventiepraktijken retourneerden de vragenlijst, hetgeen wijst op een goede acceptatie. Op basis van de Framinghamrisicofunctie alleen had 10,1% van de patiënten uit de controlepraktijken een cardiovasculair risico van 20% of meer, versus 12,6% van de patiënten uit de vragenlijstpraktijken. Meetelling van de vragenlijstgegevens deed het laatstgenoemde percentage met 5,1% naar 17,7% stijgen: een procentuele toename

van ruim 40%. In de controlepraktijken bleek het percentage patiënten met zo'n cardiovasculair risico door het navlooiën van de medische dossiers op familiegegevens met maar 0,5% te kunnen worden opgekrikt.

Al met al blijkt een systematische inventarisatie van de familieanamnese te kunnen rekenen op een hoge acceptatiegraad onder patiënten en te leiden tot een veel completere identificatie van degenen met een hoog cardiovasculair risico. Hebben we in Nederland al zo'n vragenlijst? ■

Tjerk Wiersma

Qureshi N, et al. Effect of adding systematic family history enquiry to cardiovascular disease risk assessment in primary care. A matched-pair, cluster randomized trial. Ann Intern Med 2012;156:253-62.

Hersentumor door mobiel bellen?

Sinds de jaren 90 van de vorige eeuw is het gebruik van mobiele telefonie fors gestegen, momenteel zijn er meer dan 1,2 mobiele telefoons per Nederlandse inwoner. Aan het gebruik van mobiele telefoons worden verschillende aandoe-ningen toegeschreven. De vraag of een toename van het gebruik van de mobiele telefoon leidt tot een hogere inci-dentie hersentumoren (zoals glioom) is nog niet opgehelderd.

Amerikaanse onderzoekers bereken-den op basis van resultaten uit 2 recente observationele onderzoeken, de ver-wachte incidentie van gliomen in de VS in de periode 1992-2008 en vergeleken deze met de daadwerkelijke incidentie van gliomen in 2008. In het eerste onder-zoek werd een bijna 3 keer verhoogd risi-co op het ontstaan van glioom bij mobiel telefoongebruik gevonden (OR 2,7; 95%-BI 1,9-3,7) en in het tweede onderzoek een verlaagd risico (OR 0,81; 95%-BI 0,70-0,94).

Hoewel het mobiele telefoniegebruik fors was gestegen, bleek dat de inciden-tie van gliomen in de periode 1992-2008 in de VS ongeveer stabiel was gebleven. Echter, uitgaande van het verhoogde risico gevonden in het eerste onderzoek verwachtte men een stijging van > 40% van de incidentie van gliomen in deze 16



Foto: Peter Hilz/Hollandse Hoogte

jaar. Zelfs bij een potentiële latentietijd van 10 jaar tot het optreden van een glioom, had mobiel bellen moeten leiden tot een stijging van de incidentie van 10%. Volgens het tweede onderzoek zou mobiele telefonie een mild beschermend effect op gliomen hebben. Hierdoor is een milde stijging van de incidentie van gliomen in de VS niet uitgesloten. Echter, de betrouwbaarheidsintervallen van de voorspelde incidentie en de geob-serveerde incidenties overlappen elkaar. Verder ontdekten de onderzoekers dat er geen verandering in de incidentie van gliomen in de temporaal kwab aantoon-baar was. Dit maakt een lokaal effect van microgolven minder aannemelijk.

Concluderend toont het onderzoek geen causale relatie aan tussen micro-golven van een mobiele telefoon en het ontstaan van gliomen. We kunnen dus nog gerust mobiel blijven bellen. Mocht u echter geloven in een meer dan 10 jaar durende latentietijd van een glioom, dan kunt u misschien beter wat meer whats-appen dan telefoneren. ■

Marissa Scherptong-Engbers

Little MP, et al. Mobile phone use and glioma risk: comparison of epidemiological study results with incidence trends in the United States. BMJ 2012;344:e1147.

Alleen hoofdtekst standaarden in H&W

Op onze website www.henw.org stond een aantal maanden een poll met de stelling: 'Alleen de hoofdtekst van de standaarden hoeft in het blad te staan. Voor noten of referenties kijk ik wel op de website van H&W'. Bij het sluiten van de poll was 64% het hiermee oneens, 30% was het eens en 13% had geen mening. Het is duidelijk dat de meerderheid van

degenen die de moeite hebben gedaan de poll in te vullen graag de noten en literatuur van de standaarden in H&W zouden zien. Het besluit om alleen de hoofdteksten in H&W te publiceren is echter onomkeerbaar. Omdat de NHG-Standaarden geleidelijk steeds langer zijn geworden en er jaarlijks meer NHG-Standaarden worden herzien, is het onmogelijk om de standaarden met noten en literatuur in H&W te publiceren. De hoeveelheid pagina's in H&W is beperkt en hoewel de NHG-Standaarden een

belangrijk vast onderdeel in H&W zijn, willen we de lezer graag ook van andere wetenschappelijke ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde op de hoogte houden. We nemen de boodschap van de invullers van de poll wel serieus. De NHG-Standaarden moeten via de website toegankelijk zijn. Door technische problemen was dit helaas een periode niet het geval. Gelukkig zijn die problemen nu opgelost. ■

Just Eekhof

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).



Benzodiazepinegebruik daalt als de gebruiker zelf betaalt

Samenvatting

Hoebert JM, Souverein PC, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HGM, Van Dijk L. Benzodiazepinegebruik daalt als de gebruiker zelf betaalt. *Huisarts Wet* 2012;55(7):286-8

ACHTERGROND Veel mensen met angst- of slaapproblemen krijgen van hun dokter een benzodiazepine voorgeschreven. Langdurig gebruik zorgt echter voor gewenningsproblemen en hoge maatschappelijke kosten. Om deze effecten te beperken heeft het ministerie van VWS de vergoeding van benzodiazepinen per 1 januari 2009 uit de basisverzekering gehaald. Sindsdien betalen de meeste gebruikers de kosten van benzodiazepinen zelf.

METHODE In de gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) keken wij hoeveel mensen tussen januari 2007 en december 2009 voor het eerst de diagnose slaap- en angststoornissen kregen bij de huisarts. Daarna onderzochten wij hoeveel recepten voor een benzodiazepine deze patiënten kregen en hoeveel van hen er ook weer mee stopten, en zo ja wanneer. Ook keken wij naar het aantal recepten voor een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI).

RESULTATEN Van de 13.596 patiënten die aan de voorwaarden voldeden had iets meer dan de helft een angststoornis, de anderen hadden een slaapprobleem. In 2009 kregen minder mensen de diagnose slaap- of angststoornis te horen dan in 2008. Ook het benzodiazepinegebruik daalde. Van de patiënten met slaapproblemen kreeg 67,0% in 2008 een benzodiazepine voorgeschreven, versus 59,1% in 2009, en voor angststoornissen waren deze percentages 33,7% in 2008 versus 30,1% in 2009. Ook het aantal mensen dat meer dan één recept kreeg, daalde: voor slaapproblemen van 42,6% naar 35,0%, voor angststoornissen van 42,6% naar 36,4%. Slechts een klein (maar toenemend) aantal angstpatiënten stapte over op een SSRI: 0,3% in 2009 tegenover 0,1% in 2008.

CONCLUSIE Het reduceren van de vergoeding heeft geleid tot een lichte daling in het aantal diagnoses, voorschriften en vervolgrecepten. Deze daling was groter bij slaapproblemen dan bij angststoornissen. De uitkomsten ondersteunen het beleid van de regering en laten zien dat er ruimte bestaat om het gebruik van deze geneesmiddelen te reduceren.

INLEIDING

Het is bekend dat patiënten vaak onnodig lang benzodiazepinen gebruiken. Dit chronische gebruik kan negatieve gevolgen hebben, zoals een verhoogde kans op vallen bij ouderen.¹⁻³ De NHG-Standaarden raden langdurig gebruik van benzodiazepinen dan ook af. Eén van de belangrijkste argumenten van het ministerie van VWS om de vergoeding van benzodiazepinen in de basisverzekering af te schaffen (1 januari 2009), was het terugdringen en voorkómen van dit chronische gebruik.⁴⁻⁶

Inmiddels zijn de eerste effecten van deze maatregel zichtbaar. Het gebruik van benzodiazepinen is – in tegenstelling tot voorgaande jaren – in 2009 met een zesde gedaald, zo bleek uit cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK).^{7,8} Voor een deel komt dit omdat er minder chronische gebruikers zijn: de SFK laat zien dat hun aantal met 14,5% is gedaald. Het is echter onduidelijk hoe deze daling is ontstaan. Huisartsen kunnen (chronisch) gebruik bij hun patiënten op verschillende manieren voorkomen, bijvoorbeeld door langdurig benzodiazepinegebruik eerder te beëindigen of door deze middelen minder snel voor te schrijven aan nieuwe patiënten. In eerder onderzoek gaven huisartsen aan dat ze meer heil zagen in de tweede optie.⁸

Ons doel was dan ook te onderzoeken of huisartsen na het invoeren van de nieuwe maatregel minder vaak de diagnose slaapproblemen of angstproblemen stelden en of ze minder vaak een benzodiazepine voorschreven aan mensen die voor het eerst met deze problemen op het spreekuur kwamen. Ook werd gekeken of het gebruik van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's), als ongewenst alternatief voor de benzodiazepine, was toegenomen. Als laatste keken wij of nieuwe gebruikers van benzodiazepines uit 2009 eerder stopten dan nieuwe gebruikers uit 2008.

METHODE

We gebruikten de voorschrijfgegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) uit januari 2007 tot

Wat is bekend?

- Patiënten gebruiken vaak onnodig lang benzodiazepinen. Chronisch gebruik kan negatieve gevolgen hebben, zoals een verhoogde kans op vallen bij ouderen.
- Om deze negatieve gevolgen en de hoge maatschappelijke kosten van langdurig benzodiazepinegebruik te beperken moeten gebruikers van benzodiazepinen sinds 1 januari 2009 in een groot aantal gevallen zelf de kosten hiervan dragen.

Wat is nieuw?

- De maatregel heeft geleid tot een lichte daling in het aantal diagnoses, voorschriften (voornamelijk bij slaapproblemen) en vervolgrecepten. De uitkomsten laten zien dat er ruimte bestaat om het voorschrijven van deze medicatie te reduceren.

Universiteit Utrecht, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, Divisie Farmaco-epidemiologie en klinische farmacologie, Postbus 80082, 3508 TB Utrecht: J.M. Hoebert, promovenda pharmaceutical policy; P.C. Souverein, universitair docent; A.K. Mantel-Teeuwisse, universitair docent/managing director Utrecht WHO Collaborating centre for pharmacoepidemiology and pharmaceutical policy analysis; prof.dr. H.G.M. Leufkens, hoogleraar farmaco-epidemiologie, voorzitter College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht; L. van Dijk, senior onderzoeker en programmeur Farmaceutische zorg • Correspondentie: j.m.hoebert@uu.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Hoebert JM, Souverein PC, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HGM, Van Dijk L. Reimbursement restriction and moderate decrease in benzodiazepine use in general practice. *Ann Fam Med* 2012;10(1):42-9. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

en met december 2009. LINH is een netwerk van geautomatiseerde huisartsenpraktijken met samen meer dan 350.000 ingeschreven patiënten.⁹ De LINH-huisartsen verzamelen op continue basis 'productiegegevens' over aandoeningen (ICPC-gecodeerde diagnoses), aantallen contacten/verrichtingen, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen.¹⁰ Wij includeerden alleen huisartsenpraktijken die gedurende de hele onderzoeksperiode gegevens konden leveren (n = 95).

Wij includeerden alle patiënten ouder dan 18 jaar die in 2008 of 2009 een incidente diagnose slaapproblemen (ICPC Po6) of angstproblemen (ICPC P74, Po1) gekregen hadden. Een diagnose werd als incident beschouwd als er in de 365 dagen die eraan voorafgingen geen eerdere diagnose slaapprobleem of angstprobleem was gesteld. Voor elke patiënt met een incidente diagnose keken wij of er binnen zeven dagen een recept voor een benzodiazepine (ATC-codes No5BA, No5CD, No5CF) had gekregen. De duur van het voorschrift werd gesteld op dertig dagen (een voorschrift voor een benzodiazepine geldt in het algemeen voor dertig dagen omdat een langere periode farmacotherapeutisch onwenselijk wordt geacht). Tevens keken wij naar het gebruik van SSRI's (ATC-code No6AB) na een incidente diagnose angststoornis. Het kon dan gaan om starten met een SSRI zonder benzodiazepinegebruik, om overstappen van een benzodiazepine op een SSRI of om het toevoegen van een SSRI aan een benzodiazepine.

Per kwartaal werden incidentieratio's berekend voor de diagnoses slaap- en angststoornissen. Wij deelden deze in naar geslacht en leeftijdsgroep (18 tot 44 jaar, 45 tot 65 jaar, 66 tot 75 jaar en ouder dan 75 jaar). De pearson-chikwadrattoets werd toegepast om verschillen te toetsen tussen 2008 en 2009 in het percentage patiënten dat startte met een benzodiazepine.

Met kaplan-meieroverlevingscurves brachten wij het verschil in beeld tussen het aantal patiënten in 2008 dat meer dan één recept had gekregen en stopte met gebruik, en dit aantal in 2009. Met de cox-regressieanalyse analyseerden wij de relatie tussen het kalenderjaar en de discontinuatie van benzodiazepinegebruik, uitgedrukt in hazardratio (HR) en

95%-betrouwbaarheidsinterval (BI). Geslacht en leeftijd werden in de analyse betrokken als mogelijke confounders.

RESULTATEN

Wij vonden voor de jaren 2008 en 2009 samen 13.596 LINH-patiënten met een incidente diagnose angststoornis (n = 7479) of slaapprobleem (n = 6117). In 2009 kregen minder mensen de diagnose slaap- of angststoornis te horen dan in 2008 [figuur]. Ook het aantal benzodiazepinegebruikers nam af. Van degenen met een incidente slaapprobleem kreeg 59,1% in 2009 een benzodiazepine voorgeschreven versus 67,0% in 2008; voor angststoornissen was dat respectievelijk 30,1% versus 33,7% (zie [tabel 1] voor een overzicht van de patiëntkenmerken). Deze daling was in alle leeftijds- en geslachtsgroepen terug te zien. De daling in het percentage benzodiazepinevoorschriften voor angst trad voornamelijk bij ICPC-code Po1, angstig gevoel (45,9% versus 54,1%, $p < 0,05$) en was minder uitgesproken bij ICPC-code P74, slaapprobleem (49,7% versus 50,3%, $p > 0,05$). Ook het aantal mensen dat meer dan één recept kreeg, daalde, van 42,6% tot 35,0% bij angststoornissen en van 42,6% tot 36,4% bij slaapproblemen [tabel 2].

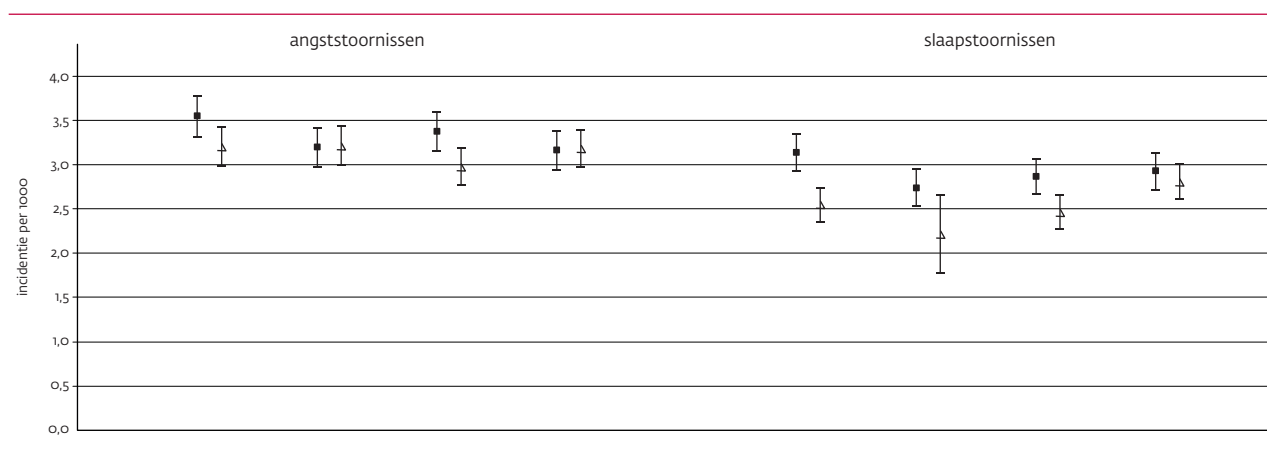
De kans dat het gebruik zou stoppen bleef in 2009 gelijk ten opzichte van 2008 voor patiënten met een incidente diagnose angststoornis (HR 0,87; 95%-BI 0,68-1,11) en werd zelfs iets kleiner voor patiënten met een incidente diagnose slaapprobleem (HR 0,63; 95%-BI 0,52-0,76). Adjustering voor geslacht en/of leeftijd had geen effect op deze uitkomst.

Het aantal angstpatiënten dat overstapte op een SSRI nam weliswaar toe maar bleef klein: 0,3% in 2009 versus 0,1% in 2008.

BESCHOUWING

Het beperken van de vergoeding voor benzodiazepines blijkt effect te hebben op het aantal diagnoses van angststoornissen en slaapproblemen, én op de kans dat de patiënt daarvoor een benzodiazepine krijgt. Ons onderzoek laat in het tweede en derde kwartaal van 2009 een significante daling zien van

Figuur Incidentie per kwartaal (x-as) van de diagnoses angst- en slaapproblemen in 2008 (■) en 2009 (▷), met 95%-betrouwbaarheidsintervallen



Tabel 1 Eerste recept voor benzodiazepine bij patiënten met een incidente diagnose angst- of slaapstoornis

	Angststoornis						Slaapstoornis					
	2008			2009			2008			2009		
	diagnose n	recept n	%	diagnose n	recept n	%	diagnose n	recept n	%	diagnose n	recept n	%
Totaal	3769	1270	33,7	3710	1116	30,1*	3254	2181	67,0	2863	1691	59,1*
Man	1205	410	34,0	1209	359	29,7*	1171	709	60,5	1048	551	52,6*
Vrouw	2564	860	33,5	2501	757	30,3*	2083	1472	70,7	1815	1140	62,8*
Leeftijd												
18-44	1721	419	24,3	1716	378	22,0	1025	639	62,3	836	442	52,9*
45-65	1418	566	39,9	1330	471	35,4*	1399	969	69,3	1222	750	61,4*
66-75	331	161	48,6	358	151	42,2	419	296	70,6	380	238	62,6*
> 75	293	124	42,3	306	116	37,9	411	277	67,4	425	261	61,3

* Verschil met 2008 statistisch significant ($p < 0,05$).

het aantal nieuwe diagnoses ten opzichte van 2008. Het laat ook zien dat de patiënten bij wie deze diagnoses gesteld werden, in 2009 minder snel een recept voor een benzodiazepine kregen. Dit gold vooral voor patiënten met een slaapstoornis. Ze kregen in 2009 ook vaker maar één keer een recept mee, en minder vaak een eerste herhaalrecept.

Wel bleek dat de patiënten met slaapstoornissen die meer dan één herhaalrecept kregen, in 2009 langer door gingen met het benzodiazepinegebruik dan in 2008. Bij angststoornissen trad dit fenomeen niet op. Bij patiënten met angststoornissen werd ook geen verschuiving naar SSRI's waargenomen.

De daling in het aantal nieuwe diagnoses van slaapproblemen zou kunnen komen doordat patiënten, op de hoogte van de nieuwe maatregel, minder snel naar de huisarts stapten. Ook zou het zo kunnen zijn dat huisartsen, als ze geen medicatie voorschrijven, de diagnose minder snel registreren. De daling van het aantal recepten voor benzodiazepinen zou kunnen komen doordat huisartsen bewuster zijn gaan voorschrijven, en dit kan wellicht ook het grotere aantal eenmalige voorschriften verklaren (in lijn met het advies van de NHG-Standaard).⁶ Dat patiënten die meer dan één herhaalrecept kregen in 2009 minder snel stopten, zou kunnen komen doordat juist deze gebruikers het middel noodzakelijk vonden en dus bereid waren ervoor te betalen.

Ons onderzoek laat dus zien dat de drie beoogde effecten

van de vergoedingsbeperking allemaal zijn opgetreden: mensen komen minder snel naar de huisarts, van de mensen die komen, krijgen er minder een diagnose en van de mensen die een diagnose krijgen, krijgen er minder een recept. De vraag blijft natuurlijk hoe mensen hun slaap- en angstproblemen nu oplossen, en wat dáárvan de effecten op hun gezondheid zijn. Ook is nog niet duidelijk of de daling van het benzodiazepinegebruik op de langere termijn inderdaad leidt tot minder ongewenste effecten (bijvoorbeeld minder fractures als gevolg van vallen). Pas wanneer die twee dingen duidelijk zijn, kan het effect van de maatregel echt goed worden ingeschat. Onze resultaten illustreren echter wel dat een overheidsmaatregel het voorschrijven van (deze) geneesmiddelen daadwerkelijk kan terugdringen. ■

LITERATUUR

- 1 Panneman MJ, Goettsch WG, Kramarz P, Herings RM. The costs of benzodiazepine-associated hospital-treated fall injuries in the EU: A Pharmaco study. *Drugs Aging* 2003;20:833-9.
- 2 Neutel CI. The epidemiology of long-term benzodiazepine use. *Int Rev Psychiatry* 2005;17:189-97.
- 3 Rapoport MJ, Lancot KL, Streiner DL, Bedard M, Vingilis E, Murray B, et al. Benzodiazepine use and driving: A meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2009;70:663-73.
- 4 Nederlands Huisartsen Genootschap. Vergoeding van de benzodiazepinen per 1 januari 2009 uit de basisverzekering [internet]. Utrecht: NHG, 2008. <http://nhg.artsennet.nl/actueel/Nieuwsartikel/Vergoeding-van-de-benzodiazepinen-per-1-januari-2009-uit-de-basisverzekering.htm>. geraadpleegd 13 februari 2011.
- 5 Terluin B, Van Heest FB, Van der Meer K, Neomagus GJH, Hekman J, Aulbers LPJ, et al. NHG-Standaard Angststoornissen. *Huisarts Wet* 2004;1:26-37.
- 6 Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, Verduijn MM, Bouma M. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaappmiddelen (Eerste herziening). *Huisarts Wet* 2005;48:402-15.
- 7 Stichting Farmaceutische Kengetallen. Data en feiten 2008. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2008.
- 8 Van Geffen K, Boheemen C, Van Dijk L, Van Hulten R, Bouvy M. Slechts 1 op de 10 stopt na benzomaatregel: Afschaffing vergoeding heeft beperkt effect. *Pharmaceutisch Weekblad* 2009;145:49.
- 9 Westert GP, Hoonhout LHF, De Bakker DH, Van den Hoogen HJM, Schellevis FG. Huisartsen met en zonder elektronisch medisch dossier: Weinig verschil in medisch handelen. *Huisarts Wet* 2002;45:58-62.
- 10 Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM, editors. International classification of primary care (ICPC). Oxford: Oxford University Press, 1987.

Tabel 2 Herhaalrecepten voor benzodiazepine bij patiënten met een incidente diagnose angst- of slaapstoornis

	Angststoornis				Slaapstoornis			
	2008		2009		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Totaal	541	42,6	406	36,4*	930	42,6	592	35,0*
Man	181	44,1	129	35,9*	289	40,8	195	35,4
Vrouw	360	41,9	277	36,6*	641	43,6	397	34,8*
Leeftijd								
18-44	152	36,3	113	29,9	218	34,1	119	26,9*
45-65	236	41,7	165	35,0*	383	39,5	235	31,3*
66-75	71	44,1	69	45,7	148	50,0	89	37,4*
> 75	82	66,1	59	50,9*	181	65,3	140	53,6*

* Verschil met 2008 statistisch significant ($p < 0,05$).



De waarde van de anamnese

PRAKTIJKPROBLEEM

In de opleiding leren we bij elke patiënt op een gestructureerde manier de diagnose te stellen: anamnese, lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek. In de huisartsenpraktijk hebben we daar 10 minuten voor waarin we ook nog een samenvatting in het HIS moeten zetten. Hoe komen we eigenlijk tot een diagnose?

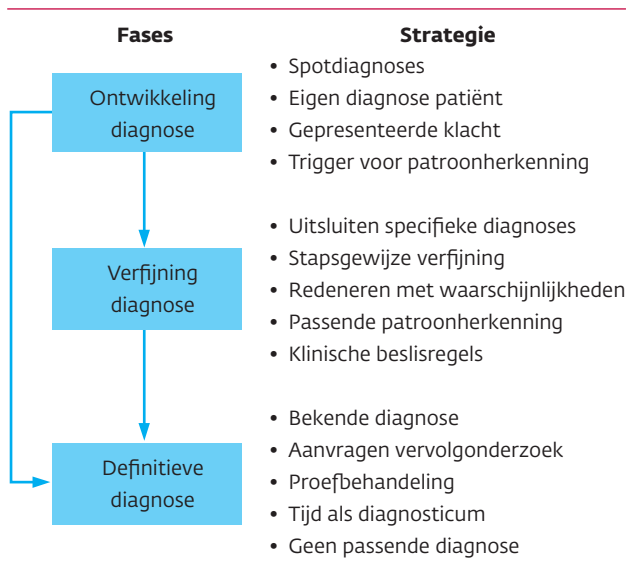
ACHTERGROND

Als co-assistent hadden we vaak meer dan een uur de tijd om een volledige tractus anamnese en volledig lichamelijk onderzoek te doen. Als huisarts hebben we slechts 10 minuten en in deze beperkte tijd kun je niet alles volledig doen. Daarom kiezen we intuïtief uit verschillende strategieën om tot een diagnose te komen. Een model laat zien dat huisartsen vroeg in het consult diagnostische hypothesen ontwikkelen die ze daarna verfijnen en tot slot bevestigen [figuur].¹ In deze drie fases gebruiken ze verschillende technieken die sterk afhangen van de persoonlijke werkwijze. Geleidelijk maken huisartsen de diagnose steeds waarschijnlijker: elke vraag en ieder onderzoek draagt bij om de vermoede diagnose waarschijnlijker te maken en andere diagnoses uit te sluiten of onwaarschijnlijker te maken.

ONDERBOUWING

De anamnese is bij ervaren artsen de basis voor het komen tot een diagnose.² Op basis van wat ze zien bij de patiënt, wat de patiënt zelf spontaan vertelt en door gericht door te vragen kunnen ze na de anamnese de diagnose meestal al stellen. Ervaren artsen gebruiken lichamelijk onderzoek om de vermoede diagnose te bevestigen en andere diagnoses uit te sluiten.

Figuur



De waarde van lichamelijk onderzoek om tot een diagnose te komen is beperkter dan de anamnese. Hetzelfde geldt voor eventueel aangevraagd vervolgonderzoek.

In een onderzoek noteerden 4 internisten van 80 nieuwe patiënten op de polikliniek bij elke stap in het diagnostisch proces hun differentiaaldiagnose en de mate van waarschijnlijkheid. Ze moesten dat doen na anamnese, na lichamelijk onderzoek en na aanvullend laboratoriumonderzoek. Bij 82% bleek dat na de anamnese de diagnose al bekend was, bij 9% was dat pas na lichamelijk onderzoek en bij nog eens 9% na laboratoriumonderzoek.³ De uitkomsten werden in een ander onderzoek bevestigd.^{2,4,5}

Veel patiënten gaan naar de huisarts en hebben zelf al een idee wat er aan de hand is. Van vrouwen die vaker een blaasontsteking hebben, stelde 84% correct de diagnose vergeleken met een urinekweek.¹ Ook zijn er diagnoses die weinig uitzoekwerk behoeven (acne, hoest, ingegroeide teennagel) omdat snel duidelijk is wat het probleem is. In de huisartsenpraktijk speelt deze 'spot' diagnose in 20% van de consulten van nieuwe patiënten een rol, waarbij in 63% geen verdere diagnostische strategie meer werd toegepast.¹

Er is veel onderzoek gedaan naar testeigenschappen van geïsoleerde tests bij lichamelijk en aanvullend onderzoek. Om te weten wat de waarde van deze test is, moet eigenlijk worden gekeken wat de aanvullende waarde van de tests is ná eerder verkregen informatie van de patiënt en uit de anamnese.⁶

BETEKENIS

Na het zien van de patiënt, het luisteren naar de klacht en het gericht vragen stellen in de anamnese kan de huisarts de diagnose meestal al stellen. Lichamelijk en aanvullend onderzoek zijn ook zeer belangrijk en spelen vooral een rol om op indicatie de vermoede diagnose aan te tonen en andere diagnoses uit te sluiten. We moeten als huisartsen durven vertrouwen op onze ogen en oren, deze goed gebruiken en dan zorgvuldig handelen. Dit is onze kracht waardoor we met zeer beperkte middelen diagnoses kunnen stellen. ■

LITERATUUR

- 1 Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, Rose P, Balla J, Lasserson D, et al. Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ* 2009;338:1003-8.
- 2 Sandler G. The importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests. *Am Heart J* 1980;100:928-31.
- 3 Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *BMJ* 1975;2:486-9.
- 4 Peterson MC, Holbrook JH, Von Hales D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med* 1992;156:163-5.
- 5 Roshan M, Rao AP. A study on relative contributions of the history, physical examination and investigations in making medical diagnosis. *J Assoc Physicians India* 2000;48:771-5.
- 6 De Jongh TO, Zaat JO. Een serie over de waarde van lichamelijk onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A2650.



Verschillen in patiëntenmix tussen aios en hun opleiders

Samenvatting

De Jong J, Visser MRM, Wieringa-de Waard M. Verschillen in patiëntenmix tussen aios en hun opleiders. *Huisarts Wet* 2012;55(7):290-5.

DOEL Uit eerder kleinschalig en kortlopend onderzoek is gebleken dat er mogelijk verschillen bestaan in de patiëntenmix tussen aios en opleiders. Aios zien meer kleine kwalen en minder chronische en ernstige aandoeningen dan hun opleider. Dat kan van invloed zijn op de ontwikkeling van de benodigde competenties. Wij wilden een antwoord vinden op de vraag wat de verschillen zijn in de patiëntenmix van aios huisartsgeneeskunde en hun huisartsopleiders.

