

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Tijdsbesteding in de huisartsenpraktijk

ONDERZOEK

Stepped care voor depressieve ouderen

NHG-STANDAARD

Acuut coronair syndroom

542

Tijdsbesteding in de huisartsenpraktijk

Jozé Braspenning, Arna van Doorn-Klomborg, Margriet Bouma, Gert Westert

548

Stepped care voor depressieve ouderen

Gerda van der Weele, Margot de Waal, Wilbert van den Hout, Anton de Craen, Philip Spinhoven, Theo Stijnen, Willem Assendelft, Roos van der Mast, Jacobijn Gussekloo

554

Niet-westerse immigranten met vitamine-D-gebrek

Ilse Wicherts, Joan Boeke, Irene van der Meer, Natasja van Schoor, Dirk Knol, Paul Lips

BESCHOUWING

558

Houdbare zorg: niet zonder ons!

Bart Berden

COMMENTAAR

562

Kinderen met chronische gastro-intestinale klachten

Gea Holtman, Yvonne Lisman-van Leeuwen, Patrick van Rheenen, Marjolein Berger

564

NHG-STANDAARD

Acuut coronair syndroom (eerste herziening)

Frans Rutten, Carel Bakx, Madeleine Bruins Slot, Bernadette van Casteren, Con Derks, Ravee Rambharose, Jako Burgers, Tjerk Wiersma, Paul Mensink, Margriet Bouma

571

De kinkhoestepidemie van 2012

Gé Donker, Nicoline van der Maas

572

Hoofd-halscarcinoom

Saskia Coenraad, Rob Baatenburg de Jong

KLEINE KWAAL

577

Huisvrouwenduim: artrose van het CMC I-gewricht

Fariba Tokhi, Arie Knuistingh Neven, Just Eekhof

IMPORT

588

Alcoholprobleem ter sprake brengen

Paul Mensink

589

Acute keelpijn en de Centor-criteria

Sjoerd Zwart

CATS

590

Thuisbehandeling van condylomata acuminata

Annemieke de Haan, Pieter van den Berg

PEARLS

591

Cafeïne nuttig als adjuvans bij acute pijn

Jan Verbakel

539

JOURNAAL

580

SIGNAAL

584

INTERVIEW

553, 586

COLUMNS

587

KENNISTOETS

45

• NHG

Actief nietsdoen

Als huisarts moeten we voortdurend kiezen: gaan we wat doen of wachten we af? Dat geldt voor grote onderwerpen zoals het aanbieden van preventieve zorg maar ook voor de dagelijkse consulten. Huisartsen voelen zich verantwoordelijk goede zorg te leveren en stellen zich meestal actief op. Soms is het echter beter niets te doen en juist geen actieve rol te spelen.

Hoe passief is alleen maar luisteren, afwachten en er gewoon zijn voor je patiënt? Of, zoals Iona Heath dit prachtig omschrijft in de rubriek Signaal: 'By waiting to see what happens next' en 'empathic witnessing'? Ze beschrijft de kunst van het nietsdoen, en maakt van dit nietsdoen een heel actief begrip.

Passief zorgen



In de huisartsenopleiding worden we getraind in het uitvragen van de hulpvraag van de patiënt. Wat is de reden dat de patiënt op dit moment bij je komt? Dit leidt zelden tot de vraag: 'Dokter, ik wil graag dat u niets voor me doet'. Het gevoel dat patiënten allerlei dingen van je verwachten zal vaker voorkomen bij beginnende artsen. Toch denken we dat ook ervaren artsen de neiging tot handelen hebben, doelmatig te werk gaan en graag actief een oplossing voor de patiënt willen vinden. Niets doen, afwachten, de tijd zijn werk laten doen, aanzien wat er gebeurt, oftewel passief zorgen, dat is (of vinden wij) lastig!



De kunst van het huisarts zijn

Twee onderzoeken gingen na of actieve behandeling daadwerkelijk leidt tot meer gezondheidswinst dan niet actief iets doen. Van der Weele et al. laten zien dat het actief opsporen en behandelen van ouderen met depressieve klachten niet effectiever is dan de gebruikelijke huisartsge-neeskundige zorg voor deze ouderen. Wicherts et al. tonen daarentegen aan dat een actieve opstelling van de huisarts wel is gewenst bij het suppleren van vitamine D bij niet-westerse immigranten met een vitamine-D-insufficiëntie. Het voorschrijven van vitamine-D-tabletten blijkt effectiever voor het op peil brengen van het vitamine-D-gehalte dan het advies voor blootstelling aan zonlicht. Bij het ene onderzoek is een actieve houding van de dokter niet beter dan een passieve opstelling en bij het andere juist wel.

Ook Berden neemt de actieve rol van de huisarts in de behandeling van patiënten onder de loep. Hij beschrijft dat patiënten zelf een actieve rol moeten gaan spelen bij hun behandeling en het waarborgen van hun eigen gezondheid. Het grote zorgbuffet waaraan patiënten zich via de huisarts te goed willen doen, moet meer een kookworkshop worden. Patiënten moeten veel meer meewerken aan hun eigen behandeling en meer eigen verantwoordelijkheid nemen: adviezen opvolgen, meedenken en keuzes maken in het behandelingstraject. Een actieve rol dus voor de patiënt.

Dit vereist voor de huisarts een andere insteek. Actief nietsdoen. Je loopt met je patiënt mee gedurende het leven, je bent er, je ervaart mee en grijpt in wanneer nodig. Luisteren, aandacht schenken, wachten, er zijn en schade voorkomen is volgens Iona Heath de kunst van het huisarts zijn: 'Simply being there and bearing witness is never futile.'

Marissa Scherptong-Engbers, Just Eekhof

Atriumfibrilleren: adagio of toch in de maat blijven?

In de NHG-Standaard wordt in de meeste gevallen van atriumfibrilleren bij 65-plussers geadviseerd te starten met medicatie ter verlaging van de ventrikelfrequentie (ratecontrole) in plaats van conversie naar een sinusritme (ritmecontrole). Heeft deze strategie bij 65-plussers consequenties voor de mortaliteit?

Een Frans-Canadees observationeel onderzoek beschrijft het effect van medicamenteuze ritmecontrole ten opzichte van ratecontrole bij atriumfibrilleren op de totale mortaliteit. De onderzoekers selecteerden van 1999 tot 2007 uit een populatiedatabase in totaal 26.130 patiënten van 66 jaar en ouder met een eerste ziekenhuisopname wegens atriumfibrilleren. Deze patiënten werden - niet at random - in twee groepen verdeeld op basis van de voorgeschreven medicatie: een ratecontrolegroep (mediane leeftijd: 80 jaar) en een ritmecontrolegroep, met of zonder ratecontrolemedicatie (mediane leeftijd: 77 jaar). Binnen deze groepen werd de totale mortaliteit vergeleken.

Van de patiënten startte 25% met

ritmecontrole (bijvoorbeeld amiodarone) tegenover 75% met ratecontrole (bijvoorbeeld metoprolol). Gedurende het onderzoek wisselde 50% van de ritmecontrolegroep naar de ratecontrolegroep en 10% andersom. Tijdens de follow-up (gemiddeld 3-4 jaar) overleed 47,7% van de ritmecontrolegroep en 50,1% in de ratecontrolegroep. Vergelijking van de twee behandelingsgroepen liet geen verschil in mortaliteit in de eerste 3 jaar zien (hazard ratio 1 jaar: 1,03; 95%-BI 0,95-1,11; hazard ratio 3 jaar: 0,95; 95%-BI 0,90-1,02). Daarbij werd rekening gehouden met alle potentiële confounders van de associatie (door middel van *propensity scores*). Echter, na een langere follow-up van 5 jaar was de risicoreductie op mortaliteit bij de ritmecontrolegroep ten opzichte van de ratecontrole groep 11%, en na 8 jaar 23% (hazard ratio 5 jaar: 0,89; 95%-BI 0,83-0,96; hazard ratio 8 jaar: 0,79; 95%-BI 0,69-0,89). Hoewel dit een observationeel onderzoek betreft en confounding (*by indication*) altijd een rol kan spelen, sluiten deze bevindingen aan bij recente resultaten uit andere onderzoeken.

Wat zijn de consequenties van dit onderzoek voor de Nederlandse huisarts? Bij een herziening van de NHG-Standaard Atriumfibrilleren zal kritisch gekeken moeten worden of we óók bij patiënten boven de 65 jaar moeten streven



Foto: Alexandru Nika/Shutterstock

naar ritmecontrole bij atriumfibrilleren net zoals bij patiënten jonger dan 65 jaar, mits de patiënt de medicatie langdurig tolereert. ■

Marissa Scherptong-Engbers

Ionescu-Ittu R, et al. Comparative effectiveness of rhythm control vs rate control drug treatment effect on mortality in patients with atrial fibrillation. *Arch Intern Med* 2012;172:997-1004.

NODO-procedure bij onverklaarde kindersterfte

Per 1 oktober 2012 geldt de Nader Onderzoek DoodsOorzaak (NODO)-procedure wanneer een kind overlijdt zonder duidelijke doodsoorzaak. Speciaal opgeleide kinder- en forensisch artsen voeren dit onderzoek uit met als enig doel de doodsoorzaak te achterhalen.

Wanneer een minderjarige (tot 18 jaar) overlijdt, neemt de behandelend arts altijd contact op met de reguliere forensisch arts. Dat gebeurt ook als de doodsoorzaak bekend is, zoals bij overlijden na leukemie. Bij een natuurlijke dood geeft de behandelend arts een

verklaring van overlijden af. Bij een niet-natuurlijke dood wordt justitie ingeschakeld. Als de forensisch arts geen duidelijke doodsoorzaak kan vinden, schakelt hij een NODO-forensisch arts in. Alle zorg- en hulpverleners die op de een of andere manier bij het overleden kind zijn betrokken, zijn wettelijk verplicht hun medewerking aan de NODO-procedure te verlenen. De procedure wordt geregeld in artikel 10a van de Wet op de lijkbezorging.

In de startfase van de NODO-procedure worden twee landelijke NODO-centra ingericht: in Amsterdam en Utrecht. De NODO-artsen spreken samen af wie de ouders inlicht, naar welk centrum het kind wordt overgebracht en wie het onderzoek op de plaats van het overlijden

begeleidt. Ook mogen onderzoekers alle organisaties benaderen die mogelijk iets over het kind of diens gezinssituatie weten, zoals crèche, school, GGD of Bureau Jeugdzorg. Het kind mag zonder toestemming van de ouders worden meegenomen naar een speciaal onderzoekscentrum. Binnen 24 uur (uiterlijk binnen 3 dagen) krijgen de ouders het kind terug.

De verwachting is dat de NODO-procedure vaker genetische afwijkingen aan het licht zal brengen. ■

Susan Umans

<http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2012/09/04/nodo-procedure-1-oktober-van-start.html>

Van wie is het medisch dossier?

Gegevens over patiënten stellen zich niet zelf samen, iemand moet ze verzamelen. Dit roept de vraag op wie de eigenaar is van de gegevens: degene die ze verzamelde of degene die het betreft. De gangbare opvatting is dat het medisch dossier toebehoort aan de dokter en dat de patiënt alleen inzage heeft. Met de opkomst van het elektronisch medisch patiëntendossier is in de *British Medical Journal* opnieuw discussie over het eigenschap ontstaan.

In het bijzonder Al-Ubaydli ziet veel voordelen in deze ontwikkeling. Al-Ubaydli is overigens oprichter van *Patients know best*, een bedrijf dat software verkoopt voor medische dossiers in handen van de patiënt. Hij schetst een

oudere patiënt met hartfalen, artrose en een depressie die thuiszorg nodig heeft en wiens kinderen ver weg wonen. Bij zo'n patiënt zijn al snel tien hulpverleners betrokken die werken bij uiteenlopende instellingen. De daadwerkelijke integratie van zorg tegen geringere kosten die we allemaal willen, valt alleen te bereiken door de patiënt zelf zijn elektronische dossier te laten beheren en controleren. In een dergelijk 'persoonlijk gezondheidsdossier' zijn de medische gegevens niet langer versnipperd aanwezig op diverse locaties.

Communicatieproblemen door gebruik van uiteenlopende softwareprogramma's door de betrokken instellingen, terechte aarzelingen van artsen om gegevens te delen met niet-medici zoals sociale hulpverleners, leerkrachten en familieleden evenals juridische obstakels voor gegevensuitwisseling op basis van privacywetgeving verdwijnen

als sneeuw voor de zon als de patiënt zelf naar believen zijn gegevens aan de relevante hulpverleners beschikbaar kan stellen. Bijkomend voordeel is dat artsen begrijpelijker leren schrijven, waardoor patiënten beter geïnformeerd raken.

Er is slechts één addertje onder het gras: digitale gegevens zijn nooit helemaal veilig voor ongewenste ogen en kunnen gemakkelijk over het wereldwijde web verspreid worden. Het is dan ook zaak het persoonlijke gezondheidsdossier zo vorm te geven dat steeds traceerbaar blijft wie het wanneer en voor welk doel raadpleegde. ■

Tjerk Wiersma

Delamothe T. Towards a unified theory of patient data. BMJ 2012;345:e5678.

Davies P. Should patients be able to control their own records? BMJ 2012;345:e4905.

Al-Ubaydli M. Patients must have control of their medical records. BMJ 2012;345:e5575.

Zorgconsumptie bij een eetstoornis

Het is bekend dat mensen met een angst- of stemmingstoornis vaker contact hebben met de huisarts. Dit blijkt ook op te gaan voor mensen met een eetstoornis.

Dit was de uitslag van een analyse van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk uit 2001 (www.nivel.nl). De dossiers van in totaal 357.899 patiënten uit 96 huisartsenpraktijken werden gebruikt voor een patiëntcontroleonderzoek. Onderzoekers vergeleken patiënten met een bekende eetstoornis (ICPC To6, n = 167) met 2 verschillende controlegroepen: mensen met een bekende depressie of angststoornis en mensen zonder psychische of sociale problematiek (geen

diagnose uit ICPC-hoofdstukken P of Z). Ze 'matchten' de 3 groepen op leeftijd en geslacht. De eetstoornis werd verder gespecificeerd in boulimia nervosa (n = 44), anorexia nervosa (n = 90) en 'niet anders omschreven' (n = 33).

Bij patiënten met een eetstoornis en de controlegroep met depressie/angst was het aantal contacten per jaar met de huisartsenpraktijk vergelijkbaar hoger (respectievelijk $9,6 \pm 7,6$ en 10 ± 7) dan bij de controlegroep zonder psychische problemen ($3,6 \pm 3,7$). De contacten konden hierbij bestaan uit (telefonische) consulten, herhaalreceptuur en huisbezoeken. Ook het aantal jaarlijkse verwijzingen en recepten was in dezelfde mate hoger bij mensen met een eetstoornis en de groep met depressie/angst vergeleken met de groep zonder psychische problemen.

Hierbij viel op dat patiënten met boulimia nervosa de meeste face-to-

facecontacten met de huisarts hadden, namelijk gemiddeld $3,39 \pm 3,6$ per jaar. Deze contacten hadden vooral te maken met verschillende lichamelijke klachten en slechts in een minderheid (22%) was de eetstoornis de reden van het consult. De auteurs suggereren dat de huisarts patiënten met bekende boulimia nervosa actief zou kunnen vragen naar problemen rond hun eetstoornis. Gezien onze werkdruk echter ligt het actief aansnijden van onderliggende psychische problematiek niet altijd voor de hand. Misschien speelt ook mee dat de huisarts weet dat de behandeling van eetstoornissen complex en intensief is. ■

Lidewij Broekhuizen

Van Son GE, et al. Eating disorders in the general practice: a case-control study on the utilization of primary care. Eur Eat Disord Rev 2012;20:410-3.

ICS bij kinderen verlagen de volwassen lengte

Het gebruik van inhalatiecorticosteroiden (ICS) bij kinderen remt de lengte-groei. Deze remming treedt op in het begin van de behandeling. De NHG-Standaard Astma bij kinderen stelt dat groei alleen in het eerste jaar van de behandeling vertraagd wordt en dat de volwassen lengte er niet door wordt beïnvloed.

De onderbouwing hiervan is gebaseerd op enkele kleine retrospectieve onderzoeken aan het begin van deze eeuw. Onderzoekers uit New Mexico volgden onlangs in een prospectief onderzoek de lengte van bijna 1000 deelnemers aan een astmaprogramma. Het betrof kinderen met een licht tot matig astma en inclusie was tussen de 5 en 13 jaar. Er werden 3 groepen geformeerd die 4 jaar gestandaardiseerde medicatie kregen. De eerste groep kreeg

budesonide 400 microgr daags, de tweede groep kreeg nedocromol 16 mg en de derde groep kreeg een placebo. In alle groepen werd albuterol gebruikt bij symptomen van astma. Na deze 4 jaar kregen alle deelnemers reguliere eerstelijns astmabehandeling. Bij het bereiken van de volwassen leeftijd bleek de lengte in de ICS-groep gemiddeld 1,2 cm lager dan in de placebogroep. Dit verschil was vergelijkbaar met het ver-



Foto: Kuttelvaserova/Shutterstock

schil in lengte dat na 2 jaar behandeling werd gevonden. Een hogere dosis ICS in de eerste 2 jaar van de behandeling bleek geassocieerd te zijn met een verdere afname van de volwassen lengte.

Wat betekent dit voor de herziening voor de NHG-Standaard? Deze uitkomst zal een rol spelen bij de afweging tussen nut en bijwerking van ICS. Het behandelstappenplan als genoemd in de standaard blijft naar mijn mening onveranderd. Optimale astmacontrole bij kinderen is van groot belang in verband met de kwaliteit van leven en de bescherming van de ontwikkelende longfunctie. De rol van ICS is daarin essentieel. Het is wel een extra reden om te streven naar het gebruik van de laagste effectieve onderhoudsdosering van ICS.

Geert Zaaijer

Kelly HW, et al. The effect of inhaled glucocorticoids in childhood on adult height. *N Engl J Med* 2012;367:904-12.

Uw bijdrage aan kostenbesparing in de gezondheidszorg

Hoe houden we de kosten van de gezondheidszorg in toom? De overheid komt voortdurend met plannen hoe de gezondheidszorg goedkoper kan. Ook andere partijen opperen allerlei ideeën om kosten van de gezondheidszorg terug te dringen.

In de media wordt discussie gevoerd over het stoppen van de griepvaccinatie, dit zou 60 miljoen euro per jaar schelen. Ab Klink, oud-minister van VWS, opperde eerder dat jaarlijks tot 8 miljard euro bespaard kan worden in de gezondheidszorg als artsen niet langer

overbodige en ondoelmatige behandelingen doen. Dit zijn allemaal opties die ver van ons bed zijn. Als huisarts kunnen wij echter ook bijdragen aan kostenbesparing. Bijvoorbeeld het zelf doen van ingrepen scheelt aanzienlijk. Zelf een chirurgische ingreep doen (€ 83) is veel goedkoper dan wanneer de chirurg het in het ziekenhuis doet (€ 530). Ook is het zelf aanstippen van wratten (€ 9) of zelf een spiraal inbrengen (€ 55) goedkoper dan wanneer dat in het ziekenhuis wordt gedaan (€ 370 respectievelijk € 490). Daarnaast zijn met medicatie goedkopere opties mogelijk. Een voorbeeld is de door de apotheek zelfbereide fentanyldruppels onder de tong (5 druppels per keer, kosten voor 40 doses circa € 20). Deze druppels zijn

aanzienlijk goedkoper dan vergelijkbare producten die als specialité op de markt worden gebracht (neusspray circa € 240, tabletten circa € 326). De bereidingswijze voor deze druppels heeft apotheker Paul Lebbink op zijn website geplaatst (www.transvaalapotheek.nl).