METHODE Tussen maart 2008 en september 2009 extraheerden we in 73 huisartsopleidingspraktijken gedurende 6 maanden gegevens uit elektronische patiëntendossiers. De gegevens betroffen ICPC-diagnosecodes en contactfrequenties, die waren verdeeld over de leeftijdsgroepen van patiënten.

RESULTATEN We includeerden 49 eerstejaars en 24 derdejaars aios en hun opleiders (32 solo-opleiders, 41 duo's). Opleiders codeerden gemiddeld 79% van hun contacten, aios 86%. Opleiders deden ongeveer twee keer zo veel consulten per trimester, drie keer zo veel telefonische consulten en twee keer zo veel visites. Aios zagen relatief meer patiënten met oog-, huid-, oor- en luchtwegaandoeningen dan hun opleiders. Ook zagen zij relatief jongere patiënten en meer kleine kwalen. Opleiders zagen meer patiënten met cardiovasculaire ziekten, psychiatrische aandoeningen, metabole ziekten, aandoeningen van het mannelijk genitaal en sociale problematiek. Ook kregen zij meer patiënten met chronische en oncologische aandoeningen op hun spreekuur. Zowel vrouwelijke aios als vrouwelijke opleiders zagen gemiddeld bijna twee keer zoveel gynaecologische en zwangerschapsgelateerde problematiek als hun mannelijke collega's. Mannelijke aios en opleiders zagen gemiddeld meer aandoeningen van het mannelijk genitaal.

CONCLUSIE Er bestaan belangrijke verschillen tussen de patiëntenmix van aios en opleiders. Opleiders en docenten van de huisartsopleiding dienen dan ook op de hoogte te zijn van de gebieden waarop het aanbod voor aios relatief laag is. Opleiders moeten worden aangemoedigd om ervoor te zorgen dat hun aios meer chronische, complexe, psychosociale en cardiovasculaire aandoeningen zien.

INLEIDING

Gedurende hun opleiding verwerven aios huisartsgeneeskunde de vereiste competenties door ervaring op te doen met een breed scala aan gezondheidsproblemen (de 'patiëntenmix'). Het belang van een adequate patiëntenmix is door onderzoek bevestigd¹⁻³ en wordt erkend door nationale⁴⁻⁶ en internationale kwaliteitsstandaarden, zoals de Global Standards for Quality Improvement, Postgraduate Medical Education van de World Federation for Medical Education (WFME).⁷ Een adequate patiëntenmix kenmerkt zich door voldoende gevarieerde leerervaringen⁸ en is representatief voor de patiëntenmix waarmee de aios later als huisarts wordt geconfronteerd.⁹⁻¹¹ Om aan deze eisen te kunnen voldoen, en om na te gaan op welke gebieden het aanbod aan patiënten laag is, moeten we inzicht krijgen in de patiëntenmix van aios en hun opleiders.

Eerdere onderzoeken¹⁰⁻²⁵ hebben uitgewezen dat aios relatief meer kleine kwalen zagen dan hun opleider, en minder psychosociale, chronische en ernstige aandoeningen. Deze onderzoeken zijn echter al wat ouder,^{10,12,17-22,25} betroffen een vrij korte meetperiode (< 4 weken),^{11,14,18,20} waren kleinschalig¹⁶ of betroffen casuïstische onderzoeken.^{10,17,19,22,24,25} Er is geen groot recent onderzoek naar de patiëntenmix van Nederlandse aios over een langere tijdsperiode.

Als we meer inzicht krijgen in de patiëntenmix kunnen we nagaan welke gebieden onderbelicht blijven. Met deze kennis kunnen we vervolgens een patiëntenmix-op-maat realiseren.¹⁷ Hierbij kan de praktijkassistent een rol spelen door patiënten met specifieke problemen bij de aios in te plannen.^{9,17,26} Als de patiëntenmix ontoereikend is door factoren die we niet kunnen beïnvloeden (zoals de locatie van de praktijk), kan de opleiding bij de volgende opleidingsperiode zorgen

Wat is bekend?

■ In eerder kleinschalig en kortlopend onderzoek bleek dat er mogelijk verschillen bestaan in de patiëntenmix tussen aios en opleiders.

Wat is nieuw?

- Er bestaan inderdaad belangrijke verschillen tussen de patiëntenmix van aios en die van opleiders.
- Deze verschillen zijn, vergeleken met eerder onderzoek, tamelijk constant.
- Opleiders en aios kunnen zich bewust zijn van aandoeningen die weinig voorkomen, dan wel onevenredig tussen hen verdeeld zijn.
- Opleiders kunnen aios de gelegenheid geven meer van deze aandoeningen te zien en/of ze (extra) intensief superviseren.
- HIS-extracties zijn uitstekend te gebruiken om de patiëntenmix en daarmee de leerervaringen van aios te monitoren.

AMC-UvA, Huisartsopleiding, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam; J. de Jong, huisarts-onderzoeker; dr. M.R.M. Visser, senior onderzoeker; prof.dr. M. Wieringa-de Waard, hoogleraar huisartsgeneeskunde • Correspondentie: jipdejong@amc.uva.nl.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: De Jong J, Visser MRM, Wieringa-de Waard M. Exploring differences in patient mix in a cohort of GP trainees and their trainers. *BMJ Open* 2011 Nov 14;1(2):e000318. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

voor plaatsing in een praktijk met een complementaire patiëntenmix.

We kunnen een gedetailleerde patiëntenmixbeschrijving verkrijgen aan de hand van een logboek^{27,28} of door het extraheren van gegevens uit het elektronische patiëntendossier, het Huisarts Informatie Systeem (HIS).^{16,29,30} Men acht een gedegen verslaglegging in het HIS van groot belang voor goede patiëntenzorg. Uit het HIS geëxtraheerde gegevens zijn daarom doorgaans valide en betrouwbaar en er is geen extra verslaglegging nodig, zoals bij het gebruik van logboeken het geval is. Met ons onderzoek wilden we nagaan wat de verschillen zijn tussen de patiëntenmix van aios huisartsgeneeskunde en hun huisartsopleiders.

METHODE

Onderzoeksontwerp

Het onderzoek vond plaats van maart 2008 tot maart 2009 in opleidingspraktijken die waren geaffilieerd aan de Huisartsopleiding AMC-UvA. In praktijken waar een nieuwe aios zou beginnen benaderden we eerst de opleider. Als deze wilde deelnemen, namen we contact op met de aios. We verzamelden gedurende zes maanden gegevens.

De deelnemers gaven informed consent en de NVMO-Ethical Review Board (NERB-ID 42) keurde het onderzoek goed.

Gegevensextractie en -analyse

We ontwikkelden een telapplicatie om geëxtraheerde gegevens op een logische manier te aggregeren.³¹ ICPC-codes en contactsoorten (vis-à-vis consulten, telefonische consulten en visites) telden we separaat.

We berekenden het codeerpercentage door het aantal contacten met ten minste één ICPC-code te delen door het totaal aantal contacten (gecodeerd plus ongecodeerd). Het aantal ongecodeerde contacten corrigeerden we voor het gemiddeld aantal ICPC-codes per contact. Aios of opleiders met een codeerpercentage onder de 50% namen we niet mee in de analyses van de ICPC-codes. Voor de telling van contactsoorten namen we zowel de gecodeerde als de ongecodeerde contacten mee en was het codeerpercentage dus niet relevant.

De patiëntenmix van aios en opleider hebben we aan de hand van percentages beschreven. Deze berekenden we door contacten zonder ICPC-code weg te laten en het resterend totaal op 100% te stellen. Bij de berekeningen van de aantallen contactsoorten corrigeerden we voor deeltijdwerk.

Clusters van chronische en oncologische aandoeningen stelden we samen op grond van de lijst van Knottnerus.³² We stelden clusters van kleine kwalen en acute aandoeningen samen op grond van definities die we zelf hebben opgesteld. Hiertoe beoordeelden vijf ervaren huisartsen een voorgeselecteerde lijst van potentiële ICPC-codes voor kleine kwalen en acute aandoeningen aan de hand van de definitie op een schaal van 1 tot 9. ICPC-codes met een mediane score hoger dan 7 en waarbij niemand lager dan 3 had gescoord, namen we op in het cluster.³³

We spiegelden onze gegevens aan LINH-gegevens uit 2009³⁴ en de oudere Tweede Nationale Studie (NS2).³⁵ De LINH/NIVEL-gegevens betreffen echter morbiditeitscijfers, waarvoor men voornamelijk ziekte-episodes heeft geteld. Omdat we zijn uitgegaan van het aantal leerervaringen telden we in ons onderzoek alle contacten mee, ook als het dezelfde patiënt met dezelfde ICPC-code betrof. LINH/NIVEL-gegevens benaderen bovendien de praktijk als geheel, dus inclusief de praktijkondersteuner (POH). Onze gegevens betroffen aios en opleider afzonderlijk.

RESULTATEN

Deelnemers

Van de 98 benaderde opleidingspraktijken includeerden we er 73. Opleiders gaven verschillende redenen op waarom ze niet mee wilden doen: ze waren niet gewend om te coderen ($n = 2$), waren overgegaan naar een ander, voor het onderzoek ongeschikt HIS ($n = 5$), waren ziek ($n = 2$) of hadden geen aios ($n = 2$). Sommigen weigerden zonder opgaaf van reden ($n = 14$).

In de geïncludeerde praktijken begonnen 49 aios aan het eerste en 24 aios aan het derde opleidingsjaar. Er namen 10 solopraktijken, 17 duopraktijken en 46 meermanspraktijken deel. In 32 praktijken was er 1 opleider, in 41 praktijken waren er 2 opleiders. In totaal extraheerden we de gegevens van 73 aios en 114 opleiders (102 erkende en 12 superviserend). De gemiddelde leeftijd van de aios was 31,2 jaar ($sd = 3,2$) en die van de opleiders was 50,6 ($sd = 7,0$).

Codeerpercentage

Het gemiddelde codeerpercentage van de aios was 86,2% ($sd = 13,2$, spreiding 27,4-100%) en van de opleiders 78,9% ($sd = 22,4$, spreiding 2,3-100%). Tweeënveertig aios (58%) en 53 opleiders (46%) hadden een codeerpercentage van meer dan 90%. Veertien opleiders en 2 aios hadden een codeerpercentage van minder dan 50%; hun ICPC-code-extracties namen we niet mee in de ICPC-analyses.

Consulten en visites

Per trimester verrichtten aios gemiddeld 461,2 consulten ($sd = 115,6$), 67,7 telefonische consulten ($sd = 43,7$) en 35,6 visites ($sd = 28,9$). Voor opleiders bedroeg het aantal consulten 975,7 ($sd = 115,6$), telefonische consulten 215,7 ($sd = 129,1$) en visites 68,0 ($sd = 46,9$).

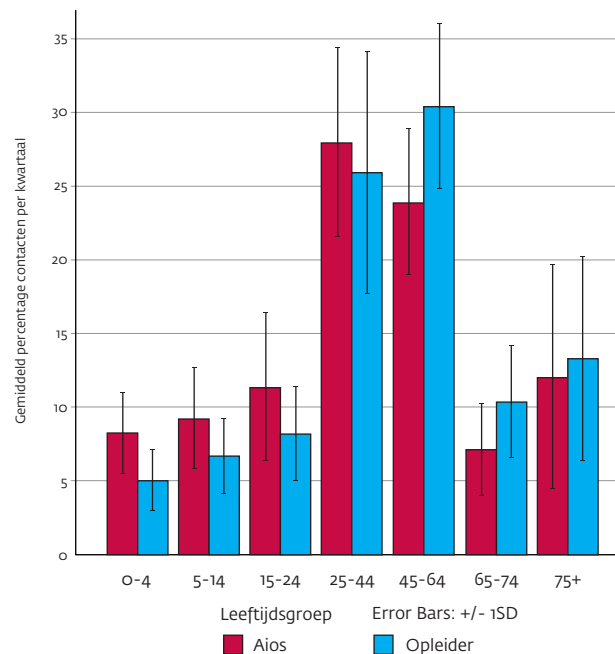
Leeftijdverdeling

Om de percentages in [figuur 1] te berekenen hebben we de aantallen consulten, telefonische consulten en visites opgeteld. In alle leeftijdsgroepen waren de verschillen tussen opleiders en aios significant ($p = 0,01$), behalve bij de 25-44 en de 75+-groep.

ICPC-codes

Op de ICPC-hoofdstukken gynaecologie, zwangerschap en luchtweginfecties (aios) na komen onze resultaten redelijk overeen met de gegevens van de NS2. Er zijn duidelijke ver-

Figuur 1 Contactpercentages aios (n = 73) en opleiders (n = 105), weergegeven per leeftijdsgroep. Voor de berekening hebben we de gegevens van 9 opleiders weggelaten omdat deze veel griepvaccinaties hadden gedaan en we niet meer konden achterhalen in welke leeftijdsgroep deze vielen.



schillen met LINH 2009 bij de hoofdstukken cardiovasculair en metabool/endocrinologie, de gebieden waarop POH's actief zijn [figuur 2].

[Tabel 1] bevat de meest voorkomende ICPC-codes bij aios en opleiders.

Ziekteclusters en specifieke aandoeningen

Vrouwelijke artsen zagen meer patiënten met gynaecologische aandoeningen en zwangerschapsgelateerde problematiek dan hun mannelijke collega's ($p < 0,01$). Gemiddeld zagen vrouwelijke artsen 7,3% gynaecologische klachten/zwangerschap tegenover 4,6% bij de mannelijke artsen. We vonden een vergelijkbaar resultaat bij aandoeningen van het mannelijk genitaal ($p < 0,01$). Mannelijke artsen zagen die in 1,8% van de

gevallen, tegenover 1,2% bij de vrouwelijke artsen. Meer gegevens over ziekteclusters en specifieke aandoeningen staan in [tabel 2].

BESCHOUWING

Bij ons onderzoek in 73 opleidingspraktijken vonden we dat aios naar verhouding minder chronische, oncologische en cardiovasculaire aandoeningen zagen dan hun opleiders. Ze kregen ook minder primaire cardiovasculaire preventie-, psychiatrische en sociale problemen te zien. Ze zagen relatief meer jonge patiënten, patiënten met huid-, oor- en luchtwegaandoeningen en kleine kwalen. Daarnaast zagen eerstejaars aios minder acute ziekten, aandoeningen van het mannelijk genitaal, metabole aandoeningen (in het bijzonder diabetes) en cardiovasculaire incidenten/secundaire preventie, maar meer oogaandoeningen.

Net als in andere onderzoeken vonden we dat aios relatief veel patiënten met kleine kwalen op hun spreekuur krijgen.^{11,14,16} Dat hoeft op zich geen probleem te zijn: aios hebben in hun vooropleiding of werkervaring met dit soort problemen geen of weinig ervaring opgedaan. Verzadiging is ook niet erg waarschijnlijk, want zelfs de meest voorkomende aandoening maakte 'slechts' 5,2% van alle contacten uit [tabel 1].

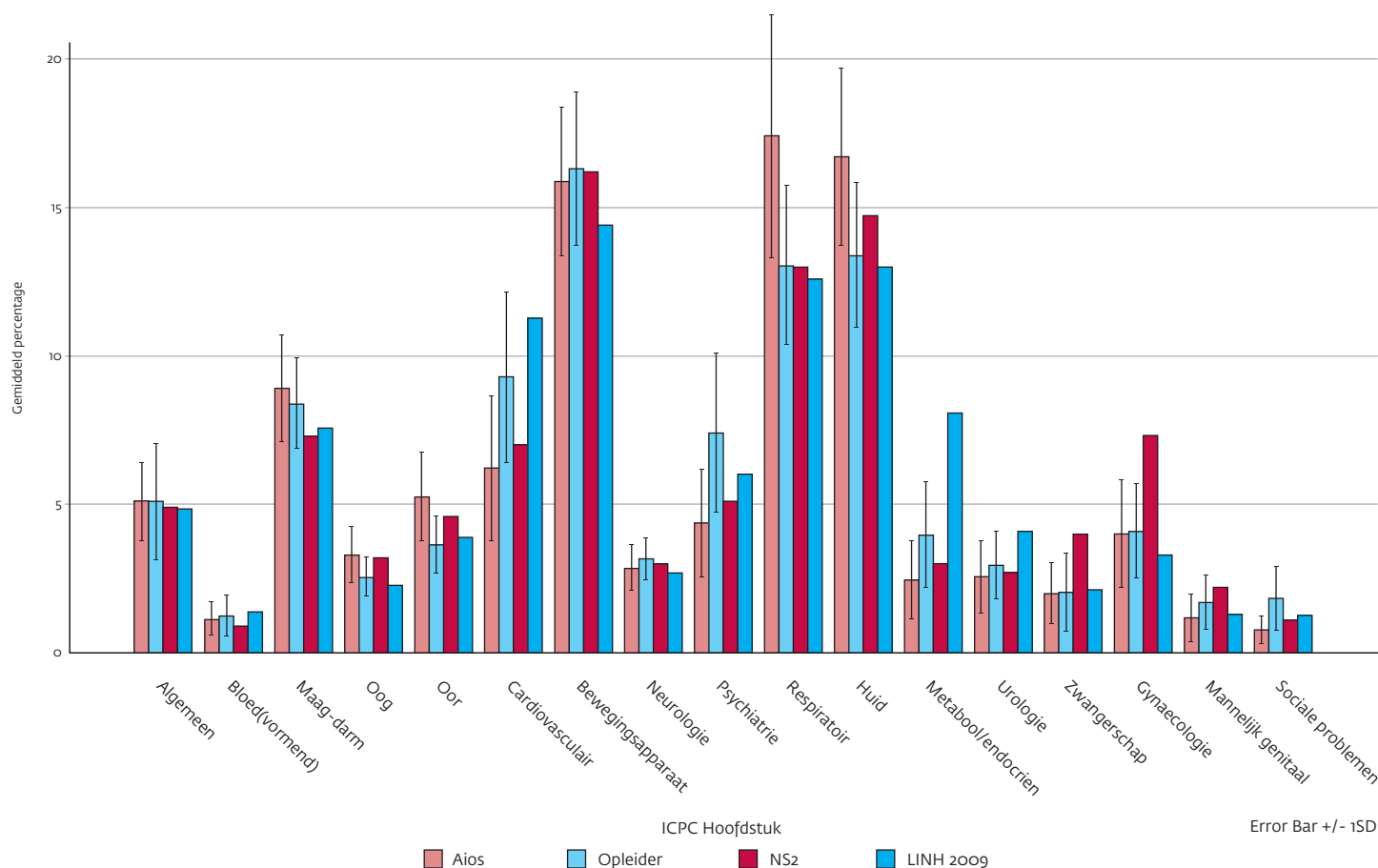
Net als in andere onderzoeken^{14,11,16} bleken aios minder chronische en oncologische¹¹ ziekten te zien dan opleiders. Gezien deze bevindingen en de multimorbiditeit bij de toenemende vergrijzing³⁶ ligt de conclusie voor de hand dat de patiëntenmix van de aios uit meer ernstige, chronische en complexe aandoeningen zou moeten bestaan. Interventies hiervoor zijn te overwegen.

Het was al bekend dat aios minder gynaecologische klachten en aandoeningen^{10,14,19,20,22,24,37} zagen dan opleiders. Uit ons onderzoek bleek dat dit vooral samenhang met de sekse van de arts. Mannelijke aios zijn dus mogelijk minder goed in staat om voldoende competentie te ontwikkelen op gynaecologisch gebied. Ook andere, uit eerder onderzoek bekende verschillen tussen aios en opleiders zagen we bevestigd, zoals bij cardiovasculaire,^{10,16,17,19,20,22,24} metabole,^{16,19,20,22} huid-,^{16,17,19,20,22} oog-,^{16,22} oor-²² en luchtwegaandoeningen^{10,17,19,20,22}. In de meeste ICPC-hoofdstukken waarin het patiëntenmixpercentage tussen aios en opleider significant verschilde [figuur 2], lag het NS2-

Tabel 1 Top 10 van de meest voorkomende ICPC-codes van aios en opleiders (eerste en derde jaar samen)

Nr.	Aios (n = 71)	%	Opleiders (n = 100)	%
1	R74 Acute infectie bovenste luchtwegen	5,2	K86 Hypertensie zonder orgaanbeschadiging	4,5
2	R05 Hoesten	2,7	R74 Acute infectie bovenste luchtwegen	2,5
3	K86 Hypertensie zonder orgaanbeschadiging	2,3	T90 Diabetes mellitus	1,8
4	S74 Dermatomyosen	1,8	R05 Hoesten	1,8
5	L03 Lagerugpijn zonder uitstraling	1,4	L03 Lagerugpijn zonder uitstraling	1,5
6	U71 Cystitis/urinewegsinfecties	1,4	P76 Depressie	1,5
7	H71 Otitis media acute/myringitis	1,4	U71 Cystitis/urinewegsinfecties	1,4
8	R75 Acute/chronische sinusitis	1,4	A04 Moeheid/ziektegevoel	1,4
9	A04 Moeheid/ziektegevoel	1,3	S74 Dermatomyosen	1,3
10	R78 Acute bronchitis/bronchiolitis	1,3	R96 Astma	1,3

Figuur 2 Gemiddelde percentages ICPC-codes met standaarddeviaties, geaggregeerd naar ICPC-hoofdstuk van de aios (n = 71[°]) en opleiders (n = 100[°]) met referentiegegevens van de Tweede Nationale Studie en LINH 2009. †



[°] Veertien opleiders en twee aios hadden een codeerpercentage van minder dan 50%; hun ICPC-code-extracties namen we niet mee in de ICPC-analyses.

[†] De gegevens van de Tweede Nationale Studie zijn gebaseerd op prevalentie per 1000 patiënten.

percentage echter tussen beide in. Dit relateert de verschillen tussen opleider en aios enigszins.

De meeste gegevens hebben we tussen september en februari verzameld, wat waarschijnlijk het hoge percentage luchtwegaandoeningen bij de aios verklaart.

Het verschil tussen onze gegevens en die van de NS2 (**figuur 2**) in het aandeel gynaecologische klachten/zwangerschap kunnen we verklaren doordat wij, in tegenstelling tot NS2, zwangerschapstests, prikpil en uitstrijkjes die de assistente in eigen beheer heeft gedaan, niet hebben meegeteld. De online LINH cijfers tussen 2002 en 2009³⁴ hierover zijn echter wel weer vergelijkbaar met onze bevindingen.

Verschillen in patiëntenmix kunnen we deels verklaren aan de hand van de voorkeur van patiënten voor een bepaalde dokter. Uit onderzoek hiernaar bleek onder meer dat patiënten met chronische of psychische problemen het liefst hun eigen huisarts en minder graag de aios willen spreken.³⁸ Ook praktijkassistenten bleken zelf een voorkeur te hebben om patiënten met complexe problemen bij de opleider te plaatsen.³¹

We kunnen het bieden van een adequate patiëntenmix aan aios zien als een 'didactische plicht'^{4,5,7} en het is een uitdaging voor iedere opleider om af te wegen welke chronische, complexe of andere patiënten de aios kunnen behandelen. Het (bij) sturen van de patiëntenstroom zal echter niet altijd gemakkelijk en soms zelfs onmogelijk zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval als ziekten weinig voorkomen. Een geringer aanbod kan men dan wellicht compenseren door meer supervisie op dit gebied. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat goede supervisie van de opleider van cruciaal belang is voor het leerrendement.^{1,39} Voorwaarde is dan wel dat de aios en de opleider zich bewust zijn van de gebieden waarop het aanbod klein is.

Beperkingen

Omdat de patiënten in opleidingspraktijken tussen de aios en de opleider worden verdeeld, wijkt de patiëntenmix die de opleider ziet waarschijnlijk af van die van huisartsen die geen opleider zijn. Daarom vergeleken we onze resultaten met landelijke gegevens, al kende ook die vergelijking beperkingen.

Tabel 2 Vergelijking van ICPC-hoofdstukken, ziekteclusters en specifieke aandoeningen tussen eerste- en derdejaars aios en opleiders

ICPC-hoofdstukken/ziekteclusters/ specifieke aandoeningen	Aios jaar 1 (n = 48) Gemiddeld % (sd)	Opleiders jaar 1 (n = 64) Gemiddeld % (sd)	Aios jaar 3 (n = 23) Gemiddeld % (sd)	Opleiders jaar 3 (n = 36) Gemiddeld % (sd)
ICPC-hoofdstukken				
Algemeen	5,1 (1,5)	5,1 (1,5)	5,1 (1,2)	5,1 (2,3)
Bloed en bloedvormende organen	0,9 (0,5)	1,2 (0,5)	1,3 (0,6)	1,3 (0,9)
Maag-darmstelsel	8,9 (1,7)	8,5 (1,3)	8,9 (1,9)	8,3 (1,7)
Oog	3,3 (0,8)	2,4 (0,6) †	3,3 (1,1)	2,7 (0,7)
Oor	5,7 (1,6)	3,8 (1,0) †	4,8 (1,3)	3,5 (0,9) †
Cardiovasculair	5,6 (2,6)	9,0 (3,3) †	6,8 (2,1)	9,5 (2,4) †
Bewegingsapparaat	16,4 (2,7)	16,4 (2,7)	15,3 (2,2)	16,2 (2,5)
Neurologie	3,0 (0,8)	3,1 (0,8)	2,7 (0,7)	3,2 (0,7)*
Psychische problemen	3,7 (1,7)	7,0 (2,0) †	5,0 (1,8)	7,8 (3,2) †
Respiratoir	18,3 (3,5)	13,8 (2,4) †	16,5 (4,6)	12,3 (2,7) †
Huid	16,7 (3,1)	12,9 (2,0) †	16,7 (2,9)	13,8 (2,8) †
Metabool/endocrien	2,1 (1,1)	4,1 (1,8) †	2,8 (1,4)	3,8 (1,8)
Urologie	2,4 (1,0)	2,9 (1,0)	2,7 (1,5)	3,0 (1,2)
Zwangerschap	2,0 (1,2)	2,3 (1,6)	2,0 (0,9)	1,7 (0,9)
Gynaecologie	3,9 (2,3)	4,3 (1,8)	4,1 (1,2)	3,9 (1,4)
Mannelijk genitaal	1,1 (0,5)	1,5 (0,6) †	1,2 (1,0)	1,9 (1,1)
Sociale problemen	0,8 (0,5)	1,7 (1,1) †	0,8 (0,4)	1,9 (1,1) †
Ziekteclusters				
Acuut‡	1,8 (0,7)	2,3 (0,8) †	2,2 (0,9)	2,4 (0,8)
Chronisch	8,7 (3,2)	15,8 (5,3) †	10,8 (3,4)	16,2 (4,6) †
Oncologie	0,4 (0,4)	1,7 (1,4) †	0,9 (0,9)	1,8 (1,4)*
Diabetes mellitus	0,8 (0,8)	1,9 (1,3) †	1,2 (1,3)	1,7 (1,4)
Primaire cardiovasculaire preventie¶ (exclusief diabetes)	2,8 (1,7)	5,8 (2,4) †	3,7 (1,5)	6,2 (2,2) †
Cardiovasculaire incidenten/ secundaire preventie**	0,3 (0,2)	0,7 (0,5) †	0,4 (0,5)	0,8 (0,5)
COPD	0,6 (0,6)	0,9 (0,7)	0,7 (0,5)	0,7 (0,5)
Kleine kwalen‡	36,3 (5,9)	27,8 (4,8) †	35,9 (6,4)	28,8 (5,9) †
Symptoomdiagnose	46,2 (6,9)	40,4 (6,8) †	43,1 (7,5)	39,9 (6,8)
Specifieke aandoeningen				
Hypothyreoïdie	0,1 (0,2)	0,4 (0,3) †	0,2 (0,3)	0,4 (0,3)
Astma	1,1 (0,7)	1,3 (0,6)	1,1 (0,6)	1,3 (0,7)
Depressie en depressief gevoel	0,8 (0,6)	1,8 (0,8) †	1,0 (0,8)	1,8 (1,1)*
Prikkelbaredarmsyndroom	0,3 (0,3)	0,5 (0,4)*	0,4 (0,4)	0,5 (0,4)
Conjunctivitis	0,7 (0,5)	0,4 (0,2) †	0,9 (0,6)	0,5 (0,3) †
Keelpijn††	1,7 (0,8)	1,0 (0,5) †	1,6 (0,7)	0,9 (0,4) †

* Verschillen tussen aios en opleider, $p < 0,01$. We hebben het eerste en het derde jaar afzonderlijk getoetst.† $p < 0,001$

‡ Zie de aanvullende gegevens van de oorspronkelijke publicatie.

¶ Hypertensie, atherosclerose, tabaksmisbruik, adipositas, vetstofwisselingsstoornissen

** Angina pectoris/ischemische hartziekten, myocardiinfarct, TIA, cerebraal infarct, claudicatio intermittens, aneurysma aortae

†† Keelpijn, tonsillitis, faryngitis, peritonsillair abces

Bovendien is het discutabel of de patiëntenmix van aios in elk opzicht overeen moet stemmen met wat de gemiddelde huisarts ziet, om een maximaal leereffect te bereiken. Als we de patiëntenmix van aios willen optimaliseren, is meer kennis over de samenhang tussen patiëntenmix en leren noodzakelijk.

Opleiders met een codeerpercentage hoger dan 90% zagen meer psychiatrische en sociale problematiek, dan opleiders met een percentage van 50 tot 90% (niet-gerapporteerd). Dit wijst op onderrapportage door sommige opleiders. Onder aios vonden we dit verschil niet.

Alle opleidingspraktijken waren aan hetzelfde instituut gelieerd. Dit heeft de resultaten vermoedelijk niet ernstig beïnvloed omdat men immers in het verleden en op andere plaatsen vergelijkbare resultaten heeft gevonden.

Hoewel het ICPC-systeem geschikt is om de patiëntenmix in kaart te brengen, is de validiteit sterk afhankelijk van de diagnostische competentie van de arts en de vraag of deze de juiste codes aan de gestelde diagnose heeft toegekend.

CONCLUSIE

Dit onderzoek, dat gedurende een relatief lange periode heeft plaatsgevonden, bevestigt dat er belangrijke verschillen bestaan tussen de patiëntenmix van aios en die van opleiders. Deze verschillen lijken, vergeleken met de resultaten van eerder onderzoek, tamelijk constant.

Er dient aandacht te zijn voor verschillen in aantal patiëntencontacten tussen aios en opleider, en ook voor het aantal chronische, psychosociale en cardiovasculaire aandoeningen. Hetzelfde geldt voor ernstige en complexe ziekten. Opleiders zouden aios in de gelegenheid moeten stellen meer van dergelijke aandoeningen te zien.

Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op het aanpassen van de patiëntenmix aan het individueel opleidingsplan en het actief sturen van de patiëntenmix op gebieden die huisartsen relatief weinig zien. We kunnen HIS-extracties uitstekend gebruiken om de patiëntenmix en daarmee de leerervaringen van aios te monitoren. ■

LITERATUUR

- Dolmans DHJM, Wolfhagen IHAP, Essed GGM, Scherpbier AJJA, Van der Vleuten CP. The impacts of supervision, patient mix, and numbers of students on the effectiveness of clinical rotations. *Acad Med* 2002;77:332-5.
- Dornan T, Bundy C. What can experience add to early medical education? Consensus survey. *BMJ* 2004;329:834.
- Van der Zwet J, Hanssen VG, Zwietering PJ, Muijtens AM, Van der Vleuten CP, Metsemakers JF, et al. Workplace learning in general practice: supervision, patient mix and independence emerge from the black box once again. *Med Teach* 2010;32:e294-e9.
- Liaison Committee on Medical Education (LCME). Functions and structure of a medical school. Standards for accreditation of medical education programs leading to the M.D. degree. Liaison Committee on Medical Education (LCME) 2011. ILB.1:p.8. <http://www.lcme.org/functions2011may.pdf>.
- Standards for GP specialty training: guidance to deaneries. Royal College of General Practitioners (RCGP). 2008;domain 5:7. http://www.rcgp-curriculum.org.uk/PDF/qmts_GP_Specific_Training_Standards_dec08.pdf.
- Accreditation of specialist medical education and training and professional development programs: Standards and procedures. Australian Medical Council Limited (AMC). 2011;6 note 2. <http://www.amc.org.au/images/forms/Standards-for-specialist-medical-training-2011-Final.pdf>.
- Karle H. Postgraduate Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen: University of Copenhagen 2003;6.1:17. <http://www3.sund.ku.dk>
- Witzke DB, Koff NA, McGeagh AM, Skinner PD. Developing a computer-based system to document and report students' clinical patient encounters. *Acad Med* 1990;65:440-1.
- Fouracre R, Savory JN. Steering patients with selected conditions to trainees. *J R Coll Gen Pract* 1980;30:729-33.
- Stubbings CA, Gowers JL. A comparison of trainee and trainer clinical experience. *J R Coll Gen Pract* 1979;29:47-52.
- Weeda G, Hutter AW, Groenier KH, Schuling J. The workload of trainees in general practice. *Med Educ* 1997;31:138-43.
- Wollstadt LJ. Case mix in a primary care teaching practice for two clerkship schedules. *J Fam Pract* 1979;8:107-12.
- Tan LH. Tekorten in de huisartsopleiding [Proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 1989.
- Eccles M, Bamford C, Steen N, Russell I. Case mix and content of trainee consultations: findings from the north of England study of standards and performance in general practice. *Br J Gen Pract* 1994;44:437-40.
- Markham FW, Rattner S, Hojat M, Louis DZ, Rabinowitz C, Connella JS. Evaluations of medical students' clinical experiences in a family medicine clerkship: differences in patient encounters by disease severity in different clerkship sites. *Fam Med* 2002;34:451-4.
- Vintges M, Van Weert H, Wiele E, Mohrs J, Brouwer HJ, Wigersma L. Welke gezondheidsproblemen zien huisartsen in opleiding? Diagnosen uit het elektronisch medisch dossier vergeleken met de eindtermen van de beroepsopleiding. *Huisarts Wet* 2001;44:485-9.
- Adam J, Oswald N. What does a trainee see? *J R Coll Gen Pract* 1985;35:230-4.
- Caine N, Strang J, Acheson RM. Study of trainer/trainee workload with special reference to the care of the elderly. *J R Coll Gen Pract* 1985;35:419-22.
- Carney TA. Clinical experience of a trainee in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1979;29:40-4.
- Fleming DM. A comparison of the practice activities of trainees and principals. *J R Coll Gen Pract* 1986;36:212-6.
- Parkerson GR Jr, Michener JL, Muhlbaier LH, Falcone JC. Clinical experience of medical students in model family practices and private family practices. *J Fam Pract* 1986;23:361-6.
- Pearson CR, Goss BM. Comparison of the workload of a trainer and trainee. *J R Coll Gen Pract* 1989;39:320-3.
- Snell LM, Battles JB, Bedford JA, Washington ET. Verifying the curriculum of a family medicine clerkship. *Med Educ* 1998;32:370-5.
- O'Flanagan PH. One trainee's clinical experience. *J R Coll Gen Pract* 1977;27:227-30.
- Parkerson GR, Jr., Griffin EW. Clinical experience during family medicine residency training. *South Med J* 1987;80:895-900.
- De Jong J, Visser MRM, Wieringa-de Waard M. Who determines the patient mix of GP trainees? The role of the receptionist. *Fam Pract* 2011;28:287-93.
- Hilmy N. The project of updating and evaluating the Milton Keynes general practice vocational training scheme (MKVTS) logbook. *Educ Prim Care* 2007;18:757-8.
- Raghoobar-Krieger HM, Sleijfer D, Bender W, Stewart RE, Popping R. The reliability of logbook data of medical students: an estimation of interobserver agreement, sensitivity and specificity. *Med Educ* 2001;35:624-31.
- Alderson TS, Oswald NT. Clinical experience of medical students in primary care: use of an electronic log in monitoring experience and in guiding education in the Cambridge Community Based Clinical Course. *Med Educ* 1999;33:429-33.
- Nkoy FL, Petersen S, Antommara AH, Maloney CG. Validation of an electronic system for recording medical student patient encounters. *AMIA Annu Symp Proc* 2008;510-4.
- De Jong J, Visser MRM, Mohrs J, Wieringa-de Waard M. Opening the black box: The patient mix of GP trainees. *Br J Gen Pract* 2011;61:e650-e7.
- Knottnerus J, Metsemaker J, Höppener P, Limonaro C. Chronic illness in the community and the concept of 'social prevalence'. *Fam Pract* 1992;9:15-21.
- Campbell SM, Cantrill JA, Roberts D. Prescribing indicators for UK general practice: Delphi consultation study. *BMJ* 2000;321:425-8.
- LINH (Landelijk Netwerk Informatie Huisartsenzorg) www.lin.nl. Cijfers 2009 opvraagbaar.
- Westert GP, Schellevis FG, De Bakker DH, Groenewegen PP, Bensing JM, Van der Zee J. Monitoring health inequalities through general practice: the Second Dutch National Survey of General Practice. *Eur J Public Health* 2005;15:59-65.
- Kadam UT, Croft PR, North Staffordshire GP Consortium Group. Clinical multimorbidity and physical function in older adults: a record and health status linkage study in general practice. *Fam Pract* 2007;24:412-9.
- Levy BT, Merchant ML. Differences in clinical experiences based on gender of third-year medical students in a required family medicine preceptorship. *Acad Med* 2002;77:1241-6.
- Bonney A, Phillipson L, Reis S, Jones SC, Iverson D. Patients' attitudes to general practice registrars: a review of the literature. *Educ Prim Care* 2009;20:371-8.
- Wimmers PF, Schmidt HG, Splinter TA. Influence of clerkship experiences on clinical competence. *Med Educ* 2006;40:450-8.



Veranderingen in bevolkingsonderzoek borstkanker

Samenvatting

Timmers JM, Den Heeten GJ, Zonderland HM, Verbeek ALM, Broeders MJM. Veranderingen in het bevolkingsonderzoek borstkanker. *Huisarts Wet* 2012;55(7):296-300.

In Nederland loopt sinds 1990 een bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Het programma geldt als een relatief goed gebalanceerde gezondheidszorgvoorziening en zorgt door vroege detectie en een betere behandeling voor een wetenschappelijk aantoonbare sterftereductie. Recentelijk zijn enkele veranderingen doorgevoerd in het bevolkingsonderzoek om de borstkankerdetectie verder te verhogen. Tevens is het BI-RADS-classificatiesysteem ingevoerd. Er blijkt echter nog onvoldoende aandacht te zijn besteed aan de vertaalslag van deze veranderingen. Met deze bijdrage willen we de wijzigingen in het Nederlandse bevolkingsonderzoek naar borstkanker toelichten. Aan de orde komen de organisatie van het Nederlandse bevolkingsonderzoek, een toename van het aantal verwezen vrouwen, de voor- en nadelen hiervan (een hogere borstkankerdetectie en een stijging in fout-positieve verwijzingen), de BI-RADS-classificatie en de gevolgen van deze ontwikkelingen voor de huisarts en de verwezen vrouw. Tot slot gaan we in op een groot landelijk onderzoek naar de gevolgen van een aangepaste verwijfsstrategie voor de veiligheid, de kwaliteit van leven en de kosten. Die aanpassingen moeten uiteindelijk leiden tot een betere selectie van vrouwen die de huisarts naar een mammopolikliniek verwijst.

INLEIDING

Momenteel neemt ruim 80% van alle vrouwen tussen 50 en 75 jaar deel aan het Nederlandse borstsonderzoek, waarbij men per jaar ongeveer 5000 gevallen van borstkanker detecteert.¹ Naast de vroege opsporing van borstkanker, krijgen ook vrouwen die achteraf geen borstkanker blijken te hebben een verwijzing voor nader onderzoek in het ziekenhuis: de fout-positieve verwijzingen. Dit is bij 2 van de 3 verwezen vrouwen het geval.

In de afgelopen jaren is zowel het aantal gedetecteerde gevallen van borstkanker als het aantal fout-positieve verwijzingen toegenomen. Dat komt doordat vrouwen met subtiele afwijkingen vaker een verwijzing krijgen en omdat het digitale screeningsmammogram is ingevoerd. Daarnaast maakt men sinds de invoering van de digitalisering in de screening ook gebruik van het Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) van het American College of Radiology.² Om de communicatie tussen de betrokken behandelaars te ver-

beteren staat in de uitslagbrief voor de huisarts standaard de BI-RADS-eindcategorie.³ Op de radiologieafdelingen van de Nederlandse ziekenhuizen werkt men sinds het begin van deze eeuw al volgens dit systeem.³

Er blijkt echter nog onvoldoende aandacht te zijn voor de vertaalslag van deze veranderingen naar de huisartsenpraktijk. In deze beschouwing willen wij deze veranderingen toelichten en een aangepaste verwijfsstrategie beschrijven die de nadelen van de fout-positieve verwijzingen moet verkleinen.

BALANS POSITIEVE EN NEGATIEVE EFFECTEN

Leeftijd is de belangrijkste risico-indicator voor het krijgen van borstkanker.⁴ Daarom nodigt de overheid vrouwen tussen de 50 en 75 jaar elke twee jaar uit voor een screeningsmammogram. Twee gekwalificeerde screeningsradiologen beoordelen de mammogrammen en moeten overeenstemming bereiken over de vraag of een vrouw een verwijzing moet krijgen [figuur 1 tot en met 4]. Als zij het niet eens worden beslist een derde screeningsradioloog. Verdere beeldvorming, zoals het maken van een echogram of een vergrotingsopname, is niet mogelijk binnen de setting van het bevolkingsonderzoek en daarom krijgen deze vrouwen een verwijzing voor nader onderzoek. Deze verwijzing verloopt via de huisarts, die de vrouw naar de mammapoli van het ziekenhuis van haar keuze moet verwijzen.

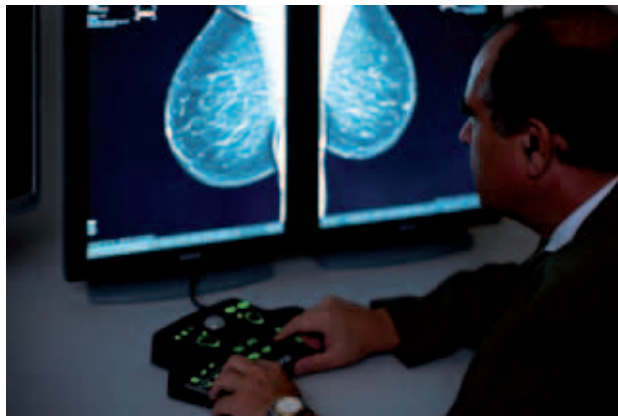
Het aantal vrouwen dat in Nederland een verwijzing krijgt is laag in vergelijking met andere landen in Europa en de Verenigde Staten.⁵ De borstkankersterftereductie behoort niettemin tot een van de hoogste.^{1,6} Onderzoek heeft laten zien dat men in Nederland een nog groter aantal gevallen van borstkanker kan detecteren als huisartsen meer vrouwen naar het ziekenhuis zouden verwijzen.⁷

Op basis van dit onderzoek heeft het Landelijk Referentie Centrum voor Bevolkingsonderzoek (LRCB) de screeningsradiologen tijdens visitaties en onderwijs verzocht de drempel voor verwijzing te verlagen. Daarom verwijzen ze nu ook meer

De kern

- Het Nederlandse bevolkingsonderzoek naar borstkanker heeft op grond van een evaluatie van de resultaten en als gevolg van de digitalisering van het screeningsmammogram de verwijsdrempel verlaagd.
- Hierdoor is de borstkankerdetectie verbeterd, maar dit is gepaard gegaan met een duidelijke toename in het aantal fout-positieve verwijzingen.
- De introductie van de BI-RADS-categorieën 0, 4 en 5 in het Nederlandse bevolkingsonderzoek is bedoeld als standaardisatie van verwijscategorieën en ook als risicostratificatie voor verdenking op maligniteit.
- De vertaalslag van deze veranderingen voor de huisarts en de verwezen vrouw verdient meer aandacht. Dit artikel moet daarin voorzien.

UMC St Radboud, afdeling Epidemiologie, Biostatistiek en HTA, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: J.M.H. Timmers, wetenschappelijk onderzoeker; prof.dr. A.L.M. Verbeek, hoogleraar klinische epidemiologie; dr. M.J.M. Broeders, epidemioloog, coördinator wetenschappelijk onderzoek. Landelijk Referentie Centrum voor Bevolkingsonderzoek: prof.dr. G.J. den Heeten, hoogleraar radiologie, directeur LRCB, AMC, afdeling Radiologie, Universiteit van Amsterdam; dr. H.M. Zonderland, radioloog. Correspondentie: j.timmers@lrcb.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het betreffende onderzoek is gesubsidieerd door ZonMW en is positief beoordeeld door de Medisch Ethische Toetsingscommissie.

Figuur 1 Uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek borstkanker**Figuur 2** Het onderzoek vindt vaak plaats in een mobiele screenings-eenheid**Figuur 3** Het maken van een mammogram**Figuur 4** De beoordeling van het screeningsonderzoek

Foto's: Paul van de Looi

subtiële afwijkingen, bijvoorbeeld goed afgrensbare afwijkingen en asymmetrieën die erg op klierweefsel kunnen lijken. In de vervolgrondes besteedt men meer aandacht aan veranderingen ten aanzien van de vorige ronde, die op zich niet direct verdacht hoeven te zijn, maar wel nieuw zijn.

Een andere factor is de digitalisering van het Nederlandse bevolkingsonderzoek, die in 2010 zijn beslag heeft gekregen. Digitale mammografische screening heeft als voordeel dat het grotere contrast de beeldkwaliteit verbetert, waardoor microcalcificaties en afwijkingen binnen dicht klierweefsel beter te zien zijn. Ook de workflow is verbeterd.^{8,9} Dankzij deze digitalisering en het verwijzen van vrouwen met subtielere afwijkingen is het verwijscijfer gestegen en is als gevolg daarvan het detectiecijfer toegenomen.¹⁰

Het aantal verwezen vrouwen in Nederland is gestegen van 12 naar 20 verwijzingen per 1000 gescreende vrouwen (2000-2010).¹ De borstkankerdetectie is gestegen van 4,9 carcinoemen tot bijna 6 per 1000 gescreende vrouwen.¹ Ruwweg en in absolute termen komt dit neer op landelijk 6000 extra verwijzingen per jaar, waarbij men ongeveer 1500 extra tumoren diagnostiseert.¹

Abstract

Timmers JM, Den Heeten GJ, Zonderland HM, Verbeek ALM, Broeders MJM. Changes in the Dutch breast cancer-screening programme. *Huisarts Wet* 2012;55(7):296-300.

The Dutch breast cancer screening programme was introduced in 1986-1988 and has played, combined with adequate treatment, an important role in the breast cancer mortality reduction. Changes have recently been made to the programme to further increase the breast cancer detection rate. Also the Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) has been introduced to improve communication between specialists. However, it would appear that insufficient attention has been paid to the consequences of these changes. In this article, we describe the changes made to the Dutch screening programme, covering the organisation of programme, the increase in the number of recalled women, the beneficial and harmful effects (i.e. more breast cancers detected and more false positive recalls), the BI-RADS, and the consequences of these developments for general practitioners and the women involved. We also discuss a large national randomised multicenter trial that studies the efficiency of modified assessment strategy that possibly reduces workload for general practitioners and hospital specialists, patient anxiety and costs.

Het aantal fout-positieve verwijzingen is relatief sterker toegenomen dan het aantal ontdekte gevallen van borstkanker. Nog steeds hebben Nederlandse vrouwen echter een lagere kans op een fout-positieve uitslag bij een vergelijkbare borstkankerdetectie dan vrouwen in andere landen.¹¹ We kunnen het Nederlandse bevolkingsonderzoek daarom beschouwen als een relatief goed gebalanceerd programma.

PROBLEMEN BIJ DE ORGANISATIE VAN ZORG

Volgens de richtlijn Mammacarcinoom van het Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON) moet meer dan 90% van de verwezen vrouwen binnen 5 werkdagen op een mammapoli zijn onderzocht.⁴ Dit doel haalt men lang niet overal¹² – soms is er sprake van wachttijden van 5 tot 6 weken. Deze lange wachttijden zijn zeer nadelig voor de verwezen vrouwen, omdat zij in deze periode vaak angstig en ongerust zijn. Meer dan de helft van deze vrouwen kan echter na aanvullend beeldvormend onderzoek op de dag van het polibezzoek zonder verdenking op borstkanker naar huis. Van alle fasen in het diagnostisch onderzoek vindt de helft van de vrouwen de periode vóór de definitieve diagnose het meest stressvol. Deze effecten houden ten minste één jaar na het screeningsmammogram aan.¹³

INVOERING BI-RADS

Het LRCB richt zich op het borgen en continu verder verbeteren van de kwaliteit van het Nederlandse bevolkingsonderzoek. Daartoe evalueert het de medisch inhoudelijke kant van het bevolkingsonderzoek door middel van visitaties van alle beoordelingseenheden in ons land. Uit deze visitaties bleek dat er tussen huisarts en specialist van de verwezen vrouw geregeld sprake was van misverstanden over de aard en ernst van de verwijzing. Om die reden adviseert de NABON-richtlijn⁴ het gebruik van BI-RADS¹⁴. Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft dat in 2008 verplicht gesteld.

De BI-RADS bevordert standaardverslaglegging, waarbij de radioloog in de conclusie van het verslag een inschatting maakt van de kans op aanwezigheid van een maligniteit. Hiervoor hanteert hij de zogenaamde BI-RADS-eindcategorieën. De categorieën die het Nederlandse bevolkingsonderzoek gebruikt vormen slechts een deel van het totale BI-RADS-sys-

teem dat de Nederlandse ziekenhuizen gebruiken.^{14,15} Ook de NHG-Standaard Diagnostiek van mammacarcinoom (tweede herziening)¹⁶ beschrijft de BI-RADS-classificatie. De NHG-Standaard gaat echter niet in op de BI-RADS die is aangepast voor gebruik in het bevolkingsonderzoek [tabel].

De BI-RADS in het bevolkingsonderzoek verschilt met het systeem van de ziekenhuizen, omdat het bevolkingsonderzoek geen advies voor aanvullend onderzoek geeft, terwijl dat in de ziekenhuizen wel gebruikelijk is. Het bevolkingsonderzoek onthoudt zich van deze adviezen omdat het aanvullend onderzoek onder de verantwoordelijkheid van de radioloog in het ziekenhuis valt. Ook gebruikt de screeningsradioloog niet alle BI-RADS-categorieën. We bespreken alleen de categorieën die van toepassing zijn op mammogrammen die voor verwijzing in aanmerking komen: BI-RADS 0, 4 en 5.

Een retrospectief onderzoek uit de Amsterdamse screeningsregio laat zien wat de voorspellende waarde is voor borstkanker van de drie gebruikte BI-RADS-categorieën 0, 4 en 5 [tabel].^{3,17}

BI-RADS 0

Bij een vrouw die is verwezen met een BI-RADS 0 is de verdenking op borstkanker laag, maar geeft het screeningsmammogram onvoldoende informatie en is nader onderzoek nodig. Slechts 1 op de 7 vrouwen blijkt daadwerkelijk borstkanker te hebben (14%). Uit hetzelfde pilotonderzoek is gebleken dat juist deze gevallen van borstkanker een groot aandeel hebben in de groep prognostisch gunstige tumoren met een PA-doorsnede van < 10 mm (38%). De prognose van deze vrouwen is na behandeling gelijk aan die van vrouwen zonder borstkanker.¹⁸ Ongeveer de helft van de verwezen vrouwen heeft een BI-RADS 0. Bij meer dan de helft van deze groep is alleen beeldvormend onderzoek voldoende.¹⁷

BI-RADS 4

Een BI-RADS 4 betekent dat een afwijking is gezien die niet typisch is voor een maligniteit. De kans dat het om kanker gaat, is iets kleiner dan de kans dat de afwijking goedaardig is, namelijk 39%.¹⁷ Van de verwezen vrouwen krijgt 37% een BI-RADS 4. Bij 63% van deze vrouwen is een biopsie nodig om tot de juiste diagnose te komen.¹⁷

Tabel De BI-RADS-eindcategorieën, die screeningsradiologen gebruiken bij verwijzing in het Nederlandse screeningsprogramma naar borstkanker

BI-RADS	Toelichting	Verwezen vrouwen in categorie (%)	Voorspellende waarde bij verwijzing
0	De screeningsradiologen hebben een mogelijke afwijking gezien, maar het mammogram geeft onvoldoende informatie. Meestal is een aanvullend(e) opname of echogram voldoende om tot een definitieve uitspraak te komen. Bij een negatief diagnostisch resultaat kan men de vrouw weer terugverwijzen naar het bevolkingsonderzoek.	53%	Eén op de 7 vrouwen heeft borstkanker (14%).
4	De screeningsradiologen hebben een afwijking gezien die verdacht is, maar niet typisch voor een maligniteit.	37%	Eén op de 3 vrouwen heeft borstkanker (39%).
5	De screeningsradiologen hebben een afwijking gezien die zeer verdacht is voor een maligniteit.	10%	Negen van de 10 vrouwen hebben borstkanker (93%).

BI-RADS 5

Bij een BI-RADS 5 moet de vrouw er serieus rekening mee houden dat de gevonden afwijking kwaadaardig is, de positief voorspellende waarde is namelijk 93%.¹⁷ Ongeveer 10% van alle verwezen vrouwen heeft een BI-RADS 5. In deze groep is bij 96% een biopsie noodzakelijk.

DE ROL VAN DE HUISARTS

Volgens de NHG-Standaard heeft de huisarts de verantwoordelijkheid om een vrouw bij wie de screeningsradiologen een verdachte afwijking hebben geconstateerd, te informeren over de te volgen procedure. Vervolgens moet hij haar verwijzen naar de mammapoli van het ziekenhuis van haar keuze.^{4,16} De NHG-Standaard geeft geen advies over de interpretatie van de verschillende BI-RADS-classificaties.

Zowel de verlaagde verwijdsdrempel als de invoering van de BI-RADS-classificatie is van invloed op de rol van de huisarts. De huisarts zal om te beginnen vaker een gesprek moeten voeren met een vrouw die verwezen is. De huisarts kan de vrouw nu ook informeren over de kans op de aanwezigheid van een maligniteit, afhankelijk van de BI-RADS-classificatie. We zijn ons ervan bewust dat het vanwege het hoge abstractieniveau vaak lastig is om een gesprek over kansen en risico's te voeren. Het is de moeite waard om te proberen de vrouw voor te bereiden op wat haar te wachten staat. Dit geldt zowel bij een lage als bij een hoge verdenking op een maligniteit. Als er sprake is van een fout-positieve verwijzing kan de huisarts met de vrouw ook afspreken om de gang van zaken in een latere fase nog eens door te nemen. Daardoor krijgt de vrouw de gelegenheid haar angst en ongerustheid kenbaar te maken.

ALTERNATIEVE VERWIJSSTRATEGIE

Om de last van de fout-positieve verwijzingen te verkleinen, loopt er op dit moment een gerandomiseerd onderzoek (zie www.lrcb.nl/MASS-trial) naar een alternatieve strategie. Voor de vrouwen die de screeningsradiologen hebben verwezen met een BI-RADS 0 (de screeningsradiologen hebben meer informatie nodig om te bepalen of verwijzing noodzakelijk is) wordt het mogelijk om een vergelijking te maken tussen de gebruikelijke en een nieuwe route. Deze laatste bestaat uit het maken van aanvullende foto's of een echografie, binnen de organisatie van het Nederlandse bevolkingsonderzoek. Dit zou voor een groot deel van deze vrouwen voldoende moeten zijn om de aanwezigheid van een maligniteit uit te kunnen sluiten. Wij verwachten dat het om ongeveer 5000 vrouwen per jaar gaat. De onderzoekers gaan na of de vrouwen de uitslag daadwerkelijk sneller krijgen en wat de effecten zijn op angst, ongerustheid en kwaliteit van leven. Ook doen ze onderzoek naar de druk op de gezondheidszorg, waarbij de voordelen van de vroegdetectie van de kleine, prognostisch gunstige tumoren behouden moeten blijven. Vrouwen met een hogere verdenking op een maligniteit (BI-RADS 4 of 5) dient de huisarts onverminderd te verwijzen naar de mammapoli in het ziekenhuis.

CONCLUSIE

Wij hebben geprobeerd duidelijk te maken dat het bevolkingsonderzoek borstkanker de verwijdsdrempel heeft verlaagd op grond van evaluatie van de eigen resultaten en dankzij digitalisering. Hierdoor is de kankerdetectie verbeterd, hetgeen gepaard ging met een hoger aantal fout-positieve verwijzingen.

De introductie van de BI-RADS-categorieën 0, 4 en 5 in het bevolkingsonderzoek is bedoeld als standaardisatie van verwijscategorieën en risicostratificatie. Huisartsen kunnen hun patiënten nu beter van informatie voorzien en hebben inzicht in de kans dat er ook daadwerkelijk sprake is van borstkanker.

De invoering van het Nederlandse bevolkingsonderzoek, enige decennia geleden, is een aanzet geweest tot een revolutie in de mammadiagnostiek en -therapie. Er verschijnen dan ook voortdurend onderzoeken om de effecten in maat en getal uit te drukken. Het nut van het bevolkingsonderzoek staat op dit moment opnieuw (inter)nationaal ter discussie.^{19,20} In dit licht bezien is het niet verbazingwekkend dat men discussie voert over de bijdrage van het bevolkingsonderzoek aan de mortaliteitsdaling van het mammacarcinoom, maar daarvoor komt de uitvoering van de screening wel onder druk te staan.

Het effect van het bevolkingsonderzoek op de mortaliteit is rechtstreeks afhankelijk van de kwaliteit ervan. Het Nederlandse bevolkingsonderzoek is ingebed in het totaalpakket aan gezondheidszorg en streeft naar eerlijke kansen voor alle lagen van de bevolking. Door structureel alle vrouwen tussen 50 en 75 jaar de mogelijkheid van vroege diagnostiek aan te bieden en dankzij verbeteringen in de behandeling zien we in Nederland een borstkankersterftereductie van 31% ten opzichte van de periode vlak voor de implementatie van de screening (1986-1988).¹ Als we alleen kijken naar de groep gescreende vrouwen is er zelfs sprake van een reductie van 50%.²¹ Het zou betreurenswaardig zijn om deelname te ontmoedigen en het effect teniet te doen vanwege vaak moeilijk te volgen methodologische discussies, maar ook door onduidelijkheden in de organisatie van het bevolkingsonderzoek. Wij hopen dat we met deze uitleg over de recente aanpassingen in de screening een stap in de goede richting hebben gezet. ■

LITERATUUR

- 1 Landelijk Evaluatie Team voor Bevolkingsonderzoek Borstkanker (LETB). LETB Tussenrapportage 2011. Belangrijkste resultaten 2008-2009 Bevolkingsonderzoek Borstkanker. Rotterdam: LETB, 2011.
- 2 American College of Radiology (ACR). ACR BI-RADS®-Mammography, 4th Edition. In: ACR Breast Imaging Reporting and Data System, Breast Imaging Atlas. Reston (VA): American College of Radiology, 2003.
- 3 Zonderland HM, Pope TL Jr, Nieborg AJ. The positive predictive value of the breast imaging reporting and data system (BI-RADS) as a method of quality assessment in breast imaging in a hospital population. *Eur Radiol* 2004;14:1743-50.
- 4 Nationaal Borstkanker Overleg Nederland. Richtlijn Mammacarcinoom. Amsterdam: NABON, 2008.
- 5 Yankaskas BC, Klabunde CN, Ancelle-Park R, Renner G, Wang H, Fracheboud J, et al. International comparison of performance measures for screening mammography: can it be done? *J Med Screen* 2004;11:187-93.
- 6 Lynge E, Olsen AH, Fracheboud J, Patnick J. Reporting of performance indicators of mammography screening in Europe. *Eur J Cancer Prev* 2003;12:213-22.
- 7 Otten JD, Karssemeijer N, Hendriks JH, Groenewoud JH, Fracheboud J, Verbeek AL, et al. Effect of recall rate on earlier screen detection of breast cancers based on the Dutch performance indicators. *J Natl Cancer Inst* 2005;97:748-54.