Zo zijn er ongetwijfeld nog veel meer voorbeelden te verzinnen waarmee wij als huisarts met goedkopere oplossingen kunnen bijdragen om kosten te besparen. Heeft u ook een 'oplossing' waarmee kosten kunnen worden bespaard? U kunt deze met anderen delen door op de website www.henw.org op dit bericht te reageren. ■

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).



Tijdsbesteding in de huisartsenpraktijk

Samenvatting

Braspenning JCC, Van Doorn-Klomborg AL, Bouma M, Westert GP. Tijdsbesteding in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 2012;55(12):542-7.

ACHTERGROND Er is weinig bekend over het aantal uren dat de medewerkers van huisartsenpraktijken wekelijks werken, en hoeveel daarvan daadwerkelijk besteed wordt aan directe patiëntenzorg.

METHODEN Wij hebben een secundaire analyse uitgevoerd op 867 vragenlijsten van de NHG-Praktijkaccreditering® (NPA) uit de periode 2009-2011 en 890 vragenlijsten uit 2007-2008. Bij wijze van kruisvalidatie vergeleken wij deze gegevens met de patiëntendossiers van 53-123 praktijken uit het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH) over 2006-2010.

RESULTATEN Gemiddeld werkten de werknemers van een huisartsenpraktijk in 2010 47,7 uur per 1000 patiënten per week (NPA 2009-2011, 328 praktijken), waarbij het aantal uren van huisarts, assistent en praktijkondersteuner (POH) zich verhoudt als 4 : 3 : 1. In 2007-2008 besteedde de huisarts 14,9 uur aan directe patiëntenzorg, ongeveer tweederde van de gemiddelde werkweek (NPA 2007-2008; 714 huisartsen). In 2010 was dat 16,4 uur, een stijging van 10,1%. Huisarts en POH samen besteedden in 2010 naar schatting 20,1 uur per 1000 patiënten per week aan directe patiëntenzorg. Blijkens de LINH-gegevens lag het aantal contacturen in 2010 op 16,1 per 1000 patiënten per week.

CONCLUSIE Onze schatting van de tijdsbesteding in de huisartsenpraktijk is omgeven met onzekerheden, maar het is aannemelijk dat huisarts, assistent en POH in een normpraktijk met 2350 patiënten samen gemiddeld 112,1 uur per week werken, exclusief diensten. Huisarts en POH besteden ongeveer tweederde van hun tijd aan directe patiëntenzorg.

INLEIDING

Gegevens over de tijdsbesteding in de huisartsenpraktijk zijn spaarzaam. Op simpele vragen als hoeveel uur een huisarts werkt en hoe lang de gemiddelde werkweek in de huisartsenpraktijk duurt, moet men vaak het antwoord schuldig blijven. De beschikbare gegevens beperken zich in het algemeen tot de huisarts zelf en dan tot de directe patiëntenzorg – aantal contacturen afgezet tegen de omvang van de aanstelling en/of de patiëntenpopulatie.¹⁻⁵ Er is weinig bekend over het aantal uren dat andere medewerkers maken, noch over de tijd die opgaat aan andere taken zoals indirecte patiëntenzorg en bedrijfsvoering.

De belangstelling voor de tijdsbesteding in huisartsenpraktijken is aangewakkerd door de tariefmaatregel van de minister van VWS om de stijgende kosten van de huisartsenzorg te beteugelen. In hun verweer daartegen hebben huisartsen naar voren gebracht dat zij de afgelopen jaren extra zorgtaken op zich hebben genomen, bijvoorbeeld voor de programmatische aanpak van chronische aandoeningen en door de substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn.

Wij hebben onderzocht hoeveel uur per 1000 patiënten per week de medewerkers van huisartsenpraktijken gemiddeld besteden aan directe patiëntenzorg, aan indirecte patiëntenzorg en aan bedrijfsvoering. Ook onderzochten we hoe die uren verdeeld werden over de diverse functies (huisarts, assistentie en praktijkondersteuner), en in hoeverre het type praktijk en de patiëntenpopulatie daarop van invloed waren.

METHODE

Gegevensverzameling

We zijn uitgegaan van gegevens uit de NHG-Praktijkaccreditering® (NPA, <http://npa.artsennet.nl>) en het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH, www.linh.nl), en hebben daarop secundaire analyses uitgevoerd.⁶ De deelname aan beide projecten is vrijwillig. De NPA verzamelt op praktijkniveau, en voor een deel ook op huisartsniveau, gegevens over het medisch handelen, de praktijkorganisatie en de patiëntervaringen, en accrediteert praktijken die op basis van die gegevens een verbeterplan opstellen. Het LINH verzamelt uit de elektronische medische dossiers van de aangesloten huisartsenpraktijken diagnosespecifieke gegevens over contacten, verwijzingen, recepten en diagnostiek.

Ons centrale onderzoeksjaar was 2010, maar om een idee te krijgen van de ontwikkeling in de tijd en een robuuster gemiddelde te krijgen, hebben we ook de jaren 2009 en 2011 geïnventariseerd. Voor de periode 2009-2011 stelde de NPA 867

Wat is bekend?

- Het LINH verstrekt jaarlijks cijfers over het aantal contacten in de huisartsenpraktijk per 1000 patiënten.
- Over de totale tijdsbesteding in de Nederlandse huisartsenpraktijk zijn verder weinig recente gegevens voorhanden.

Wat is nieuw?

- Een overzicht van de tijdsbesteding in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2010, gerelateerd aan de diverse functies binnen die praktijk en verdeeld over directe patiëntenzorg en overige werkzaamheden.
- Een beschrijving van de invloed van praktijk- en patiëntkenmerken op de tijdsbesteding.

UMC St Radboud, IQ healthcare, Postbus 9101, huispost 114, 6500 HB Nijmegen: dr. J.C.C. Braspenning, universitair hoofddocent; A.L. van Doorn-Klomborg, junior wetenschappelijk onderzoeker; prof.dr. G.P. Westert, hoogleraar Kwaliteit van zorg. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht: dr. M. Bouma, huisarts, senior wetenschappelijk medewerker • Correspondentie: J.Braspenning@iq.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek is gefinancierd door het Nederlands Huisartsen Genootschap in het kader van 'research and development' van het meetinstrument VIA.

vragenlijsten (van praktijken) beschikbaar voor het berekenen van de tijdsbesteding per functie. Op basis van deze vragenlijstgegevens was het niet mogelijk onderscheid te maken tussen patiëntenzorg (direct en indirect) en bedrijfsvoering, maar voor de periode 2007-2008 beschikte NPA wel over deze gegevens, op basis van vragenlijsten van 890 huisartsen. Bij wijze van kruisvalidatie hebben we de NPA-gegevens over directe patiëntenzorg vergeleken met de LINH-gegevens over de periode 2006-2010, die afkomstig waren van minimaal 53 en maximaal 123 praktijken.

Metingen

De NPA verzamelt met behulp van het Visitatie Instrument Accreditering gegevens over het aantal uren dat de diverse praktijkmedewerkers aan de praktijk verbonden zijn.⁶ De praktijk geeft voor elke praktijkmedewerker het bruto aantal uren per week op, met een schatting van het aantal overuren. De NPA registreert ook de praktijkvorm (solo, duo, groep), het juridische dienstverband van de huisartsen (zelfstandig, geassocieerd, dienstverband), de eventuele aanwezigheid van een huisarts in dienst van de huisarts (hidha), de omvang en gemiddelde leeftijd van de patiëntenpopulatie, het percentage patiënten dat in een achterstandswijk woonde en de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats (uitgedrukt in aantal adressen per km²).

In het vragenlijstonderzoek uit 2007-2008 heeft de NPA de praktijken een inschatting laten maken van de tijdsbesteding aan diverse taken: directe en indirecte patiëntenzorg, bedrijfsvoering, na- en bijscholing, en extra taken zoals diensten voor de huisartsenpost [kader].

De contactgegevens in de LINH-registratie (2006-2010) onderscheiden vis-à-visconsulten, telefonische consulten, visites, vaccinaties, e-mailconsulten en M&I-verrichtingen die extra expertise, tijd of apparatuur vereisen.

Analyse

Voor alle drie gegevensbronnen (NPA 2009-2011, NPA 2007-2008, LINH 2006-2010) zijn wij nagegaan in welke mate de betrokken huisartsenpraktijken een getrouwe afspiegeling vormen van de Nederlandse situatie wat betreft praktijkvorm, praktijkgrootte, leeftijd, geslacht en jaren ervaring van de huisarts, aanwezigheid van een hidha, gemiddelde leeftijd van de patiëntenpopulatie en urbanisatiegraad.

Uit de NPA-gegevens over 2009-2011 berekenden wij voor elk jaar het gemiddelde aantal uren per 1000 patiënten per week voor iedere functie, en de standaarddeviatie (deze cijfers worden ook wel uitgedrukt als aantal uren per week in een normpraktijk van 2350 patiënten). In deze analyse deden alleen die praktijken mee waarvan de gegevens voor alle functies beschikbaar waren, want alleen als alle medewerkers de lijst hebben ingevuld kan men een uitspraak doen over het totaal aantal uren. In een aparte analyse hebben we het gemiddeld aantal overuren per functie berekend. Vervolgens hebben we voor het jaar 2010 voor iedere functie een regressieanalyse uitgevoerd om na te gaan wat de invloed is van het type prak-

Typen tijdsbesteding

- *Directe patiëntenzorg* betekent dat er een consult plaatsvindt met een patiënt: vis-à-vis, telefonisch of per email. Vooral in de vis-à-visconsulten worden verrichtingen uitgevoerd zoals lichamelijk onderzoek, het voorschrijven van medicatie, het verstrekken van vaccinaties en M&I-verrichtingen.¹
- *Indirecte patiëntenzorg* betreft activiteiten die meestal uitgevoerd worden zonder patiëntencontact, zoals het opstellen van brieven en telefonisch overleg met een medebehandelaar. Tot de indirecte patiëntenzorg horen ook structurele afspraken over de werkwijze bij bepaalde patiëntengroepen, in de praktijk zelf, samen met een aantal praktijken of ook breder met de eerste of tweede lijn. Ook het bijhouden van het medisch dossier wordt tot de indirecte patiëntenzorg gerekend, al gebeurt dit niet alleen buiten consulturen om maar voor een deel ook tijdens consulten.
- De *bedrijfsvoering* van de praktijk is veelal in handen van één of meer huisartsen, maar wordt soms uitbesteed aan een manager of administratief medewerker. Taken die tot de bedrijfsvoering horen, zijn financiële administratie, kwaliteitsbeleid en personeelsbeleid (bijvoorbeeld na- en bijscholing). De bedrijfsvoering kan voor alle praktijkmedewerkers werkzaamheden met zich meebrengen.
- Sommige praktijken voeren *extra taken* uit en hebben daarvoor apart personeel in dienst. Zo kan een apotheekhoudende praktijk een apotheekassistente in dienst hebben. Alle praktijken hebben avond-, nacht- en weekend- (ANW-)diensten, meestal op een huisartsenpost.
- *Bestuurlijke taken*, bijvoorbeeld ten behoeve van de regionale huisartsenvereniging, worden niet meegerekend bij de tijdsbesteding in de huisartsenpraktijk.

(Bron: NPA-vragenlijstonderzoek 2007-2008, <http://npa.artsennet.nl>.)

tijk of de kenmerken van de patiëntenpopulatie op het aantal uren per 1000 patiënten per week.

Abstract

Braspenning JCC, Van Doorn-Klomborg AL, Bouma M, Westert GP. General practice working hours. *Huisarts Wet* 2012;55(12):542-7.

BACKGROUND Little is known about how many hours general practice staff work a week and how many hours are spent on hands-on patient care.

AIM To determine how many hours general practice staff work a week.

METHODS Secondary analysis of data collected with the NHG Praktijkaccreditering® (NPA) surveys carried out in 2009-2011 (867 practices) and 2007-2008 (890 practices), and of data retrieved from patient records from 53-123 practices of the Netherlands general practice information network LINH in 2006-2010.

RESULTS The NPA data for 2009-2011 showed that the average practice worked a mean of 52.0 hours per 1000 patients per week (n=328 practices), with the hours being worked in a 4:3:1 ratio by general practitioners, practice nurses, and practice assistants, respectively. GPs spent a mean of 14.9 hours per 1000 patients per week on direct, hands-on patient care in 2007-2008, which is about two-thirds of the total number of hours GPs worked a week (NPA 2007-2008, n=714 GPs). In 2010 GPs spent 16.4 hours on hands-on patient care, an increase of 10.1%. In 2010, GPs and practice assistants together spent an estimated 20.1 hours per 1000 patients per week on direct, hands-on patient care. On the basis of LINH data, the estimated number of contact hours in 2010 was 16.1 hours per 1000 patients per week.

CONCLUSION While estimation of general practice working hours is fraught with uncertainty, it would seem that general practitioners, practice nurses, and practice assistants together work 112.1 hours per week for an average practice of 2350 patients, excluding out-of-hours services. GPs and practice assistants spend about two-thirds of their working hours on direct, hands-on patient care.

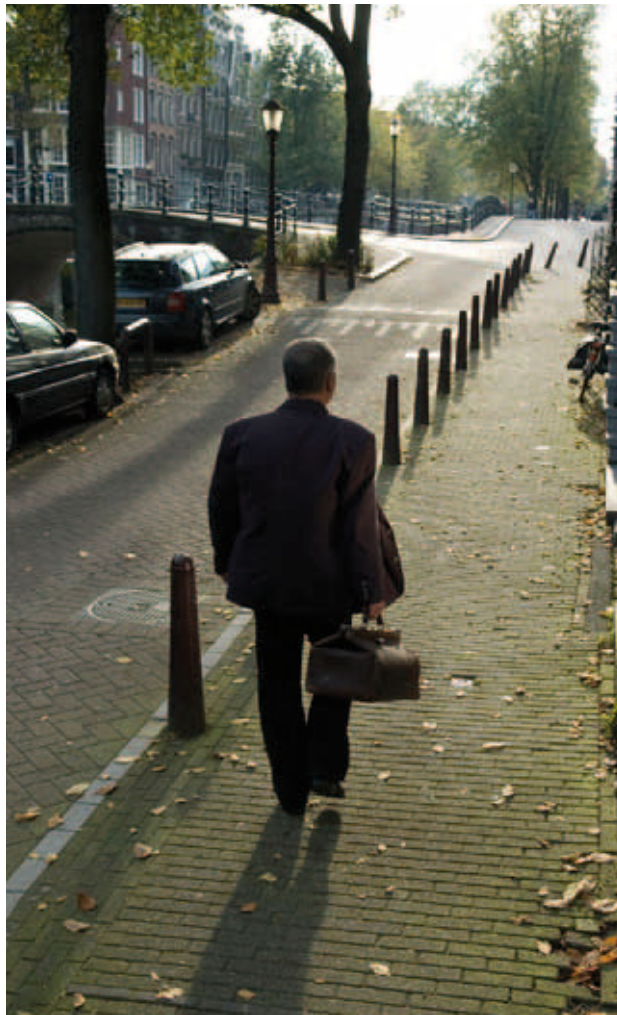


Foto: Bogaert/Hollandse Hoogte

Op basis van de NPA-gegevens uit 2007-2008 hebben we het gemiddelde aantal uren per 1000 patiënten per week (plus standaarddeviatie) berekend dat de huisartsen aan elk afzonderlijk type tijdsbesteding besteedden. Het aandeel directe patiëntenzorg hebben we geëxtrapoleerd naar de periode 2009-2011.

Vervolgens hebben wij de directe patiëntenzorg uitgedrukt in aantal contacten per 1000 patiënten, zoals gerapporteerd in de LINH-gegevens over de jaren 2006-2010. Voor 2010 hebben wij het aantal contacturen per 1000 patiënten per week berekend. Wij gingen er daarbij vanuit dat een normaal contact gemiddeld 10 minuten in beslag neemt,⁷ en dat M&I-verrichtingen die samenhangen met specifieke, intensieve zorg gemiddeld 40 minuten duren. Onze tweede aanname was, conform de CAO Huisartsenzorg, dat het aantal gewerkte uren per jaar 46,6 weken $\times$ 38 uur = 1770 normuren bedraagt.

In de LINH-cijfers zitten niet de activiteiten die op andere wijze worden gedeclareerd, zoals contacten gedurende de influenzacampagne. Het aantal verstrekte influenzavaccinaties bedroeg in 2006-2010 respectievelijk 18,1%, 18,6%, 21,8%, 22,4% en 21,3% van de totale praktijkpopulatie.^{8,9} Gezien de relatief geringe bijdrage van de vaccinaties aan het aantal contacturen hebben we deze niet meegenomen in de berekening. De analyses zijn uitgevoerd met SPSS (versie 16.0 voor Windows). De LINH-gegevens zijn openbaar beschikbaar via www.linh.nl.

RESULTATEN

Respons en representativiteit

Omdat alleen volledige sets gegevens bruikbaar waren, hebben wij voor 2007-2008 de gegevens van 714 (80,2%) van de 890 NPA-vragenlijsten geanalyseerd en voor 2009-2011 slechts 328 (37,8%) van de 867 vragenlijsten. [Tabel 1] laat zien in hoeverre

Tabel 1 Representativiteit van de onderzochte NPA- en LINH-praktijken

	NPA 2007-2008	NPA 2009-2011	NPA 2010	LINH 2010*	Nederland 2010†
Praktijken, aantal	284	328	132	97	4088
solopraktijken	22,4%	33,8%	32,6%	7,5%	18%
duopraktijken	24,4%	25,3%	22,7%	20,2%	28%
groepspraktijken	53,1%	40,9%	44,7%	72,4%	54%
Aantal patiënten per praktijk, gemiddeld	4665	4035	4212	3651	4064
ouder dan 65 jaar	–	15,9%	15,4%	14,0%	16,0%
ouder dan 75 jaar	–	6,8%	6,7%	6,2%	–
Urbanisatiegraad					
> 2500 adressen/km ²	19,6%	14,1%	14,4%	17,3%	19,9%
1500-2500 adressen/km ²	27,4%	18,4%	17,4%	36,8%	27,7%
1000-1500 adressen/km ²	17,8%	27,3%	28,0%	13,4%	18,8%
500-1000 adressen/km ²	22,4%	27,6%	26,5%	25,5%	21,8%
< 500 adressen/km ²	12,8%	12,6%	12,1%	6,9%	11,7%
Huisartsen, aantal	714	800	333	228	8921
man	54,8%	51,5%	54,1%	60,0%	60,4%
hidha	11,2%	14,3%	13,5%	14,0%	11,8%
Ervaring, gemiddeld	15 jaar	16 jaar	16 jaar	–	–
Leeftijd, gemiddeld	46 jaar	47 jaar	47 jaar	–	48 jaar

Bronnen: <http://npa.artsennet.nl>; www.linh.nl.

* 84 praktijken.

† Bronnen: <http://statline.cbs.nl/statweb>; Hingstman & Kenens.¹⁰ In 2010 was de omvang van de Nederlandse bevolking 16.615.394 personen.

de geanalyseerde gegevens representatief zijn voor de Nederlandse huisartsenpraktijk. De NPA-praktijken uit 2009-2011 komen ten opzichte van de Nederlandse praktijken minder uit de grote stad, hebben meer vrouwelijke huisartsen en zijn vaker solopraktijk. De NPA-praktijken in 2007-2008 waren relatief iets groter en hadden meer vrouwelijke huisartsen dan de gemiddelde Nederlandse huisartsenpraktijk. De LINH-praktijken uit 2010 waren juist kleiner dan de gemiddelde Nederlandse huisartsenpraktijk, waren minder vaak solopraktijk en relatief vaker gevestigd in verstedelijkt gebied.