- 8 Bick U, Diekmann F. Digital mammography: what do we and what don't we know? *Eur Radiol* 2007;17:1931-42.
- 9 Pisano ED, Gatsonis C, Hendrick E, Yaffe M, Baum JK, Acharyya S, et al. Diagnostic performance of digital versus film mammography for breast-cancer screening. *N Engl J Med* 2005;353:1773-83.
- 10 Bluekens A, Karssmeijer N, Beijersinck D, Deurenberg J, Van Engen R, Broeders M, et al. Consequences of digital mammography in population-based breast cancer screening: initial changes and long term impact on referral rates. *Eur Radiol* 2010;20:2067-73.
- 11 Otten JD. Cumulative chance of breast cancer detection and risk of side effects in long-term screening [proefschrift, hoofdstuk 6]. Nijmegen: Radboud University Nijmegen Medical Centre, 2010.
- 12 Nationaal Programma Kankerbestrijding (NPK). Aansluiting van screening naar curatieve zorg. Praktische problemen en mogelijke oplossingen. Den Haag: NPK, 2009.
- 13 Van der Steeg AF, Keyzer-Dekker CM, De Vries J, Roukema JA. Effect of abnormal screening mammogram on quality of life. *Br J Surg* 2010;98:537-42.
- 14 American College of Radiology (ACR). ACR BI-RADS®-Mammography, practice guideline for the performance of screening and diagnostic mammography. Reston (VA): ACR, 2008.
- 15 Zonderland HM, Nagtegaal HJD, Den Heeten GJ. Duidelijk verdacht. *Med Contact* 2008;48:1997-2001.
- 16 De Bock GH, Beusmans GHMI, Hinloopen RJ, Corsten MC, Salden NMA, Scheele ME, et al. NHG-Standaard Diagnostiek van het mammacarcinoom. *Huisarts Wet* 2008;51:598-609.
- 17 Timmers JM, Van Doorne-Nagtegaal HJ, Zonderland HM, Van Tinteren H, Visser O, Verbeek AL, et al. The Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) in the Dutch breast cancer screening programme: its role as an assessment and stratification tool. *Eur Radiol* 2012, DOI 10.1007/s00330-012-2409-2.
- 18 Otten JD, Broeders MJ, Den Heeten GJ, Holland R, Fracheboud J, De Koning HJ, et al. Life expectancy of screen-detected invasive breast cancer patients compared with women invited to the Nijmegen screening program. *Cancer* 2010;116:586-91.
- 19 Gøtzsche PC, Jorgensen KJ, Zahl PH, Maehlen J. Why mammography screening has not lived up to expectations from the randomised trials. *Cancer Causes Control* 2012;23:15-21.
- 20 Bonneux LG, Autier P. Bevolkingsonderzoek naar borstkanker loont niet. Screening heeft nauwelijks invloed op sterfte. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011;155:A3774.
- 21 Otto SJ, Fracheboud J, Verbeek AL, Boer R, Reijerink-Verheij JC, Otten JD, et al. Mammography screening and risk of breast cancer death: a population-based case-control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012;21:66-73.

Nico van Duijn

Niet-symptomen

Symptomen zijn kenmerken van ziekte, bouwstenen voor diagnoses. Ze zijn er in soorten. Gewoonlijk doen we het met de symptomen die er zijn, soms met de symptomen die ontbreken, de 'niet-symptomen'.

Blauwe nagels bij traplopen en roze nagels in rust is een sterk symptoom voor ernstig zuurstofgebrek. Samen met een diepe, smerige hoest en koorts is het een sterk setje symptomen. Dan is het een ernstige longontsteking. Allerlei varianten zijn mogelijk, zoals longontsteking met hartfalen samen. Maar het blijft een zekere longontsteking. Nou ja, bijna zeker. Want 100% zeker krijg je niet in de geneeskunde en zelfs dat is niet 100% waar.

Symptomen die er niet zijn geven ook zekerheid. Niet hoesten, niet snotteren, maar wel keelpijn, koorts en klieren wijzen op een keelontsteking en daar helpt penicilline tegen. Met hoesten is het een virus. Dan helpt penicilline niet. Niet hoesten is in dit setje een sterk niet-symptoom. Een niet zieke, maar snotte-



Foto: iznagood/Shutterstock

rige, kwijlende peuter met flinke koorts zal doorkomende tandjes hebben en geen luchtweginfectie. Niet ziek zijn ondanks flinke koorts is hier een sterk niet-symptoom. Wel flink benauwd maar geen gepruttel door de stethoscoop wijst eerder op een longembolie dan op een longontsteking. Geen gepruttel is een niet-symptoom, een sterk maar ongericht symptoom in dit geval. Want zeldzame soorten longontstekingen kunnen ook. Niet-symptomen, ze kunnen even sterk duiden op ziekte als aanwezige symptomen dat doen.

Niet-niet-symptomen komen ook voor, bijvoorbeeld een hartinfarct zonder pijn op de borst maar wel met alle andere symptomen. Pijn op de borst hoort er niet niet te zijn.

Symptomen, we hebben ze in alle soorten en maten. Wel-symptomen, niet-symptomen, niet-niet-symptomen, vroege en late symptomen, ijzersterke zeldzame symptomen en zwakke veelvoorkomende symptomen. Het is ons gereedschap, om diagnoses te bouwen. ■



Onverklaarde lichamelijke klachten

Samenvatting

Olde Hartman TC, Van Ravesteijn H, Lucassen P. Onverklaarde lichamelijke klachten. *Huisarts Wet* 2012;55(7):301-5.

De huisarts wordt vaak geconfronteerd met patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Slechts een minderheid (2,5%) van deze patiënten houdt chronisch last van deze klachten, maar die minderheid doet wel een groot beroep op de gezondheidszorg. Veel huisartsen vinden de behandeling en begeleiding van patiënten met chronische SOLK moeilijk, met name het geven van goede en concrete uitleg. Om de arts-patiëntrelatie in stand te houden vallen huisartsen terug op zorgrituelen, zoals het inplannen van regelmatige contacten. Veel huisartsen hebben een contraproductief beeld van patiënten met SOLK. Het idee dat patiënten druk uitoefenen op de huisarts voor het krijgen van somatische interventies klopt niet, evenals het idee dat patiënten met SOLK niet willen praten over psychosociale problemen. De communicatie in de consulten met patiënten met chronische SOLK is vaak weinig gericht op het structureel uitdiepen van hun ideeën, angsten en verwachtingen. Hierdoor sluit de uitleg die de huisarts geeft vaak niet aan bij de patiënt. Dit is jammer, want goede communicatie over de aard van de klacht is essentieel voor de effectiviteit van de behandeling en begeleiding. Patiënten met chronische SOLK willen, net als andere patiënten, patiëntgerichte communicatie. Ze geven bovendien aan dat ze een langdurige en persoonlijke relatie met hun huisarts erg belangrijk vinden. Een dergelijke arts-patiëntrelatie is een krachtig therapeutisch instrument in de eerste lijn. Het belang dat zowel huisartsen als patiënten toekennen aan de communicatie en de arts-patiëntrelatie past naadloos in de filosofie van de huisartsgeneeskunde. Hoewel er ruimte is voor verbetering, is de behandeling en begeleiding van patiënten met chronische SOLK daarom een aangewezen taak voor de huisarts.

INLEIDING

Lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, rugpijn, duizeligheid en moeheid komen veel voor. Tweederde van de mannen en viervijfde van de vrouwen zegt in de laatste twee weken minstens één lichamelijke klacht te hebben gehad.^{1,2} Slechts een minderheid gaat ermee naar de dokter.^{3,4} Bij een kwart tot de helft van deze klachten kan de huisarts geen onderliggende ziekte diagnosticeren,^{5,6} en in 80% van de gevallen blijft het ook bij één doktersbezoek en gaan de klachten vanzelf over.⁷ De multidisciplinaire richtlijn, verschenen in 2010, classificeert deze klachten als somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).⁸

De meeste SOLK verdwijnen dus spontaan of na kort contact met de huisarts. Slechts 2,5% van de patiënten met SOLK houdt chronische klachten.⁹ Deze kleine minderheid doet echter een onevenredig groot beroep op de gezondheidszorg en zorgt voor hoge, onnodige kosten. Bovendien hebben deze patiënten vaak veel last van hun klachten en ondervinden ze beperkingen in hun dagelijks leven. Voor de huisarts verloopt

een consult met deze patiënten vaak niet zonder problemen, getuige de termen *heartsink patient*, 'moeilijke patiënt' en 'zeurende patiënt'.¹⁰⁻¹⁴ Ondanks de frustratie en scepsis die hierin doorklinken, vinden huisartsen dat patiënten met SOLK behandeld en begeleid moeten worden in de eerste lijn.¹⁰ In deze beschouwing laten we zien hoe de zorg die zij leveren zich verhoudt tot de zorg die de patiënten verwachten. Dat levert aanknopingspunten op voor verbetering.

ERVARINGEN VAN HUISARTSEN

Huisartsen vinden de behandeling en begeleiding van patiënten met chronische SOLK vaak moeilijk en ingewikkeld, zeker wanneer de patiënt het spreekuur blijft bezoeken. De problemen die huisartsen ervaren, liggen vooral op het vlak van de communicatie en de arts-patiëntrelatie, onder andere door frustratie en scepsis vanwege het ontbreken van een goede biomedische verklaring.^{11,13,15}

Om meer inzicht te krijgen in deze moeilijkheden lieten we 22 huisartsen in vijf focusgroepen met elkaar discussiëren. Om de externe validiteit van ons onderzoek te vergroten namen we een kwalitatieve steekproef zodat er homogene focusgroepen ontstonden van academisch werkende en niet-

De kern

- Huisartsen vinden de behandeling en begeleiding van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) vaak ingewikkeld doordat ze problemen ervaren op het vlak van de communicatie en de arts-patiëntrelatie.
- Veel huisartsen hebben een verkeerd beeld van patiënten met SOLK. Ze gaan er ten onrechte van uit dat deze patiënten op zoek zijn naar somatische interventies en niet willen praten over psychosociale problemen.
- Een positieve communicatie met patiënten met SOLK is essentieel. Dit kan bereikt worden door de ideeën, angsten en verwachtingen van patiënten goed te exploreren, door psychosociale hints tijdens het consult op te pikken en door concreet en duidelijk uitleg te geven.
- De arts-patiëntrelatie is zeker in de eerste lijn een krachtig therapeutisch instrument. Gezien het geringe arsenaal aan specifieke, in de huisartsenpraktijk toepasbare interventies voor patiënten met chronische SOLK zou de huisarts die relatie zo veel mogelijk moeten benutten.

UMC St. Radboud, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; dr. T.C. olde Hartman, huisarts en senior onderzoeker; H. van Ravesteijn, aios Psychiatrie en junior onderzoeker; dr. P. Lucassen, huisarts en senior onderzoeker • Correspondentie: t.oldehartman@elg.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Beschouwing op basis van het proefschrift *Persistent medically unexplained symptoms in primary care: The patient, the doctor and the consultation* (Radboud Universiteit Nijmegen, 13 oktober 2011). Het volledige proefschrift is in te zien op: http://stats.uci.ru.nl/~wvgerwen/thesis_Tim_olde_Hartman.pdf. Het proefschrift werd financieel ondersteund door ZonMW (subsidienummer 920-03-339).



Foto: Theo Audenard/HH

academisch werkende huisartsen, en van huisartsen in stadspraktijken en huisartsen in plattelandspraktijken. We namen de focusgroepdiscussies op, schreven ze volledig uit en voerden vervolgens een kwalitatieve analyse uit volgens de methode van constante vergelijking.¹⁶

De huisartsen gaven aan dat ze het belangrijk vinden om een goede uitleg van de klachten aan hun patiënten te geven:

‘Je moet het verdomd goed uitleggen, je moet heel erg duidelijk zijn over de oorzaak van de klachten. Wanneer je dit vaak houdt, gaan patiënten vol verwarring naar huis en dat maakt het alleen maar erger’.

Tegelijkertijd erkenden ze dat ze vaak grote moeite hebben die duidelijke uitleg te geven:

‘Tja, wanneer je me vraagt: “Waar komen de klachten nou precies vandaan, die moeheid?” Dan heb ik eigenlijk geen antwoord’.

Omdat deze huisartsen zo’n moeite hebben met het geven van een specifieke uitleg, proberen zij patiënten gerust te stellen op niet-specifieke manieren, bijvoorbeeld door te zeggen dat er geen ziekte is, door metaforen te gebruiken (zwakke plek, overbelaste lift) en door de klachten te normaliseren (klachten horen erbij, ze zijn goedaardig en gaan vanzelf weg).¹⁶

De huisartsen gaven aan dat wanneer de patiënt last blijft houden van SOLK en blijft terugkomen bij de huisarts, dat ze zich dan vooral richten op het in stand houden van de arts-pa-

tiëntrelatie. Ze doen dit door gebruik te maken van zorgrituelen, zoals regelmatig lichamelijk onderzoek en regelmatige consulten:

‘Ik laat zo’n patiënt zo nu en dan komen, zelfs zonder klachten, en dan onderzoek ik z’n hart, longen en bloeddruk en is hij gerustgesteld. Op deze manier heb ik een soort relatie gecreëerd waarbij de patiënt met weinig tevreden is’.

Sommige huisartsen vinden dit prima, anderen staan ambivalent tegenover deze zorgrituelen omdat ze het gevoel hebben dat de patiënt voor een belangrijk deel bepaalt wat de huisarts moet doen. Overigens moeten we hierbij wel opmerken dat dit focusgroeponderzoek alleen iets zegt over hoe huisartsen patiënten met chronische SOLK ervaren, niet over hoe zij in de praktijk handelen.

We kunnen concluderen dat huisartsen groot belang toekennen aan een goede uitleg en een goede arts-patiëntrelatie, en daar ook verantwoordelijkheid voor nemen.¹⁷⁻¹⁹ Tegelijkertijd lijkt er op dit gebied nog een verbeteringslag mogelijk.

VERKEERDE BEELDVORMING

Patiënten met SOLK hebben vaak het gevoel dat de dokter hun klachten niet erkent en dat ze continu moeten vechten tegen diens scepsis.²⁰ Ze hebben het gevoel dat hun dokter ze als ‘psychologisch geval’ bestempelt^{21,22} en ze niet serieus neemt.^{15,20,23-25} Het is dan ook niet verwonderlijk dat ze vaak ontevreden zijn over de zorg die ze krijgen.^{21,26}

Veel huisartsen denken dat SOLK geassocieerd zijn met persoonlijkheidsproblematiek of psychiatrische stoornissen.^{10,27} Velen van hen hebben bovendien het idee dat SOLK uitingen zijn van psychosociale problemen en dat de patiënt de link tussen de lichamelijke klachten en die problemen niet wil of kan leggen.^{28,29} Daarnaast hebben dokters het idee dat de presentatie van de klachten niet geheel in overeenstemming is met de daadwerkelijke last.³⁰ Huisartsen geven aan dat ze zich door patiënten met SOLK onder druk gezet voelen om allerlei somatische interventies uit te voeren, zoals aanvullend onderzoek, een recept of een verwijzing.^{29,31} Ze schrijven dit gevoel toe aan het feit dat patiënten ervan overtuigd zijn dat hun klachten veroorzaakt worden door een lichamelijke ziekte en psychologische hulp afwijzen.^{10,32}

Deze opvattingen zorgen voor problemen in de communicatie tussen de huisarts en de patiënt, en voor moeizaam verlopende consulten. Uit onderzoek van deze consulten blijkt echter dat patiënten met SOLK helemaal niet vaker om somatische interventies vragen dan andere patiënten. Ze vragen ook niet vaker om uitleg of geruststelling dan patiënten met verklaarde klachten, maar ze willen wel graag extra emotionele ondersteuning van hun huisarts.³³ Toch blijkt, en dat is ook wel begrijpelijk vanuit de scepsis die veel huisartsen bij SOLK ervaren, dat huisartsen een stuk minder empathisch reageren op patiënten met SOLK.

Deze bevindingen weerleggen dus het idee dat patiënten met SOLK druk uitoefenen voor een somatische interventie en niet willen praten over psychosociale problemen. In 95% van de consulten met patiënten met SOLK geven patiënten één of meer psychosociale hints. Daarbij suggereren patiënten zelf dat problemen onderdeel zouden kunnen zijn van hun klachten. Veel huisartsen pikken deze hints helaas niet op en laten de gelegenheid voor diepere exploratie van de klachten voorbijgaan.^{34,35}

Kortom, huisartsen hebben vaak een verkeerd beeld van patiënten met SOLK en dat belemmert een goede behandeling en begeleiding van deze patiënten. Daarom is het van groot belang dat dokters hun beeld van patiënten met SOLK bijstellen.

MOEIZAME COMMUNICATIE

Om de communicatie tussen huisartsen en patiënten met chronische SOLK beter in kaart te brengen, onderzochten we twintig videoconsulten tussen huisartsen en hun patiënten. Deze videoconsulten waren afkomstig uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van het Nivel.^{7,36,37} De consulten die wij onderzochten vonden plaats bij de eigen huisarts en betroffen lichamelijke klachten waarvoor de patiënt deze huisarts al eerder had bezocht. Daarbij had de huisarts aangegeven dat de klachten gerelateerd waren aan psychosociale factoren. De patiënten waren 18 jaar of ouder en hadden ten tijde van het consult geen psychiatrische of sociale diagnose (ICPC-hoofdstuk P en/of Z). We schreven alle consulten woordelijk uit en analyseerden de arts-patiëntcommunicatie op een kwalitatieve manier, met

het biopsychosociale model als uitgangspunt.³⁸ De patiënten bleken meerdere klachten kriskras door het consult heen te presenteren. De huisartsen gebruikten echter nauwelijks gesprekstechnieken om daar structuur in aan te brengen, zoals het bepalen van de agenda en samenvatten. Wel gaven ze de patiënt ruim de gelegenheid om hun verhaal te vertellen, maar de reden van hun komst, hun ideeën en angsten werden niet structureel besproken. De huisartsen gaven vaak uitgebreid uitleg over de klachten, maar hielden daarbij geen rekening met de ideeën en angsten van de patiënt.

De consulten zijn dus te weinig gericht op het structureel uitdiepen van de klachten, ideeën, opvattingen en verwachtingen van de patiënt, en daardoor sluit de gegeven uitleg vaak niet aan bij die verwachtingen.³⁸ Hier lijkt nog veel winst te behalen. De ziektebeleving en de context van de patiënt zouden centraal moeten staan in de uitleg die de huisarts de patiënt geeft. Belangrijke hulpmiddelen daarbij zijn een biopsychosociale werkwijze (SCEGS) en het oppikken van hints die de patiënt geeft. Het acroniem SCEGS herinnert de huisarts eraan dat er naast de Somatische klachtendimensie (aard, duur en ernst van de klachten) nog vier andere belangrijke klachtendimensies zijn, namelijk een Cognitieve (ideeën van de patiënt), een Emotionele (angsten van de patiënt), een Gedragmatige (invloed van de klachten op het gedrag), en een Sociale (gevolgen op het sociale vlak).³⁹ En de psychosociale hints van de patiënt kunnen de huisarts helpen een beter begrip van diens perspectief te krijgen.⁴⁰ De hieruit verkregen informatie stelt de huisarts beter in staat een concrete en duidelijke uitleg te geven, die aansluit bij de gedachtewereld van de patiënt in kwestie. Bovendien mag men verwachten dat de patiënt met chronische SOLK zich gesteund en serieus genomen voelt doordat zijn verwachtingen en angsten besproken zijn.

Het is belangrijk zich te realiseren dat een goede arts-patiëntcommunicatie, net als een goede arts-patiëntrelatie, op zichzelf al een sterk positief effect op gezondheidsuitkomsten

Abstract

Olde Hartman TC, Van Ravesteijn H, Lucassen P. *Medically unexplained physical symptoms. Huisarts Wet 2012;55(7):301-5.*

GENERAL practitioners often see patients with medically unexplainable physical symptoms. While only a minority (2.5%) of patients are chronically affected by these problems, these patients take up a relatively large proportion of GPs' time and resources. Many GPs find it difficult to treat and manage these patients, for lack of a clear and concrete explanation. They often resort to 'care rituals', such as planning regular appointments. In many cases, this is because GPs have a counterproductive image of these patients as demanding treatment for physical problems and not being prepared to consider the possibility that they may have psychosocial problems. While this image is undeserved, it does ensure that GPs pay little attention to the patients' ideas, worries, and expectations. This results in a breakdown in communication. This is unfortunate because patients with unexplainable physical problems also state that they find it important to have a long-lasting, personal relationship with their doctor. The doctor-patient relationship is one of the most powerful instruments available in primary care and there is room for improvement.

heeft. Alleen al het gebruik van de juiste woorden is therapeutisch, omdat de patiënt zich begrepen en gerustgesteld voelt.^{41,42} Daarbij is aangetoond dat bij patiënten met SOLK 64% van de klachten genas na een positief consult (duidelijke uitleg en vertrouwen in een goede prognose), en slechts 39% na een niet-positief consult (vage uitleg en onduidelijke prognose).⁴³ Bovendien waren de patiënten die een positief consult kregen ook nog eens tevredener. In een onderzoek naar acupunctuur en gonartrose bleek dat de manier van communiceren mede de effectiviteit van de behandeling bepaalde. Patiënten met wie de therapeut de hoge verwachtingen van de behandeling besprak, bleken na de behandeling significant minder pijn te hebben (*effect size* 0,25) en tevredener te zijn (*effect size* 0,22), dan patiënten bij wie de therapeut neutraal was over de te verwachten effecten van de behandeling.⁴⁴

Een positieve arts-patiëntcommunicatie is derhalve essentieel voor de effectiviteit van behandelingen in de eerste lijn, en is een belangrijk hulpmiddel in de behandeling en begeleiding van patiënten met chronische SOLK.

HET BELANG VAN DE ARTS-PATIËNTRELATIE

Om te exploreren welke verwachtingen patiënten met chronische SOLK van hun huisarts hebben, interviewden we 17 patiënten die tussen 2006 en 2008 in de Continue Morbiditeitsregistratie de registratie chronische SOLK hadden gekregen.⁴⁵ Dit waren semigestructureerde interviews, die we bij de patiënten thuis afnamen en daarna kwalitatief analyseerden met behulp van de methode van constante vergelijking. Deze patiënten hadden allen een lange geschiedenis van SOLK en daardoor ruime ervaring met de gezondheidszorg. Allen gaven zij aan dat zij een persoonlijke en langdurige relatie met hun huisarts erg belangrijk vonden:

'Ik heb dezelfde huisarts al 19 jaar lang, dan ken je elkaar inmiddels erg goed [...] de afstand tussen de dokter en de patiënt is dan ook klein [...] ik vind dat erg fijn.'

De patiënten wilden serieus genomen worden door hun huisarts. Ze verwachtten een niet-veroordelende, open wijze van communiceren:

'Ze heeft een actieve manier van luisteren. Ze kent me [...], dan reageert ze met zo'n begripvolle stem.'

De patiënten gaven aan dat ze prijs stellen op een nauwgezette exploratie van de klachten en op een begrijpelijke uitleg, en dat ze het waarderen wanneer ze gemakkelijk, zonder veel drempels, bij hun huisarts terecht kunnen. Verder wilden ze graag betrokken worden in de beslissingen die de huisarts tijdens het consult neemt:

'We denken samen na over dingen. Het is niet eenrichtingsverkeer. Samen bedenken we wat het beste voor me is.'

Kortom, in dit onderzoek bleek dat patiënten met chronische SOLK prijs stellen op patiëntgerichte communicatie, waarbij persoonlijke continuïteit en een langdurige arts-patiëntrelatie belangrijk zijn. Deze wens sluit exact aan bij de wijze waarop de huisartsenzorg in Nederland georganiseerd is, en ondersteunt de opvatting van de huisartsen dat de zorg voor patiënten met SOLK in de eerste lijn thuishoort.¹⁰

Uit de literatuur is inmiddels bekend dat een goede arts-patiëntrelatie, net als een goede arts-patiëntcommunicatie, in het algemeen zorgt voor betere gezondheidsuitkomsten, meer patiënttevredenheid en grotere therapietrouw.⁴⁶⁻⁴⁸ In de psychotherapie is die relatie zelfs verantwoordelijk voor 30% van het effect van de behandeling.⁴⁹ In een literatuuronderzoek naar het therapeutisch effect van de huisarts-patiëntrelatie⁵⁰ vonden onderzoekers dat huisartsen die een warme en persoonlijke relatie met hun patiënten aangaan, effectiever zijn dan huisartsen die het houden bij een meer onpersoonlijke en formele relatie. En in een Nederlands onderzoek naar de behandeling van depressie in de eerste lijn bleek een behandeling volgens de richtlijn op zichzelf onvoldoende effectief, maar in combinatie met empathie en ondersteuning wél effectief.⁵¹ Ook bij de behandeling van IBS (prikkelbaredarmsyndroom) is een warme, empathische en vertrouwelijke arts-patiëntrelatie effectiever dan dezelfde behandeling zonder zo'n relatie (verlichting van symptomen 61% versus 53%).⁵²

Deze onderzoeken laten zien dat de arts-patiëntrelatie een belangrijk en krachtig therapeutisch instrument is dat we juist in de eerste lijn uitstekend kunnen inzetten. Gezien het geringe arsenaal aan andere specifieke, in de huisartsenpraktijk toepasbare interventies bij chronische SOLK zouden we dat bij deze patiënten dan ook maximaal moeten doen.

CONCLUSIE

Om patiënten met chronische SOLK beter te kunnen helpen moeten huisartsen zich meer focussen op de consulten zelf, de gepresenteerde klachten en de woorden die ze gebruiken tijdens deze consulten. De communicatie moet gericht zijn op (1) de exploratie van de ideeën, angsten, verwachtingen en hulpvraag van patiënten met bijvoorbeeld de SCEGS, (2) het actief luisteren en het oppikken van hints, (3) het structureren van het consult en (4) het geven van een concrete en positieve uitleg die aansluit bij de ideeën en angsten van patiënten. Hiermee hebben we als huisarts krachtige hulpmiddelen in handen om patiënten met chronische SOLK te behandelen en te begeleiden. Door een heldere en patiëntgerichte communicatie en een positieve en langdurige arts-patiëntrelatie is de huisarts bij uitstek in staat om een gezonde therapeutische omgeving te creëren. Deze therapeutische omgeving is de sleutel tot het verbeteren van de zorg voor en gezondheidsuitkomsten van patiënten met chronische SOLK. ■

LITERATUUR

- 1 Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med* 1998;60:150-5.
- 2 Houtveen JH. De dokter kan niets vinden. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, 2009.

- 3 Green LA, Fryer GE, Jr., Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001;344:2021-5.
- 4 Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- 5 Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: A comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res* 1997;42:245-52.
- 6 Barsky AJ, Borus JE. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 1995;274:1931-4.
- 7 Van der Linden MW, Westert G, De Bakker DH, Schellevis F. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 8 Trimbos Instituut/Netherlands Institute of Mental H, Addiction. [Multidisciplinary guideline medically unexplained symptoms and somatoform disorders]. Houten: Ladenius Communicatie, 2010.
- 9 Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006;23:414-20.
- 10 Reid S, Whooley D, Crayford T, Topof M. Medically unexplained symptoms: GPs' attitudes towards their cause and management. *Fam Pract* 2001;18:519-23.
- 11 Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Yoldi-Elcid A, Lopez-Aylon R, Monton C. Management of somatisers in primary care: are family doctors motivated? *Aust N Z J Psychiatry* 1998;32:528-33.
- 12 Hartz AJ, Noyes R, Bentler SE, Damiano PC, Willard JC, Momany ET. Unexplained symptoms in primary care: perspectives of doctors and patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000;22:144-52.
- 13 Steinmetz D, Tabenkin H. The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Fam Pract* 2001;18:495-500.
- 14 Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: A study of their general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995;45:293-6.
- 15 Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: Qualitative analysis. *BMJ* 1999;318:372-6.
- 16 Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, Van Spaendonck KP, Van Weel C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: A focus group study. *BMC Fam Pract* 2009;10:68.
- 17 Stewart M. Reflections on the doctor-patient relationship: from evidence and experience. *Br J Gen Pract* 2005;55:793-801.
- 18 Balint M. The doctor, his patient and the illness. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- 19 McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York/Oxford: Oxford University Press, 1989.
- 20 Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: Understanding medically unexplained disorders in women. *Fam Med* 2000;32:603-11.
- 21 Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *J R Soc Med* 2003;96:223-7.
- 22 Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, Wessely S. A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain* 1998;76:417-26.
- 23 Peters S, Stanley I, Rose M, Salmon P. Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care. *Soc Sci Med* 1998;46:559-65.
- 24 Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. 'I've been crying my way': Qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. *Fam Pract* 1996;13:498-503.
- 25 Nettleton S, Watt I, O'Malley L, Duffey P. Understanding the narratives of people who live with medically unexplained illness. *Patient Educ Couns* 2005;56:205-10.
- 26 Deale A, Wessely S. Patients' perceptions of medical care in chronic fatigue syndrome. *Soc Sci Med* 2001;52:1859-64.
- 27 Sharpe M, Mayou R, Walker J. Bodily symptoms: New approaches to classification. *J Psychosom Res* 2006;60:353-6.
- 28 Woivalin T, Krantz G, Mantyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: Perceptions of physicians in primary health care. *Fam Pract* 2004;21:199-203.
- 29 Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: A qualitative study. *Fam Pract* 2002;19:178-82.
- 30 Asbring P, Narvanen AL. Ideal versus reality: Physicians perspectives on patients with chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia. *Soc Sci Med* 2003;57:711-20.
- 31 Armstrong D, Fry J, Armstrong P. Doctors' perceptions of pressure from patients for referral. *BMJ*. 1991;302:1186-8.
- 32 Goldberg DP, Bridges K. Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *J Psychosom Res* 1988;32:137-44.
- 33 Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res* 2005;59:255-60.
- 34 Cegala DJ. A study of doctors' and patients' communication during a primary care consultation: Implications for communication training. *J Health Commun* 1997;2:169-94.
- 35 Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: Qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004;54:171-6.
- 36 Westert G, Jabaaij L, Schellevis F. Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage. Oxford: Radcliff, 2006.
- 37 Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen S, De Haes HC, Visser AP, Schellevis FG, Bensing JM. Has patients' involvement in the decision-making process changed over time? *Health Expect* 2006;9:333-42.
- 38 Olde Hartman TC, Van RE, Van DS, Van Weel-Baumgarten E, Lucassen PL, Van Weel C. How patients and family physicians communicate about persistent medically unexplained symptoms: A qualitative study of video-recorded consultations. *Patient Educ Couns* 2011 Apr 7.
- 39 Metz JCM, Verbeek-Weel AMM, Huisjes HJ. Raamplan 2001 artsenopleiding: Bijgestelde eindtermen van de artsenopleiding. Nijmegen: Mediagroep Nijmegen, 2001.
- 40 Olde Hartman TC, Van Ravesteijn HJ. 'Well doctor, it is all about how life is lived': Cues as a tool in the medical consultation. *Ment Health Fam Med* 2008;5:183-7.
- 41 Thorne SE, Kuo M, Armstrong EA, McPherson G, Harris SR, Hislop TG. 'Being known': Patients' perspectives of the dynamics of human connection in cancer care. *Psychooncology* 2005;14:887-98.
- 42 Hack TF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: A review. *Psychooncology* 2005;14:831-45.
- 43 Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987;294:1200-2.
- 44 Suarez-Almazor ME, Looney C, Liu Y, Cox V, Pietz K, Marcus DM, et al. A randomized controlled trial of acupuncture for osteoarthritis of the knee: Effects of patient-provider communication. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010;62:1229-36.
- 45 Olde Hartman TC. Persistent medically unexplained symptoms in primary care. The patient, the doctor and the consultation [Dissertation]. Nijmegen: Radboud University Nijmegen Medical Centre, 2011.
- 46 Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004;53:974-80.
- 47 Kim SC, Kim S, Boren D. The quality of therapeutic alliance between patient and provider predicts general satisfaction. *Mil Med* 2008;173:85-90.
- 48 Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med* 2003;1:149-55.
- 49 Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationship that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- 50 DiBlasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet* 2001;357:757-62.
- 51 Van Os TW, Van den Brink RH, Tiemens BC, Jenner JA, Van der Meer K, Ormel J. Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *J Affect Disord* 2005;84:43-51.
- 52 Kaptechuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, et al. Components of placebo effect: Randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ* 2008;336:999-1003.