Aantal gewerkte uren

Het gemiddeld aantal aanstellingsuren fluctueert enigszins over de jaren 2009-2011, daarom hebben wij het gemiddelde over deze 3 jaren genomen. Zoals [tabel 2] laat zien, is het to-

taal aantal aanstellingsuren van alle medewerkers van een huisartsenpraktijk samen gemiddeld 44,3 per 1000 patiënten per week. Huisartsen en assistenten hebben ongeveer evenveel aanstellingsuren, de praktijkondersteuners (POH) hebben ongeveer eenderde daarvan.

De huisartsen gaven aan dat zij in 2009-2011 per week gemiddeld 5,6 overuren maakten, dat is 17,3% van het gemiddelde aantal contracturen (32,3 per week). Omgerekend werkt een huisarts dus gemiddeld 19,5 uur + 17,3% = 22,9 uur per 1000 patiënten per week [tabel 2]. Ook POH (1%) en assistenten (1,6%) maakten overuren, maar deze kleine percentages hebben we niet in onze berekening meegenomen. Inclusief de overuren van de huisarts komt het aantal gewerkte uren per 1000 patiënten per week voor de hele praktijk dan op gemiddeld 47,7 uur. Geëxtrapoleerd naar een normpraktijk met 2350 patiën-

Tabel 2 Gemiddeld aantal aanstellingsuren per 1000 patiënten per week (met standaarddeviatie)

Jaar	Aantal praktijken	Uren huisarts	Uren assistentie*	Uren POH†	Uren overig‡	Totaal
2009	75	19,6 (5,51)	17,8 (4,96)	4,8 (3,69)	1,3 (2,40)	43,5 (9,25)
2010	132	19,4 (3,48)	18,5 (5,96)	6,0 (3,28)	1,3 (3,05)	45,3 (8,77)
2011	121	19,4 (4,47)	17,9 (5,15)	5,7 (3,56)	0,8 (2,24)	43,8 (8,56)
Totaal	328	19,5 (4,37)	18,1 (5,44)	5,6 (3,50)	1,1 (2,63)	44,3 (8,81)

Bron: NPA-gegevens 2009-2011 (<http://npa.artsennet.nl>).

* Praktijkassistent, doktersassistent, apothekersassistent.

† Praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige.

‡ Manager, boekhouder enzovoort.

Tabel 3 De invloed van praktijktype en urbanisatiegraad op het aantal uren (lineaire regressieanalyse)

Aantal praktijken	Type praktijk	B	95%-BI	p
Huisarts R ² = 4,2%	Solo			
	Duo	2,18	0,75 tot 3,62	0,003
	Groep	1,28	0,01 tot 2,54	0,048
Assistentie R ² = 6,7%	> 2500 adressen/km ²			
	1500-2500 adressen/km ²	-3,15	-5,85 tot -0,44	0,023
	1000-1500 adressen/km ²	-3,20	-5,86 tot -0,55	0,018
	500-1000 adressen/km ²	-3,03	-5,67 tot -0,40	0,024
	< 500 adressen/km ²	0,36	-2,79 tot 3,53	0,818
POH R ² = 5,1%	Solo			
	Duo	0,06	-1,26 tot 1,37	0,933
	Groep	-1,37	-2,46 tot -0,28	0,014

Bron: NPA-gegevens 2010 (<http://npa.artsennet.nl>). Huisarts inclusief overuren. De referentiecategorieën (solopraktijk en hoge urbanisatiegraad) zijn vet gedrukt.

Tabel 4 Geschatte tijdsbesteding van een huisarts, in uren per week, 2007-2008

	Gemiddelde (SD)	Voltijd	Per 1000 patiënten*
Directe patiëntenzorg	25,36 (8,04)	34,98	14,9
Indirecte patiëntenzorg	7,44 (3,78)	10,26	4,4
Bedrijfsvoering	1,74 (1,90)	2,40	1,0
Na- en bijscholing	3,29 (2,72)	4,54	1,9
Extra taken	0,63 (1,76)	0,87	0,4
Subtotaal	38,84 (11,55)	53,57	22,8
Diensten huisartsenpost	5,06 (12,61)	6,98	3,0

Bron: NPA-gegevens 2007-2008 (<http://npa.artsennet.nl>) betreffende 284 praktijken en 714 huisartsen (702 voor wat betreft diensten op de huisartsenpost).

* Aangenomen is dat er per normpraktijk van 2350 patiënten één voltijdhuisarts in dienst is.

ten is dat gemiddeld 112,1 uur per week, zonder de diensten mee te rekenen.

Type praktijk en praktijkpopulatie verklaarden weinig van de variatie tussen de praktijken. [Tabel 3] laat de significante invloeden zien. Voor huisartsen liet de regressieanalyse alleen een significant effect zien als men de overuren in aanmerking neemt: een huisarts in een duo- of groepspraktijk maakt relatief meer uren dan een huisarts in een solopraktijk, de meeste uren worden gemaakt in duopraktijken. Het aantal uren assistentie is relatief groter in de grote stad en op het platteland; het aantal uren POH is relatief kleiner in een groepspraktijk. In de regressieanalyses is het percentage patiënten in een achterstandswijk niet meegenomen, omdat maar een zeer klein deel van de praktijken hierover gegevens heeft aangeleverd. Ook de juridische aanstelling hebben we niet meegenomen in de regressieanalyse, omdat deze sterk samenhang met de praktijkvorm. Van de zelfstandige huisartsen werkte 88,1% in een solopraktijk, van de geassocieerde huisartsen werkte 54,2% in een duopraktijk en 42,2% in een groepspraktijk, en van de huisartsen in dienstverband werkte 86,8% in een groepspraktijk.

Type tijdsbesteding

In 2007-2008 besteedde een voltijdhuisarts in een normpraktijk gemiddeld 35 uur per week aan directe patiëntenzorg [tabel 4], 14,9 uur per 1000 patiënten per week. Dat is 65,4% van de gemiddelde werkweek zonder diensten.

Als we dit percentage toepassen op 2009-2011, dan besteedde de huisarts in die periode per 1000 patiënten per week 16,4 uur (inclusief overuren) aan directe patiëntenzorg – een stijging van 10,1% ten opzichte van de voorgaande periode. Nemen we aan dat de POH een vergelijkbaar percentage aan directe patiëntenzorg besteedde, dan komt hier nog eens 3,7 uur bij en wordt het praktijk totaal 20,1 uur per 1000 patiënten per week.

Directe patiëntenzorg

Uit de LINH-registratie blijkt dat het aantal directe patiëntcontacten steeg van 3229,4 per 1000 patiënten in 2006 naar 4280,2 per 1000 patiënten in 2010 [tabel 5]. De gemiddelde jaarlijkse stijging was 7,3%, maar deze was het grootst tussen 2009 en 2010 (8,5%). Vooral het aantal telefonische consulten en M&I-verrichtingen steeg.

Tabel 5 Aantal contacten per 1000 patiënten

Aantallen	2006	2007	2008	2009	2010
Praktijken	96	123	121	53	97
Patiënten	364.971	442.707	444.284	213.628	354.148
<i>Contacten per 1000 patiënten</i>					
Vis-à-visconsulten	2343,5	2377,2	2550,4	2724,5	2572,3
Visites	185,1	188,5	207,5	217,9	212,0
Telefonische consulten	550,3	613,5	725,7	774,5	1001,8
Vaccinaties	7,4	5,0	3,7	3,6	2,4
E-mailconsulten	4,0	4,2	4,9	7,2	9,5
M&I	139,1	164,2	184,7	216,9	482,2
Totaal	3229,4	3352,6	3676,9	3944,6	4280,2

Bron: LINH-gegevens 2006-2010 (www.linh.nl).

Van de 4280,2 contacten per 1000 patiënten in 2010 waren er 66,3 die langer dan twintig minuten duurden en dus gerekend kunnen worden tot de intensieve M&I-verrichtingen. We hebben dat als volgt omgerekend naar contacturen:

$$\begin{aligned}
 &4213,9 \text{ contacten} \times 10 \text{ minuten} + 66,3 \text{ contacten} \times 40 \text{ minuten} = \\
 &= 44.791 \text{ minuten per jaar} / 46,6 \text{ weken} = 961 \text{ minuten per week} = \\
 &= 16,1 \text{ contacturen per 1000 patiënten per week}
 \end{aligned}$$

Dit komt aardig overeen met de gemiddeld 16,4 uren directe patiëntenzorg die wij destilleerden uit de NPA-cijfers over 2009-2011. Het verschil wordt echter groter als we ook de uren van de POH uit de NPA-gegevens meetellen: 20,1 – 16,1 = 4,0 uur.

BESCHOUWING

Op basis van de hier gepresenteerde NPA-cijfers over 2009-2011 kunnen we een paar voorzichtige conclusies trekken. Gemiddeld werkt men in een huisartsenpraktijk (inclusief overuren maar exclusief avond- en weekeinddiensten) gemiddeld 47,7 uur per 1000 patiënten per week. Daarbij is de verdeling tussen huisarts (inclusief overuren), assistent en POH ongeveer 4 : 3 : 1. Huisartsen in duo- of groepspraktijken maken wel iets meer (over)uren dan die in solopraktijken. Groepspraktijken hebben minder uren POH dan solo- of duopraktijken, en praktijken op het platteland en in de grote stad hebben relatief meer uren assistentie dan praktijken in licht verstedelijkt gebied.

Beperkingen van het onderzoek

Een van de beperkingen schuilt in de representativiteit van de gegevens ten opzichte van het Nederlands gemiddelde. De NPA-cijfers geven vermoedelijk een lichte onderschatting van het aantal feitelijk gewerkte uren omdat de NPA-registratie relatief veel solopraktijken bevat. De licht afwijkende kenmerken van de LINH-praktijken – relatief klein, minder vaak solopraktijk en vaker in verstedelijkt gebied – kunnen hebben geleid tot onderschatting van het aantal uren directe patiëntenzorg op basis van de urbanisatiegraad, of tot overschatting op basis van de praktijkvorm. Daarbij zijn de registraties van NPA en LINH gebaseerd op vrijwillige deelname, dus is het goed mogelijk dat zij de meer gemotiveerde huisartsenpraktijken bevatten die ook meer uren maken.

Een tweede beperking schuilt in de gebruikte bronnen. De NPA-gegevens zijn schattingen, die per definitie met onzekerheid zijn omgeven. Bovendien hebben we niet alle beschikbare NPA-gegevens in de analyses betrokken, maar alleen die praktijken waarvan de gegevens voor alle medewerkers bekend waren. De LINH-registratie maakt sinds de invoering van dbc's voor chronische aandoeningen in keteninformatiesystemen geen onderscheid meer tussen uren van de huisarts en die van de POH. Dit heeft gevolgen voor de nauwkeurigheid van het aantal contacturen (zie www.linh.nl). Onze conclusies kunnen dan ook niet meer dan indicatief zijn.

Een derde beperking is dat wij diverse aannames hebben moeten doen. Zo zijn we in de extrapolatie van gegevens tussen de twee NPA-periodes (2007-2008 en 2009-2011) uitgegaan van het bekende stijgingspercentage en hebben we bij de omzetting van LINH-contactgegevens naar aantal uren per week aannames gemaakt over de duur van contacten en M&I-verrichtingen, maar ook over het aantal contracturen en -weken.

Vergelijking van gegevensbronnen

De gebruikte gegevensbronnen hebben hun beperkingen, maar op twee punten zijn ze enigszins vergelijkbaar. Ten eerste: beide tonen een stijging van het aantal uren. De NPA-gegevens laten tussen 2007-2008 en 2009-2010 een stijging zien van 10,1% in het aantal uren directe patiëntenzorg geleverd door de huisarts. De LINH-registratie toont een jaarlijkse stijging van gemiddeld 7,3% in het aantal contacturen (alle functies) tussen 2006 en 2010, en die het sterkst was (8,5%) in 2009-2010. Het is echter niet meer dan een globale overeenkomst, want de noemers verschillen.

Een tweede vergelijkbaar punt is de tijd die besteed wordt aan directe patiëntenzorg: op basis van NPA-gegevens bedroeg die in 2009-2011 naar schatting gemiddeld 20,1 uur per 1000 patiënten per week (huisarts en POH); op basis van de LINH-gegevens over 2010 gemiddeld 16,1 uur per 1000 patiënten per week. Vermoedelijk onderschat de LINH-registratie het aantal contacten met de POH, dus de schatting van 20 uur zal niet ver naast de werkelijkheid zijn.

Vergelijking met ander onderzoek

Onze cijfers laten zich gedeeltelijk vergelijken met andere cijfers. Het meest recente Nederlandse onderzoek, uit 2003-2006,

laat zien dat een huisarts in een normpraktijk gemiddeld 46,9 uur per week werkt.² Uit de NPA-gegevens over 2009-2011 komt een gemiddelde naar voren van 45,8 uur. In het Verenigd Koninkrijk werkt een voltijdhuisarts gemiddeld 44,4 uur in de week, maar daar zijn de praktijken gemiddeld kleiner.³ In Noorwegen werkte de huisarts in 2008 gemiddeld 46,4 uur per week voor een populatie van ongeveer 1200 patiënten.⁴ En in Duitsland lag in 2009 het gemiddelde aantal uren per week tussen de 48 en 55,2, afhankelijk van type praktijk en urbanisatiegraad.⁵ Afgemeten aan de omvang van de patiëntenpopulatie maakt de Nederlandse huisarts dus minder uren dan zijn Engelse, Noorse of Duitse collega's.

Conclusie

Het inschatten van de tijdsbesteding in de huisartsenpraktijk is omgeven met veel onzekerheden en aannames. Een aannemelijk gemiddelde in een normpraktijk met 2350 patiënten is 122,2 uur per week voor alle functies gezamenlijk, zonder de diensten. ■

LITERATUUR

- Engels Y, Mokkink H, Van den Hombergh P, Van den Bosch W, Van den Hoogen H, Grol R. De werkbelasting van de huisarts neemt af. *Huisarts Wet* 2003;46:482-7.
- Van den Hombergh P, Kunzi B, Elwyn G, Van Doremalen J, Akkermans R, Grol R, et al. High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 2009;9:118-25.
- Kmietowicz Z. GPs work same hours but spend longer with patients. *BMJ* 2007;335:225.
- Aasland OG, Rosta J. The working hours of general practitioners 2000-2008. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2011;131:1076-80.
- Steinhaeuser J, Joos S, Szecsenyi J, Miksch A. A comparison of the workload of rural and urban primary care physicians in Germany: analysis of a questionnaire survey. *BMC Fam Pract* 2011;12:112.
- Braspenning J, Dijkstra R, Tacken M, Bouma M, Witmer H. *Visitatie Instrument Accreditering (VIA)*. Nijmegen/Utrecht: WOK/NHG, 2007.
- Cardol M, Van Dijk L, De Jong JD, De Bakker DH, Westert GP. *Huisartsenzorg: Wat doet de poortwachter? Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- Jansen B, Tacken M, Mulder J, Visscher S, Tiersma W, Braspenning J. *Monitoring vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie 2010*. Nijmegen/Utrecht: IQ healthcare/NIVEL, 2011.
- Tacken M, Mulder J, Van den Hoogen H, Tiersma W, Donkers J, Verheij R, et al. *Monitoring vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie 2008*. Nijmegen/Utrecht: IQ healthcare/NIVEL, 2009.
- Hingstman L, Kenens RJ. *Cijfers uit de registratie van huisartsen: Peiling 2010*. Utrecht: NIVEL, 2010.



Stepped care voor depressieve ouderen

Samenvatting

Van der Weele GM, De Waal MW, Van den Hout WB, De Craen AJ, Spinhoven P, Stijnen T, Assendelft WJ, Van der Mast RC, Gussekloo J. *Stepped care voor depressieve ouderen*. Huisarts Wet 2012;55(12):548-52.

DOEL Relatief veel ouderen hebben depressieve symptomen die hun kwaliteit van leven aantasten. Vaak worden de symptomen niet herkend en dus ook niet behandeld, hoewel psychologische interventies bewezen effectief zijn. Wij onderzochten of een screening op depressieve symptomen voor ouderen vanaf 75 jaar in de huisartsenpraktijk, gevolgd door een programma van *stepped care* in de ggz, (kosten)effectief zou zijn.

METHODE Wij verrichtten een pragmatisch, clustergerandomiseerd gecontroleerd onderzoek onder 239 patiënten ouder dan 75 jaar uit 67 huisartsenpraktijken, die bij screening blijf hadden gegeven van depressieve symptomen. In dit onderzoek vergeleken wij de gebruikelijke huisartsenzorg (34 praktijken, 118 ouderen) met een *stepped care*-interventie door de ggz (33 praktijken, 121 ouderen). De interventie bestond uit drie stappen: individuele counseling, de cursus 'In de put, uit de put' en op indicatie terugverwijzing naar de huisarts voor eventuele verdere behandeling. Onze primaire uitkomst was de verandering in depressieve symptomen na zes maanden, gemeten met de Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). De MADRS bevat tien items met een score tussen 0 en 6 punten: een hoge score hangt samen met meer depressieve symptomen.

RESULTATEN De meeste ouderen hadden bij het begin van het onderzoek lichte tot matige depressieve symptomen. Na zes maanden waren de depressieve symptomen in de controlegroep meer verbeterd dan in de interventiegroep (MADRS-score -2,9 versus -1,1, $p = 0,032$), na twaalf maanden was het verschil niet significant meer (-4,6 versus -3,1, $p = 0,084$). Van de deelnemers in de interventiegroep accepteerde 83% een verwijzing naar de ggz voor de *stepped care* interventie, maar nam slechts 19% deel aan de cursus en rondde 13% die ook af.

CONCLUSIE Een aanbod van *stepped care* aan ouderen met depressieve symptomen, opgespoord door screening in de huisartsenpraktijk, is niet effectiever dan de gebruikelijke huisartsenzorg. Mogelijk komt dit doordat slechts weinigen deelnamen aan de kerninterventie, een cursus. Wellicht ook zou een interventie effectiever zijn als de huisarts, die voor veel ouderen een vertrouwenspersoon is, een grotere rol kreeg in de aanpak van de symptomen.

INLEIDING

Depressieve symptomen hebben negatieve gevolgen voor het welbevinden,^{1,2} de kwaliteit van leven,³ het dagelijks functioneren en de overleving van ouderen,⁴ en kunnen zich ontwikkelen tot een depressieve stoornis.⁵ Vaak worden ze niet herkend en dus ook niet behandeld,⁶ hoewel psychologische interventies bewezen effectief zijn.^{7,8} Daarom is er wel voor gepleit ouderen te screenen op depressieve symptomen en ze zo nodig te behandelen.⁶ In de Verenigde Staten zijn twee grote gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's) gedaan naar zorgmanagementprogramma's voor depressieve ouderen vanaf 60 jaar, van wie een deel werd opgespoord door screening. Deze onderzoeken toonden aan dat suïcidale gedachten⁹ en depressieve symptomen¹⁰ afnamen, en dat de programma's kosteneffectief waren.¹¹ Wij hebben onderzocht of dit ook geldt in de Nederlandse huisartsenpraktijk, en wel voor ouderen vanaf 75 jaar. Ons onderzoek, Proactive Management of Depression in the Elderly (PROMODE) genaamd, bestond uit een screening gevolgd door een pragmatische RCT waarin wij de effecten en kosten van een *stepped care*-interventieprogramma vergeleken met gebruikelijke huisartsenzorg.

Wat is bekend?

- Veel ouderen hebben last van depressieve symptomen die hun kwaliteit van leven aantasten. Zulke symptomen zijn vaak lastig te herkennen.
- Het gunstige effect van psychologische interventies dat bij personen met een hulpvraag is gevonden, is niet aangetoond bij personen die opgespoord zijn via screening.
- De acceptatiegraad van interventies die na screening worden aangeboden is doorgaans laag.

Wat is nieuw?