Belangrijkste wijzigingen

- Er is een **onderverdeling gemaakt in ziektediagnostiek en zorgdiagnostiek.**
- Er wordt **meer aandacht geschonken aan de psychosociale interventies die de huisarts kan adviseren, aangepast aan de individuele behoefte van de patiënt en mantelzorger.**
- Er wordt een **onderscheid gemaakt tussen een 'typische' ziekte van Alzheimer (of vasculaire dementie) en minder uitgesproken of zeldzamere dementieële beelden.**

Kernboodschappen

- Biedt diagnostiek aan bij signalen van dementie.
- Dementie is een klinische diagnose die de huisarts zelf kan stellen of waarvoor hij gericht kan verwijzen.
- Het risico op het missen van een behandelbare oorzaak van dementie is zeer klein als bij het aanvullend onderzoek door de huisarts geen afwijkingen zijn gevonden. Routinematig beeldvormend onderzoek is daarom niet zinvol.
- Het voorschrijven van cholinesteraseremmers of memantine door de huisarts wordt niet aangeraden.
- Het toepassen van meerdere psychosociale interventies kan positieve effecten hebben op patiënt en mantelzorger en opname in een verpleeghuis uitstellen.
- Dementiezorg vraagt om afstemming en samenwerking met lokale zorgaanbieders.

INLEIDING

De NHG-Standaard Dementie geeft richtlijnen voor het signaleren van dementie, de diagnostiek bij vermoeden van dementie en de begeleiding en behandeling van patiënten met dementie en hun naasten. Per jaar wordt in Nederland bij minstens 20.000 personen een nieuwe diagnose dementie gesteld. Daarnaast heeft een aanzienlijk aantal ouderen dementie zonder dat dit bij de

huisarts bekend is. Om uiteenlopende redenen blijkt de huisarts niet altijd de diagnose dementie te stellen, wanneer dit wel mogelijk is. Patiënten presenteren soms niet hun klachten en sommige huisartsen geven aan dat zij onvoldoende kennis, tijd of hulpmiddelen hebben voor diagnostiek of denken na diagnose geen hulp te kunnen bieden. De diagnostiek wordt doorgaans in een later stadium van de ziekte gestart.¹ Als de huisarts zeker is van de diagnose dementie, is dit meestal juist.²

Diagnostiek bij cognitieve stoornissen is belangrijk, omdat:

- het stellen van de diagnose dementie een opstap is naar passende zorg;

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.

- het de naasten makkelijker maakt het gedrag van de patiënt te accepteren;
- cognitieve stoornissen ook symptomen kunnen zijn van (soms behandelbare) andere oorzaken dan dementie. Denk hierbij aan een depressie, delier of bijwerkingen van medicatie;
- een patiënt met dementie beoordeeld moet worden door het CBR op geschiktheid voor het besturen van een motorvoertuig (zie *Beleid*);
- de patiënt in een vroeg stadium van dementie vaak nog wilsbekwaam is en zelf nog financiële en/of juridische kwesties en zaken rondom een gewenste wilsbeschikking kan regelen (zie *Beleid*).

Het is onduidelijk hoe vroeg patiënten willen weten dat er sprake is van een cognitieve stoornis of van dementie. Evenmin is bekend hoe vaak negatieve effecten van een diagnose dementie in een vroeg stadium van de ziekte, zoals een fout-positieve uitslag of angst, voorkomen.

Bij de diagnostiek van dementie zijn vier stappen te onderscheiden, drie over ziektediagnostiek en één over zorgdiagnostiek.

De eerste stap is het *opmerken van signalen* die kunnen wijzen op dementie. Omdat patiënten niet altijd zelf met een hulpvraag komen, wordt ook op signalen van naasten ingegaan.

De tweede stap is het *vaststellen van dementie*. Dit is een syndroomdiagnose op basis van DSM-IV-criteria voor 'dementie niet anderszins omschreven', waarbij sprake is van:³

1. een geheugenstoornis; én
2. één of meer andere cognitieve stoornis(sen) in: taal (afasie), gericht handelen (apraxie), herkenning (agnosie), uitvoerende functies (zoals plannen, organiseren, opeenvolgend handelen, abstraheren); én
3. stoornissen die een significante beperking geven in het sociaal of beroepsmatig functioneren ten opzichte van het vroegere niveau van functioneren; én
4. er geen delier is.

Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen MJFJ, Boswijk DFR, Stoffels J, Achthoven L, Luning-Koster MN. NHG-Standaard Dementie (derde herziening). Huisarts Wet 2012;55(7):306-17.

In stap drie wordt beoordeeld of *verwijzing voor nadere diagnostiek* noodzakelijk is. De huisarts evalueert aanwijzingen voor reversibele of minder vaak voorkomende oorzaken van dementie.

De vierde en laatste stap is het *in kaart brengen van de benodigde zorg en behandeling* voor patiënt en mantelzorger. Bij de ziekte én zorgdiagnostiek is samenwerking met andere zorgverleners zoals praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, psychologen, casemanagers en specialisten gewenst.

Het beleid van de huisarts is gericht op begeleiding van de patiënt met dementie en zijn naasten. De belastbaarheid van de naasten bepaalt in belangrijke mate hoe lang patiënten met dementie thuis kunnen blijven. Het inzetten van passende interventies, zoals voorlichting en ergotherapie, zijn hierbij doorgaans waardevol.

De aandachtspunten uit de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA) Dementie zijn verwerkt in deze standaard. Deze waren het resultaat van landelijk overleg tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen (2005) en tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde (2009) over verantwoordelijkheden bij de signalering, diagnostiek, behandeling en begeleiding van dementiepatiënten. Voor meer gedetailleerde aanbevelingen voor het maken van lokale samenwerkingsafspraken en voor de samenwerking met en tussen andere beroepsgroepen ten aanzien van patiënten met dementie, wordt verwezen naar de volledige tekst van genoemde LESA's (www.nhg.org). De NHG-Praktijkwijzer Ouderenzorg ondersteunt de huisarts bij het systematisch organiseren en uitvoeren van taken in de zorg voor ouderen. Onderdelen hiervan zijn ook bruikbaar in de zorg voor dementiepatiënten en hun naasten.⁴

ACHTERGRONDEN

Epidemiologie

De prevalentie van dementie in de huisartsenpraktijk is gestegen van 1,4% in 2002 naar 1,7% in 2008. Dit betekent dat een huisartsenpraktijk met 2350 patiënten ongeveer 40 dementiepatiënten

telt. De incidentie is ongeveer 2 per 1000 patiënten per jaar en stijgt sterk met de leeftijd. Uit bevolkingsonderzoek blijkt geen duidelijk verschil in leeftijdsspe-

cifieke prevalentie tussen mannen en vrouwen. Naar schatting 3% van de patiënten ouder dan 65 jaar zijn van allochtone herkomst.⁵

Abstract

Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen MJFJ, Boswijk DFR, Stoffels J, Achthoven L, Luning-Koster MN. NHG guideline Dementia (third revision). Huisarts Wet 2012;55(7):306-17.

The third revision of the Guideline 'Dementia' provides general practitioners with advice about the diagnosis and treatment of dementia. A medical assistant or nurse can carry out some parts of the diagnostic protocol and patient management, such as the administration of questionnaires and some of the follow-up appointments.

There are four steps to the diagnostic process, three dealing with the diagnosis and one with the care plan. The first step is to identify signs that could be indicative of dementia, such as apathy, weight loss, problems with walking, or unexplained symptoms. Information about these signs can be collected using an observation list for early signs of dementia completed by the GP or a questionnaire administered to the patient's relatives. The second step is to diagnose dementia. This begins with the exclusion or treatment of somatic and psychiatric disorders that can give rise to cognitive problems, such as delirium, depression, subdural haematoma, or medication side effects (especially drugs with anticholinergic effects). The patient history and physical examination should be used to determine whether the DSM diagnosis 'dementia, not otherwise specified' is appropriate. Behaviour problems can be evaluated on the basis of the medical history and information provided by friends or relatives. Laboratory investigations should be ordered with a view to excluding somatic disorders that can cause cognitive disorders. Cognitive disturbances can be evaluated with the MMSE and the Clock Drawing Test.

Dementia is diagnosed if memory impairments and one or more cognitive deficits are present, accompanied by impaired functioning in daily life. Further investigations are not needed if the patient history, physical examination, and laboratory investigations do not provide evidence of abnormalities that are consistent with a potentially treatable cause of dementia, such as normal pressure hydrocephalus or a space-occupying lesion.

If criteria for dementia are not met, then the memory or other cognitive deficits may be mild, so that the patient still functions normally. Mild deficits are not uncommon in elderly people and are usually not a harbinger of dementia. Patient management is dependent on the presenting complaint, and the patient can be offered repeat diagnostic testing in 6 months, or earlier if symptoms become more severe. If the patient does not have memory problems but does have other cognitive or neuropsychiatric symptoms (such as changes in personality or behaviour) that interfere with daily functioning and shows signs of functional decline, then the patient's health needs should be assessed and, if appropriate, he/she should be referred for further diagnostic evaluation.

The third step is to establish whether referral is necessary, such as for less common types of dementia (Parkinson's dementia, Lewy body dementia, and frontotemporal lobe dementia). The fourth step, which can also be done by a medical assistant or nurse, is to evaluate the care and treatment required, for example by using an (I)ADL questionnaire administered to the patient and a questionnaire administered to carers to assess their ability to provide the necessary care and its burden.

The management of dementia involves explaining the diagnosis to the patient and his/her relatives and drawing up a treatment plan, preferably involving psychosocial interventions, attention for the patient's social activities and physical activity, and, if necessary, occupational therapy and a carer's support plan. Attention should be paid to problem behaviours and concerns about the patient's wishes (written or otherwise). The treatment of patients with Alzheimer's disease with cholinesterase inhibitors or memantine is not advised because the balance between effectiveness and safety is such that treatment is usually not beneficial. Antipsychotic drugs should only be prescribed for a short time if there are acute behavioural problems, such as psychosis or aggression, that have not yet responded adequately to non-pharmacological treatments. Points of attention are formulated for follow-up appointments, such as monitoring the patient's nutritional status and looking for signs of neglect. Indications for referral for further evaluation of the disease and of the care required are mentioned, as well as aspects relevant to collaboration with other healthcare providers.

Een *hoge leeftijd* is de belangrijkste predisponerende factor. Andere predisponerende factoren voor het krijgen van dementie zijn:

- *Risicofactoren voor hart- en vaatziekten*, zoals hypertensie, dyslipidemie, diabetes mellitus, obesitas en roken.⁶
- *De ziekte van Parkinson*. De helft tot driekwart van deze patiënten zal dementie ontwikkelen. Het risico neemt toe met het stijgen van de leeftijd en een langere ziekteduur.⁷
- *Genetische factoren*. Deze spelen een opvallende rol bij mensen met het syndroom van Down en bij dementie voor het 65^e levensjaar, maar ook boven 65 jaar spelen erfelijke factoren een rol.⁸

Factoren met een minder duidelijke associatie met dementie zijn: een algehele achteruitgang of ziekenhuisopname,⁹ depressie,¹⁰ een afwijkende schildklierfunctie,¹¹ vitamine-B₁₂-deficiëntie,¹² alcohol¹³ en oestrogeengebruik.¹⁴

Bij lichte cognitieve stoornissen (*mild cognitive impairment*) is het risico op dementie verhoogd, maar de meeste patiënten ontwikkelen geen dementie. Lichte cognitieve stoornissen zijn niet eenduidig gedefinieerd en moeilijk met zekerheid vast te stellen. Het is geen diagnose waarvan het zinvol is dat deze door de huisarts wordt gesteld.¹⁵

Oorzaken en comorbiditeit

De meestvoorkomende oorzaak van dementie is de ziekte van Alzheimer.¹⁶ Op de tweede plaats komt vasculaire dementie.¹⁷ De relatieve verdeling van oorzaken varieert met de leeftijd. 'Zuivere' ziekte van Alzheimer en 'zuivere' vasculaire dementie worden hoofdzakelijk bij relatief jonge patiënten gevonden. Patiënten ouder dan 75 jaar hebben meestal een 'mengvorm'.⁶ De overige oorzaken van dementie zijn Lewy-Body-dementie, Parkinsondementie, frontotemporale dementie⁷ en nog zeldzamere oorzaken. Ook hierbij is het voorkomen (al dan niet als mengvorm) leeftijdsafhankelijk. Veel voorkomende somatische comorbiditeiten betreffen: een hart- en vaatziekte (30%), diabetes mellitus type 2 (20%) en een bot- of gewrichtsaandoening (beide 20%). Veelvoorkomende psychiatrische

comorbiditeiten zijn: depressie (8%), psychose (6%) en angst (4%).¹⁸

Preventie

Er zijn slechts bescheiden preventieve bijdragen te leveren aan het behoud van cognitieve functies. De behandeling van een hoge bloeddruk is mogelijk gunstig voor het voorkomen of uitstel van dementie.¹⁹ Verhoging van fysieke activiteit, met name voor ouderen met een inactieve leefstijl, lijkt een gunstig, maar klein effect te hebben.²⁰ Er is geen bewijs dat verlagen van het homocysteïnegehalte door vitamine B₆, B₁₂ en/of foliumzuur, het strenger behandelen van diabetes type 2 en het verlagen van het cholesterol met statines effectief is om dementie te voorkomen.²¹

Beloop van de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie

De ziekte van Alzheimer kent doorgaans een geleidelijk progressief beloop. Een op de zeven patiënten bereikt het ernstigste, vegeterende stadium. De meeste patiënten overlijden door comorbiditeit, bijvoorbeeld door een cardiovasculaire aandoening of een pneumonie.²² Vrijwel alle patiënten met de ziekte van Alzheimer zullen gedurende het ziektebeloop te maken krijgen met probleemgedrag, zoals apathie of dwalen. In het begin van dementie komen vooral affectieve stoornissen voor, terwijl psychose, agitatie en agressie later in het beloop op de voorgrond staan. Probleemgedrag vormt een grote belasting voor de mantelzorger en is een sterke voorspeller voor opname in een verpleeghuis.²³

Vasculaire dementie kenmerkt zich door een schoksgewijze verslechtering met soms focale neurologische verschijnselen, vaak als uiting van (veelal kleine) herseninfarcten. Er kan korte of langere tijd sprake zijn van gelijk blijven of zelfs verbetering van de cognitieve functies. Bij andere vormen van vasculaire dementie, zoals *small vessel disease* of Morbus Binswanger blijft het geheugen soms lang gespaard en gaat de achteruitgang vaak geleidelijker. Een onderscheid tussen het beloop van de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie blijkt in de praktijk vaak moeilijk te

maken, vanwege het overlap in klinisch beeld.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Bij de diagnostiek van dementie zijn vier stappen te onderscheiden: de eerste stap is het opmerken van signalen die kunnen wijzen op dementie, omdat patiënten niet altijd zelf met een hulpvraag komen. De tweede stap is het vaststellen van dementie. Dit is een syndroomdiagnose op basis van vier DSM-IV-criteria voor 'dementie niet anderszins omschreven'. De huisarts kijkt naar aanwijzingen voor reversibele oorzaken of minder vaak voorkomende vormen van dementie. In stap drie wordt beoordeeld of verwijzing voor nadere diagnostiek noodzakelijk is. De vierde en laatste stap is het in kaart brengen van de benodigde zorg en behandeling voor patiënt en mantelzorger. Bij de ziekte- én zorgdiagnostiek is samenwerking met andere zorgverleners zoals praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, psychologen, casemanagers en specialisten gewenst.

Stap 1: Signaleren

De hulpvraag komt meestal niet van de patiënt, maar van personen in zijn omgeving. Een voor de hand liggend signaal van dementie is geheugenklachten. Andere signalen kunnen zijn: apathie, gewichtsverlies, loopstoornissen of onverklaarde klachten.²⁴ Ga na of de patiënt zelf een hulpvraag heeft of dementie vermoedt.

Indien aan de betekenis van de opgevangen signalen wordt getwijfeld, kan de huisarts na contact met de patiënt de *ObservatieLijst voor vroege symptomen van Dementie*²⁵ (OLD, www.nhg.org) invullen. Met deze lijst kan de huisarts zaken die tijdens een consult zijn opgevallen ordenen en scoren. Indien een naaste op het spreekuur komt met vragen over een patiënt die mogelijk passen bij dementie, zou de *Verkorte Informant Vragenlijst over Cognitieve Achteruitgang bij Ouderen* (IQCODE-N, www.nhg.org) meegegeven of afgenomen kunnen worden.²⁶ De scores van beide instrumenten geven aan of het raadzaam is om diagnostiek naar dementie uit te (laten) voeren.

Bij patiënten jonger dan 65 jaar zijn de eerste tekenen van dementie meestal veranderingen in gedrag, persoonlijkheid en functioneren (bijvoorbeeld op het werk door problemen met nieuwe of complexe taken en in het gezin door verminderde interesse of overzichtsverlies in het huishouden). Het niet aanslaan van de behandeling voor een depressie of burn-out kan een aanwijzing zijn. Meestal staan geheugenklachten niet op de voorgrond.²⁷

Actieve signalering van tekenen van dementie door alle medewerkers van de huisartsenpraktijk levert een bijdrage aan passende diagnostiek (zie de NHG-Praktijkwijzer Ouderenzorg).⁴ Ook andere eerstelijns hulpverleners kunnen symptomen van dementie signaleren en bespreken met patiënt en/of huisarts (zie www.zorgvoorveilig.nl/vroegsignalering-dementie). Screening op dementie wordt niet aangeraden.²⁸

Indien de patiënt verdere ziektedi-

agnostiek weigert, is het vaak wel mogelijk om: een heteroanamnese af te nemen, eventueel met gebruik van de IQCODE-N of een vragenlijst die probleemgedrag inventariseert; een huisbezoek af te leggen; en zorgdiagnostiek te verrichten. De huisarts kan de patiënt of mantelzorger die problemen ervaart begeleiding door een praktijkondersteuner aanbieden of organiseren dat een andere hulpverlener daarin voorziet. Deze kan belemmeringen voor verdere ziektediagnostiek bespreken en eventueel benodigde steun of zorg organiseren (zie *Beleid* en de NHG-Praktijkwijzer Ouderenzorg).

Stap 2: Diagnostiek van dementie

De huisarts kan de diagnostiek van dementie meestal zelf uitvoeren, bij voorkeur in samenwerking met een praktijkondersteuner (POH). Een trainingsprogramma voor huisarts en POH kan helpen de diagnostiek te verbete-

ren.²⁹ Desgewenst kan de huisarts de patiënt voor diagnostiek verwijzen naar een gespecialiseerd centrum. Het is aan te raden de verschillende onderdelen van de diagnostiek te verdelen over meerdere contactmomenten, als de omstandigheden dit toelaten [tabel 1]. Sluit eerst andere oorzaken van cognitieve stoornissen uit. Let tijdens anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullende onderzoeken op mogelijke tekenen van dementie [tabel 2]. Het is noodzakelijk om ook heteroanagnostisch informatie te verkrijgen en hiervoor wenselijk de mantelzorger alleen te spreken. Een huisbezoek verschaft informatie over het dagelijks functioneren en gedrag.

Anamnese

Informeer wanneer en hoe de problemen zijn begonnen, en hoe het beloop in de tijd is.

Ga eerst na of de achteruitgang verklaard wordt door een:

- delier. Hierbij is in korte tijd een stoornis ontstaan in het bewustzijn (besef van de omgeving) en de aandacht (vasthouden en kunnen verplaatsen). Ook kunnen er hallucinaties zijn. Een delier heeft een somatische oorzaak; zie NHG-Standaard Delier bij ouderen;
- depressie. Sombere stemming en interesseverlies staan op de voorgrond. Stoornissen in oriëntatie, herkenning,

Tabel 1 Onderdelen diagnostiek bij een vermoeden van dementie

	Actie
1e consult	Anamnese. Formulier voor bloedonderzoek meegeven.
2e of meerdere consult(en), eventueel deels door POH	Lichamelijk onderzoek Heteroanamnese MMSE en kloktest Op indicatie: NPI- (probleemgedrag), GDS- (depressie) of (I)ADL-vragenlijst
Evaluatie	Indien van toepassing: overleg HA, POH, wijkverpleegkundige, of andere betrokken hulpverleners (bv. thuiszorg, maatschappelijk werk, psycholoog, specialist)

Tabel 2 Aandachtspunten voor de beoordeling van de dementiesymptomen

DSM-criteria	Mogelijke tekenen van dementie
1. Klachten van het geheugen:	Herhalingen, aarzelingen, inconsistenties, lacunes of confabuleren; en het head turning sign (de patiënt draait bij elke vraag zijn hoofd in de richting van de mantelzorger, om het gegeven antwoord te verifiëren, of om de mantelzorger het antwoord te laten geven). De patiënt kan vaak niet correct vertellen over recente gebeurtenissen.
2. Andere cognitieve stoornissen:	
Afasie	Niet-vloeiend praten, naar woorden zoeken of onjuiste woorden gebruiken.
Apraxie	Het niet kunnen uitvoeren of imiteren van eenvoudige handelingen (zoals haren kammen of tanden poetsen) bij een intact begrip, motoriek en gnosie.
Agnosie	Het niet kunnen herkennen van zintuiglijke indrukken bij een intacte visus en sensibele. Bijvoorbeeld getoonde voorwerpen niet kunnen benoemen (visuele agnosie), of met gesloten ogen een bekend object (bv. pen of wasknijper) in de hand of lichaamsdelen die aangeraakt worden, niet kunnen benoemen (tactiele agnosie).
Stoornis in uitvoerende functies	Verminderd vermogen tot plannen en organiseren van activiteiten; niet bijsturen na een fout; niet kunnen aanleren van een nieuwe (opvolging van) handelingen (bv. bij een nieuw huishoudelijk apparaat); verlies van abstract denken, logisch redeneren en/of visuoconstructie (bv. tekenen van twee overlappende vijfhoeken of een klok). Verminderd inzicht in het eigen functioneren, initiatiefverlies, verhoogde impulsiviteit of ontremdheid, ongepast sociaal gedrag of persoonlijkheidsveranderingen. ³⁰
3. Beperkingen in het dagelijks functioneren door de cognitieve stoornissen:	Hulpbehoevendheid bij instrumentele ADL (telefoneren, reizen, boodschappen doen, bereiden van een maaltijd, huishoudelijk werk, omgaan met medicijnen en geld) en ADL (zoals opstaan, lopen, douchen, aankleden, toiletgebruik of gebruik van incontinentiemateriaal en eten). Voorbeelden van hulpmiddelen om het (I)ADL-functioneren gestructureerd te inventariseren zijn Katz en Lawton ³¹ of (onderdelen van) de EasyCare- ²⁹ of TraZAG-vragenlijst (zie de NHG-Praktijkwijzer Ouderenzorg). Beperking in het dagelijks functioneren kan ook blijken uit werk- of relatieproblemen of het niet langer bezoeken van sociale gelegenheden.

taal en praxis ontbreken. Neem eventueel de Geriatrische Depressie Schaal af; zie NHG-Standaard Depressie;^{10,32}

- andere psychiatrische aandoening zoals alcoholverslaving of een psychose, die kunnen imponeren als dementie;
- subduraal hematoom (met name bij een recent hoofdletsel en/of anticoagulantia-gebruik);
- bijwerking van medicatie, zoals geneesmiddelen met anticholinerge effecten³³ (bijvoorbeeld 'oudere' antihistaminica, sommige anti-emetica, antiparkinsonmiddelen, antipsychotica, sommige middelen tegen incontinentie of prostaathypertrofie, en tricyclische antidepressiva (nortryptiline het minst)) en benzodiazepines (zie bijlage II van de KKCZ Polyfarmacie bij ouderen).

Bij aanwijzingen voor een van deze oorzaken dient dit eerst verder gediagnosticeerd en behandeld te worden. Probeer medicatie met anticholinerge effecten en benzodiazepines om te zetten in een alternatief of te staken.

Vraag de patiënt en mantelzorger vervolgens naar (zie ook [tabel 2]):

- Problemen met het onthouden van nieuwe informatie. Vergeten van afspraken, recente gesprekken of gebeurtenissen. Vaak dingen kwijt zijn. In herhaling vallen. Verdwalen op een bekende route. Problemen met het inschatten van tijd of het herkennen van mensen (*geheugen*);
- Andere cognitieve stoornissen:
 - Moeilijker op woorden of namen komen. Moeite om een gesprek te volgen of iets uit te leggen. Vergissingen maken in spraak of schrijven (*afasie*).
 - Problemen met gebruik van bestek, huishoudelijke apparaten of aankleden (*apraxie*).
 - Problemen met het herkennen van bekende gezichten, voorwerpen of omgeving (*agnosie*).
 - Problemen met plannen, organiseren, opeenvolgend handelen of abstraheren (zoals financiën of medicatie beheren, een verjaardag organiseren, of boodschappen doen) (*uitvoerende functies*).³⁰

- *Beperkingen in het dagelijks, beroepsmatig of sociaal functioneren* door in de anamnese gerapporteerde problemen, bijvoorbeeld blijvend uit het staken van hobby's of (vrijwilligers)werk, afname van sociale contacten, relatieproblemen of toename van hulpbehoevendheid.³¹

Informeer verder naar:

- recente life-events, zoals overlijden van een naaste of een ziekenhuisopname;
- problemen met horen en zien;
- verminderde voedselinname of ongewild gewichtsverlies;²⁴
- mictieklachten (met name passend bij een urineweginfectie of incontinentie);
- familiair voorkomen van dementie;⁸
- opleidingsniveau en/of (uitgeefende) beroep (vanwege beoordeling MMSE).³⁶

Heteroanamnese

Het is wenselijk de mantelzorger of informant apart te spreken, omdat deze dan vrijuit kan spreken. Vraag naar de items uit de anamnese, naar veranderingen in persoonlijkheid en gedrag (zoals verminderd inzicht in het eigen functioneren, initiatiefverlies of verhoogde impulsiviteit)³⁰ van de patiënt en naar ongepast gedrag,²³ zoals: agressie, apathie, of ander sociaal onwenselijk gedrag (zie *Probleemgedrag*). Een hulpmiddel om gedragsproblemen gestructureerd te inventariseren is de Neuropsychiatric Inventory (NPI).³⁴

Laboratoriumonderzoek

Ter uitsluiting van somatische aandoeningen die een cognitieve stoornis of een delier kunnen veroorzaken vraagt de huisarts de volgende laboratoriumbepalingen aan: Hb, BSE, glucose, TSH¹¹ en kreatinine.³⁵ Op indicatie: natrium en kalium (bij diureticagebruik, braken of diarree), vitamine B₁₂, B₆ (bij onvolwaardig dieet, alcoholabusus¹³), vitamine B₁₂¹² en foliumzuur (bij anemie, paresthesieën of ataxie) en urineonderzoek op infectie (bij vermoeden van delier).

Lichamelijk onderzoek

Ter verkrijging van informatie omtrent

de criteria voor dementie beoordeelt de huisarts de uiterlijke verzorging, apraxie tijdens uit- en aankleden en agnosie [tabel 2].

Met het oog op het uitsluiten van potentieel reversibele aandoeningen en het opsporen van bijzondere oorzaken van dementie verricht de huisarts het volgende lichamelijk onderzoek:

- temperatuur, pols, bloeddruk, auscultatie van hart en longen;
- bij een (vermoeden van) onvolwaardige voeding of gewichtsverlies: meet gewicht en lengte en bereken de BMI (kg/m²) (zie de LESA Ondervoeding);
- neurologisch onderzoek bij een vermoeden van (zie Stap 3):
 - een mogelijk doorgeemaakt CVA (zie NHG Standaard CVA) of subduraal hematoom (looppatroon, focale verschijnselen, reflexverschillen, paresen, afwijkende oogbeweging of gezichtsvelden); of
 - parkinsonisme (traag bewegen (bradykinesie)) én ten minste één van de volgende symptomen: rusttremor, rigiditeit, houdingsinstabiliteit. Zie de NHG Standaard Parkinson; of
 - normal pressure hydrocephalus (onzeker breed gangspoor, als 'waden door water').³⁹

Het onderzoek kan worden uitgebreid als de anamnese of andere bevindingen daartoe aanleiding geven (met bijvoorbeeld psychiatrisch onderzoek of visus- en gehooronderzoek).

MMSE en kloktest

De huisarts (of praktijkondersteuner) verricht in alle gevallen van vermoeden van dementie een MMSE en kloktest. De MMSE meet oriëntatie, inprenting, korte termijngeheugen, taal, herkenning en visuoconstructie.³⁶ Patiënten met een hoog opleidingsniveau kunnen ondanks (bijna) optimale MMSE-scores toch dement zijn. De uitvoerende functies worden met dit instrument het minst belicht. De test is minder betrouwbaar bij niet-Nederlands sprekenden en laaggeletterden.

Vraag bij de kloktest aan de patiënt een cirkel te tekenen, vervolgens de cijfers van een klok erin te tekenen,

en de wijzers van de klok op 10 over 11 te zetten. De kloktekentest meet verschillende cognitieve vaardigheden waaronder enkele uitvoerende functies en is meestal goed uitvoerbaar bij laag geletterden.³⁷ Alternatieve cognitieve tests worden niet aanbevolen, omdat ze niet duidelijk beter zijn dan de MMSE en met de MMSE meer ervaring is opgedaan.³⁸

Evaluatie

Voor vaststellen van dementie is het noodzakelijk dat de huisarts zelf de patiënt meerdere malen gezien heeft. Beoordeling van de symptomen alleen op basis van een heteroanamnese kan misleidend zijn.

Wanneer de huisarts op basis van de (hetero)anamnese en/of lichamelijk onderzoek aanwijzingen heeft voor dementie, maar de scores van de MMSE en kloktekentest normaal zijn [tabel 3], wordt aanbevolen te verwijzen.

De huisarts stelt de diagnose dementie als er:

- stoornissen zijn van het geheugen, blijkend uit de (hetero)anamnese en/of MMSE; én
- stoornissen van één of meer andere cognitieve functies, blijkend uit de anamnese en/of lichamelijk onderzoek en/of MMSE en/of kloktekentest; én
- vermindering is van het sociaal of

dagelijks functioneren door de geheugenstoornis of andere cognitieve stoornis(sen), blijkend uit de (hetero)anamnese, huisbezoek of eventueel afgenomen (I)ADL-vragenlijst.

Indien bij anamnese, lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek geen afwijkingen worden gevonden die passen bij soms (deels) behandelbare oorzaken van dementie (zoals normal pressure hydrocephalus³⁹ of een ruimte-innemend proces), hoeft geen verder aanvullend onderzoek verricht te worden. Deze oorzaken komen zelden voor.⁴⁰

Als er niet wordt voldaan aan de criteria van dementie kan er sprake zijn van:

- Lichte stoornissen in het geheugen en eventueel in andere cognitieve functies, waarbij de patiënt normaal functioneert. Dit is bij ouderen niet ongewoon en meestal geen voorbode van dementie.¹⁵ Het verdere beleid is afhankelijk van de hulpvraag. Indien deze niet aanwezig is, kan de huisarts aanbieden de diagnostiek na een half jaar, of bij toename van klachten eerder, te herhalen.
- Geen geheugenstoornissen, maar wel andere cognitieve of neuropsychiatrische symptomen (zoals veranderingen in persoonlijkheid of gedrag) die interfereren met dagelijkse activiteiten en

een achteruitgang ten opzichte van eerder functioneren geven. De huisarts kan de zorgbehoefte inventariseren en aanbieden de patiënt voor verdere ziektediagnostiek te verwijzen.

Stap 3: Vaststellen van aanwijzingen voor de oorzaak van dementie

Nadat de diagnose dementie gesteld is, gaat de huisarts na of het wenselijk is om te verwijzen voor verdere ziektediagnostiek. Maak hiervoor onderscheid tussen:

1. Patiënten met aanwijzingen voor de ziekte van Alzheimer¹⁶ of vasculaire dementie:¹⁷
 - a. begin van de klachten > 65 jaar en tekenen van een geleidelijk verloop van het ziektebeeld; én
 - b. geen afwijkingen bij (hetero)anamnese, lichamelijk en laboratoriumonderzoek die een andere oorzaak voor dementie waarschijnlijk maken.

Hoewel het onderscheid tussen de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie voor de huisarts meestal niet is te maken (en ook geen verdere consequenties heeft voor het beleid), kunnen de volgende verschijnselen passen bij een vasculaire dementie (VD): een plotseling begin en/of een schoksgewijze verslechtering, in combinatie met focale neurologische verschijnselen passend bij vasculaire schade én stoornissen in het functioneren die niet alleen kunnen worden toegeschreven aan een CVA. Bij mensen ouder dan 75 jaar gaat het vaak om mengvormen. Bij patiënten met de ziekte van Alzheimer en/of vasculaire dementie is verwijzing voor verdere diagnostiek doorgaans niet noodzakelijk.

2. Patiënten met aanwijzingen voor minder vaak voorkomende vormen van dementie zoals *Parkinsondementie* (PD),⁴¹ *Lewy-Body-dementie* (LBD)⁴² en *frontotemporale dementie* (FTD)⁴⁴ [tabel 4] evenals patiënten van 65 jaar of jonger worden verwezen voor verdere diagnostiek.

Stap 4: Evaluatie van de zorgbehoefte

Inventariseer de zorgsituatie of laat dit doen, bijvoorbeeld door een praktijkcon-

Tabel 3 Interpretatie van de score van de MMSE en kloktekentest

Instrument	Score en interpretatie
MMSE	Een score < 24 (uit 30) is sterk indicatief voor dementie. Hoe lager de score, hoe zekerder de cognitieve stoornis.
Kloktekentest	Score 0: geen cirkel én cijfers niet goed én tijd fout. Score 1: 1 van de items juist. Score 2: 2 van de items juist. Score 3: perfecte klok. Elke score die afwijkt van een perfecte klok geeft een vermoeden van dementie.

Tabel 4 Aanwijzingen voor minder vaak voorkomende vormen van dementie

Bevindingen tijdens (hetero)anamnese, lichamelijk onderzoek of vragenlijsten	DD
Parkinsonisme	PD, LBD
Relatief licht of laat gestoord geheugen ten opzichte van de andere aanwezige cognitieve stoornissen	PD, LBD, FTD
Aandachtsstoornis met fluctuaties in ernst	LBD (dd delier)
Vroeg in beloop: psychiatrische symptomen zoals (met name visuele) hallucinaties, wanen, of depressie of angststoornis	LBD, PD
Vroeg in beloop: achteruitgang in sociaal of beroepsmatig functioneren, nieuwe persoonlijkheids- of gedragsstoornis, emotionele vlakheid zonder anhedonie of verdriet	FTD
Breed gangspoor en verhoogde mictiedrang of incontinentie	NPH

dersteuner (zie NHG-Praktijkwijzer Ouderenzorg) of wijkverpleegkundige (zie LESA Dementie 2005). Dit kan eventueel eerder uitgevoerd worden, bijvoorbeeld bij de beoordeling van het derde DSM-criterium (zie [tabel 2]). De benodigde zorg is mede afhankelijk van comorbiditeit en probleemgedrag van de patiënt en de gezondheid en mogelijkheden van de mantelzorger.

Informeer bij de patiënt naar:

- (een behoefte aan meer) dagstructuur, bezigheden en/of sociale contacten;
- verantwoordelijkheid voor financiën, medicatie, eten en vervoer;
- het verdere (I)ADL-functioneren, zoals:
 - Is er behoefte aan huishoudelijke hulp of hulp bij persoonlijke verzorging?
 - Zijn er aanpassingen in de woon-situatie nodig?
 - Let op veiligheid en risicogedrag zoals brandgevaar, autorijden, agressie en verdwalen.

Informeer bij de mantelzorger naar:

- de draagkracht en draaglast, bijvoorbeeld met behulp van de *Gevoel van competentieschaal* (www.nhg.org), de *Caregiver Strain Index* (bijlage in de Toolkit Mantelzorg in de huisartspraktijk van de Landelijke Huisartsen Vereniging) of *Ervaren Druk door Informele Zorg* (NHG-Praktijkwijzer Ouderenzorg). De instrumenten maken problemen makkelijker bespreekbaar en vormen een monitor voor het effect van interventies;⁴⁴
- risicofactoren voor overbelasting (bijvoorbeeld: lichamelijke of psychische klachten, weinig kennis en begrip van dementiesymptomen of weinig praktische en emotionele steun);
- de behoefte aan ondersteuning.

RICHTLIJNEN BELEID

Het beleid bij dementie bestaat uit uitleg aan patiënt en mantelzorger(s), het opstellen van een zorgbehandelplan met bij voorkeur psychosociale interventies, aandacht voor sociale activiteiten en beweging en eventueel ergotherapie en een ondersteuningsplan voor de mantelzorger. De huisarts bespreekt ook de

(on)mogelijkheden voor medicamenteuze interventies. Er wordt apart aandacht besteed aan probleemgedrag en vragen omtrent wilsverklaringen.

Uitleg en voorlichting

- De huisarts bespreekt de diagnose dementie met de patiënt, het liefst in aanwezigheid van zijn naaste(n). Noem de diagnose dementie expliciet. Relateer de bevindingen en testuitslagen aan de klachten en aan alledaagse situaties. Benadruk de behouden functies en bespreek de positieve betekenis die de patiënt heeft voor anderen.⁴⁵
- Bespreek, indien daar behoefte aan is, vragen over de stadia. Lichte dementie: lichte problemen met geheugen en/of andere cognitieve functies, nog zelfstandig. Matige dementie: problemen met initiatief nemen en ADL, zorgafhankelijk. Ernstige dementie: ernstig cognitief beperkt, vaak incontinent en immobiel, communicatie- en gedragsproblemen, verpleegbehoefstig. Slechts 14% bereikt dit laatste stadium. Het beloop kan niet met zekerheid voorspeld worden.²²
- Na de diagnose dementie moet de patiënt (als deze een rijbewijs bezit en wil autorijden) de diagnose via een formulier Eigen Verklaring aan het CBR doorgeven. Zo niet, dan is de patiënt mogelijk onverzekerd bij een verkeersongeval. Het CBR nodigt de patiënt uit voor medisch onderzoek en eventueel een rijtest. De behandelend arts dient de patiënt hiervan op de hoogte te stellen.⁴⁶
- Adviseer om aan de omgeving uit te leggen wat er aan de hand is, zodat zij rekening kunnen houden met problemen, zorgen kunnen delen en steun kunnen bieden.
- Overleg met patiënt en/of mantelzorger of er behoefte is aan een *zorgcoördinator* die regelt dat de juiste op elkaar afgestemde zorg geboden wordt en het aanspreekpunt is voor andere zorgverleners, en zo ja, wie die rol zal vervullen. Dit kan de huisarts of POH-ouderenzorg zijn, maar ook de wijkverpleegkundige (zie de LESA Dementie 2005).
- Bespreek of de patiënt en/of mantel-

zorger behoefte heeft aan persoonlijke begeleiding in de vorm van *casemanagement*.⁴⁷ Een casemanager is meestal ook verantwoordelijk voor zorgcoördinatie en monitoring van het ziektebeloop. Casemanagement kan worden uitgevoerd door: een POH-ouderenzorg of een verpleegkundige (zie de NHG-Praktijkwijzer Ouderenzorg); of een speciaal geschoolde zorgverlener uit een andere organisatie (zoals GGZ, verpleeghuis of ziekenhuis).

- Maak een afspraak, of laat deze maken door de zorgcoördinator of casemanager, voor het opstellen van een *zorgbehandelplan* waarin problemen en eventuele risico's, daaruit voortvloeiende doelen, gewenste interventies en evaluatiedata worden genoteerd. Daarnaast wordt een *ondersteuningsplan* voor de mantelzorger geformuleerd (zie de NHG-Praktijkwijzer Ouderenzorg).
- Geef bij voorkeur schriftelijk informatie mee, bijvoorbeeld de NHG-Patiëntenbrief of verwijs naar de website www.thuisarts.nl/dementie en naar brochures van de patiëntenvereniging Alzheimer Nederland (www.alzheimer-nederland.nl). Zowel Alzheimer Nederland, als het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (www.netwerknoom.nl) geven voorlichting in de eigen taal aan (mantelzorgers van) migranten.

Indien de mantelzorger (nog) geen behoefte heeft aan begeleiding door een zorgcoördinator of casemanager, kan eerst worden volstaan met het geven van voorlichting:

- De persoon die men eerst kende is of wordt anders dan voorheen en er zijn veel verlieservaringen. Bespreek (anticiperende) rouw.
- Adviseer een gesprek of handeling niet over te nemen, maar de patiënt de kans te geven om het zelf te doen, eventueel met kleine hints.⁴⁸
- Vertel dat mensen met geheugenproblemen weinig leren van fouten en nauwelijks instructie kunnen onthouden. Het aan- of afleren van eenvoudige handelingen of activiteiten nog wel, met hulp van deskundige begeleiding of geïnstrueerde naasten.⁴⁹

- Bespreek dat het inschakelen van hulp zoals gegeven door vrijwilligers, thuiszorg of dagbehandeling waardoor de mantelzorger even wordt vrijgesteld van de zorgtaken (zogenaamde *respijtzorg*) geen zwakte is. Adviseer geen beloftes te doen over het zelf verzorgen van de patiënt in de toekomst.
- Verwijs voor meer informatie naar het Steunpunt Mantelzorg (www.mezzo.nl of 0900-2020496) en de patiëntenvereniging Alzheimer Nederland (www.alzheimer nederland.nl of 030-6567511).

Zorgbehandelplan

Dementiezorg is complex. Dit maakt het gebruik van een zorgbehandelplan gewenst. Het plan wordt zo mogelijk geformuleerd in overleg met de patiënt en de mantelzorger, en bij voorkeur in een gestructureerd overleg⁵⁰ met de praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige of andere betrokken hulpverleners. De doelen worden geformuleerd op basis van de bevindingen bij de diagnostiek, een inventarisatie van problemen; de persoonlijkheid, achtergrond en leefwijze; en mogelijkheden en behoeftes van de patiënt.⁴ Aandachtspunten zijn:⁵¹

- Uitleg over dementie.
- Regelmatig contact met een vaste professional.
- Signaleren en monitoren van symptomen van depressie en angst van de patiënt.
- 'Op maat gemaakte' psychosociale interventies.

Bied ook zorg aan de mantelzorger als deze problemen ervaart, zo nodig in een apart consult. Aandachtspunten in het ondersteuningsplan voor de mantelzorger zijn:

- De stemming en draagkracht van de mantelzorger.
- De interventies voor de patiënt passen zo mogelijk ook bij de behoeften van de mantelzorger.
- Nagaan van redenen voor afzien van hulp als deze wel geïndiceerd is.

Het eerste zorgbehandelplan is vaak algemeen, omdat er nog weinig problemen zijn of de patiënt en mantelzorger

nog niet precies weten wat ze aan zorg willen ontvangen. Een vervolgplan is meestal specifiek en mede afhankelijk van het beloop (zie *Controles*).

Indien de patiënt persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en/of behandeling of verblijf in een instelling nodig heeft wordt dit betaald via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Een aanvraag voor deze zorg kan de patiënt of (meestal de) mantelzorger indienen via het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Een bevestiging van de diagnose door een specialist is hiervoor niet nodig. Indien hulpmiddelen en huishoudelijke hulp nodig zijn, kan de patiënt of mantelzorger deze aanvragen via het WMO-loket van de gemeente.⁵²

Niet-medicamenteuze interventies

Psychosociale interventies richten zich bij de patiënt en de mantelzorger op het verwerken van de diagnose en het leren omgaan met de ziekte. Psychosociale interventies die gericht zijn op de behoeften van patiënt en mantelzorger, intensief zijn en uit meerdere onderdelen bestaan ('multicomponent') zijn vaker effectief en leiden tot uitstel van opname in een verpleeghuis.⁵³ De bewijskracht voor de effectiviteit van de interventies op zichzelf is laag. Gemeenten effecten kunnen het gevolg zijn van de gedurende interventie verleende zorg en begeleiding. Interventies gericht op beweging en ergotherapie beogen het fysiek en ADL-functioneren zo lang mogelijk intact te houden of te verbeteren.

De keuze voor behandeling wordt mede bepaald door de regionale mogelijkheden. De besluitvorming kan plaatsvinden in een gestructureerd overleg⁵⁰ of er kan een terzake kundige specialist of psycholoog geconsulteerd worden. In [tabel 5] worden voorbeelden van behandelingen voor verschillende problemen bij dementie gegeven. De websites www.alzheimer-nederland.nl/socialekaart en ldp.socard.nl helpen bij het vinden van adressen in de regio.

Interventies voor de patiënt

- Adviseer bij voorkeur (een combinatie van) psychosociale interventies die aansluiten bij de diagnostiek en zorg-

behoefte, zoals bijvoorbeeld individuele begeleiding, cognitieve training en gedragsinterventies (bijvoorbeeld via GGZ of dagbehandeling).⁵⁴

- Stimuleer de patiënt, met ondersteuning van de mantelzorger, tot voor de patiënt aantrekkelijke structurele lichamelijke activiteiten.⁵⁵
- Ergotherapie traint de patiënt met dementie in het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse handelingen door het aanleren van compensatoire strategieën en omgevingsaanpassing.⁵⁶

Interventies voor de mantelzorger

- Adviseer bij voorkeur (een combinatie van) psychosociale interventies die aansluiten bij de zorgbehoefte, zoals voorlichting, *cognitive reframing* en cognitieve gedragstherapie en begeleiding (casemanagement).⁵⁷
- Ergotherapie traint de mantelzorger in probleemoplossende vaardigheden en geeft handvatten om de patiënt te helpen.⁵⁶
- Verder aanwijzingen voor begeleiding van mantelzorgers kunt u vinden in de Toolkit Mantelzorg in de huisartsenpraktijk van de Landelijke Huisartsen Vereniging en op www.expertisecentrummantelzorg.nl.

Medicamenteuze behandeling

Er zijn diverse middelen beschikbaar die kunnen worden voorgeschreven aan patiënten met dementie. Daarbij wordt onderscheid gemaakt in cholinesteraseremmers en memantine, en overige medicatie.

- De werkgroep raadt het voorschrijven van cholinesteraseremmers en memantine door huisartsen af. De balans tussen effectiviteit en veiligheid is dusdanig dat er geen overwegend voordeel te verwachten is. Indien de patiënt de mogelijkheden van een proefbehandeling nader wil verkennen, kan worden verwezen naar een specialist die ervaring heeft met deze middelen.

Cholinesteraseremmers (rivastigmine en galantamine) tonen een geringe tijdelijke stabilisering in cognitie, ADL of klinisch functioneren bij een kleine

Tabel 5 Voorbeelden van interventies voor verschillende problemen bij dementie

Probleem	Gericht op	Interventie	Uitgevoerd door	Methode
Gebrek aan kennis over dementie. Behoeft aan (h)erkenning of lotgenotencontact. Niet-functionele omgang met patiënt door mantelzorger.	Patiënt en mantelzorger	Voorlichting (psycho-educatie)	Huisarts, POH, Alzheimer Nederland, medewerker GGZ/verpleeghuis/ziekenhuis zoals een casemanager	NHG-Patiëntenbrieven of brochures van patiëntenvereniging Alzheimer Nederland. Individuele gesprekken of groepsgesprekken (ook via organisaties voor thuiszorg en welzijn). Alzheimer Cafés (www.alzheimer Nederland.nl)
Probleemgedrag (zoals agitatie of apathie).	Patiënt	Afspraken over omgang met de patiënt, dagbesteding en omgeving (mediatieve interventies)	Mantelzorger, thuiszorg, huisarts, POH, psycholoog, activiteitenbegeleider, of (andere) medewerker multidisciplinair team	Instructie aan verzorger Dagprogramma met voor de patiënt interessante activiteiten zoals positieve herinneringen ophalen m.b.v. beeld- of geluidmateriaal, lichaamsbeweging, sociale contacten (www.ontmoetingscentradementie.nl) en dagbehandeling (www.kiesbeter.nl)
(I)ADL-problemen en/of afname autonomie door problemen met geheugen, oriëntatie of handelen.	Patiënt en mantelzorger	Ergotherapie Aanpassingen in huis	Patiënt en mantelzorger na instructie door ergotherapeut Vilans hulpmiddelenwijzer: www.vindeenhulpmiddel.nl Aanpassingen in huis: www.thuiswonenmetdementie.nl	Ergotherapie voor patiënt (aanpassen van de omgeving en ADL) en mantelzorger (probleemoplossende vaardigheden vergroten en handvatten voor het helpen van de patiënt) Aanvraag voor middelen en aanpassingen via het WMO-loket
(Dreigende) overbelasting mantelzorger. Gebrek aan (h)erkenning en ontspanning voor de patiënt.	Mantelzorger en patiënt	Respijtzorg	Thuiszorg, oppas of bezoekdienst, dag- of nachtopvang, zorgboerderij. Bij voorkeur in combinatie met andere interventies	Respijtzorg is elke interventie die de mantelzorger rust of verlichting geeft. Zie ook www.respijtwijzer.nl en www.handeninhuus.nl
Twijfel over eigen competentie als verzorger. Stemningsklachten bij de mantelzorger.	Mantelzorger	Gesprekken of cursus (cognitieve reframing, cognitieve therapie)	Huisarts, POH, psycholoog, medewerker GGZ/verpleeg-huis/ziekenhuis, consultant van welzijnsorganisatie	Disfunctionele gedachten vertalen in constructieve gedachten Cursus Omgaan met dementie Internettherapie: www.dementiedebaas.nl Alzheimer telefoon en Mezzo Mantelzorg-lijn

(niet te duiden) subgroep van patiënten met licht tot matig-ernstige ziekte van Alzheimer. Er werd minimale winst gevonden op de gebruikte schalen, er zijn veel methodologische bezwaren bij de uitgevoerde onderzoeken en de klinische relevantie van de resultaten is onduidelijk.^{58,59} Hetzelfde geldt voor de glutamaatreceptorantagonist memantine bij patiënten met matig tot ernstige ziekte van Alzheimer.⁶⁰ De effecten van cholinesteraseremmers bij Lewy-Body-dementie en dementie bij de ziekte van Parkinson lijken positief, maar zijn weinig onderzocht.⁶¹ Bij gebruikers van memantine zijn weinig bijwerkingen gerapporteerd, maar bij gebruikers van cholinesteraseremmers blijken met name gastro-intestinale bijwerkingen zoals misselijkheid, braken en diarree, maar ook flauwvallen, ritme- of geleidingsstoornissen van het hart en heupfracturen vaker voor te komen.⁶²

Overige medicamenteuze interventies worden afgeraden:

- Behandeling van hypertensie of hy-

percholesterolaemie beïnvloedt het beloop van dementie niet.⁶³

- Het voorschrijven van ginkgo biloba⁶⁴ en vitamine E⁶⁵ wordt afgeraden omdat er geen consistent en betrouwbaar bewijs is van effectiviteit bij patiënten met dementie.
- Het voorschrijven van acetylsalicylzuur als behandeling van dementie is niet zinvol.⁶⁶

Probleemgedrag

Probleemgedrag is gedrag van de patiënt dat door deze patiënt en/of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren.²³ Voorbeelden van probleemgedrag zijn: agitatie of agressie, apathie, verminderde empathie, (alle) hulp afwijzen, omkering dag-nachtritme, overmatig oninvoerbaar huilen of lachen, ontremming met eten, seksuele ontremming, lichamelijke onrust of dwaal- of zwervgedrag, verzamelwoede of neiging om dingen te verstoppert en decorumverlies.

Bij een eigen observatie of meldingen vanuit de omgeving of van andere

hulpverleners over nieuw probleemgedrag van de patiënt beoordeelt de huisarts door middel van (hetero)anamnese en lichamelijk onderzoek (nogmaals) de volgende aspecten:

- somatisch of psychiatrisch (bijvoorbeeld visus of hoorproblemen, pijn, ondervoeding, mictie/defecatieproblemen, slaapproblemen, bijwerkingen van medicatie, delier, depressie, angst of psychose);
- psychosociaal (zoals geen passende dagbesteding of dagstructuur, gebrek aan beweging of sociale contacten);
- kenmerken van de mantelzorger (ongeduld, overbelasting, soms relationele problemen) en een verstoorde interactie met de patiënt.

Het verdere beleid wordt achtereenvolgens onderscheiden in:

- Behandeling van lichamelijke problemen.
- Niet-medicamenteuze behandeling.
- Behandeling met psychofarmaca.

Niet-medicamenteuze behandeling van probleemgedrag

Geef voorlichting:

- Leg aan naasten uit dat het geen zin heeft het gedrag van de patiënt te veroordelen. Adviseer plezierig gedrag (zoals rustig zijn, leuke opmerkingen maken of zichzelf vermaken) met positieve aandacht te belonen en weinig aandacht te schenken aan negatief gedrag.⁶⁷
- Wijs naasten van de patiënt op de brochure *Omgaan met dementie* van de patiëntenvereniging Alzheimer Nederland. Hierin wordt onder andere uitgelegd hoe om te gaan met herhalingen, paniek, achterdocht, hallucinaties, dwaalgedrag, nachtelijke onrust, agressie, decorumverlies, en intimiteit en seksualiteit.
- Bied extra ondersteuning en begeleiding aan de mantelzorger.
- Kies een (of meerdere) interventie(s) afhankelijk van de oorzaak (bijvoorbeeld afspraken over omgang met de patiënt, aanpassing van dagbesteding of ontlasting van de mantelzorger). Zie *Niet-medicamenteuze interventies*. Indien meerdere hulpverleners zijn betrokken, dan kan hierover worden besloten in een multidisciplinair overleg.

Behandeling van probleemgedrag met psychofarmaca

Behandeling met psychofarmaca vindt alleen plaats in acute situaties, als niet-medicamenteuze interventies (nog) niet voldoende effectief zijn.

Als bijwerkingen worden met name extrapiramidale symptomen, sufheid en een verhoogde valneiging gezien. Daarnaast is een verhoogde mortaliteit (mogelijk iets meer bij haldol) en een verhoogd risico op CVA (met name bij risperidon) waargenomen. Bij patiënten met een verhoogd risico op vasculaire complicaties (zoals gebruik van anticoagulantia, atriumfibrilleren, hypertensie en een CVA in de voorgeschiedenis) dient dit in de keuze meegewogen te worden.

De volgende adviezen gelden voor patiënten met een vermoedelijke ziekte van Alzheimer. Indien de huisarts psychofarmaca wil voorschrijven aan een patiënt met een andere vorm van de-

mentie wordt geadviseerd te overleggen met een (behandelend) specialist.⁶⁸

- **Psychose:**
 - Start met risperidon 0,25 mg, 2 x per dag, oraal. Verhoog de dosering desgewenst op geleide van het effect, om de andere dag, tot maximaal 2 mg/dag.
 - Tweede keus is haloperidol 0,5 mg oraal. Verhoog de dosering desgewenst op geleide van het effect tot maximaal 2 mg/dag in 1 tot 3 giften. Probeer de medicatie zo spoedig mogelijk af te bouwen vanwege het verhoogde risico op bijwerkingen, vooral bij langer gebruik en een hogere dosis. Bij patiënten met de ziekte van Parkinson, *Lewy-Body-dementie* en *frontotemporale dementie* is het voorschrijven van typische antipsychotica zoals haloperidol en het atypisch antipsychoticum risperidon gecontra-indiceerd, aangezien deze middelen hierbij vaker en ernstiger extrapiramidale stoornissen kunnen veroorzaken.⁶⁹
- **Agressie/agitatie:**
 - Pas de pijnmedicatie aan als pijn een rol speelt in het probleemgedrag.⁷⁰
 - Schrijf bij ernstige agressie eventueel een antipsychoticum voor (zie *Psychose*).
 - Overleg zo nodig met een specialist over het (off-label) gebruik van antidepressiva,⁷⁰ anticonvulsiva of galantamine.⁷¹
- **Apathie:** dit kan niet verbeteren met medicamenten.⁷²

Wanneer probleemgedrag leidt tot gevaarlijke situaties en bovengenoemde maatregelen hebben geen effect of worden geweigerd, kunnen middelen of maatregelen (zoals niet-vrijwillige toediening van psychofarmaca of opname) worden toegepast in het kader van de wet BOPZ ter afwending van gevaar voor de patiënt of diens omgeving. Consultatie of verwijzing naar een specialist of een gespecialiseerd team zal hiervoor altijd noodzakelijk zijn.

Wilsverklaringen

Een wilsverklaring, zoals de volmacht, het behandelverbod en het euthanasieverzoek, is alleen geldig als deze wordt

opgesteld op het moment dat de patiënt wilsbekwaam is.⁷³ Dit kan vaak nog in het begin van dementie, maar niet meer in een gevorderd stadium. Het is raadzaam de patiënt hierop opmerkzaam te maken. Bij twijfel over de wilsbekwaamheid kan een aanvullend onderzoek door een specialist noodzakelijk zijn. Bij een euthanasieverzoek bij dementie dient de huisarts de patiënt het eigen standpunt duidelijk te maken en de patiënt te verwijzen naar een SCEN-arts en specialist indien het verzoek persisteert.⁷⁴ De brochure *Dementie en rechtsbescherming* van de patiëntenvereniging Alzheimer Nederland geeft meer uitleg over verschillende rechtsvormen die toepasbaar zijn bij wilsonbekwaamheid bij dementie.

Controles

De huisarts stemt de controlefrequentie af op de behoefte van de patiënt en zijn naasten en de afspraken die gemaakt zijn in het zorgbehandelplan. De controles kunnen gedeeltelijk worden gedelegeerd aan een praktijkondersteuner, casemanager of wijkverpleegkundige (zie de LESA Dementie 2005). Wanneer meerdere zorgverleners zijn betrokken, wordt gestreefd naar een gezamenlijke evaluatie. Na elk periodiek contact actualiseert de zorgcoördinator het zorgbehandelplan van de patiënt en het eventuele ondersteuningsplan voor de mantelzorger (zie de NHG-Praktijkwijzer Ouderenzorg).

De eerste controle is bedoeld om de diagnose te evalueren, de betrokkenen te informeren over de aandoening en het beloop en de omgang met de patiënt te bespreken.

Aandachtspunten zijn de punten genoemd onder Evaluatie van de zorgbehoefte (stap 4) en verder:

- de lichamelijke gezondheid;
- voeding en gewicht (zie de LESA Ondervoeding);
- valpreventie (met name bij loopstoornissen);
- (toename van) de cognitieve stoornissen;
- het gedrag, de beleving en copingstijl;
- periodieke medicatiebeoordeling, bij voorkeur in overleg met de apotheker

van de patiënt. Besteed daarbij aandacht aan (anticholinerge) bijwerking van nieuw voorgeschreven medicatie en afbouw van antipsychotica en sedativa;

- de familie en/of het sociale netwerk;
- de professionele zorgverlening;
- signalen van verwaarlozing of mishandeling.⁴

Stimuleer de patiënt en familie tot het bespreken welke aanpassingen/opvang/nieuwe woonomgeving bij achteruitgang in aanmerking komen (www.kcwz.nl/databank).

Als een patiënt in een verpleeghuis wordt opgenomen, blijft aandacht voor de naasten belangrijk. De partner en de familie ervaren de afwezigheid van de patiënt dikwijls als een leegte en zij kunnen nog lang schuldgevoelens hebben.