- In de huisartsenpraktijk werkt een interventie die na screening wordt aangeboden aan ouderen met depressieve symptomen, niet beter dan de gebruikelijke zorg door de huisarts.
- Het overgrote deel (83%) van de positief gescreende ouderen wil zich wel laten counsellen door de ggz, maar slechts 19% gaat daadwerkelijk in op het cursusaanbod 'In de put, uit de put'.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Postzone Vo-P, Postbus 9600, 2300 RC Leiden; dr. G.M. van der Weele, huisarts-onderzoeker; dr. M.W.M. de Waal, epidemioloog; prof.dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof.dr. J. Gussekloo, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. LUMC, afdeling Medische beslistkunde; dr. W.B. van den Hout, econometrist. LUMC, afdeling Ouderengeneeskunde; dr. A.J.M. de Craen, klinisch epidemioloog. LUMC, afdeling Medische statistiek en bio-informatica; prof.dr. T. Stijnen, hoogleraar Medische statistiek. LUMC, afdeling Psychiatrie; prof.dr. R.C. van der Mast, hoogleraar Ouderenpsychiatrie. Universiteit Leiden, Instituut Psychologie, Klinische, Gezondheids- en Neuropsychologie; prof.dr. Ph. Spinhoven, hoogleraar Klinische psychologie • Correspondentie: gm.vanderweele@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd financieel mogelijk gemaakt door een subsidie van ZonMW-programma Doelmatigheid (subsidienummer 945-07-502) en een financiële bijdrage van de GGZ-instelling Rivierduinen. De subsidiegevers hadden geen invloed op de opzet, uitvoering, analyse, interpretatie van data en verslaglegging. Trialregistratie: www.controlled-trials.com/ISRCTN71142851.

Het oorspronkelijke onderzoeksartikel is gepubliceerd als: Van der Weele GM, De Waal MW, Van den Hout WB, De Craen AJ, Spinhoven P, Stijnen T, et al. Effects of a stepped-care intervention programme among older subjects who screened positive for depressive symptoms in general practice: the PROMODE randomised controlled trial. *Age Ageing* 2012;41(4):482-8. Delen van dit artikel zijn daarnaast ontleend aan: Van der Weele GM, De Waal MW, Van den Hout WB, Van der Mast RC, De Craen AJ, Assendelft WJ, et al. Yield and costs of direct and stepped screening for depressive symptoms in subjects aged 75 years and over in general practice. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26(3):229-38. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

METHODE

Voormeting en onderzoekspopulatie

Tussen april 2007 en juli 2008 hebben wij in 73 huisartsenpraktijken in Leiden en omstreken 12.144 ingeschreven patiënten ouder dan 75 jaar gescreend op depressieve symptomen. In zes praktijken vonden wij geen screenpositieve ouderen, in de overige 67 praktijken, met 11.635 ingeschreven ouderen, hebben wij ons interventieonderzoek uitgevoerd. Voor de RCT excludeerden wij degenen die geen Nederlands spraken, onder behandeling waren voor depressie, dement waren of een MMSE-score van minder dan 19 punten hadden, in de voorafgaande drie maanden partner of kind hadden verloren of een levensverwachting hadden van minder dan drie maanden.

We vergeleken twee screeningsprocedures: directe screening, waarbij alle ouderen thuis werden bezocht, en getrapte screening, waarbij de uitkomst van schriftelijke screening bepaalde of er een huisbezoek werd afgelegd. De deelname aan beide screeningsprocedures was vrijwel gelijk, de geschatte totale kosten van directe screening waren ongeveer tweemaal zo hoog als die van getrapte screening, directe screening spoorde iets meer ouderen op met onbehandelde depressieve symptomen (2,6% versus 1,9%). Van de gecreende populatie werden 707 (5,8%) patiënten reeds behandeld voor depressie.¹²

Bij de screening nam een interviewer de vijftien-item versie van de Geriatrische Depressie Schaal (GDS-15) af.¹³ Van de 264 ouderen (prevalentie 2,2%) die op deze schaal 5 punten of hoger scoorden (hetgeen duidt op depressieve symptomen) stemden er 239 schriftelijk toe in deelname aan het interventieonderzoek.

De Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Leids Universitair Medisch Centrum verleende goedkeuring aan het onderzoek.

Randomisatie en interventie

Wij kozen voor een clustergerandomiseerde trial, met de huisartspraktijk als eenheid van randomisatie, om contaminatie te voorkomen.¹⁴ Na de screening en voormetingen werd per regio blokrandomisatie toegepast. De onderzoeksmedewerkers werden niet geïnformeerd over de praktijkkloting.

Wij vroegen de huisartsen in de interventiepraktijken de deelnemers met een GDS-score ≥ 5 te motiveren voor een behandeling door de afdeling Preventie ouderen van de ggz. De daar aangeboden interventie bestond uit drie stappen. De eerste stap was individuele counseling over hulpbehoefte en motivatie in één of twee huisbezoeken door een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige. Als tweede stap volgde de deelnemer de op cognitieve gedragstherapie gebaseerde cursus 'In de put, uit de put', die bewezen effectief is bij ouderen met depressieve symptomen.¹⁵ De cursus bestaat in principe uit tien wekelijkse groepsbijeenkomsten, maar wie de groepsbijeenkomsten niet kon of wilde bijwonen kon hem thuis individueel volgen. De derde stap (op indicatie) was terugverwijzing naar de huisarts om de verdere aanpak te bespreken.

De deelnemers in de controlepraktijken kregen geen in-

formatie over de screeningsuitslag en de praktijkkloting. Om de gebruikelijke zorg niet te beïnvloeden lichtten wij de huisartsen in controlepraktijken pas aan het einde van het onderzoek in over welke ouderen in hun praktijk een positieve screeningsuitslag hadden. Alleen wanneer een patiënt bij de baselinemeting ernstige depressieve symptomen (MADRS-score > 30 punten, zie Metingen) en/of suïcidale gedachten had, nam de onderzoeker contact op met de huisarts.

Metingen

Het cognitief functioneren van de ouderen die op de GDS vijf of meer punten hadden gescoord, bepaalden wij met de Mini-Mental State Examination (MMSE).¹⁶ Ouderen met een MMSE-score onder de 19 punten werden geëxcludeerd omdat de afname van vragenlijsten bij hen onvoldoende betrouwbaar is.

De toe- of afname van depressieve symptomen bepaalden wij met de Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS).¹⁷ De MADRS wordt afgenomen door een interviewer en bestaat uit tien items met scores van 0 tot 6 punten per item, waarbij hogere scores passen bij een ernstiger depressie. De onderzoeksmedewerkers ondergingen een intensieve training zodat zij de MADRS op een uniforme manier konden afnemen en scoren. Alle MADRS-interviews werden op video opgenomen en door twee onderzoeksmedewerkers beoordeeld. De in de analyses gebruikte scores werden bij consensus vastgesteld.

Bij de voormeting namen we de MADRS en de MMSE af, zes maanden na de voormeting namen we opnieuw de MADRS af en twaalf maanden na de voormeting herhaalden we de MADRS en de MMSE.

Onze primaire uitkomstmaat was de verandering in depressieve symptomen (MADRS-score) tussen de voormeting en zes maanden later. Secundaire uitkomstmaten waren onder andere de verandering in MADRS-score na twaalf maanden, het percentage 'MADRS-responders' (deelnemers van wie de MADRS-score na zes maanden meer dan de helft lager was dan bij de voormeting), de kwaliteit van leven en de kosten van de interventie. Een compleet overzicht van alle meetmethoden en uitkomstmaten is elders te vinden.¹⁸

Analyse

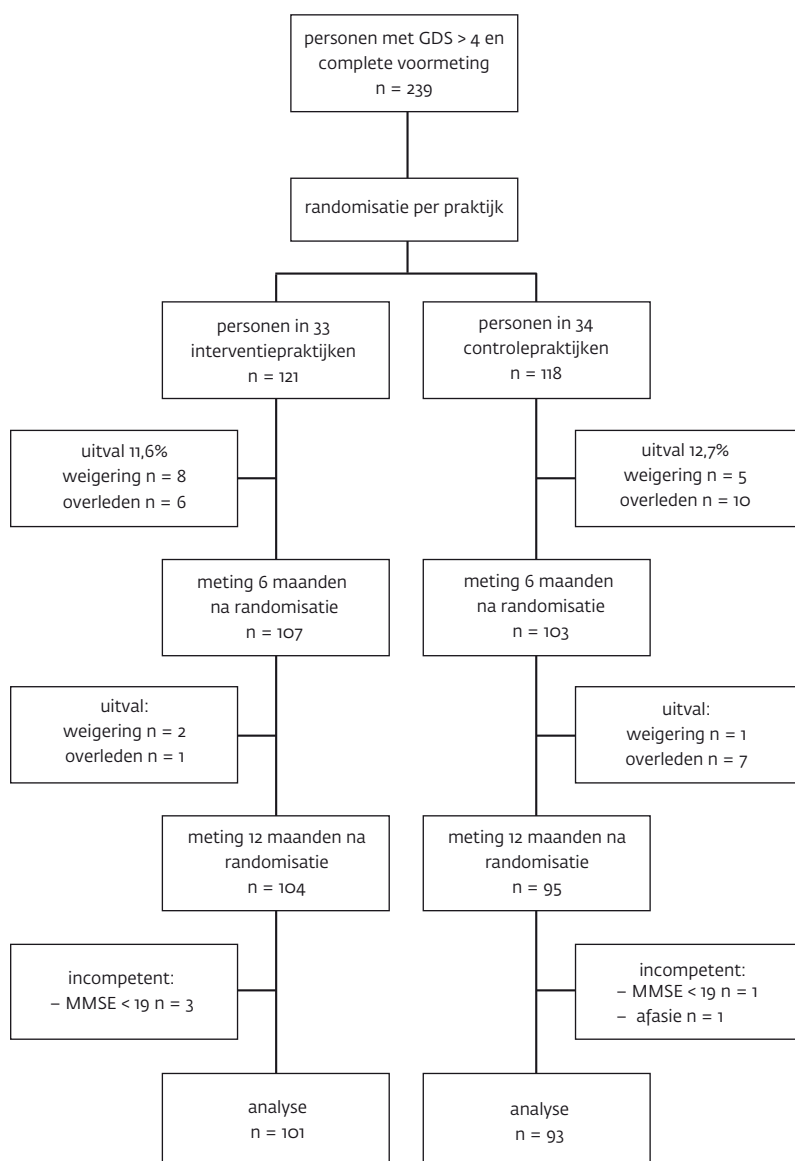
Omdat wij ook een uitspraak wilden kunnen doen over eventuele leeftijdsverschillen, berekenden we de statistische power voor twee aparte leeftijdsgroepen, 75-79 jaar en 80 jaar en ouder. Daarbij gingen we ervan uit dat we in elke huisartsenpraktijk drie ouderen met een GDS-score van 5 of meer zouden vinden, dus gemiddeld anderhalve persoon per leeftijdsgroep. Om in beide leeftijdsgroepen een klinisch relevant verschil van ten minste 6 MADRS-punten te kunnen aantonen (standaarddeviatie 10 punten; $p = 80\%$; $\alpha = 0,05$; intracuster correlatiecoëfficiënt (ICC) = 0,2) zou elke onderzoeksarm 33 praktijken moeten bevatten. Om verzekerd te zijn van voldoende power, hebben we de (onbekende) ICC conservatief ingeschat.¹⁹

De statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS 16.0 voor Windows. Wij analyseerden de resultaten voor de deelnemerspopulatie als geheel en voor beide leeftijdsgroepen apart.

Veranderingen in de MADRS-score na zes en twaalf maanden analyseerden we volgens het intention-to-treatprincipe.

De eerste analyse vond plaats op individueel niveau. Vervolgens pasten wij op de gegevens een lineair gemengd model toe om de praktijkclustering te verdisconteren en om te corrigeren voor leeftijd, geslacht en MADRS-score bij voormeting. Ook bepaalden we of de interventie effectief was bij bepaalde subgroepen, zoals ouderen met de niet eerder onderkende of behandelde DSM-IV-diagnose depressieve stoornis en deelnemers die bij de voormeting een MADRS-score hoger dan 10 punten hadden. Hiervoor gebruikten we een gestratificeerd lineair gemengd model.

Figuur Stroomdiagram van deelnemers aan het PROMODE-interventieonderzoek



RESULTATEN

Onderzoekspopulatie bij voormeting en follow-up

Na de voormeting lootten 33 praktijken met 121 deelnemers in de interventiearm en 34 praktijken met 118 deelnemers in de controlegroep [figuur]. De controlegroep bevatte 3 en de interventiegroep 2 deelnemers met een MADRS-score boven de 30 punten en/of suïcidale gedachten. Over deze ouderen nam de onderzoeker contact op met de betrokken huisartsen. In de interventiegroep overleden 7 deelnemers, weigerden 10 deelnemers de follow-upbezoeken na 6 of 12 maanden en scoorden 3 deelnemers na 12 maanden te laag op de MMSE. In de controlegroep overleden 17 deelnemers (één van hen had bij de voormeting geen suïcidale gedachten en een MADRS-score onder de 30 punten, maar overleed toch door zelfdoding), weigerden 6 deelnemers de follow-upbezoeken na 6 of 12 maanden, en waren 2 deelnemers na 12 maanden incompetent om de vragenlijsten betrouwbaar te beantwoorden. Daardoor beschikten we voor de zesmaandsanalyse over 210 deelnemers (107 in de interventiegroep, 103 in de controlegroep) en voor de twaalfmaandsanalyse over 194 deelnemers (101 in de interventiegroep, 93 in de controlegroep).

De interventie- en de controlegroep hadden bij de voormeting vergelijkbare demografische en klinische karakteristieken.¹⁹ De mediane MADRS-scores in de interventiegroep (12; 95%-BI 8-18) en in de controlegroep (14; 95%-BI 11-17) pasten bij lichte tot matig ernstige depressieve problematiek.

Interventie

Van de 121 deelnemers in de interventiegroep accepteerden er 101 (83%) de verwijzing voor het *stepped care*-programma, begonnen er 23 (19%) aan de cursus (21 in groepsverband en 2 op individuele basis) en ronden er 16 (13%) de cursus ook af. Vijf ouderen (4%) in de interventiegroep kregen niet de interventie maar een andere, door de huisarts en/of de ggz geïnitieerde vorm van psychologische hulp.

Als men de *stepped care*-interventie niet meerekent, kreeg de leeftijdsgroep 75-79 jaar in de controlegroep vaker psychologische zorg dan die in de interventiegroep (15% versus 2%). Dit gold niet voor de groep van 80 jaar en ouder (4% versus 5%).

Depressieve symptomen

Gedurende de onderzoeksperiode namen de MADRS-scores – en dus de ernst van de depressieve symptomen – in beide groepen af. De scores waren in de controlegroep na zes maanden significant sterker gedaald dan in de interventiegroep, maar na twaalf maanden was dit verschil niet significant meer [tabel]. Rekening houdend met praktijkclustering en verschillen bij voormeting was de MADRS-score na zes maanden in de controlegroep 1,4 punten sterker gedaald dan in de interventiegroep ($p = 0,056$; ICC = 0) en waren, over twaalf maanden gerekend, de scores in de interventiegroep op alle meetmomenten mogelijk hoger dan in de controlegroep ($p = 0,088$; ICC = 0,045). In geen van de geanalyseerde subgroepen vonden we een positief effect van de interventie.

Tabel MADRS-uitkomsten na zes en twaalf maanden in de interventiegroep (stepped care) en de controlegroep (gebruikelijke zorg)

	Stepped care		Gebruikelijke zorg		p
Aantal	121		118		
Zesmaandsmeting					
personen, aantal	107		103		
MADRS-score, mediaan (IQR)	12	(7-16)	11	(6-15)	0,22
MADRS-responders, aantal (%)	17	(16)	23	(22)	0,24
MADRS-verandering t.o.v. voormeting, gemiddelde (SEM)	-1,1	(0,61)	-2,9	(0,58)	0,032
Twaalfmaandsmeting					
personen, aantal	101		93		
MADRS-score, mediaan (IQR)	10	(6-14)	10	(5-13)	0,45
MADRS-responders, aantal (%)	21	(21)	31	(33)	0,049
MADRS-verandering t.o.v. voormeting, gemiddelde (SEM)	-3,1	(0,61)	-4,6	(0,64)	0,084

IQR = interkwartielafstand. SEM = standaardfout van het gemiddelde. Continue variabelen zijn vergeleken met de Mann-Whitney-U-test, categorale variabelen met de chikwadraattoets, veranderingen van het gemiddelde met de t-toets voor onafhankelijke groepen.

Leeftijdsgestratificeerde resultaten

In geen van beide afzonderlijk geanalyseerde leeftijdsgroepen (75-79 jaar en 80 jaar en ouder) had de interventie een positief effect op MADRS-uitkomsten of mortaliteit.¹⁸ Het percentage deelnemers dat de cursus volgde en het percentage dat deze afrondde was in beide leeftijdsgroepen gelijk.

Kosteneffectiviteit

De kosten van de *stepped care*-interventie waren naar schatting € 333 per verwezen oudere (n = 101). We vonden geen significante verschillen in andere (in)formele zorgkosten of kwaliteit van leven.

BESCHOUWING

Wij hebben geen gunstig effect kunnen zien van een *stepped care*-interventieprogramma in de huisartsenpraktijk onder ouderen vanaf 75 jaar die bij screening onbehandelde depressieve symptomen bleken te hebben. Het programma was dan ook niet kosteneffectief. Deze negatieve bevindingen staan in tegenstelling tot de voornamelijk positieve reviews over het effect van screening of *case finding* met aansluitend behandel-aanbod op depressieve symptomen,²⁰⁻²² ook al is dit gunstige effect soms klein.²³ In vergelijking met ons onderzoek waren deze onderzoeken meestal gericht op ernstiger depressieve problematiek en/of jongere populaties (meestal vanaf 55 of 60 jaar). Ook verschillen de onderzochte interventies en is de 'gebruikelijke zorg' in de controlegroep niet in elk zorgsysteem hetzelfde. In ons Nederlandse gezondheidszorgsysteem heeft de huisarts vaak een langdurige persoonlijke band met (oude-re) patiënten. De daardoor geboden continuïteit van zorg lijkt een belangrijke factor te zijn bij succesvolle interventies, zoals in het Amerikaanse IMPACT-onderzoek.⁹ Het was de bedoeling van de onderzochte interventie de huisartsgeneeskundige zorg te verbeteren. Dat we geen effect vonden, kan erop wijzen dat de 'gebruikelijke zorg' al zo goed is dat de screening en het daaropvolgende behandel-aanbod geen meerwaarde meer hebben. Het kan echter ook zijn dat de relatief kleine rol van de huisarts in ons *stepped care*-programma een nadelig effect had op de zorgcontinuïteit en op de acceptatie van de

interventie.