Verwijzing

Indicaties voor verwijzing voor aanvullende ziektediagnostiek zijn:

- onzekerheid omtrent het bestaan van dementie;
- diagnostiek bij mensen die geen Nederlands spreken;
- behoefte aan een nosologische diagnose;
- dementie op jonge leeftijd (≤ 65 jaar);
- bijkomende ernstige psychiatrische ziekte of mentale retardatie;
- forse toename van de cognitieve stoornissen binnen twee maanden;
- recent hoofdletsel, met name in geval van een stollingsstoornis of gebruik van anticoagulantia;
- recente voorgeschiedenis van maligniteit;
- nieuwe onverklaarde mictiedrang of urine-incontinentie in combinatie met een loopstoornis;
- nieuwe focale neurologische uitval;
- vermoeden van frontotemporale dementie, Lewy-Body-dementie of Parkinsondementie.

De mogelijkheden voor verdere ziektediagnostiek zijn afhankelijk van het regionale aanbod. Centra met in dementie gespecialiseerde teams verschillen in diagnostische mogelijkheden, doelstelling en in naamgeving. Gespecialiseer-

de teams verbonden aan een ziekenhuis worden gekenmerkt door frequent gebruik van beeldvormende diagnostiek, een relatief groot aandeel van medicamenteuze therapie in de voorgestelde behandeling en monitoring van cognitie met behulp van neuropsychologisch onderzoek.⁷⁵

Indicaties voor verwijzing of consultatie voor nadere zorgdiagnostiek, behandeling of begeleiding kunnen zijn:

- probleemgedrag dat niet verholpen wordt door niet-medicamenteuze interventies;
- overbelasting van de mantelzorger;
- alleenwonende patiënt zonder mantelzorger;
- zorgmijders bij wie professionele hulp wel geïndiceerd is;
- mogelijke gevaren (zoals autorijden, zwerven, verwaarlozing);
- vragen rondom wils(on)bekwaamheid, vrijheidsbeperkende maatregelen en palliatieve zorg;
- wens van de patiënt tot behandeling met een cholinesteraseremmer of memantine.

Evenals bij verwijzing om diagnostische redenen worden de verwijzingsmogelijkheden voor behandeling en begeleiding bepaald door het lokale aanbod en behoeven afspraken over ketenzorg. Zorgdiagnostiek vindt vooral plaats in teams verbonden aan een GGZ-instelling of verpleeghuis.

Samenwerking

Voor de samenwerking van de huisarts met andere hulpverleners gelden de volgende aandachtspunten:⁷⁶

- Kaderhuisartsen ouderengeneeskunde kunnen huisartsen ondersteunen door middel van onderwijs, consultatie en hulp bij het opzetten en onderhouden van samenwerkingsprojecten.
- Bij slik-, spraak- of taalproblemen werkt de huisarts samen met een logopedist. Bij gewichtsverlies of voedingsproblemen werkt de huisarts samen met de diëtiste (zie ook de LESA Ondervoeding).
- Bij mobiliteits- en ADL-problemen werkt de huisarts samen met een er-

gotherapeut en/of fysiotherapeut, met name als deze een negatieve invloed hebben op het zelfstandig functioneren.

- Bij sociale problemen, eenzaamheidsproblematiek en hulpbehoefvendheid werkt de huisarts samen met het algemeen maatschappelijk werk, de wijkzorg en/of ouderenwelzijnsorganisaties.
- Geadviseerd wordt op lokaal niveau samenwerkingsafspraken te maken over mogelijkheden en indicaties voor (neuro)psychologisch onderzoek door ouderenpsychologen (zoals het objectiveren van cognitieve stoornissen; onderzoek naar depressie, angststoornis, persoonlijkheid en rouw, gedrag en het systeem; faciliteren van omgangsadviezen voor de mantelzorger; inschatten van geschiktheid voor deelname aan psychosociale interventies) en mogelijkheden voor individuele of groepstherapie.
- Specialisten ouderengeneeskunde kunnen extramurale (AWBZ) consultaties doen, onder andere in verband met diagnostiek en advisering over opstellen of uitvoer van het zorgbehandelplan.
- Wanneer patiënten met beginnende dementie in gespecialiseerde teams gediagnosticeerd en begeleid worden, is de rol van de huisarts als ketenzorgpartner vaak onduidelijk. Het maken van regionale (terug)verwijs- en samenwerkingsafspraken is daarom raadzaam. Bespreek daarbij elkaars ervaring op het gebied van dementie en maak afspraken over diagnostiek en beleid. Aandachtspunten kunnen zijn, de mogelijkheden om: de regie bij de huisarts te houden;⁷⁷ te verwijzen voor een deelonderzoek; diagnostiek en beleid uit te voeren bij allochtone patiënten; (functioneel) overleg in het werkgebied van de huisartsenpraktijk te organiseren; een consult of opvang te realiseren bij een (dreigende) crisis of bij een sociale indicatie. Andere onderwerpen zijn: het vervolgbeleid na vaststelling van lichte cognitieve stoornissen en na start van een proefbehandeling met medicatie.

Totstandkoming

In juni 2010 startte een werkgroep aan de herziening van de NHG-Standaard Dementie.

De werkgroep bestond uit de volgende leden: L. Achthoven, D.F.R. Boswijk, dr. E. Moll van Charante, dr. M. Perry, J. Stoffels, allen huisarts en prof.dr. M. Vernooij-Dassen, hoofd van het Alzheimer Centrum Nijmegen en hoogleraar Psychosociale Aspecten van Zorg voor Kwetsbare Ouderen.

M.N. Luning-Koster begeleidde de werkgroep en deed de redactie. Zij is huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap; dr. Tj. Wiersma was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling; M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie; M. Kijser was betrokken als wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie. In november 2011 werd de ontwerpstandaard door tien 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: prof.dr. W.A. van Gool, neuroloog; prof.dr. J.R.B.J. Brouwers, hoofdredacteur Farmacotherapeutisch Kompas; E. Schouten, huisarts, lid Projectgroep Jong Verleerd; prof.dr. J.Gussekklo, huisarts en hoofd van de sectie Wetenschappelijk Onderzoek Eerstelijns geneeskunde LUMC; dr. A.W. Wind, huisarts en coördinator kaderopleiding Ouderengeneeskunde; J. Meerveld, namens Alzheimer Nederland; T. Rijdt-van de Ven, medeauteur NHG-Praktijkwijzer

Ouderenzorg; dr. N. Delvaux, huisarts namens Domus Medica, de Vlaamse huisartsenvereniging; prof.dr. F.R.J. Verhey, hoogleraar neuropsychiatrie en ouderenpsychiatrie; A.H.M. Kleemans en C.M. Sluiter, sociaal geriater/specialist ouderengeneeskunde namens Verenso; D. Soeters en J. van Dongen, huisartsen namens de NHG-Adviesraad Standaarden; dr. P.M. de Jong, namens de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE); M. Lucas-Bouwman, huisarts en kaderarts ouderengeneeskunde; J. de Lange, senior onderzoeker Trimbos-instituut; dr. G.E.M. Kienstra, namens de Nederlandse Vereniging voor Neurologie; prof.dr. M.G.M. Olde Rikkert, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; M. de Vugt, namens sectie Neuropsychologie en Y. Kuin, namens de sectie Ouderpsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP); M. Mahler, namens Vilans, Kenniscentrum langdurende zorg; K. de Leest, P.N.J. Langendijk, ziekenhuisapotheker, R. Tahmassian (i.o.), dr. T. Schalekamp, J.J. Luinenburg, apothekers namens de Werkgroep voor Farmacotherapie en Geneesmiddelinformatie van het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft.

In februari 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.

Hoe complexer de aandoening, des te beter de zorg

De kwaliteit van zorg wordt steeds vaker tussen huisartsenpraktijken vergeleken. Soms geven huisartsen aan dat een vergelijking niet goed mogelijk is, omdat de ene praktijk meer complexe zorg levert dan de andere. Zorg voor patiënten met complexe aandoeningen zou gepaard gaan met lagere scores op de kwaliteitsindicatoren. Een recent onderzoek in de Verenigde Staten laat echter zien dat de kwaliteit van zorg voor diabetespatiënten met complicaties en comorbiditeit juist hoger is dan voor patiënten met minder complexe diabetes.¹ Zou dit in Nederland ook zo zijn?

COMPLEX VERSUS NIET-COMPLEX

Om deze vraag te beantwoorden hebben we de zorg voor 12.498 patiënten met complexe en niet-complexe diabetes in 2010 vergeleken in 59 LINH-praktijken. Patiënten met complexe diabetes hebben één of meerdere complicaties of er is sprake van comorbiditeit. Daarnaast beschouwen we ook patiënten met relatief veel diabetesgerelateerde of niet-diabetesgerelateerde contacten als patiënten met een complexe aandoening. We bekeken of de proces- en uitkomstindicatoren over het HbA1c-gehalte, de bloeddruk en de LDL-cholesterolwaarde beter zijn voor patiënten met complexe of niet-complexe diabetes. In de analyses hebben we eveneens de leeftijd en het geslacht van de patiënten betrokken.

EFFECT OP DE DIABETESZORG

Wij zien dat de kwaliteit van de zorgprocessen hoger is bij patiënten met complexe diabetes [tabel 1]. De kans dat het HbA1c-gehalte, de bloeddruk en het LDL-cholesterol wordt gemeten, is hoger voor patiënten met een complexe aandoening en dan met name voor patiënten met relatief veel diabetesgerelateerde contacten. De complexiteit van de zorg is maar in zeer beperkte mate van invloed op de zorguitkomsten en het beeld is ook veel minder duidelijk [tabel 2]. Patiënten met een

complicatie en veel diabetesgerelateerde contacten behalen vaker de LDL-cholesterolstreefwaarde, maar voor de bloeddrukwaarde en het HbA1c-gehalte constateren we het omgekeerde. Patiënten zonder complicaties hebben meer kans op het behalen van de bloeddrukstreefwaarde en patiënten met weinig diabetesgerelateerde contacten hebben meer kans op het behalen van de HbA1c-streefwaarde.

LEEFTIJD EN GESLACHT

De invloed van leeftijd en geslacht op het uitvoeren van een controle of het behalen van een streefwaarde is gering; de complexiteit van de aandoening heeft veel meer invloed. Leef-tijd heeft op alle onderzochte indicatoren een significant effect; geslacht alleen op het behalen van de streefwaardes van het HbA1c (vrouwen vaker) en van de LDL-cholesterol (mannen vaker). Oudere patiënten hebben meer kans dat het HbA1c-gehalte, de bloeddruk en het LDL-cholesterol worden geme-ten dan jongere patiënten. Bij oudere patiënten is de kans ook groter dat het HbA1c-gehalte en het LDL-cholesterol onder de streefwaarde zijn, maar oudere patiënten hebben juist een kleinere kans dat de bloeddruk onder de streefwaarde is.

CONCLUSIE

Ook in Nederland geldt voor de zorgprocessen: hoe complexer de diabetes des te beter de kwaliteit van de zorg. Deze infor-matie kan behulpzaam zijn bij het starten van een verbeter-plan in de praktijk. Bij zorguitkomsten speelt de complexiteit van de aandoening een beperkte, niet eenduidige rol. Alleen als een praktijk een sterk afwijkende patiëntenpopulatie heeft wat betreft de complexiteit van de diabeteszorg, moeten we met deze factor rekening houden in een onderlinge vergelij-king. ■

LITERATUUR

- Woodard LD, Urech T, Landrum CR, Wang D, Petersen LA. Impact of comorbidity type on measures of quality for diabetes care. Med Care 2011;49:605-10.

Tabel 1 De patiëntkenmerken die bijdragen aan het uitvoeren van een controle

De kans op het controleren van onderstaande meetwaarden is groter bij patiënten (met)		
HbA1c	Bloeddruk	LDL
n = 12.498	n = 12.498	n = 12.498
Veel DM-contact*	Veel DM-contact	Veel DM-contact
Complicatie(s)	Complicatie(s)	
Ouder dan 65 jaar	Ouder dan 65 jaar	Ouder dan 65 jaar
Weinig niet-DM gerelateerd contact		
Comorbiditeit	Comorbiditeit	Comorbiditeit

*De vetgedrukte patiëntkenmerken zijn veruit het belangrijkste.

Tabel 2 De patiëntkenmerken die bijdragen aan het behalen van de streefwaarde

De kans op het behalen van de streefwaarde is groter bij patiënten (met)		
HbA1c	Bloeddruk	LDL
n = 8992	n = 9395	n = 8067
Minder DM-contact*		Veel DM-contact
	Zonder complicatie(s)	Complicaties
Ouder dan 65 jaar	65 jaar of jonger	Ouder dan 65 jaar
Vrouwen		Mannen

*De vetgedrukte patiëntkenmerken zijn veruit het belangrijkste.



KENNISTOETS: VRAGEN

Mevrouw De Waal, 36 jaar, komt op het spreekuur. Ze heeft sinds 3 maanden last van onregelmatig vaginaal bloedverlies, spontaan maar ook wel na geslachtsgemeenschap. Ze maakt zich ongerust en wil weten waar dit bloedverlies vandaan komt en wat eraan te doen is. Mevrouw De Waal is niet zwanger. De huisarts vindt bij lichamelijk onderzoek (speculumonderzoek en vaginaal toucher) geen afwijkingen. Hij stelt het volgende aanvullend onderzoek voor om tot een diagnose te komen:

- (1) afnemen van materiaal voor een chlamydiatest;
- (2) echoscopie.

Het volgende onderzoek is in dit geval geïndiceerd:

1. het onderzoek na 1;
2. het onderzoek na 2.

De arts wil ook nog een cervixuitstrijkje maken. Mevrouw De Waal vraagt of dit wel nodig is: ze heeft vijf maanden geleden nog een uitstrijkje via het bevolkingsonderzoek laten maken. Dat uitstrijkje was zonder afwijkingen. In dat geval, zegt de huisarts, is bij haar nu géén uitstrijkje nodig.

3. Deze uitspraak is correct.

De huisarts heeft bij de heer Visser, 65 jaar, een normocytaire anemie gevonden (Hb 6,9 mmol/l). De heer Visser heeft al jaren reumatoïde artritis. Bij nader onderzoek bleek het ferritinegehalte normaal te zijn (40 µmol/l). De huisarts wil nader bloedonderzoek laten verrichten om de oorzaak van de anemie te achterhalen. Zij vermoedt dat het gaat om anemie door een chronische ziekte, maar wil ijzergebreksanemie uitsluiten. Om te kunnen differentiëren tussen beide oorzaken van anemie is/zijn de volgende bepaling(en) geschikt:

4. bepaling van het serumtransferrine;
5. bepaling van het serumijzer.

De heer Van Santen, 61 jaar, belt naar de praktijk en vertelt de assistente dat hij bij het wakker worden bemerkte dat hij een deel van het gezichtsveld van het linkeroog mist. Dit duurt nu al ruim een uur. Hij heeft geen andere (uitvals)verschijnselen en met het rechteroog ziet hij goed. De assistente vraagt de huisarts wat er aan de hand kan zijn. De huisarts zegt dat dit beeld past bij (1) een netvliesloslating en bij (2) een arteriitis temporalis. Dit is correct voor:

6. de diagnose na 1;
7. de diagnose na 2.

Tijdens een avonddienstvisite gaat de huisarts met spoed naar de 56-jarige heer Klein vanwege pijn op de borst, kortademigheid en hevig transpireren. Vanwege verdenking op een acuut coronair syndroom is 112 ook gewaarschuwd. Als de huisarts en de chauffeur binnenkomen, raakt de heer Klein buiten bewustzijn en ademt hij niet meer. De huisarts vraagt de chauffeur 112 te bellen en te zeggen dat het om een reanimatie gaat. De huisarts begint onmiddellijk met hartmassage in een frequentie van 100/min. Na 30 borstcompressies geeft hij steeds 2 beademingen. De chauffeur sluit intussen de AED aan en hoort dat hij een stroomstoot moet geven. Na de stoot (1) controleert de huisarts de circulatie.

8. Het starten van een reanimatie met borstcompressies is correct.
9. De verhouding van borstcompressies en beademingen is hier correct.
10. Handeling 1 is op dit moment geïndiceerd.

De antwoorden staan op pagina 324.

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.

Dubbelzien

Dubbelzien (diplopie) is een niet-alledaagse klacht in de huisartsenpraktijk. Het stellen van de diagnose is niet gemakkelijk omdat patiënten andere visusklachten, zoals wazig zien, ook vaak omschrijven als dubbelzien. Bovendien kent diplopie een uitgebreide differentiaaldiagnose, met onder andere vasculaire, myogene, neurogene en infectieuze aandoeningen.

WAT IS HET PROBLEEM?

De incidentie en prevalentie van diplopie in de huisartsenpraktijk is onbekend. Uit gegevens van het Transitieproject blijkt dat de diagnose twee tot drie keer per drie jaar wordt gesteld.

Dubbelzien kan fysiologisch zijn. Wanneer je focust op een object dichtbij, zie je het object in de verte dubbel en omgekeerd. De meeste volwassenen hebben geleerd dit verschijnsel te negeren. Diplopie is pathologisch als deze wordt veroorzaakt door lokale afwijkingen aan een oog, uitval van de hersenzenuwen die de oogspieren innervieren of door afwijkingen aan de oogspieren zelf. Er zijn twee vormen: monoculair en binoculair dubbelzien. Monoculaire dubbelbeelden komen weinig voor en zijn vrijwel altijd het gevolg van lokale oogafwijkingen: gestoorde traanfilm, cornea-afwijkingen, ooglensproblemen, irisafwijkingen, glasvochtproblemen en soms retina-afwijkingen. Psychogene oorzaken komen ook voor.

Binoculair dubbelzien ontstaat doordat de oogspieren van beide ogen niet goed samenwerken. Elk oog bevat zes oogspieren die worden geïnnerd door drie hersenzenuwen. Uitval van een van die hersenzenuwen leidt tot dubbelbeelden bij kijken in de richting waarin de uitgevallen spier het oog bewoog. Deze uitval kan worden veroorzaakt door vasculaire afwijkingen (met als gevolg ischemie) ten gevolge van atherosclerose, hypertensie, diabetes mellitus en arteriitis (temporalis) of door compressie van de zenuw door schedeltrauma, een aneurysma, tumoren of metastasen of een verhoogde intracraniele druk.

Naast deze neurogene oorzaak kan dubbelzien ook myogeen zijn. Dubbelzien bij (oog)spierziekten komt echter weinig voor. De meest voorkomende aandoeningen zijn orbitopathie bij de ziekte van Graves en myasthenia gravis. Er is dan meestal sprake van intermitterend dubbelzien dat afneemt dan wel toeneemt naarmate de dag vordert. Oog(spier)operaties en strabisme in het verleden kunnen later alsnog myogeen dubbelzien veroorzaken.

WAT MOET IK DOEN?

Een gestructureerde anamnese is het belangrijkste instrument, de waarde van oogheelkundig onderzoek is beperkt. Start met de vraag of de patiënt werkelijk twee afzonderlijke beelden ziet of dat hij iets anders bedoelt, bijvoorbeeld onscherp

of wazig zien, waardoor schaduwbeelden ontstaan. Ga vervolgens na of het dubbelzien sinds het ontstaan is veranderd en of de dubbelbeelden continu of intermitterend zijn. Verbetering (de dubbelbeelden komen dicht bij elkaar te staan) treedt op bij ischemie van een hersenzenuw, verergering bij compressie van een zenuw of orbitopathie bij de ziekte van Graves. Intermitterend dubbelzien wijst op een myogene oorzaak, evenals strabisme en oog(spier)operaties in het verleden.

Laat de patiënt, bij verdenking op fysiologisch dubbelzien, zijn wijsvingers voor zich houden, 30 cm achter elkaar. Wanneer hij naar de achterste vinger kijkt, zal hij de voorste dubbelzien en omgekeerd. Treden dubbelbeelden alleen in deze of vergelijkbare situaties op, dan is het dubbelzien fysiologisch.

Bepaal vervolgens of er sprake is van monoculair of binoculair dubbelzien. Laat de patiënt daarvoor afwisselend één oog afdekken. Monoculaire dubbelbeelden blijven bestaan bij afdekken van het niet-aangedane oog, binoculaire dubbelbeelden verdwijnen. Verricht, in geval van monoculair dubbelzien, een visustest om een refractieafwijking uit te sluiten. Vraag bij binoculair dubbelzien of de dubbelbeelden horizontaal, verticaal of gedraaid ten opzichte van elkaar staan en onderzoek of het dubbelzien toeneemt bij kijken in een bepaalde richting (oogvolg bewegingen). Niet naar mediaal of caudaal kunnen kijken wordt veroorzaakt door uitval van de nervus trochlearis (innerveert de musculus obliquus superior) en leidt tot gedraaide en verticale dubbelbeelden. Door een laesie van de nervus abducens (musculus rectus lateralis) is naar lateraal kijken niet mogelijk en ontstaat horizontaal dubbelzien. Dubbelbeelden in de overige blikrichtingen duiden op uitval van de nervus oculomotorius (musculus rectus superior, musculus rectus medialis, musculus rectus inferior en musculus obliquus inferior), kunnen horizontaal, verticaal en gedraaid zijn en gaan vaak gepaard met ptosis, pupilverwijding en vertraagde of opgeheven lichtreactie. Let ook op een compensatoire hoofdstand.

Verwijs bij monoculair dubbelzien door een refractieafwijking naar een opticien. Verwijs patiënten zonder refractieafwijking en kinderen jonger dan 10 jaar naar een oogarts. Verwijs bij binoculair dubbelzien met spoed naar een oogarts of neuroloog.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat fysiologisch dubbelzien een normaal verschijnsel is, de patiënt kan dit leren negeren. Vertel verder dat pathologisch dubbelzien wordt veroorzaakt doordat beide ogen niet goed samenwerken of (bij monoculair dubbelzien) door een lokale afwijking aan één oog. Vertel dat voor verder onderzoek naar de oorzaak en behandeling van het dubbelzien verwijzing nodig is. ■

LITERATUUR

- 1 Friedman DI. Pearls: diplopia. *Semin Neurol* 2010;30:54-65.
- 2 Ottar WL. Diplopia: double the fun! Part 1: History taking. *Insight* 1998;23:119-25.
- 3 Ter Berg JW, Samijn JP, Kuks JB. Dubbelzien als symptoom van een ernstige aandoening. *Ned Tijdsch Geneesk* 1998;142:2025-7.

Pijn in het aangezicht

WAT IS HET PROBLEEM?

Pijn in het aangezicht is een weinig gepresenteerde klacht bij de huisarts, maar het is belangrijk deze te herkennen. Uit enquêtes onder patiënten blijkt dat een juiste diagnose vaak pas laat wordt gesteld. Artsen, ook in de tweede lijn, herkennen de aandoening niet altijd.

Bij de meeste aangezichtspijnen zijn de klachten heftig en is er een negatieve invloed op het dagelijks functioneren. Door de uitgebreide differentiaaldiagnose is het stellen van een juiste diagnose niet gemakkelijk. Naast neurologische aandoeningen kunnen spanningshoofdpijn, migraine, sinusitis, kaakaandoeningen en aandoeningen in de mond eenzijdige pijn veroorzaken. Als er geen diagnose te stellen is, werd vroeger gesproken van 'atypische aangezichtspijn'; tegenwoordig heet dit 'persistent idiopathic facial pain' (PIFP).

WAT MOET IK WETEN?

Bij *clusterhoofdpijn* zijn er aanvallen van ernstige, strikt unilaterale pijn in of rond de oogkas. De klachten kunnen een kwartier tot uren duren, meermalen per dag, en vergezeld gaan van ipsilaterale conjunctivale injectie en/of tranenvloed, neusverstopping of loopneus.

Bij *trigeminusneuralgie* zijn er eenzijdig korte elektrische schokachtige pijnen, abrupt startend en eindigend, beperkt tot een of meer takken van de nervus trigeminus. De pijn wordt vaak uitgelokt door triviale stimuli zoals wassen, scheren, roken, praten en tandenpoetsen, maar kan ook spontaan optreden. De aandoening verloopt in periodes van gemiddeld 1,5 maand, waarna de pijn vaak langere tijd wegblijft.

Bij *SUNCT* (short lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing) zijn er kortdurende aanvallen (minuten) van eenzijdige pijn, veel korter dan bij andere aangezichtspijnen, met goed zichtbare tranenvloed en roodheid van het ipsilaterale oog. De paroxismale hemicrania lijkt veel op clusterhoofdpijn maar de aanvallen duren korter, zijn frequenter en reageren altijd op indometacine.

Bij *PIFP* is er persisterende aangezichtspijn zonder kenmerken van de andere craniale neuralgieën.

De etiologie van bovenstaande aandoeningen is meestal onbekend. De belangrijkste hypothese bij trigeminusneuralgie is vasculaire compressie en demyelinisatie van de nervus trigeminus. Hierbij is in ongeveer 10% van de gevallen sprake van neoplasmata en is beeldvormende diagnostiek wenselijk.

WAT MOET IK DOEN?

Geringe of infrequente klachten behoeven geen interventie. Clusterhoofdpijn geeft altijd ernstige klachten. Verwijs naar de neuroloog voor verdere diagnostiek in een eerste episode. Veelal kan de huisarts starten met behandeling, maar verwijzing is nodig voor verdere diagnostiek, waaronder MRI. Geef bij clusterhoofdpijn een triptaan (injectie, eventueel een spray) of zuurstof. Geef

daarnaast, in overleg met de neuroloog, altijd preventieve behandeling gedurende het cluster met een hoge dosis verapamil (3dd 80 mg tot 2dd 240 mg). Geef bij hinderlijke trigeminusneuralgie carbamazepine in een begin dosering van 2dd tot 3dd 100 mg. Hoog dit geleidelijk op tot de pijn is verdwenen, meestal bij 3dd tot 4dd 200 mg. Overweeg invasieve interventies bij onvoldoende effect, bij langdurige klachten of ernstige bijwerkingen: microvasculaire decompressie, stereotactische radiochirurgie (gamma knife) of percutane rhizotomie. Aan de aanval zelf is niets te doen; een NSAID is onwerkzaam door de snel optredende klachten.

De behandeling van SUNCT is moeizaam, soms kan topiramaat helpen (zelden behandeling nodig). Geef indometacine bij paroxismale en continue hemicrania. De behandeling van PIFP is niet altijd succesvol, soms kan amitriptyline werken.

Speel een duidelijke rol in de behandeling en initieer de diagnostiek. Bewaak samen met de patiënt het effect van de interventie en kies eventueel een andere behandelstrategie. Verwijs naar een neuroloog (behandel bij voldoende ervaring en beeldvormende faciliteiten clusterhoofdpijn eventueel zelf). Verwijs naar de tandarts bij twijfel over een mogelijk dentogene oorzaak. Geef een adequate verwijsbrief mee, waarin staat dat u aan aangezichtspijn denkt. Hierdoor kan de tandarts makkelijker relevant onderzoek uitvoeren. Behandel door de tandarts naar u verwezen patiënten op dezelfde manier. Waarschijnlijk presenteren evenveel patiënten met aangezichtspijn zich bij de huisarts als bij de tandarts. Ondersteun en begeleid de patiënt na initiële diagnostiek en het starten van de behandeling.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat aangezichtspijn vaak goed medicamenteus te behandelen is en dat medicijnen bij trigeminusneuralgie vaak effectiever zijn dan bij clusterhoofdpijn. Klachten treden vaak periodiek op en eindigen vanzelf. Dan eindigt ook het medicijngebruik. De medicamenteuze behandeling is maatwerk en wordt bij trigeminusneuralgie stapsgewijs opgebouwd. Leefregels of dieet hebben geen nut. Er is geen preventieve behandeling tussen de aanvallen. Bij ernstige en langdurige klachten bestaan er bij trigeminusneuralgie neurochirurgische interventies (hersenoperatie) of radiotherapeutische ingrepen. Dat geldt ook voor clusterhoofdpijn maar gezien de minder goede resultaten is dit een dubieuze indicatie. Clusterhoofdpijn is opgenomen in de NHG-Standaard Hoofdpijn en er is hierover een NHG-Patiëntenbrief. ■

LITERATUUR

- 1 Koopman JS, Dieleman JP, Huygen FJ, De Mos M, Martin CG, Sturkenboom MC. Incidence of facial pain the general population. *Pain* 2009;147:122-7.
- 2 Bennetto L, Patel NK, Fuller G. Trigeminal neuralgia and its management. *BMJ* 2007;334:201-5.
- 3 International Headache Society. IHS-ICHD-2 website. <http://ihs-classification.org/en>.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Postzone Vo-P Postbus 9600, 2300 RC Leiden: F. Dekker, huisarts, onderzoeker • Correspondentie: f.dekker@quicknet.nl



Antihypertensiva voor de alleroudsten?

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 Wat is het effect van behandeling met antihypertensiva op de kwaliteit van leven – gedefinieerd als cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit – van de alleroudsten (> 80 jaar) met hypertensie?

Zoekstructuur We zochten in de Cochrane Library met de termen 'hypertension' en 'elderly'. Van de vier gevonden reviews bleek één artikel naadloos aan te sluiten bij de onderzoeksvraag.¹ Vervolgens zochten we via PubMed naar aanvullende RCT's na de sluitingsdatum van de Cochrane-review met de MeSH-termen: 'hypertension [Majr]', 'cardiovascular diseases [Majr]' en 'Aged, 80 and over'. Limits: 'randomized controlled trials' en 'published in last 3 years'. Van de 92 gevonden hits was er geen enkele relevant voor de onderzoeksvraag.

Resultaten Acht van de 15 onderzoeken die waren opgenomen in de Cochrane-review vermeldde gestratificeerde resultaten naar leeftijd. Zeven van deze onderzoeken hadden totale cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit als uitkomstmaat. Bij de patiëntengroep van > 80 jaar werd na behandeling met antihypertensiva een significante verlaging van deze uitkomstmaat gevonden: RR 0,75; 95%-BI 0,68-0,87. Het relatieve risico op cerebrovasculaire mortaliteit en morbiditeit daalde ook significant (RR 0,66; 95%-BI 0,52-0,83), maar het risico op ischemische hartziekten niet (RR 0,86; 95%-BI 0,6-1,22). Verder werd bij de alleroudsten geen gunstig effect aangetoond op de totale mortaliteit (RR 0,98; 95%-BI 0,87-1,10), cardiovasculaire mortaliteit (RR 0,98; 95%-BI 0,81-1,19), mortaliteit aan ischemische hartziekten (RR 0,98; 95%-BI 0,69-1,10) en de cerebrovasculaire mortaliteit (RR 0,80; 95%-BI 0,58-1,11).