In een recent Nederlands onderzoek bleek dat *stepped care* bij ouderen vanaf 75 jaar met bij screening gevonden depressie of angstsymptomen het risico op een depressieve of angststoornis significant verminderde. Dit onderzoek includeerde echter alleen ouderen met langdurig bestaande symptomen en bood een uitgebreider interventiepakket dan het onze.⁸ Onze negatieve bevindingen zijn wel in lijn met een recente meta-analyse, waarvan de conclusie was dat psychologische behandeling voor depressieve symptomen in de eerste lijn alleen effectief is bij patiënten (van alle leeftijden) die verwezen werden door hun huisarts en niet bij patiënten die via screening opgespoord waren.²⁴

Een belangrijke aanvulling op eerder onderzoek is dat wij ons richtten op het volledige 'depressieve spectrum', dus naast de depressieve stoornis ook via screening opgespoorde (klinisch relevante) depressieve symptomen. Vooral bij depressieonderzoek onder ouderen, bij wie depressieve symptomen relatief vaak voorkomen, is dit relevant voor de generaliseerbaarheid van de resultaten. Om diezelfde reden kozen we voor een pragmatische onderzoeksopzet, gebruikmakend van het gebruikelijke ggz-interventieaanbod.²⁵

Een mogelijke beperking van ons onderzoek is de keuze voor de MADRS-score als onze primaire uitkomstmaat. Hoewel de MADRS vaak gebruikt wordt en gevalideerd is om (veranderingen in) de ernst van depressieve symptomen te meten onder ouderen met matige tot ernstige depressie, lijkt het voor relatief lichte depressieve symptomen een minder geschikt instrument. De MADRS is daarvoor ook niet gevalideerd. Verder kon ons onderzoek niet volledig worden geblindeerd, en dat kan deelnemers in de controlegroep hebben aangezet tot het zoeken van hulp. Deze *attention bias*²⁶ heeft mogelijk een rol gespeeld (onder de 75- tot 79-jarigen) in ons onderzoek, omdat de controlegroep uiteindelijk iets meer psychologische zorg ontving dan de interventiegroep. Wij konden moeilijk voorkomen dat onderzoeksmedewerkers tijdens interviews te weten kwamen in welke onderzoeksgroep de geïnterviewde zat. Om deze *observer bias* zo veel mogelijk te beperken, gaven we de onderzoeksmedewerkers niet actief informatie over de

randomisatie en lieten we alle op video opgenomen MADRS-interviews onafhankelijk scoren door minstens twee onderzoeksmedewerkers.

Ons onderzoek laat zien dat slechts een klein deel (19%) van de ouderen die na screening naar de ggz verwezen worden vanwege depressieve symptomen uiteindelijk ingaat op het cursusaanbod. Mogelijk hoeft dit niet te verbazen, want deze ouderen zochten uit zichzelf (nog) geen hulp. In een kwalitatief onderzoek parallel aan het interventieonderzoek exploreerden we waarom deelnemers het cursusaanbod afwezen. Zij noemden als belangrijke redenen de afwezigheid van depressieve klachten, negatieve verwachtingen over (het effect van) de cursus en/of over groepsdeelname, en zichzelf te oud vinden om nog nieuwe dingen te leren.²⁷ Dit benadrukt het belang van een uitvoerige verkenning van subjectieve klachten en behoeften, en van de motivatie voor eventuele hulp na screening. Bovendien zou de hulp, zeker op hogere leeftijd, niet alleen gericht moeten zijn op depressieve problematiek maar ook op andere domeinen, zoals functionele beperkingen en chronische pijn. In ons onderzoek kreeg de huisarts, die de meeste ouderen zien als gewaardeerd adviseur, slechts een beperkte rol toebedeeld – vanuit de gedachte dat deze onvoldoende tijd zou hebben om de depressieve symptomen en de hulpbehoefte van alle ouderen die de screening zou opsporen uitgebreid te exploreren. Ons intrigeert de vraag of een programma van screening en interventie meer succes zou hebben als de huisarts een grotere rol zou hebben bij het exploreren van de opgespoorde klachten en de behoefte aan hulp.

CONCLUSIE

Onder ouderen in de huisartsenpraktijk resulteerde een *stepped care*-interventie na een screening op depressieve symptomen niet in betere klinische uitkomsten dan de gebruikelijke huisartsenzorg. Slechts een minderheid ging in op het aanbod deel te nemen aan het kernelement van de interventie, de cursus ‘In de put, uit de put’. Het onderzochte programma van screening en *stepped care* is geen bruikbare strategie bij het bestrijden van depressieve symptomen op hoge leeftijd. ■

DANKBETUIGING

Onze speciale dank gaat uit naar alle deelnemende ouderen en huisartsenpraktijken, en naar de onderzoeksmedewerksters die de interviews voor dit onderzoek afnamen, met name Astrid Cock, Els de Haas en Inge Mooyekind.

LITERATUUR

- Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ, De Beurs E, Geerling SW, Van Tilburg W. The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:20-7.
- Lyness JM, Kim J, Tang W, Tu X, Conwell Y, King DA, et al. The clinical significance of subsyndromal depression in older primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:214-23.
- Unutzer J, Patrick DL, Diehr P, Simon G, Grembowski D, Katon W. Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. *Int Psychogeriatr* 2000;12:15-33.
- Penninx BW, Geerlings SW, Deeg DJ, Van Eijk JT, Van Tilburg W, Beekman AT. Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:889-95.
- Cuijpers P, Smit F. Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:325-31.
- Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765-76.
- Cuijpers P, Smit F, Van Straten A. Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:434-41.
- Van 't Veer-Tazelaar PJ, Van Marwijk HW, Van Oppen P, Van Hout HP, Van der Horst HE, Cuijpers P, et al. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:297-304.
- Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, III, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:1081-91.
- Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Jr., Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2836-45.
- Katon WJ, Schoenbaum M, Fan MY, Callahan CM, Williams J, Jr., Hunkeler E, et al. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1313-20.
- Van der Wee GM, De Waal MW, Van den Hout WB, Van der Mast RC, De Craen AJ, Assendelft WJ, et al. Yield and costs of direct and stepped screening for depressive symptoms in subjects aged 75 years and over in general practice. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26:229-38.
- De Craen AJ, Heeren TJ, Gussekloo J. Accuracy of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) in a community sample of the oldest old. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:63-6.
- Smelt AF, Van der Wee GM, Blom JW, Gussekloo J, Assendelft WJ. How usual is usual care in pragmatic intervention studies in primary care? An overview of recent trials. *Br J Gen Pract* 2010;60:e305-18.
- Haringsma R, Engels GL, Cuijpers P, Spinhoven P. Effectiveness of the Coping With Depression (CWD) course for older adults provided by the community-based mental health care system in the Netherlands: a randomized controlled field trial. *Int Psychogeriatr* 2006;18:307-25.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-mental state': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134:382-389.
- Van der Wee GM, De Waal MW, Van den Hout WB, De Craen AJ, Spinhoven P, Stijnen T, et al. Effects of a stepped-care intervention programme among older subjects who screened positive for depressive symptoms in general practice: the PROMODE randomised controlled trial. *Age Ageing* 2012;41:482-8.
- Killip S, Mahfoud Z, Pearce K. What is an intraclass correlation coefficient? Crucial concepts for primary care researchers. *Ann Fam Med* 2004;2:204-8.
- Cuijpers P. Psychological outreach programmes for the depressed elderly: a meta-analysis of effects and dropout. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:41-8.
- Van Citters AD, Bartels SJ. A systematic review of the effectiveness of community-based mental health outreach services for older adults. *Psychiatr Serv* 2004;55:1237-49.
- Skultety KM, Zeiss A. The treatment of depression in older adults in the primary care setting: an evidence-based review. *Health Psychol* 2006;25:665-74.
- Freudenstein U, Jagger C, Arthur A, Donner-Banzhoff N. Treatments for late life depression in primary care: a systematic review. *Fam Pract* 2001;18:321-7.
- Cuijpers P, Van Straten A, Van Schaik A, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2009;59:e51-60.
- Thorpe KE, Zwarenstein M, Oxman AD, Treweek S, Furlong CD, Altman DG, et al. A pragmatic-explanatory continuum indicator summary (PRECIS): a tool to help trial designers. *CMAJ* 2009;180:E47-57.
- Sackett DL. Bias in analytic research. *J Chronic Dis* 1979;32:51-63.
- Van der Wee GM, De Jong R, De Waal MW, Spinhoven P, Rooze HA, Reis R, et al. Response to an unsolicited intervention offer to persons aged ≥ 75 years after screening positive for depressive symptoms: a qualitative study. *Int Psychogeriatr* 2012;24:270-7.

Evidence-based medicine voorbij

Een dinsdagochtend in de zomer. Na het ochtendspreekuur voorziet mijn assistente me van de visitelijst van vandaag. Twee patiënten van mezelf en één van mijn collega voor wie ik vanwege vakantie waarneem. Die patiënt is een man van 75 jaar die sinds een paar dagen buikpijn heeft, waar nu braken is bijgekomen. Een collega van de HAP heeft eerder al geprobeerd de buikpijn te behandelen door de patiënt te laxeren, maar dat heeft blijkbaar niet voldoende geholpen. In het dossier van mijn collega zie ik dat het om een patiënt gaat die zelden komt. Weinig voorgeschiedenis. In 2009 een anemie die de patiënt niet verder wilde laten onderzoeken. Vreemd.

Bij aankomst ligt meneer op bed. Hij vertelt dat hij sinds een aantal dagen steeds meer buikpijn heeft en sinds gisteren ook braakt. Bij doorvragen blijkt dat zijn eetlust al veel langer is afgenomen en dat hij waarschijnlijk behoorlijk wat gewicht is kwijtgeraakt. Bij lichamelijk onderzoek constateer ik een bolle buik met hoog klinkende peristaltiek. Nou heb ik dat altijd een moeilijk te interpreteren deel van het onderzoek gevonden, maar één en één is meestal twee, dus ik leg meneer en zijn vrouw uit dat ik denk dat zijn darmen zijn 'vastgelopen' en dat uitgezocht moet worden hoe dat komt. Ondertussen ben ik er bij deze 75-jarige man met een eerder onverklaarde anemie en algehele malaise niet erg gerust op. In eerste instantie wil meneer eigenlijk niet naar het ziekenhuis. Het blijkt dat

hij als kind veel in het ziekenhuis heeft gelegen en daar enig trauma aan heeft overgehouden. Uiteindelijk laat meneer zich overtuigen dat opname toch nodig is, omdat hij vrijwel niets meer binnenhoudt.

Twee dagen later heb ik de echtgenote en twee dochters op het spreekuur. Meneer blijkt zowel een caecumtumor (die de ileus veroorzaakt) als een rectumtumor te hebben. Hij wil zich hier niet aan laten behandelen en wil vooral zo snel mogelijk naar huis. De chirurg zou nog contact met mij opnemen om dit te bespreken. Meneer heeft zijn familie duidelijk laten weten naar huis te willen om euthanasie te krijgen.

Fijn hoor, waarneming.

Ik bespreek met de familie dat ik hiermee wel in een hele lastige positie kom. Ik heb geen principiële bezwaren tegen euthanasie als er geen betere mogelijkheden meer zijn, maar ik heb deze man precies één keer ontmoet en er zijn feitelijk nog wel behandelmogelijkheden. Ik leg uit dat iedereen van mij altijd naar huis mag komen en dat ik thuis zo goed mogelijk voor meneer zal zorgen, maar dat ik zeker niet op voorhand toezeg bereid te zijn tot een eventuele euthanasie. De familie begrijpt dit gelukkig.

Later die dag belt de chirurg met hetzelfde verhaal. Dan blijkt tot mijn stomme verbazing dat er met het (niet volledige) onderzoek dat is gedaan geen aanwijzingen zijn voor metastasen!

De volgende dag komt meneer thuis. Klaar om dood te gaan. Want 'Je laten opereren en te moeten leven met een stoma om na een paar maanden alsnog

op een ellendige manier aan je tumor dood te gaan' ziet hij niet zitten. 'Ja, er was vanochtend nog wel een andere chirurg langsgekomen, die iets had gezegd over dat het ook anders kon, maar in ieder geval: hier houdt het op.'

Ter plekke toch nog maar even met de betreffende chirurg gebeld, waarna blijkt dat deze bereid is om meneer zonder neoadjuvante chemo- of radiotherapie te opereren, beide tumoren te verwijderen en in ieder geval wil proberen om de continuïteit van de darm direct te herstellen. Uiteraard buiten ieder oncologieprotocol om. Na nog een volgend gesprek met meneer diezelfde avond en een paar keer heen en weer bellen met de chirurg, beslist meneer dat hij er toch één operatie aan wil wagen. Familie in tranen. Ik opgelucht.

Twee dagen later komt er een PA-uitslag in mijn postvak binnen: zowel caecum als rectum bevatten een goed tot matig gedifferentieerd adenocarcinoom, snijranden zijn vrij, 26 lymfklieren verwijderd, nul metastasen.

Een week later is meneer thuis. Met stoma, zonder spijt.

De moraal van dit verhaal: de meeste gezondheidswinst komt voort uit communicatie. Met de patiënt, maar vooral ook tussen dokters. Want meestal is palliatieve zorg het eind. Heel af en toe het begin. ■

Marloes Tack

Marloes Tack is huisarts in Rockanje.



Niet-westerse immigranten met vitamine-D-gebrek

Samenvatting

Wicherts IS, Boeke AJP, Van der Meer IM, Van Schoor NM, Knol DL, Lips P. Niet-westerse immigranten met vitamine-D-gebrek. *Huisarts Wet* 2012;55(12):554-7.

DOEL Vitamine-D-gebrek (25-hydroxyvitamine D < 25 nmol/l) komt veel voor bij niet-westerse immigranten. Het is te behandelen met vitamine-D-suppletie of blootstelling aan zonlicht. Is het effect van orale vitamine D₃ (dagelijks 800 IE of 100.000 IE/3 maanden) en blootstelling aan zonlicht even effectief voor de verbetering van serum 25-hydroxyvitamine D- en parathyroïd hormoonconcentraties?

METHODE We hebben het onderzoek uitgevoerd als gerandomiseerde klinische trial in 11 huisartsenpraktijken in Nederland. We randomiseerden niet-westerse immigranten van 18-65 jaar (n = 232) en serum 25(OH)D < 25 nmol/l voor vitamine-D-suppletie respectievelijk 800 IE/dag of 100.000 IE/3 maanden of advies voor blootstelling aan zonlicht gedurende 6 maanden (maart tot september). We verkregen bloedmonsters aan het begin, gedurende de behandeling na 3 en 6 maanden, en bij follow-up na behandeling bij 12 maanden. We analyseerden de gegevens met multilevel regressiemodelling.

RESULTATEN We verrichtten de intention-to-treatanalyse bij 211 personen. De serum 25(OH)D was aan het begin $22,5 \pm 11,1$ nmol/l. Na 6 maanden nam de serum 25(OH)D toe tot 53 nmol/l bij 800 IE/dag, tot 50,5 nmol/l met 100.000 IE/3 maanden en tot 29,1 nmol/l bij blootstelling aan zonlicht (suppletie versus zonlicht $p < 0,001$). Na 3 maanden nam het serum-PTH significant af bij alle groepen, meer bij suppletie dan bij blootstelling aan zonlicht ($p < 0,05$).

CONCLUSIE Vitamine-D-suppletie is effectiever dan een advies voor blootstelling aan zonlicht bij de behandeling van vitamine-D-gebrek bij niet-westerse immigranten.

INLEIDING

Vitamine-D-gebrek komt veel voor bij niet-westerse immigranten binnen Europa en elders.¹⁻⁴ Uit recent onderzoek in Nederland bleek dat 40-80% van de niet-westerse immigranten vitamine D-gebrek had.^{5,7} Bij blootstelling aan zonlicht wordt 7-dehydrocholesterol omgezet in previtamine D₃.⁸ Dit wordt vervolgens geleidelijk omgezet in vitamine D₃. Huidpigment houdt de ultraviolette straling tegen en beperkt de synthese van vitamine D₃. Naast huidtype en geringe blootstelling aan zonlicht, dragen bedekking van de huid, ge-

bruik van zonnebrandcrème, en een lage consumptie van vitamine D en calcium via de voeding bij tot vitamine-D-gebrek.⁹ In Nederland voegt men vitamine D alleen aan margarine toe, een product dat niet-westerse immigranten weinig gebruiken. Vitamine-D-gebrek leidt tot een toename van de parathyreoïd hormoon (PTH) spiegel, wat botverlies en uiteindelijk een mineralisatiestoornis veroorzaakt, waardoor op de lange termijn osteomalacie ontstaat.^{1,9,10} Verder is gebleken dat een slechte vitamine-D-status geassocieerd is met matig fysiek functioneren,¹¹⁻¹⁵ zwakte van de proximale spieren¹⁶ en pijn¹⁷. Verschillende klinische trials hebben aangetoond dat vitamine-D-suppletie het fractuurrisico kan verminderen.^{9,13}

Vitamine-D-gebrek kan men behandelen met blootstelling aan zonlicht of vitamine-D-suppletie, hetzij dagelijks of met grote intervallen. Het effect van verschillende behandelingen op de vitamine-D-status is nooit vergeleken bij niet-westerse immigranten. Hoofddoel van dit onderzoek was om te bepalen of orale vitamine-D-suppletie effectiever is dan een advies voor blootstelling aan zonlicht met betrekking tot serum 25(OH)D, PTH en alkalische fosfatase. Het tweede doel was om te onderzoeken of de effecten van verschillende interventies verschillen met betrekking tot fysiek functioneren, functionele beperkingen en pijn.

METHODE

Onderzoeksopzet

We hebben het onderzoek opgezet als gerandomiseerde klinische trial om het effect van vitamine-D-suppletie te vergelijken met dat van advies voor blootstelling aan zonlicht. De actieve behandelingsperiode was 6 maanden, van maart tot september, omdat gedurende deze maanden de zon op de Nederlandse breedtegraad resulteert in synthese van vitamine

Wat is bekend?

- Vitamine-D-gebrek komt veel voor bij niet-westerse immigranten.
- Vitamine-D-gebrek kan worden behandeld met vitamine-D-suppletie of met blootstelling aan zonlicht.
- Een slechte vitamine-D-status is geassocieerd met matig fysiek functioneren.

Wat is nieuw?

- Orale vitamine-D-suppletie, hetzij dagelijks, hetzij een equivalente dosis eenmaal per drie maanden, is veel effectiever dan zonlicht met betrekking tot serum 25(OH)D en PTH-spiegel bij niet-westerse immigranten.
- Het effect van orale vitamine-D-suppletie gedurende zes maanden is zes maanden na stoppen nog steeds meetbaar.

VUmc, EMGO Instituut Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam; I.S. Wicherts, onderzoeker in opleiding; A.J.P. Boeke, huisarts; N.M. van Schoor, epidemioloog, senior onderzoeker, GGD Den Haag; I.M. van der Meer, epidemioloog, Afdeling Klinische Epidemiologie en Biostatistiek, VUmc; D.L. Knol, epidemioloog-statisticus, Afdeling Interne Geneeskunde, sectie Endocrinologie, VUmc; P. Lips, internist • Correspondentie: p.lips@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aan-gegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Wicherts IS, Boeke AJP, Van der Meer IM, Van Schoor NM, Knol DL, Lips P. Sunlight exposure or vitamin D supplementation for vitamin D-deficient non-western immigrants: a randomized clinical trial. *Osteoporos Int* 2011;22:873-82. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

D. We verzamelden gegevens en bloedmonsters aan het begin en gedurende de follow-up op 3, 6 en 12 maanden. We vroegen elke deelnemer om *informed consent*.

Het onderzoek is goedgekeurd door de medisch ethische toetsingscommissie van het VU medisch centrum. De trial staat geregistreerd in het Nederlands Klinische Trial Register (ISRCTN 58849315). Voor aanvullende informatie over opzet en resultaten verwijzen we naar de oorspronkelijke publicatie.¹⁸

Deelnemers

De deelnemers waren niet-westerse immigranten tussen 18 en 65 jaar met vitamine-D-gebrek (serum 25(OH)D < 25 nmol/l). We hebben de deelnemers geworven bij 10 huisartsenpraktijken in Amsterdam, Den Haag, Haarlem en Amersfoort, en de polikliniek van het VU medisch centrum. Dat deden we tussen januari en maart 2004, en tussen januari en maart 2005. De metingen vonden plaats in de huisartsenpraktijk of in de polikliniek. Deelnemers sloten we uit als ze gedurende de voorgaande 3 maanden een behandeling voor vitamine-D-gebrek hadden gekregen, als ze immobiel waren of een ziekte hadden die zou storen bij de metingen (psychiatrische aandoening, reumatoïde artritis). Onderzoeksverpleegkundigen en de huisartspraktijkassistenten kregen centraal een training.

Behandeling

Randomisatie gebeurde gestratificeerd voor huisartsenpraktijk en geslacht, en resulteerde in drie groepen: advies voor blootstelling aan zonlicht voor ten minste een half uur per dag, vitamine D3 800 IE/dag of vitamine D3 100.000 IE/3 maanden. Deelnemers uit de 100.000 IE-groep namen de vitamine D onder toezicht.

Uitkomstmaten

We bepaalden serum calcium, fosfaat, albumine, creatinine en alkalische fosfatase met een routine laboratoriummethode. Serum 25-hydroxyvitamine D stelden we vast aan de hand van radio-immuno-assay (Diasorin). Serum-PTH bepaalden we met een immuno-radiometrische assay (Luminescence).

Fysiek functioneren

Handknijpkracht maten we met een dynamometer. Om de proximale spiersterkte te meten moesten de deelnemers vijfmaal opstaan uit een stoel, zonder de handen te gebruiken. We maten de totale tijd die ze hiervoor nodig hadden.¹⁹

Functionele beperkingen

Functionele beperkingen bepaalden we aan de hand van een vragenlijst waarbij de deelnemers de moeilijkheidsgraad moesten aangeven voor drie dagelijkse activiteiten: opstaan uit een stoel, traplopen en enige honderden meters lopen. De deelnemers konden scoren van 0 (zonder probleem) tot 4 (hulp nodig). De vragen over fysiek functioneren en functionele beperkingen hebben we overgenomen van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA).²⁰ We stelden zes vragen over pijn.

Confounders

Geslacht, leeftijd, body mass index en blootstelling aan zonlicht includeerden we als confounder bij de statistische analyse. Blootstelling aan zonlicht baseerden we op antwoorden op vragen naar hoe lang de deelnemers gedurende de zomermaanden buiten kwamen.

Statistische analyse

De statistische analyse verrichtten we met behulp van het multilevel-programma MLwiN 2.02.²¹ Veranderingen in serum 25(OH)D, PTH, fysiek functioneren en functionele beperkingen onderzochten we met lineaire regressie. We gebruikten *general linear models* om de interactie van de interventie met BMI te testen. Veranderingen in pijn in de benen en functionele beperkingen analyseerden we aan de hand van logistische regressie.

RESULTATEN

Er waren 211 deelnemers beschikbaar voor de intention-to-treatanalyse. Bij screening hadden alle deelnemers een 25(OH)D-spiegel < 25 nmol/l, maar bij 58 deelnemers was de waarde op het moment van insluiting hoger dan 25 nmol/l. We includeerden deze deelnemers wel bij de intention-to-treatanalyse, maar sloten hen uit bij de per-protocolanalyse. De gegevens bij inclusie van de 211 deelnemers (53 mannen, 158 vrouwen) staan in de [tabel].

De mediane tijd buitenshuis was 120 minuten per dag in de drie groepen, zonder verandering na 3 maanden.

De 25(OH)D-spiegel nam significant toe bij alle interventiegroepen na 3 maanden en zowel na 3 als na 6 maanden was de 25(OH)D-spiegel significant hoger bij de groepen met vitamine-D-suppletie, dan bij de groep met zonadvies [figuur]. Er was geen verschil tussen de twee vitamine-D-suppletiegroepen. In de vitamine-D-suppletiegroep van 800 IE/dag was de bloedspiegel hoger dan 50 nmol/l bij 74% van de deelnemers, bij 48% van de groep die 100.000 IE/3 maanden gebruikten en bij 22% van de zonlichtgroep. Na 6 maanden waren deze percentages lager dan na 3 maanden. Bij 12 maanden was het percentage deelnemers met vitamine-D-gebrek (25(OH)D-spiegel < 25 nmol/l) nog steeds lager dan aan het begin van het onderzoek, behalve bij de zonlichtgroep. We zagen een significante interactie tussen BMI en de toename van de 25(OH)D-spiegel na vitamine-D-suppletie. De toename was groter wanneer de BMI lager was dan 25 kg/m². De PTH-spiegel nam na 3 maanden significant af bij alle drie interventiegroepen. Na 6 maanden was de PTH-spiegel van beide vitamine-D-suppletiegroepen nog steeds significant lager dan bij de zonlichtgroep. Bij de per-protocolanalyse zagen we hetzelfde patroon, maar bij de 800 IE vitamine-D-groep was de 25(OH)D-spiegel na 3 maanden hoger. Aan het begin van het onderzoek was de alkalische fosfatase bij 12 personen verhoogd boven de referentiewaarde, wat wijst op metabole botziekte (beginnende osteomalacie), en na 6 maanden behandeling was de alkalische fosfatase verhoogd bij 2 personen.

Er waren tussen de groepen geen verschillen in handknijpkracht en opstaan uit een stoel. De 3 behandelgroepen

Tabel Uitgangswaarden bij 211 deelnemers ingedeeld in de drie behandelgroepen

	Totaal (n)	%	Capsules 800 IU (n)	%	Capsules 100.000 IU (n)	%	Zonlicht (n)	%
	211	100	72	34,1	74	35,1	65	30,8
Geslacht (n = 211)								
Vrouw	158	74,9	54	34,2	55	34,8	49	31,0
Leeftijd (jaar) (n = 211)	41,3 ± 11,4		40,5 ± 10,8		41,9 ± 11,6		41,5 ± 12,0	
Body mass index (kg/m ²) (n = 211)	28,7 ± 6,2		28,9 ± 7,1		28,5 ± 6,0		28,6 ± 5,4	
≥ 30: obees	69 ()	32,7	23	33,3	21	30,4	25	36,2
Ethniciteit (n = 209)								
Turks	75	35,9	27	36,0	26	34,7	22	29,3
Marokkaans	61	29,2	17	27,9	23	37,7	21	33,4
Surinaams/Antilliaans	33	15,8	16	48,5	10	30,3	7	21,2
Afrikaans	12	5,7	3	25,0	5	41,7	4	33,3
Aziatisch	28	13,4	8	28,6	10	35,7	10	35,7
Betaald werk (n = 210)								
Geen	134	63,8	50	37,3	43	32,1	41	30,6
Opleiding (n = 208)								
Geen of basisschool	111	53,4	35	31,5	40	36,0	36	32,4
Middelbare school	44	21,2	14	31,8	13	29,5	17	38,6
Hogere opleiding, universiteit	53	25,5	23	43,4	20	37,7	10	18,9
Roken (n = 210)								
Ja	45	21,5	19	42,2	13	28,9	13	28,9
Alcohol (n = 209)								
Ja	33	15,8	13	39,4	13	39,4	7	21,2
25(OH)D (nmol/l) (n = 211)	22,45 ± 11,1		22,4 ± 8,9		21,8 ± 12,3		23,3 ± 12,0	
PTH (pmol/l) (n = 210)	9,6 ± 4,6		9,1 ± 5,2		10,1 ± 4,4		9,5 ± 4,3	
Handknijpkracht in kgf (n = 210)	32,8 ± 9,9		32,7 ± 10,2		32,0 ± 9,7		33,7 ± 9,8	
Opstaan uit stoel (sec) (n = 208)	14,0 ± 5,2		13,8 ± 4,4		13,9 ± 5,3		14,3 ± 5,8	
Functionele beperkingen (n = 209)	4,3 ± 3,8		4,7 ± 3,8		4,1 ± 3,6		4,2 ± 4,0	
Hoofdpijnepisodes per jaar (n = 209)	114,6 ± 129,0		149,1 ± 141,3		74,8 ± 98,1		120,3 ± 133,6	

De waarden zijn aantallen (%) of gemiddelde ± standaarddeviatie (SD).

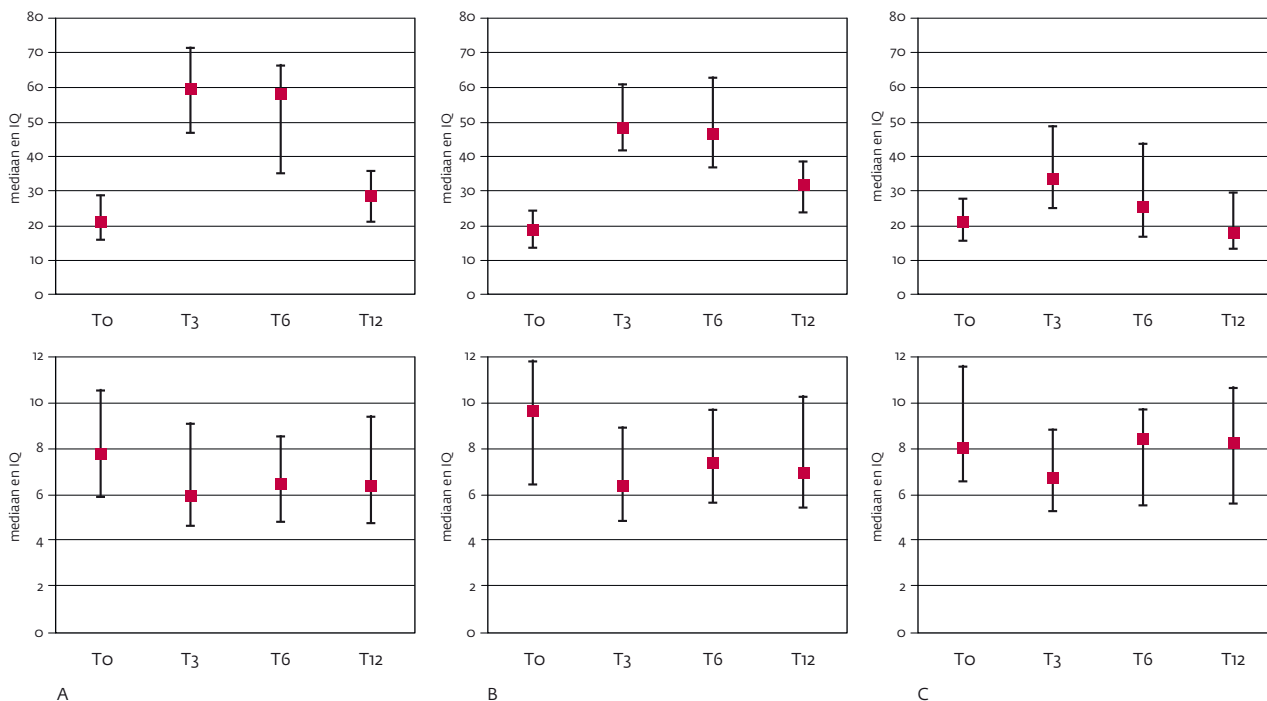
rapporteerden minder problemen met functionele beperkingen na 3 maanden behandeling. Na 6 maanden behandeling rapporteerden de deelnemers minder pijn in de bovenbenen, maar er was geen verschil tussen de groepen. Bij de groep die 800 IE vitamine D per dag gebruikte nam het aantal episodes van hoofdpijn significant af. Op 12 maanden na de aanvang van het onderzoek was de 25(OH)D-spiegel in de suppletie-groepen significant hoger dan in de zonlichtgroep.

BESCHOUWING

Voor zover wij weten is dit de eerste RCT die het effect van zonlichtadvies vergelijkt met vitamine-D-suppletie. Uit het onderzoek blijkt dat vitamine-D-suppletie nodig is voor een adequate 25(OH)D-spiegel bij niet-westerse immigranten in Nederland. In de eerste 6 maanden nam de 25(OH)D-spiegel toe en daalde de PTH-spiegel in de 3 groepen, maar het effect van suppletie was sterker dan dat van zonlicht. Op de lange termijn tussen 6 en 12 maanden liepen de waarden weer terug, maar de suppletiegroepen waren na 12 maanden nog steeds beter af dan bij aanvang van het onderzoek. Blootstelling aan zonlicht was in ons onderzoek niet erg effectief. Dit kan liggen aan huidpigmentatie, aan bedekkende kleding en weinig blootstelling aan zonlicht in het algemeen. Bij een sterk gepigmenteerde huid wordt 3-5 keer minder vitamine D gevormd dan bij een licht gepigmenteerde huid ([\[dir.nilu.no/~olaeng/fastrt/VitD_quartMED.html\]\(http://na-dir.nilu.no/~olaeng/fastrt/VitD_quartMED.html\)\). We gaven gedurende 6 maanden vitamine-D-suppletie, maar er was geen verdere toename van de 25\(OH\)D-spiegel na 3 maanden en de PTH-spiegels gingen na 3 maanden weer omhoog. Dit kan een gevolg zijn van matige therapietrouw. Onze gegevens suggereren dat obese personen hogere suppletiedoses nodig hebben.²²](http://na-</p>
</div>
<div data-bbox=)

De alkalische fosfatase nam in alle groepen met ongeveer 20% af. Dit kan wijzen op verbetering van de botstatus. Het was opvallend dat het aantal functionele beperkingen afnam, wat kan betekenen dat er maar weinig stijging van de 25(OH)D-spiegel nodig is om dit te bereiken. Bij een eerder onderzoek onder niet-westerse immigranten in Nederland rapporteerden de onderzoekers ook meer hoofdpijn bij deelnemers met vitamine-D-deficiënte.⁶ Onze conclusie is dat vitamine-D-suppletie bij de behandeling van vitamine-D-gebrek bij niet-westerse immigranten veel effectiever is dan een zonlichtadvies. Een dosis van 800 IE/dag is niet voldoende om bij (bijna) alle immigranten de 25(OH)D-spiegel te verhogen tot boven 50 nmol/l. Dit is waarschijnlijk het gevolg van matige therapietrouw. Bij andere onderzoeken in Nederland met respectievelijk 600 IE/dag en 800 IE/dag in een verzorgings- of verpleeghuis steeg de spiegel wel tot boven 50 nmol/l bij 90% of meer.^{23,24} Bij obesitas kunnen hogere doseringen nodig zijn.

Figuur Mediaan en 25e-75e percentiel van de serumspiegels van 25(OH)D (bovenste rij) en PTH (onderste rij) in de drie groepen gedurende follow-up



A tabletten, B capsules, C zonlicht.

CONCLUSIE

Uit dit onderzoek blijkt dat bij niet-westerse immigranten orale vitamine-D-suppletie effectiever is dan blootstelling aan zonlicht met betrekking tot vitamine-D-status en PTH-spiegel. ■

LITERATUUR

- Meyer HE, Falch JA, Sogaard AJ, Haug E. Vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism and the association with bone mineral density in persons with Pakistani and Norwegian background living in Oslo, Norway. *The Oslo Health Study*. *Bone* 2004;35:412-7.
- Glerup H, Rytter L, Mortensen L, Nathan E. Vitamin D deficiency among immigrant children in Denmark. *Eur J Pediatr* 2004;163:272-3.
- Holvik K, Meyer HE, Haug E, Brunvand L. Prevalence and predictors of vitamin D deficiency in five immigrant groups living in Oslo, Norway: the Oslo Immigrant Health Study. *Eur J Clin Nutr* 2005;59:57-63.
- Mithal A, Wahl DA, Bonjour JP, Burckhardt P, Dawson-Hughes B, Eisman JA, et al. Global vitamin D status and determinants of hypovitaminosis D. *Osteoporos Int* 2009;20:1807-20.
- Grootjans-Geerts I, Wieters JP. Pilotonderzoek naar hypovitaminose D bij ogenschijnlijk gezonde gesluerde Turkse vrouwen: ernstige vitamine-D-deficiëntie bij 82%. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146:1100-1.
- Van der Meer IM, Boeke AJ, Lips P, Grootjans-Geerts I, Wuister JD, Devillé WL, et al. Fatty fish and supplements are the greatest modifiable contributors to hydroxyvitamin D concentration in a multi-ethnic population. *Clin Endocrinol* 2008;68:466-72.
- Van der Meer I, Karamali NS, Boeke AJ, Lips P, Middelkoop BJ, Verhoeven I, Wuister JD. High prevalence of vitamin D deficiency in pregnant non-Western women in The Hague, Netherlands. *Am J Clin Nutr* 2006;84:350-3.
- Holick MF. Photosynthesis of vitamin D in the skin: effect of environmental and life-style variables. *Fed Proc* 1987;46:1876-82.
- Lips P. Vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism in the elderly: consequences for bone loss and fractures and therapeutic implications. *Endocr Rev* 2001;22:477-501.
- Lips P. Vitamin D physiology. *Prog Biophys Mol Biol* 2006;92:4-8.
- Wicherts IS, Van Schoor NM, Boeke AJ, Visser M, Deeg DJ, Smit J, et al. Vitamin D status predicts physical performance and its decline in older persons. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92:2058-65.
- Bischoff-Ferrari HA, Dietrich T, Orav EJ, Hu FB, Zhang YQ, Karlson EW, et al. Higher 25-hydroxyvitamin D concentrations are associated with better lower-extremity function in both active and inactive persons aged >= 60 y. *Am J Clin Nutr* 2004;80:752-8.
- Dawson-Hughes B, Heaney RP, Holick MF, Lips P, Meunier PJ, Vieth R. Estimates of optimal vitamin D status. *Osteoporos Int* 2005;16:713-6.
- Gerdhem P, Ringsberg K, Obrant K, Akesson K. Association between 25-hydroxy vitamin D levels, physical activity, muscle strength and fractures in the prospective population-based OPRA Study of Elderly Women. *Osteoporos Int* 2005;16:1425-31.
- Houston DK, Cesari M, Ferrucci L, Cherubini A, Maggio D, Bartali B, et al. Association between vitamin D status and physical performance: the InCHIANTI study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:440-6.
- Mowe M, Haug E, Bohmer T. Low serum calcidiol concentration in older adults with reduced muscular function. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:220-6.
- Plotnikoff GA, Quigley JM. Prevalence of severe hypovitaminosis D in patients with persistent, nonspecific musculoskeletal pain. *Mayo Clin Proc* 2003;78:1463-70.
- Wicherts IS, Boeke AJ, Van der Meer IM, Van Schoor NM, Knol DL, Lips P. Sunlight exposure or vitamin D supplementation for vitamin D-deficient non-western immigrants: a randomized clinical trial. *Osteoporos Int* 2011;22:873-82.
- Stel VS, Smit JH, Pluijm SMF, Lips P. Balance and mobility performance as treatable risk factors for recurrent falling in older persons. *J Clin Epidemiol* 2003;56:659-68.
- Pluijm SMF, Tromp AM, Smit JH, Deeg DJH, Lips P. Consequences of vertebral deformities in older men and women. *J Bone Miner Res* 2000;15:1564-72.
- Rasbash J, Steele F, Browne W, Prosser B. A user's guide to MLwiN. Version 2.0. Bristol, United Kingdom: University of Bristol, 2005.
- Snijder MB, Van Dam RM, Visser M, Deeg DJ, Dekker JM, Bouter LM. Adiposity in relation to vitamin D status and parathyroid hormone levels: a population-based study in older men and women. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:4119-23.
- Chel V, Wijnhoven HA, Smit JH, Ooms ME, Lips P. Efficacy of different doses and time intervals of oral vitamin D supplementation with or without calcium in elderly nursing home residents. *Osteoporos Int* 2008;19:663-71.
- Lips P, Wiersinga A, Van Ginkel FC, Jongen MJM, Netelenbos JC, Hackeng WHL. The effect of vitamin D supplementation on vitamin D status and parathyroid function in elderly subjects. *J Clin Endocrinol Metab* 1988;67:644-50.



Houdbare zorg: niet zonder ons!

Samenvatting

Berden HJJM. *Houdbare zorg: niet zonder ons!* Huisarts Wet 2012;55(12):558-61.