Gezien het doorslaggevende gewicht van het HYVET-onderzoek uit 2008 in de Cochrane-review bespreken we dit onderzoek apart.² HYVET onderzocht het effect van antihypertensiva bij 1933 patiënten van > 80 jaar in vergelijking met een placebogroep van 1912 patiënten. De primaire uitkomstmaat, fatale en niet-fatale CVA's, was significant verlaagd: hazardratio (HR) 0,61; 95%-BI 0,38-0,99. Van de secundaire uitkomstmaten was de totale mortaliteit significant verlaagd in de behandelgroep (HR 0,79; 95%-BI 0,65-0,95), reden om de trial voortijdig te stoppen. De mortaliteit als gevolg van cardiovasculair lijden (CVA's en cardiale oorzaken) werd echter niet beïnvloed door behandeling.

Bespreking De onderzoeksvraag van de Cochrane-review is duidelijk geformuleerd en de zoekactie is adequaat uitgevoerd. Bij

de kwaliteitsbeoordeling werd geen scoringssysteem gebruikt maar de belangrijkste kenmerken van de onderzoeksofzet werden getoond in een tabel. De selectie van artikelen en de data-extractie zijn door meerdere personen onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. De onderzoeken waren voldoende homogeen om te vergelijken. Concluderend lijkt de Cochrane-review voldoende valide. Het HYVET-onderzoek lijkt na checklistbeoordeling van de methodologische kwaliteit te voldoen aan alle criteria voor een valide RCT.

Het HYVET-onderzoek concludeert dat behandeling met antihypertensiva bij de alleroudsten ook leidt tot een significant gereduceerd risico op totale sterfte en sterfte door CVA's. Opmerkelijk genoeg wordt deze uitslag niet bevestigd in de Cochrane-review, terwijl het HYVET-onderzoek meer dan de helft van het aantal deelnemers van de Cochrane-review leverde. De gunstige effecten van het HYVET-onderzoek kunnen mogelijk worden verklaard door selectie van een redelijk gezonde patiëntenpopulatie (de totale sterfte in de placebogroep was ongeveer de helft van de sterfte in de open populatie). Patiënten met cognitieve aandoeningen of (matig) gestoorde nierfunctie werden daarnaast geëxcludeerd.

Conclusies Het literatuuronderzoek toont aan dat starten en continueren van de behandeling van hypertensie bij patiënten van > 80 jaar leidt tot significante reductie van de cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit. Dit wordt echter uitsluitend veroorzaakt door een significante verlaging van fatale en niet-fatale CVA's. Het bewijs hiervoor is voldoende sterk.

Betekenis Het absolute risico op cerebrovasculaire mortaliteit en morbiditeit daalt na 2 jaar behandeling met 1,8%, dus een NNT van 56. Het feit dat een CVA de kwaliteit van leven enorm beïnvloedt is een belangrijke overweging om antihypertensiva te starten/continueren bij de alleroudsten. Het HYVET-onderzoek vond tevens een gunstig effect op de totale mortaliteit, maar ook het lage aantal serieuze bijwerkingen (n = 5) is een extra reden om in ieder geval de gezondste 80-plussers voor hypertensie te behandelen (streefwaarde systolisch 150 mmHg zoals in het HYVET-onderzoek). Echter, voor de doorsnee huisartspatiënt van > 80 jaar blijft de individuele afweging gelden en zal de keuze om tot behandeling over te gaan afhangen van de angst voor een CVA en de te verwachten bijwerkingen en interacties. ■

LITERATUUR

- 1 Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. Cochrane Database Syst Rev 2009, Issue 4. Art. No.: CD00028.
- 2 Beckett NS, Peters R, Fletcher AE. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med 2008;358:1887-98.

Sinusitis: antibiotica én orale corticosteroiden?

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

Context Acute sinusitis is een veelvoorkomende reden om naar de huisarts te gaan. De klachten worden vooral veroorzaakt door zwelling en ontsteking van de nasale en paranasale slijmvliezen. Antibiotica hebben hierbij een beperkt nut maar corticosteroiden zouden gezien hun anti-inflammatoire werking wel effectief kunnen zijn. In dit onderzoek blijkt het nut van intranasale corticosteroiden echter beperkt te zijn en dat wordt mogelijk veroorzaakt door de ontoegankelijkheid van de neusholte door de zwelling van het slijmvlies.¹ De review omvat 4 onderzoeken met in totaal 1008 deelnemers.

Klinische vraag Wat is het effect van orale corticosteroiden op het verlichten van de klachten bij acute sinusitis?

Conclusies auteurs Orale corticosteroiden als adjuvante behandeling bij orale antibiotica lijken de klachten van acute sinusitis op korte termijn (4 tot 12 dagen) te kunnen verlichten (RR 1,3; 95%-BI 1,0-1,7). Er waren weinig bijwerkingen en ze waren mild van aard. De auteurs stellen voor om het effect van orale corticosteroiden bij patiënten met een acute sinusitis zowel als monotherapie als gecombineerd met antibiotica verder te onderzoeken in hoog kwalitatieve trials in de eerste lijn.

Beperkingen De geïncludeerde onderzoeken waren beperkt in aantal (vier) en van matige kwaliteit. In deze onderzoeken werd uitsluitend gekeken naar het kortetermijneffect (dag 10 tot 12) en niet naar het effect op langere termijn. Verder ontvingen alle patiënten antibiotica, hoewel bekend is dat het effect hiervan klein is. Bovendien betrof het vooral patiënten bij wie de diagnose acute sinusitis werd gesteld in de tweede lijn. De klinische heterogeniteit en de verschillende follow-uptermijnen in de verschillende trials en het combineren van verschillende eindpunten zijn alle een mogelijke bron van bias.

COMMENTAAR

Hoewel acute sinusitis meestal vanzelf overgaat, zoeken veel patiënten vanwege de pijn hulp bij de huisarts (incidentie 15 tot 30 per 1000 patiënten per jaar). Aangezien de oorzaak van de pijn een obstructie van de openingen tussen neus en bijholten is, lijkt het geen merkwaardige gedachte om dan corticosteroï-

den voor te schrijven. Helaas leverde onderzoek naar het effect van intranasale corticosteroiden geen overtuigende resultaten op. De auteurs opperen dat de beperkte bereikbaarheid van de neusholten door zwelling van het slijmvlies hiervoor de reden kan zijn. Als orale corticosteroiden wel effect hebben op de (pijn)klachten bij sinusitis, zonder dat er sprake is van bijwerkingen, zou dat voor de huisarts een uitbreiding van zijn therapeutisch arsenaal betekenen.

Hoewel slechts vier onderzoeken konden worden geïncludeerd, is er sprake van een zeer degelijk uitgevoerde review. De auteurs geven op een duidelijke en minutieuze wijze aan waar de beperkingen liggen in de onderzoeken. De voorzichtige conclusie dat orale corticosteroiden als adjuvante behandeling bij orale antibiotica de klachten van een acute sinusitis op korte termijn lijken te kunnen verlichten, wordt dan ook correct genuanceerd.

Niettemin kunnen enkele zaken nog worden uitgelicht. Het belangrijkste verschil met de huidige NHG-Standaard Rhinosinusitis is uiteraard dat die in de meeste gevallen afraadt antibiotica voor te schrijven. Nederlandse huisartsen zullen in het geval van acute sinusitis orale corticosteroiden niet snel combineren met antibiotica en het is dan ook veel interessanter om het effect te onderzoeken van monotherapie van orale corticosteroiden versus NSAID's en/of lokale decongestiva.

Een ander punt van verschil met de huidige praktijk is de diagnostiek waarbij de huisarts vooral afgaat op de anamnese en niet op de in de review toegepaste aanvullende onderzoeken. Daar komt nog bij dat het in de eerste lijn de voorkeur geeft om te spreken over rhinosinusitis en niet over sinusitis, omdat normaliter zowel de slijmvliezen van de neus als de bijholten zijn ontstoken. In dat licht bezien is het opvallend dat de auteurs de gewone verkoudheid (common cold) hebben geëxcludeerd in hun zoektocht naar geschikte RCT's, aangezien de grens tussen deze twee diagnoses erg onscherp is.

Samengevat deel ik de conclusie van de auteurs dat orale corticosteroiden als adjuvante therapie bij orale antibiotica de klachten van acute sinusitis op korte termijn lijken te verlichten, maar erg relevant is een en ander pas als dit ook het geval blijkt te zijn zonder antibiotica. ■

LITERATUUR

- 1 Venekamp RP, Thompson ML, Hayward G, Heneghan CJ, Del Mar CB, Perera R, et al. Systemic corticosteroids for acute sinusitis. Cochrane Database of Syst Rev 2011, Issue 12. Art No: CD008115.

ANTWOORDEN

1. Juist / 2. Onjuist / 3. Onjuist

Bij vrouwen in de vruchtbare levensfase neemt de huisarts materiaal af voor een chlamydia-test als de mogelijkheid van een soa niet kan worden uitgesloten. Daarnaast maakt hij – ongeacht het tijdstip en de uitslag van eerdere uitstrijkjes – een cervixuitstrijkje als er sprake is van contactbloedingen, afwijkingen van de cervix bij lichamelijk onderzoek of tussentijds bloedverlies op een wisselend tijdstip in de cyclus dat niet verklaard kan worden door het gebruik van hormonale anticonceptie, door een vaginale of cervicale infectie of door laesies van de vulva of vagina. De huisarts vraagt alleen (transvaginale) echoscopie aan bij een afwijkend vaginaal toucher, als er zwellingen naast/van de uterus zijn of indien het vaginaal toucher moeilijk te beoordelen is. Bij vrouwen in de postmenopauze wordt altijd een cervixuitstrijkje en transvaginale echografie gedaan (bij voorkeur in eigen beheer), ter bepaling van de dikte van het endometriumslimvlies, tenzij het bloedverlies verband houdt met hormonale substitutie-therapie.

Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijer AS, Drost B, Hohmann FP, Leusink GL, et al. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies (tweede herziening). www.nhg.org.

4. Juist / 5. Onjuist

Bij een normocytair of microcytair anemie bij patiënten die een aandoening hebben of de afgelopen maand een aandoening hebben gehad die een ‘anemie door een chronische ziekte’ tot gevolg kan hebben, én een serumferritine tussen 15 microg/l en 100 microg/l duidt een verlaagd serumijzer en een verhoogd transferrine op een ijzerebreksanemie; een verlaagd serumijzer en een verlaagd transferrine duidt op een ‘anemie door een chronische ziekte’.

Het serumtransferrine is hierin dus de onderscheidende bepaling. Overigens kan ook een serumferritine > 100 microg/l, een verlaagd serumijzer en een normaal of verlaagd transferrine duiden op een ‘anemie door een chronische ziekte’.

Van Wijk MAM, Mel M, Muller PA, Silvertand WCJ, Pijnenborg L, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Anemie. www.nhg.org.

6. Juist / 7. Onjuist

De huisarts verwijst patiënten met éézijdige visusstoornissen die langer dan 15 minuten duren en zonder (andere) neurologische uitvalsverschijnselen voor nader onderzoek naar de oogarts. Als de patiënt daarbij ook mouches volantes en lichtflitsen meldt, is ablatio retinae zeer waarschijnlijk.

Kortdurende éézijdige visusstoornissen (amaurosis fugax) kunnen worden veroorzaakt door een TIA of arteriitis temporalis. Deze laatste aandoening komt met name voor bij mensen boven de 70 jaar en wordt gekenmerkt door hoofdpijn en malaise. De aandoening gaat gepaard met een sterk verhoogde BSE.

De differentiaaldiagnose voor monoculaire (voorbijgaande) visusstoornissen bestaat verder uit orthostatische hypotensie, hartritestoornissen, verhoogde intracraniale druk, glaucoom, maligne hypertensie, migraine, neuritis optica en tumoren.

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

Van Binsbergen JJ, Verhoeven S, Van Bentum STB, Schuling J, Beusmans GHMI,

Pleumeekers HJCM, et al. NHG-Standaard TIA (eerste herziening). www.nhg.org.

8. Juist / 9. Juist / 10. Onjuist

De basale reanimatie met AED start – na controle van de veiligheid voor slachtoffer en hulpverleners, zorgen voor hulp/112 bellen, en controle van het bewustzijn, de ademweg en de ademhaling – met borstcompressies in de frequentie van 100/min, met een diepte van ten minste 5 cm. Hierna volgen 2 beademingen, waarbij de ademweg met de hoofdkantel-kinlift wordt vrijgemaakt. De reanimatie gaat ook door tijdens de bevestiging van de AED-elektroden. Tijdens de analyse van de AED en eventuele schok geeft het apparaat duidelijk aan de patiënt niet aan te raken. Hierna start de huisarts weer direct met de basale reanimatie 30:2 zonder controle van de circulatie. Hij gaat door tot een patiënt goed bij bewustzijn komt (bewegen, openen van de ogen, normaal ademen) of de ambulance de reanimatie overneemt.

www.reanimatieraad.nl



Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijnenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.
Postbus 246, 3990 GA Houten
Paul Bakker (030) 638 39 28, p.bakker@bsl.nl
Gertjan Verhoog (030) 638 37 65, g.verhoog@bsl.nl
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

Abonnementenadministratie

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

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratiekosten) 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



Penny én pound wise!

Bij weinig zaken is zo duidelijk dat kwaliteit en doelmatigheid – dat wil zeggen het zinnig en zuinig gebruik van middelen – hand in hand gaan als bij de diagnostische verrichtingen. Op het gebied van de laboratoriumdiagnostiek zijn we al langer bezig met het maken van samenwerkingsafspraken met de dit jaar jubilerende arts-laboratoria (SAN), de eveneens jubilerende Klinisch Chemici (NVKC) en tegenwoordig ook de medisch microbiologen.



Deze samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd in de LESA Laboratoriumdiagnostiek.

Steeds meer laboratoria maken gebruik van het probleemgeoriënteerd aanvraagformulier, waarvan is aangetoond dat het bijdraagt aan een meer rationeel beleid. Dit alles zou gecompleteerd moeten worden met regionale samenwerkingsafspraken en de LESA geeft hiervoor ook suggesties.

Het zou mooi zijn als huisartsen en medisch specialisten het stroomlijnen van het diagnostisch proces in gezamenlijkheid kunnen oppakken, zodat niet onnodig dubbele diagnostiek wordt verricht. Een diagnostisch toetsoverleg (dto), vergelijkbaar met het fto, zou een en ander kunnen ondersteunen.

Het lijkt me *penny wise* als ziektekostenverzekeraars dat gaan belonen!

Arno Timmermans

Thuisarts.nl: massaal gebruikt

Sinds de publieke lancering op 22 maart weten huisartsen en burgers de weg naar Thuisarts.nl goed te vinden. Afgemeten aan het aantal bezoekers is de website met publieksinformatie een succes. In tweeënhalve maand is de site bijna een half miljoen maal bezocht. Daarbij zijn bijna drie miljoen pagina's bekeken. Gemiddeld bekeken bezoekers van Thuisarts.nl zes pagina's en bleven ze bijna vier minuten op de site. Veel

huisartsen verwijzen inmiddels hun patiënten niet meer naar de NHG-Patiëntenbrieven, maar naar Thuisarts.nl. Ze maken daarbij gebruik van de handige *Informatierecepten*.

Wilt u meer weten over het gebruik van Thuisarts.nl en de NHG-Patiëntenbrieven? Een uitgebreid artikel hierover is te vinden op www.nhg.org > nieuws > NHG-nieuws uit H&W. ■

Nieuw! App NHG-Standaarden



Nog nooit was 'bijblijven' zo gemakkelijk... Met de app voor de iPhone heeft u alle samenvattingskaarten van de NHG-Standaarden altijd bij de hand. Heeft u een iPad, dan beschikt u zelfs over de volledige tekst van alle standaarden. En dat altijd geheel geactualiseerd! De app voor de iPhone is voor iedereen gratis. NHG-leden kunnen

bovendien de app voor de iPad eveneens gratis downloaden; niet-leden betalen hiervoor € 18,99.

Aan apps voor Android-telefoons wordt druk gewerkt; we houden u hierover op de hoogte! ■

Actualisering NHG-TriageWijzer

Deze tweede actualisering van de NHG-TriageWijzer is mede tot stand gekomen door de feedback van gebruikers. Er zijn diverse ingrijpende tekstuele wijzigingen doorgevoerd en ook zijn een nieuwe ingangsklacht (Corpus alienum) en een nieuwe advieskaart (Kinderziekte met vlekjes) toegevoegd. Op alle gewijzigde bladen is een verwijzing opgenomen naar de bijbehorende voorlichtingsteksten op Thuisarts.nl.

Bent u geabonneerd op de actualiseringen van de TriageWijzer? Dan ontvangt u automatisch de gewijzigde bladen inclusief cd-rom via de post. Opmerkingen en suggesties blijven welkom via triagewijzer@nhg.org; deze helpen ons de TriageWijzer verder te optimaliseren. ■

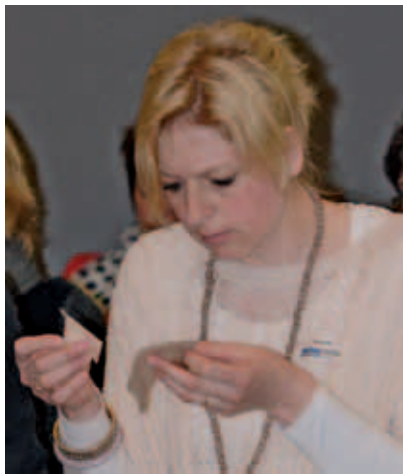
De nieuwe cursus Wondbehandeling:

Griezelen bij enge wonden...

De nieuwe StiP-cursus Wondbehandeling van het NHG, georganiseerd door de WDH Midden-Nederland, was in hoog tempo volgeboekt; en ook de volgende cursus - die in september wordt gegeven - stroomt vol. Waarom is het kennelijk zo'n interessant onderwerp? We namen een kijkje voor u.

Eerst de theorie

De cursus gaat van start met een samenvatting van de theorie rondom wonden en de middelen waarmee deze kunnen worden behandeld, zoals u het allemaal ook kunt lezen in de NHG-



PraktijkWijzer Wondbehandeling. Waarom gaat tegenwoordig de voorkeur uit naar een 'vochtig wondklimaat' en is het oude adagium 'drogen aan de lucht' geheel verlaten? Welke verbandmiddelen gebruikt u bij welke wond en waarom? Wat betekent 'zwart, geel, rood' eigenlijk precies en waarom is rood goed?

Aan de zaal worden diverse dia's getoond waarbij ook de meest doorgewinterde wondbehandelaar soms wel wat griezelt. De oude blaar, bijvoorbeeld, waar het zwarte bloed uit druipet. De gigantische open blaar die contact met een berenklauw heeft opgeleverd en die van boven op de voet tussen de tenen door tot op de ondervoet doorloopt. En we zien dat een necrotiserende wond ook geel kan zijn.

Uit elkaar gepluisd

Vervolgens maken de cursusdeelnemers kennis met diverse verbandmiddelen. Steeds wordt precies uitgelegd wat de eigenschappen zijn van het verband, wat de specifieke voordelen zijn, hoe je het moet aanleggen, hoe lang het kan blijven zitten en hoe vaak je het moet verwisselen, en wat je beslist wel of juist niet moet doen. De verbanden mogen worden uitgepakt, bevoeld, uit elkaar gepluisd of wat de aanwezigen er maar mee willen doen om zich de eigenschappen ervan eigen te maken. Ook aspecten als de prijs van de verschillende middelen passen de revue, want waarom duur als het echt ook wel wat goedkoper kan?

Wondjes en wonden

Het leukste deel van de cursus wordt bevaar tot het laatste. Vier lotuspatiënten

tonen hun gruwelijke verwondingen. Een mevrouw die is uitgegleden en haar hele arm heeft opengeschaafd aan het tapijt. Een diabetespatiënt die niet in de gaten heeft gehad dat een wondje aan zijn voet ontstond en maar groeide en groeide. Een necrotiserende decubituswond op de hiel van een oudere man. Het ziet er allemaal erg levensecht uit en soms prijs je je gelukkig dat de bijbehorende geuren in elk geval ontbreken! Niet alleen verbandmiddelen moeten nu uitkomst bieden, maar bijvoorbeeld ook speciaal schoeisel dat druk wegneemt en beschermt tegen nieuwe verwondingen.

Interesse

Al met al is het inderdaad een leuk onderwerp waarover nog genoeg te leren valt. Er waren dan ook niet alleen huisartsen die de cursus bijwoonden, ook praktijkassistenten en -ondersteuners bleken zeer geïnteresseerd te zijn.

Wilt u ook een keer de StiP-cursus Wondbehandeling bijwonen? Kijk op www.wdhmn.nl voor de plaatsen en data. (AS) ■



NHG-AGENDA 2012 data

- Afscheid Arno Timmermans 13 september
- Symposium PalHag 3 oktober
- Startersdag 6 oktober
- NHG-Congres De nieuwe huisarts 9 november
- Algemene Ledenvergadering 6 december



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

Uitslag ledenpeiling over eigen bijdrage GGZ:

Huisartsen maken zich zorgen!

Patiënten komen in de kou te staan door de extra drempel die de toegang tot de GGZ bemoeilijkt en de huisarts kan niet altijd de juiste of voldoende zorg leveren. Volgens een peiling die het NHG vorige maand onder zijn leden hield, maken huisartsen zich dan ook grote zorgen over patiënten die psychische hulp nodig hebben. Hieronder vindt u een korte samenvatting van de belangrijkste uitslagen van deze peiling.

Toename van zorg

Een toename in de vragen en taken rondom psychiatrische patiënten wordt door 64% van de 414 respondenten gemerkt en maar liefst 87% ziet een toename van de zorg en begeleiding van patiënten met psychische problematiek. Gevraagd naar nieuwe voorschriften van psychofarmaca die volgens de huisarts onder verantwoordelijkheid van de psychiater zouden moeten worden voorgeschreven, ziet 47% een toename en 64% geeft aan meer herhaalde recepten uit te schrijven. Zo'n 43% ziet een toename van de begeleiding van chronisch psychotische patiënten die onder verantwoordelijkheid van de huisarts komt. Opvallend is dat 65% bevestigend antwoordt op de vraag of een toename is te verwachten van het aantal zorgmijders die geen begeleiding meer krijgen door de GGZ.

Onprettig gevoel...

Zo'n 58% van de respondenten geeft aan dat zij minder of veel minder mogelijkheden hebben om voor behandeling door te verwijzen dan vorig jaar. De volgende vraag is dan of de huisarts patiënten onder behandeling heeft die in de tweedelijns-GGZ behandeld zouden moeten worden maar daar vanwege de financiële drempel niet heen kunnen of willen. Deze mening is 76% van de respondenten toegedaan. Huisartsen voelen zich daarbij vaak onprettig: 66% geeft aan zich wel eens verplicht te voelen meer te doen dan comfortabel is.

Ongewenst, zorgwekkend en onverantwoord

Aldus de mening van huisartsen omdat patiënten niet de zorg krijgen die ze nodig hebben bij ernstige psychiatrische problematiek. Juist de kwetsbare mensen die de geestelijke zorg extra hard nodig hebben, haken af of beginnen er niet aan. Hierdoor komt de huisarts in een spagaat: enerzijds de patiënt niet in de kou willen laten staan, anderzijds te weinig tijd en expertise in huis hebben

om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren.

Ruim 85% van de huisartsen verwacht dat patiënten minder adequate zorg krijgen als gevolg van de bezuinigingen. Over de maatschappelijke gevolgen – zoals verwaarlozing, agressie en zwerven – maakt 82% zich zorgen en 72% verwacht onverantwoorde situaties, waaronder suïcide, geweld en medische consequenties (infecties, wonden). (AJ/AS)■

NHG-onderscheiding voor Hans Grundmeijer en Jaap van Binsbergen



Jaap van Binsbergen (r.) ontvangt de NHG-speld (foto W. van Gerwen)

In de afgelopen maanden ontvingen twee coryfeeën uit de huisartsgeneeskunde de NHG-speld.

Hans Grundmeijer heeft de speld 'verdiend' vanwege zijn vele activiteiten voor het NHG: hij was bestuurslid en congresvoorzitter in de jaren tachtig, had zitting in diverse standaardenwerkgroepen en formuleerde mede het NHG-Standpunt *Kernwaarden huisartsgeneeskunde. Generalistisch, persoonsgericht en continu*. Grundmeijer was betrokken bij diverse andere initiatieven die bijdroegen aan de ontwikkeling van het vak en gaf mede richting aan het onderwijs in de huisartsgeneeskunde in de basisopleiding.

Ook Jaap van Binsbergen was betrokken bij vele NHG-activiteiten, waaronder de ontwikkeling van diverse standaarden. Hij had zitting in de Stuurgroep Ondervoeding en het Partnerschap Overgewicht Nederland, en was betrokken bij de multidisciplinaire richtlijn *Obesitas*. Als buitengewoon hoogleraar te Nijmegen had hij de opdracht *Voeding in de huisartsenpraktijk*, een aandachtsgebied dat vaak terug is te vinden in de activiteiten die hij voor het NHG en de huisartsgeneeskunde ontplooid. ■

Interview met Richard Starmans:

Tobzorg of topzorg?



Richard Starmans nam deel aan de eerste groep die de Masterclass Huisarts in achterstandswijk; tobzorg of topzorg! volgde en is daar nu aan verbonden als docent. Er is erg veel animo voor deze masterclass. In een interview vertelt Starmans waar dit succes aan is te danken.

Je bent altijd erg actief bij het NHG; wat heb je bijvoorbeeld allemaal al gedaan? 'Ik werkte bij de toenmalige afdeling Standaarden-

ontwikkeling aan de eerste standaarden over astma, maagklachten en atriumfibrilleren en daarna ben ik bij veel commissies voor de kaderopleidingen betrokken geweest. Ook ben ik al jarenlang lid van de NHG-Adviescommissie Standaardontwikkeling, de laatste jaren als voorzitter. Ik was betrokken bij de formulering van het Standpunt over eerste lijns-GGZ en ik treed vaak op namens het NHG bij de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen op psychiatrisch gebied. Zo is er eigenlijk altijd wel iets. Als je je als huisarts professioneel wilt ontwikkelen, kom je bijna automatisch bij het NHG terecht.'

Vanwaar je belangstelling voor achterstandswijken?

'Ik werk in een gezondheidscentrum in de Haagse Schilderswijk, ben docent aan de kaderopleiding Ouderengeneeskunde en geef verder in Leiden colleges over diversiteit en migranten. Afgelopen jaar schreef ik tweewekelijks een column over mijn ervaringen met mijn patiënten in Trouw. Maar ook ben ik, als hospice-arts, betrokken bij de palliatieve zorg. Zo ontstaat ook kruisbestuiving: er is nog niet zo heel veel bekend over palliatieve zorg voor allochtone ouderen en dat vind ik juist heel boeiend.'

Waarom volgde je toch de masterclass?

'Ik heb daar ook wel over getwijfeld. Maar ik overlegde met Maria van den Muijsenbergh van Pharos – een van de

initiatiefnemers – die stelde dat de cursus ook is bedoeld voor huisartsen met veel ervaring in de zorg in achterstandswijken. Hoe kun je hen verder helpen? Dus deed ik mee met de eerste groep die de masterclass volgde en dat met veel plezier. Ik heb er erg veel opgestoken en vond het echt een verrijking.'

Kun je voorbeelden noemen van wat je hebt opgestoken?

'Voor mij was het bewust omgaan met ongeletterden nieuw. Van veel mensen vermoed je wel dat ze niet veel kunnen op dat gebied, maar hoe kun je dat oppakken? Iemand met maar vijf jaar school blijkt feitelijk ongeletterd te zijn. En voor mensen met vijf tot tien jaar school blijven sommige dingen moeilijk. Pas daarna kun je wat makkelijker met dokters overleggen. Dat wetende moet je dus vaak je voorlichting simpel houden en veel beeldmateriaal gebruiken. In de masterclass moesten we met de blik van een ongeletterde je eigen praktijk bezoeken én die van een collega. Dan zie je al die bordjes... tot het toilet vinden aan toe is het lastig! Ook was een goede tip hoe het gaat als ongeletterden met de praktijk bellen. Die krijgen een keuzemenu te horen, maar willen misschien de boodschap nog een keer opnieuw beluisteren en die mogelijkheid is er dan niet.'

Zijn er ook specifieke problemen met allochtonen?

'Bovenal vind ik het goed om je te realiseren dat allochtonen soms niet zo heel anders zijn dan bijvoorbeeld orthodoxe christenen of joden, die ook hun voorkeuren hebben bij het omgaan met ziekte en gezondheid. In de palliatieve zorg voor allochtonen is bijvoorbeeld de dood een belast onderwerp. Ze vinden dat het niet aan de dokter is om de dood recht-

streeks aan te kaarten, die ligt in handen van hogere machten, zoals Allah. In de masterclass oefenen we dit in de gespreksvoering met patiënten zonder rechtstreeks de dood te noemen. Maar er zijn ook technische aspecten, zoals het gegeven dat je bij zwarte mensen met een hoge bloeddruk een ander geneesmiddelschema moet volgen. Dat staat wel in de standaard, maar nu hoor je het nog eens specifiek en dan komt het veel beter binnen.'

Wat is de opzet van de masterclass?

'De LHV/NHG-werkgroep van huisartsen in achterstandswijken heeft bekeken welke competenties nodig zijn in deze zorg en op basis daarvan is de masterclass samengesteld. Het gaat om meer dan een paar losse cursussen, maar is toch ook geen volledige kaderopleiding. In totaal zijn er acht bijeenkomsten van vier uur, maar daar moet je per keer nog minstens een uur bijtellen voor de voorbereiding en uitwerking van de onderwerpen.'

Waarom zouden andere huisartsen de masterclass moeten volgen?

'Het is vooral erg leuk en het is goed om handreikingen te krijgen van collega's die met dezelfde dingen worstelen als jijzelf. Dat levert prima tips en suggesties op. Je krijgt een spiegel voorgehouden, bijvoorbeeld over lifestyle-interventies. Daar weet je als huisarts op zich wel veel over, maar nu wordt dat uitgewerkt voor een moeilijke groep voor wie een gezonde leefstijl niet zo vanzelfsprekend is. Het is ook vaak een verdieping van dingen die je al wel weet, maar die je nu nog eens kunt oefenen. Ikzelf putte heel veel enthousiasme en kracht uit de masterclass!' (AS) ■

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

Colofon

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

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