We maken ons met reden zorgen over de houdbaarheid van ons zorgsysteem, maar het is te eenvoudig om daarbij alleen aan de stijgende kosten te denken. De wijze waarop wij tegen zorg aankijken, speelt een doorslaggevende rol. Om de zorg houdbaar te maken moet men daar rekening mee houden. Het begrip 'toegevoegde waarde' in de zorg verdient een nieuwe definitie, en dat vergt collectieve betrokkenheid van patiënten, politici en zorgverleners. De oplossingen vormen een samenhangend pakket dat steunt op vier pijlers: schep (en heb) geen onrealistische verwachtingen van het systeem, laat de voorschrijver wacht houden, zorg dat de patiënt niet langer een klant is maar een betrokken *co-maker* wordt, en beloon kwaliteit in plaats van kwantiteit.

INLEIDING

In deze tijd is er veel aandacht voor de almaar stijgende zorgkosten. Toch is dat niet het werkelijke probleem van ons zorgstelsel. Het échte probleem is dat van de houdbaarheid. En uiteraard zijn de kosten daarvan slechts een onderdeel. Als perspectief in deze beschouwing kies ik enerzijds voor de mensen aan wie zorg wordt gegeven, nu en in de toekomst, de patiënten, en anderzijds voor de mensen die in de zorg werken, de professionals. Ik zal eerst ingaan op de beperking hiervan en dan, na een nadere problematisering en analyse, stilstaan bij vier mogelijke oplossingen voor de bedreigde houdbaarheid van ons zorgstelsel.

Het gekozen perspectief geeft uiteraard een beperkt beeld van de werkelijkheid. Een van de aspecten die ik buiten beschouwing zal laten, is de economische waardering van de zorg, hoe belangrijk ook – zorg genereert niet alleen maar kosten, maar levert nadrukkelijk ook baten op.¹ De waarde van gezondheid kan uitgedrukt worden in termen van welzijn maar ook van geld, als ruilmiddel. Je kunt gezondheid en ziekte vertalen naar arbeidsproductiviteit en ziekteverzuim, en zelfs nog breder naar opleiding, scholing en werkgelegenheid in de zorg, en naar het aanjagen van wetenschap en technologie. Zo bezien zijn uitgaven voor de zorg investeringen die rendement opleveren.

Toch valt het ons zwaar om die baten echt goed in beeld te brengen. Ons instrumentarium is beperkt. Het populaire instrument van de *business case* is een goede illustratie. Dit instrument is in essentie niet veel meer dan de optelsom van wat iets kost en van wat het oplevert, en het heeft als belangrijke beperking dat immateriële kosten en baten niet goed te bepa-

len zijn. Dat kan mooi worden geïllustreerd met het voorbeeld van de afschaffing van de kinderarbeid aan het eind van de negentiende eeuw. Als Van Houten een *business case* zou hebben moeten opstellen voor zijn Kinderwetje, zou hij die nooit sluitend hebben gekregen vanuit boekhoudkundig of economisch oogpunt. Toch zijn de immateriële, maatschappelijke effecten een krachtige verantwoording achteraf gebleken. Meer recentelijk maakte de Amerikaanse econoom Sandel furore met zijn waarschuwing dat wij afglijden van een markteconomie naar een marktsamenleving.²

TOEGEVOEGDE WAARDE

In 2006 werd het begrip 'toegevoegde waarde' in de zorg geïntroduceerd. Vooral het werk van Porter zette ertoe aan dat men kritisch ging kijken naar wat de zorg werkelijk aan waarde toevoegt.³

Deze toegevoegde waarde heeft betrekking op het niveau van een patiënt en/of een handeling, maar of wij daar in ons handelen altijd daadwerkelijk rekening mee houden, is nog maar de vraag. Een mooi voorbeeld treffen we aan in het lente-akkoord: de eigen bijdrage van 7,50 euro ligt voor één dag in het ziekenhuis. Geen patiënt zal opname heroverwegen of verwerpen omdat hij de bijdrage niet wil of kan betalen, dus als stuurmiddel heeft deze eigen bijdrage geen enkele betekenis. Het innen en doorsluizen van het geld zorgt daarbij voor een administratie die er vermoedelijk toe zal leiden dat de maatregel per saldo geen geld oplevert of zelfs geld gaat kosten. In termen van toegevoegde waarde is het dus een *zero sum game*.

Er zijn veel aanwijzingen dat zorg niet altijd voldoende waarde toevoegt. Ten eerste is van diverse kanten aangetoond dat veel verrichtingen niet of zelfs gecontra-indiceerd zijn.⁴ In

De kern

- In de discussie over de houdbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel staan de kostenstijgingen centraal, maar houdbaarheid is niet te realiseren als men alleen de kosten aanpakt.
- De vergrijzing wordt vaak aangevoerd als aanjager van kostenstijging, maar heeft daar slechts een gering aandeel in.
- Het grootste deel van de opwaartse druk op de kosten komt voor rekening van overspannen verwachtingen: dat meer altijd beter is, dat iedereen altijd recht heeft op alle voorzieningen en dat tegen een scherpe prijs – die niemand overigens precies kent.
- Houdbaarheid is alleen te bereiken als patiënten, overheid én zorgverleners, collectief op een andere manier tegen de zorg gaan aankijken en hun waarderingen en waarden dienovereenkomstig aanpassen.
- Artsen worden uitgenodigd als voorschrijver verantwoordelijkheid te nemen voor gepast gebruik.

St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg/Universiteit van Tilburg, Postbus 90151, 5000 LC Tilburg; prof.dr. H.J.J.M. Berden, Raad van Bestuur/hoogleraar Organisational development in hospitals • Correspondentie: b.berden@elisabeth.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

de Verenigde Staten proberen beroepsverenigingen van artsen zulk ongepast gebruik actief terug te dringen.^{5,6} De Amerikaanse arts Brody gaf de richting aan door te stellen dat elk specialisme een top vijf van obsoleete verrichtingen zou moeten opstellen.⁷ De Nijmeegse onderzoeker Grol schatte dat zo tot 25% van alle verrichtingen in de zorg niet of zelfs gecontra-indiceerd is.

Een tweede relevant punt is de grote variatie tussen artsen, ziekenhuizen en regio's. Fisher onderzocht dit voor de periode 2006-2008 en vond grote regionale variatie.⁸ Hij berekende dat men zoveel verrichtingen achterwege zou kunnen laten dat er op verantwoorde wijze bijna eenderde op de kosten bespaard zou kunnen worden. Op zichzelf is dat geen nieuws: al in de jaren tachtig en negentig brachten twee Nederlandse ziekenfondsen onderzoeksrapporten uit over de interdoctervariatie.^{9,10} Daarin viel te lezen dat baarmoederoperaties in het ene gebied driemaal zo vaak werden uitgevoerd als in het andere, en septumcorrecties zelfs zevenmaal. Ook de variatie tussen huisartsen bleek groot: het voorschrijven van antibiotica verschilde een factor 20 en van benzodiazepines een factor 10. Men kan zich natuurlijk afvragen of dit ruime zorggebruik niet gewoon geïndiceerd is. Fisher vond hier echter geen aanwijzingen voor, en onderzoek van Sirovich in de Verenigde Staten liet zien dat regio's met lage kosten niet bekibbelden op geïndiceerde zorg, maar dat wel degelijk deden op niet of onvoldoende geïndiceerde zorg.¹¹

Een derde aanwijzing die twijfel oproept aan de 'echtheid' van de toegevoegde waarde is de jaarlijkse stijging van zorgkosten van 4 à 6%. Uit de voorlopige cijfers over 2011 blijkt dat de zorgkosten twee miljard euro méér gestegen waren dan de begrote 2,5%. Hoe is deze stijging te verantwoorden? Ter legitimering wijst men vaak op de vergrijzing, maar dat is niet de werkelijke oorzaak. Diverse analyses laten immers zien dat slechts 0,5 tot 1% van de stijging in de curatieve sector te wijten is aan de vergrijzing. Daarmee blijft bijna 90% van de stijging buiten beeld en dat is zeer onbevredigend. Ook hier is de vraag welke opbrengsten tegenover de toenemende kosten staan. Veel onderzoeken hebben laten zien dat de toegevoegde waarde van enkelvoudige verrichtingen soms beperkt is – zoals een niets toevoegende artroscopie bij al versleten knieën. Ook interessant is de zorg aan het einde van het leven, die zoals bekend zeer kostbaar is. Een elegant longitudinaal onderzoek volgde de laatste levensfase van 603 zieke patiënten in meerdere centra, en mat uiteindelijk de zorgkosten in hun laatste levensweek.¹² Er werden twee groepen gevormd: een groep van 188 patiënten die regelmatig met hun behandelaar spraken over de zorg die bij het naderende einde hoort, en een controlegroep van 415 patiënten die de gebruikelijke zorg kregen. De groep die intensieve begeleiding kreeg, was tevredener en genereerde 40% minder kosten, zonder verschil in overleving. Er blijkt een inverse relatie te bestaan tussen kosten en de ervaren kwaliteit van leven zoals waargenomen door patiënten én door betrokken zorgverleners.

Onderzoeken zoals de genoemde maken duidelijk dat alle zorg iets kost, maar dat niet alle zorg ook iets toevoegt. Daar

ligt een belangrijk potentieel voor gezonde zorg: het verwijderen van zorg die toegevoegde waarde heeft.

HET PERSPECTIEF VAN DE BURGER

Hoe kijkt de burger aan tegen de zorg? En hebben de werkers in de zorg, inclusief de beleidsmakers, daar wel goed zicht op? Ik benoem drie relevante aspecten.

Maakbare zorg

Nederlanders hebben een groot geloof in de maakbaarheid van gezondheid en het kunnen werken aan ziekte. Bovendien hebben ze een groot geloof in de bijdrage die zorg aan de gezondheid kan leveren, en slechts een gering geloof in berusting. Daarin onderscheidt de Nederlander zich overigens niet van (westerse) buitenlanders.

Bij dat geloof en deze verwachting past mateloosheid: meer is beter. Het verschil tussen maximaal en optimaal vervaagt, en de fameuze trechter van Dunning lijkt verder weg dan ooit. Die trechter, ontworpen door oud-cardioloog Dunning, selecteerde de mogelijkheden zodat uiteindelijk alleen inhoudelijk verantwoorde zorg zou overblijven. Maar in de perceptie mag meer dan altijd beter zijn, in werkelijkheid is dat natuurlijk niet zo: de wet van de afnemende meeropbrengst steekt daar een stokje voor. Ook in het buitenland is dit aan de orde, maar op sommige punten zijn er ook grote verschillen met Nederland.

Het grote buffet

Nederland kent een uniek verstrekkingenpakket voor verzekerden. Vrijwel alle zorg valt binnen dat pakket, en daar hecht men zeer aan. Een mooi voorbeeld is de rollator: men is inmiddels toe aan de derde poging om dit hulpmiddel uit het pakket te verwijderen. Op individueel niveau is het een kleine uitgave, maar die is inmiddels model komen te staan voor het verlies van solidariteit. Een open discussie hierover wordt belemmerd door een ander typisch Nederlands fenomeen, de verwevenheid tussen inkomen en solidariteit in de zorg. De aanspraak van het individu mag niet minder zijn wanneer het inkomen lager is. Dat levert een krachtige impuls om het 'grote buffet' vooral te behouden.

De combinatie van hoge verwachtingen, de perceptie dat meer ook beter is en de gehechtheid aan het grote buffet be-

Abstract

Berden HJMM. Sustainable care: not without us! *Huisarts Wet* 2012;55(12):558-61.

While the sustainability of health care is a cause of concern, it is too simple to think solely in terms of rising healthcare costs. How health care is perceived is a major determinant and should be taken into consideration when attempting to make health care sustainable. The term 'added value' needs to be re-defined with respect to health care, and this will involve the collected involvement of patients, politicians, and healthcare professionals. The solutions form a cohesive whole that is based on four aspects: do not create or have unrealistic expectations about the system, let the prescriber monitor costs and needs, ensure that the patient is no longer a client but an involved co-decision-maker, and reward quality rather than quantity.

vordert een *all you can eat*-houding. Men heeft recht op het complete diagnostische en therapeutische arsenaal, en baat het niet dan schaadt het niet.

Tegen een scherpe prijs

We betalen in Nederland per jaar éénmaal een *fee* voor, grosso modo, alle zorg, onafhankelijk van het werkelijke beroep dat we op die zorg doen. Tegenover die jaarlijkse inleg van 1100 à 1200 euro staan echter de werkelijke uitgaven van, gemiddeld, ruim 4500 euro per persoon per jaar. Dat noch de burger, noch de professional bekend is met de prijzen van verrichtingen maakt het lastig de uitgaven te schatten.

WAARDE EN WAARDERING

De drie zojuist genoemde factoren geven een opwaartse druk op de zorgconsumptie én op de bijbehorende uitgaven zonder dat er sprake is van toegevoegde waarde. Dat is een aanval op de houdbaarheid van onze zorg, want het leidt tot verdringing en uitputting. Verdringing omdat er minder geld overblijft voor collectieve bestedingen in bijvoorbeeld infrastructuur en openbare orde. In tijden van economische krimp is deze verdringing extra voelbaar. Uitputting omdat het aantal mensen dat de zorg moet (gaan) leveren omhoog moet. In 2007 leverden 1,2 miljoen werkenden in de zorg 800.000 werkjaren. Men schat momenteel dat dit in 2030 respectievelijk 1,65 miljoen werkenden en 1,1 miljoen werkjaren zouden moeten zijn, een groei van 12% naar 18% van de beroepsbevolking.

Dit alles maakt duidelijk dat onze huidige invulling van zorg op termijn niet goed houdbaar is. Dat heeft zeker met de stijgende kosten te maken, maar nadrukkelijk ook met hoe wij naar zorg kijken: waarde én waardering.

EEN COLLECTIEF PAKKET VAN OPLOSSINGEN

Hoe komt het toch dat er geen eenvoudige oplossingen lijken te zijn? Onduidelijk is wie de verantwoordelijkheid moet nemen. Vaak gaat het al snel over de burger die zijn verantwoordelijkheid niet neemt, bijvoorbeeld omdat hij 'ten onrechte' verichtingen opeist. En over de politiek, die geen of onvoldoende keuzes maakt. Deze aantijgingen zijn niet geheel onterecht, maar op zijn minst onvolledig. Ook de zorgprofessional is verantwoordelijk voor de houdbaarheid van de zorg, maar die verantwoordelijkheid is slechts beperkt zichtbaar. Dat geldt voor de individuele voorschrijver, maar zeker ook voor de KNMG als medische koepelorganisatie.

Eenvoudig is het echter allerm minst. Enkelvoudige oplossingen zullen niet werken, en de problemen moeten worden opgelost langs een andere weg dan die waarlangs zij zijn ontstaan. In ieder geval is collectieve verantwoordelijkheid aan de orde. Een collectief pakket van oplossingen zal moeten bestaan uit vier samenhangende delen.

Realistische verwachtingen

De hoge verwachtingen ten aanzien van de zorg moeten worden teruggeschroefd tot realistische proporties. Dat vraagt om een enorme ommezwaai van de burger, maar ook van dege-

nen die deze verwachtingen schiepen en nog steeds scheppen. Dit laatste wordt treffend geïllustreerd door de ronkende wijze waarop de zorg zich in de lekenpers presenteert. Die maakt van artsen karakters met allure en beschrijft de zorg als het leveren van louter zegenrijke oplossingen. Het is waardevol als een huisarts patiënten uit het ziekenhuis houdt: we weten dat 30% van de opgenomen zeventigplussers het ziekenhuis weer verlaat met nieuwe, op zichzelf staande beperkingen zoals niet meer zelf kunnen koken, wassen en zich aankleden. Wat betekent 'beter worden' dan nog precies?

Een vergelijking met het verkeer kan deze vraag inzichtelijk maken. Alle bestuurders hebben les gehad en beheersen de basisvaardigheden. Toch maken chauffeurs onbegrijpelijke fouten, soms met vreselijke gevolgen. Daar zijn ook verwijtbare fouten bij, zoals door rood rijden. Hoeveel regels en codes er ook zijn, ze worden af en toe overtreden door mensen zoals u en ik. We accepteren dat veiligheid iets is wat altijd beter kan en de moeite waard blijft om na te streven, zonder dat dat ooit zal leiden tot nul fouten of ongevallen.

Voorschrijver op wacht

Voorschrijvers moeten gaan 'consuminderen'. In plaats van onschuldig toeschouwer te blijven, gaan ze actief op zoek naar zorg die niets toevoegt en alleen kosten veroorzaakt, en nemen ze de verantwoordelijkheid voor gepast gebruik. En dat blijkt ook realiseerbaar. Brody's reeds aangehaalde stelling dat ieder vakgebied zonder veel moeite een top vijf obsoleet kan opstellen, oogstte bijval van Amerikaanse artsorganisaties en specialistenverenigingen. Er lijkt een mooie taak weggelegd voor het NHG en de overige wetenschappelijke verenigingen, zo nodig gestimuleerd door de KNMG, om de medische consumptie terug te dringen. Voorbeelden zijn er genoeg, zoals de minimale toegevoegde waarde van een deel van de second en nagenoeg alle third opinions, ecg-'screenings' van asymptomatische laagrisicopatiënten enzovoort.

Betrokkenheid van de patiënt

De klant is geen koning. In de zorg is de stelregel dat de patiënt koning klant is, nog steeds levend. Die patiënt legt, getooid met informatie, zijn gedachten en verwachtingen eisend op tafel met de specificaties van uitkomst en opleveringsdatum erbij. In de zorg is dat echter niet aan de orde: hier gaat het om het in gezamenlijkheid scheppen van de geleverde dienst, om *co-makship*. Een toenemend aantal patiënten voelt zich in de huidige zorg buitengesloten en ervaart onvoldoende begrip voor de eigen opvattingen en waarden. En mist bovendien door de behandelaar overgedragen informatie.

Ook al is *co-makship* een aansprekend concept, het realiseren van een werkbaar invulling is nog niet zo eenvoudig. *Shared decision-making* is een operationalisatie waarmee in Engeland en de Verenigde Staten al veel ervaring is opgedaan. In de kern draait het om besef en begrip bij de patiënt van de (be)handelingsopties en uitkomsten, tegen het licht van de eigen voorkeuren en waarden en die van familie en vrienden. Een door de Cochrane Collaboration uitgevoerde analyse van

86 trials toonde dat patiënten positief zijn over deze vorm van betrokkenheid. De extra tijd die patiënt en professional daarin steken, leidt tot toename van kennis bij de patiënt, betere inschatting van de risico's, minder passiviteit en een in de tijd consistentere redeneren. Denk aan de huisarts die met een terminale patiënt overlegt welke zorg werkelijk nog iets toevoegt. Het kost tijd om vanuit de beleving en de waarden van patiënt en zijn naasten tot een besluit te komen waar iedereen achter staat.¹³

Een kleine zijstap richting politiek. Het lenteakkoord heeft een aantal maatregelen afgekondigd, waaronder verkleining van het zorgpakket en verhoging van de eigen bijdrage en het eigen risico. Deze maatregelen zijn begrijpelijk vanuit het strikte doel van bezuinigen, maar er spreekt geen werkelijke visie uit of zelfs maar een samenhangende gedachtenlijn die resulteert in een toekomstbestendig zorgsysteem. Dat maakt ook dat deze maatregelen vooral zullen worden beschouwd als een aanval op de solidariteit, en dus eerder weerstand zullen genereren dan besef en begrip. Dat valt te betreuren, ook omdat we de overheid hard nodig hebben als bewaker van een coherent zorgstelsel.

Bouwen op kwaliteit

Betalen voor verrichtingen die iets toevoegen aan de gezondheid, met inbegrip van vermindering van onzekerheid of lijden, dat is betalen voor kwaliteit van zorg. En dat moet worden gestimuleerd. Hoe anders is de huidige werkelijkheid: beloning vindt vooral plaats op volume en het principe van *you get what you pay for* – hoe meer verrichtingen, hoe meer er wordt betaald – zorgt voor een opwaartse druk. Dit marktdenken past echter niet bij de positie van de patiënt als betrokken deelnemer en de voorschrijver als wachter in de zorg. Men zou daarentegen het op juiste indicatie voorschrijven dan wel onthouden van verrichtingen moeten belonen, want dat voegt iets toe aan de gezondheid en verbetert aldus de kwaliteit. Betalen voor kwaliteit past beter dan betalen voor kwantiteit. Het belonen van de huisarts die doorverwijzing en alle zorg die daaruit voortvloeit op goede gronden tegenhoudt, is daarvan een illustratie. De tijd nemen om patiënten gerust te stellen in plaats van ze door te verwijzen, dat pleit voor herinvoering van een vast abonnementstarief, het zogenaamde kijk- en luistergeld!

CONCLUSIE

Samenvattend is er reden tot bezorgdheid over de houdbaarheid van ons zorgsysteem. Het is te eenvoudig om

dit gelijk te stellen aan het probleem van de kostenstijging. Het Nederlandse systeem is de resultante van een historische ontwikkeling en van de wijze waarop wij tegen de zorg aankijken, dus ook van onze waardering en onze waarden. Om de zorg houdbaar te maken moet men daar rekening mee houden. De vier samenhangende oplossingsrichtingen die hierboven gepresenteerd zijn, vragen nadrukkelijk om betrokkenheid van alle partijen. ■

Frans Huygenlezing

Deze beschouwing is een bewerking van de zevende Frans Huygenlezing, die werd uitgesproken op 22 mei 2012 tijdens de netwerkdag van de afdeling Eerstelijngeneeskunde van het UMC St Radboud te Nijmegen. De Frans Huygenlezing werd in 1992 in het leven geroepen door de 'Corona' van mensen die bij Frans Huygen zijn gepromoveerd. Frans Huygen was een van de grondleggers van het NHG en een van de eerste hoogleraren Huisartsgeneeskunde in Nederland. De lezing wordt tweejaarlijks uitgesproken.

LITERATUUR

- 1 Pomp A. Een beter Nederland: de gouden eieren van de gezondheidszorg. Amsterdam: Balans, 2010.
- 2 Sandel MJ. What money can't buy: the moral limits of markets. New York: Farrar, Straus & Giroux, 2012.
- 3 Porter ME, Olmsted Teisberg E. Redefining healthcare: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press, 2006.
- 4 Ovretveit J. Quality saving money: a review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health care providers. London: The Health Foundation, 2009.
- 5 The Good Stewardship Working Group. The top 5 list in primary care: meeting the responsibility of professionalism. Arch Intern Med 2011;171:1385-90.
- 6 US physician groups identify commonly used tests or procedures they say are often not necessary [internet]. Philadelphia, PA: ABIM Foundation, 2012. <http://www.prnewswire.com/news-releases/us-physician-groups-identify-commonly-used-tests-or-procedures-they-say-are-often-not-necessary-146046345.html>, geraadpleegd september 2012.
- 7 Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform: the top five list. N Engl J Med 2010;362:283-5.
- 8 Fisher ES, Bynum JP, Skinner JS. Slowing the growth of health care costs: lessons from regional variation. N Engl J Med 2009;360:849-52.
- 9 Post D, Geschiere R, Bleyenbergh AJJ, et al. Hier meer, daar minder... [intern rapport]. Zwolle: Ziekenfonds Het Groene Land/Regionaal Ziekenfonds Twente, 1990.
- 10 Casparie AF, Geschiere R, Post D, Van Harten WH. Verschillen in zorgverlening tussen 11 kno-maatschappen in twee ziekenfondsregio's. Ned Tijdschr Geneesk 1991;135:754-8.
- 11 Sirovich B, Gallagher PM, Wennberg DE, Fisher ES. Discretionary decision making by primary care physicians and the cost of US health care. Health Aff (Millwood) 2008;27:813-23.
- 12 Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC, et al. Health care costs in the last week of life: associations with end of life conversations. Arch Intern Med 2009;169:480-8.
- 13 Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2011; Issue 10. Art. No.: CD001431.

Kinderen met chronische gastro-intestinale klachten

Huisartsen zien regelmatig kinderen met chronische buikklachten. Ze komen op het spreekuur met klachten over buikpijn en/of diarree. De differentiaaldiagnose is breed. Toch wordt bij meer dan tweederde van deze kinderen geen onderliggende oorzaak gevonden. We spreken dan van een functionele gastro-intestinale aandoening. De incidentie van aan functionele buikpijn gerelateerde klachten bij de huisarts is 25 per 1000 kinderen per jaar.¹ De huisarts lijkt goed in staat om de diagnose functionele buikpijn te stellen. Uit eigen onderzoek blijkt dat hij daarvoor bij drie van de vier kinderen aanvullend onderzoek doet, variërend van bloedonderzoek tot buikoverzichtfoto's en echografie. Tien procent van de kinderen wordt verwezen naar de kinderarts.² Het is de vraag of deze aanpak altijd het best is.

FECAAL CALPROTECTINE

De impact van de buikklachten is groot; de kinderen verzuimen school en stoppen met dagelijkse activiteiten. Hun ouders maken zich meestal grote zorgen. De huisarts weet dat de oorzaken van chronische buikpijn meestal niet-organisch van aard zijn, maar het missen van een organische aandoening zoals chronische inflammatoire darmziektes (Inflammatory Bowel Disease: ziekte van Crohn, colitis ulcerosa) of coeliakie kan een negatief effect hebben op het welbevinden van het kind en de prognose van de aandoening. Het is de uitdaging voor de huisarts om deze aandoeningen uit te sluiten met de middelen die hem ter beschikking staan en daarmee ouders en kind gerust te stellen. Een grote valkuil is het laten verrichten van aanvullend onderzoek waarmee nauwelijks een onderscheid kan worden gemaakt tussen functionele en organische buikklachten, bijvoorbeeld een buikoverzichtfoto of onderzoek naar *Helicobacter pylori*. Dit leidt vaak tot een chronisch beloop van de buikklachten zonder dat het ouders en kind geruststelt.³

Recent is het voor de huisarts mogelijk geworden om bij een aantal huisartsenlaboratoria de concentratie fecaal calprotectine te laten bepalen voor diagnostiek naar IBD. Huisartsen worden aangemoedigd om fecaal calprotectine aan te vragen, omdat het een veelbelovende test is in de tweede en derde lijn. Calprotectine is een eiwit dat een rol heeft in de niet-specifieke afweer en kan worden gebruikt als marker voor inflammatie in de darm.

De kinderarts maakt al gebruik van fecaal calprotectine bij de diagnostiek naar IBD, om te bepalen of een kind in aanmer-

king komt voor endoscopisch onderzoek. In dit commentaar presenteren wij de evidence voor het gebruik van deze test bij kinderen met langdurige buikklachten in de eerste lijn.

EVIDENCE VOOR FECAAL CALPROTECTINE

We hebben in PubMed gezocht naar 'fecal calprotectin' (1966 tot april 2012) en dit leverde 389 resultaten op. Diagnostische onderzoeken uitgevoerd bij kinderen in de eerste lijn zijn er niet. We bespreken hier het recentste systematische literatuuronderzoek. Na het verschijnen van de review hebben we één onderzoek gevonden dat is uitgevoerd bij volwassenen in de eerste lijn.

Een meta-analyse uit 2010 van Van Rheenen et al. evalueerde de diagnostische waarde van fecaal calprotectine als screeningstest voor de diagnose IBD.⁴ In deze meta-analyse zijn 13 onderzoeken geïncludeerd die de diagnostische accuraatheid evalueerden bij patiënten met klachten suggestief voor IBD, waarvan er 7 bij kinderen waren uitgevoerd. De kinderonderzoeken waren allemaal uitgevoerd in de tweede of derde lijn, wat ook blijkt uit de hoge voorafkans op IBD van 61%. De auteurs vonden een gepoolde sensitiviteit van 92% (95%-BI 84-96) en een gepoolde specificiteit van 76% (95%-BI 62-86). De auteurs berekenden dat bij gebruik van fecaal calprotectine 65 in plaats van 100 kinderen een endoscopie zouden moeten ondergaan. Hierbij zouden slechts 9 kinderen een endoscopie krijgen terwijl zij geen IBD hebben.

In maart 2012 verscheen er een artikel over de diagnostische waarde van fecaal calprotectine voor de diagnose van IBD of colorectaal kanker bij volwassen patiënten met langdurige buikklachten en alarmsymptomen in de eerste lijn.⁵ De diagnostische waarde van fecaal calprotectine bleek in dit Nederlandse onderzoek (CEDAR) minder goed te zijn dan in onderzoeken in de tweede lijn. De sensitiviteit van fecaal calprotectine was 84%, terwijl in de bovengenoemde meta-analyse een gepoolde sensitiviteit van 93% werd gevonden. De specificiteit was ook lager in het eerstelijns onderzoek. De auteurs van dit artikel verklaren de lagere diagnostische waarde van fecaal calprotectine door een lagere voorafkans of prevalentie van IBD in de eerstelijns populatie.

KINDEREN IN DE EERSTE LIJN

Uit de meta-analyse blijkt dat fecaal calprotectine een betrouwbare screeningstest is in de tweede en derde lijn om kinderen te identificeren met een sterk verhoogde kans op IBD. Geen van deze onderzoeken is uitgevoerd bij kinderen in de eerste lijn. Resultaten uit onderzoeken met kinderen uit de tweede lijn kunnen niet worden geëxtrapoleerd naar de eerstelijns populatie, door een verschil in ernst van aandoening en verschil in case-mix van aandoeningen. Kinderen met IBD in de eerste lijn zijn waarschijnlijk minder ziek, waardoor de test mogelijk slechter discrimineert tussen kinderen met een

UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen: G.A. Holtman, MSc; Y. Lisman-van Leeuwen, klinisch epidemioloog; prof.dr. M.Y. Berger, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. UMCG, Beatrix Kinderziekenhuis-kindergastro-enterologie, Groningen: P.F. van Rheenen, kinderarts-MDL • Correspondentie: G.A.Holtman@umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Foto: Sabine Joosten/Hollandse Hoogte

functionele en een organische aandoening. Dit is ook terug te zien in het Nederlandse CEDAR-onderzoek, dat de diagnostische waarde van fecaal calprotectine bij volwassenen onderzocht. Het aantal foutnegatieve uitslagen was hoger dan in de tweedelijnonderzoeken. Dat betekent dat er meer mensen onterecht gerustgesteld zouden worden. Vanwege het bredere spectrum aan aandoeningen in de eerste lijn zou een hogere afkapwaarde gehanteerd moeten worden om de hoge negatieve voorspellende waarde te waarborgen. Op dit moment is het nog onduidelijk hoe de huisarts de uitslag van de test moet interpreteren.

IBD is een zeldzame aandoening bij kinderen in de huisartsenpraktijk. Jaarlijks worden in Nederland 250 nieuwe kinderen met IBD gediagnosticeerd. Bij zo'n lage prevalentie zal het aantal foutnegatieve uitslagen klein zijn. Het aantal foutpositieve uitslagen kan echter zeer groot zijn. Foutpositieve testuitslagen kunnen leiden tot onnodige verwijzing en verdere (vaak invasieve) diagnostiek en onrust bij patiënt en ouders. Op dit moment is onbekend hoe groot de kans op een foutpositieve test is bij kinderen met chronische buikklachten in de huisartsenpraktijk.

Voordat de test wordt geïntroduceerd in de eerste lijn moet er onderzoek worden gedaan naar de waarde en plaatsbepaling van fecaal calprotectine. Een voorbeeld hiervan is het CEDAR-onderzoek bij volwassenen. Daarnaast is in 2011 het DOK-onderzoek (DOK: Darm Onderzoek bij Kinderen) gestart. Dit prospectieve cohortonderzoek gaat de diagnostische waarde na van fecaal calprotectine bij kinderen van 4-18 jaar die zich in de huisartsenpraktijk presenteren met chronische buikpijn en/of diarree. Het onderzoek zal een antwoord geven op de vragen 'Hoe groot is de kans op een foutpositieve testuitslag bij kinderen met chronische buikklachten in de

huisartsenpraktijk' en 'Hoe groot is de kans op een foutnegatieve uitslag bij kinderen met chronische buikklachten én alarmsymptomen?'. Het doel is om te onderzoeken of fecaal calprotectine de verwijzing naar de specialist kan optimaliseren en bij welke kinderen de test tot doelmatiger zorg leidt.

CONCLUSIE

Er is op dit moment onvoldoende bewijs dat het bepalen van de concentratie fecaal calprotectine waardevol is voor diagnostiek van IBD bij kinderen met langdurige gastro-intestinale klachten in de huisartsenpraktijk. Er is goed opgezet onderzoek in de eerste lijn nodig om te bepalen bij welke patiëntengroep de test eventueel aangevraagd zou kunnen worden en hoe de huisarts de test moet interpreteren. Tot die tijd is ons advies aan de huisarts de test niet te gebruiken bij kinderen die zich presenteren met chronische gastro-intestinale klachten. ■

LITERATUUR

- 1 Gieteling MJ, Lisman-van Leeuwen Y, Van der Wouden JC, Schellevis FG, Berger MY. Childhood nonspecific abdominal pain in family practice: incidence, associated factors, and management. *Ann Fam Med* 2011;9:337-43.
- 2 Spee LA, Van den Hurk AP, Van Leeuwen Y, Benninga MA, Bierma-Zeinstra SM, Passchier J, et al. Childhood abdominal pain in primary care: design and patient selection of the HONEUR abdominal pain cohort. *BMC Fam Pract* 2010;11:27.
- 3 Berger MY, Gieteling MJ, Benninga MA. Chronic abdominal pain in children. *BMJ* 2007;334:997-1002.
- 4 Van Rheeën PF, Van de Vijver E, Fidler V. Faecal calprotectin for screening of patients with suspected inflammatory bowel disease: diagnostic meta-analysis. *BMJ* 2010;341:c3369.
- 5 Kok L, Elias SG, Witterman BJ, Goedhard JG, Muris JW, Moons KG, et al. Diagnostic accuracy of point-of-care fecal calprotectin and immunochemical occult blood tests for diagnosis of organic bowel disease in primary care: the cost-effectiveness of a decision rule for abdominal complaints in primary care (CEDAR) Study. *Clin Chem* 2012;58:989-98.

NHG-Standaard Acut coronair syndroom (eerste herziening)

Frans Rutten, Carel Bakx, Madeleine Bruins Slot, Bernadette van Casteren, Con Derks, Ravee Rambharose, Jako Burgers, Tjerk Wiersma, Paul Mensink, Margriet Bouma

Belangrijkste wijzigingen

- Het begrip 'acut coronair syndroom' (ACS) omvat zowel het acute myocardinfarct (AMI) als instabiele angina pectoris (IAP) met klachten in rust.
- De indicatie tot prehospital trombolysie, met bijvoorbeeld alteplase, reteplase of tenecteplase, is vervallen.
- Zuurstof wordt, indien beschikbaar, gegeven bij respiratoir falen (dyspneu in rust en/of centrale cyanose, grauw zien), en niet meer routinematig.

Kernboodschappen

- Waardeer klachten en symptomen suggestief voor een ACS bij mannen en vrouwen gelijkwaardig.
- Niet iedereen met een ACS heeft pijn op de borst als belangrijkste symptoom.
- Bel bij vermoeden van een ACS met spoed een ambulance, ook als de klachten inmiddels zijn verdwenen. Blijf bij de patiënt tot de ambulance komt.
- Geef bij vermoeden van een ACS een oplaaddosis acetylsalicylzuur 160 tot 320 mg en bij pijn op de borst nitroglycerinespray sublinguaal, mits de systolische bloeddruk > 90 mmHg is. Geef bij aanhoudende matig-ernstige pijn, of contra-indicatie voor nitroglycerinespray morfine of fentanyl intraveneus.
- Een normaal ECG sluit een ACS niet uit.
- Bij patiënten met klachten verdacht voor een ACS die < 12 uur bestaan in combinatie met afwijkingen passend bij een ST-elevatie-myocardinfarct (STEMI) op het elektrocardiogram

(ECG) is, ongeacht de leeftijd, spoedverwijzing naar een interventiecentrum voor percutane coronaire interventie (PCI) geïndiceerd.

- Bij alle andere patiënten met klachten verdacht voor een ACS dan hiervoor vermeld is spoedverwijzing naar een ziekenhuis geïndiceerd voor nadere diagnostiek.

INLEIDING

De NHG-Standaard Acut coronair syndroom (ACS) geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij klachten die vermoedelijk worden veroorzaakt door een acut myocardinfarct (AMI) of instabiele angina pectoris met klachten in rust (IAP).¹ Het AMI en deze vorm van IAP zijn voor de huisarts niet van elkaar

te onderscheiden; het verschil is echter wel relevant gezien de consequenties voor het beleid en de nazorg. Voor de behandeling van IAP zonder klachten in rust (zoals progressieve angina pectoris) wordt verwezen naar de NHG-Standaard Angina pectoris. Waar in deze standaard wordt gesproken over IAP, gaat het dus alleen over de patiënt met klachten in rust, passend bij een ACS.

Bij patiënten met pijn op de borst zal de huisarts beslissingen over het beleid in eerste instantie nemen op grond van de anamnese en het lichamelijk onderzoek. De standaard geeft aan welke klachten, symptomen en risicofactoren een ACS meer of juist minder waarschijnlijk maken en geeft richtlijnen voor het beleid bij het vermoeden van een ACS. De behandeling van oorzaken van pijn op de borst anders dan door myocardischemie valt buiten het bestek van deze standaard.²

De standaard beschrijft daarnaast de rol van de huisarts in de fase direct na ontslag van de patiënt met een ACS uit het ziekenhuis, de herstelfase, en noemt aandachtspunten voor de begeleiding van de patiënt. Daarnaast geeft de standaard richtlijnen voor voorlichting en (medicamenteuze) adviezen tijdens deze fase. Richtlijnen voor secundaire preventie van cardiovasculaire gebeurtenissen staan ook in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM).

Epidemiologie

Hart- en vaatziekten zijn een van de belangrijkste doodsoorzaken in Neder-

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 praktijkassistent, 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.

Rutten FH, Bakx JC, Bruins Slot MHE, Van Casteren BCAM, Derks CJT, Rambharose VR, Burgers JS, Wiersma TJ, Mensink PAJS, Bouma M. NHG-Standaard Acut coronair syndroom (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55(12):564-70.

Deze herziening omvat zowel de herziening van de NHG-Standaard Acut coronair syndroom (M80) (Rutten FH, Grundmeijer HGLM, Grijseels EWM, Van Bentum STB, Hendrick JMA, Bouma M, Eizenga W, Van Pinxteren B. Huisarts Wet 2003;46:831-43) als de herziening van de NHG-Standaard Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct (M83) (Grundmeijer HGLM, Van Bentum STB, Rutten FH, Bakx JC, Hendrick JMA, Bouma M, et al. Huisarts Wet 2005;48:220-31). Deze laatste standaard komt te vervallen. De afspraken uit de NHG-LTA Acut coronair syndroom (Vermeer GJ, De Boer MJ, Bouma M, Bär FWHM, Van Bentum STB, Lamfers EJP, et al. Huisarts Wet 2003;46:844-7) en de NHG-LTA Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct (Boomsma LJ, De Boer MJ, Bouma M, Bär FWHM, Van Bentum STB, Lamfers E, et al. Huisarts Wet 2005;48:232-5.) zijn, voor zover nog actueel, in deze standaard geïncorporeerd.

Gebruikte afkortingen

ACS	acut coronair syndroom
AED	automatische externe defibrillator
AMI	acut myocardinfarct
AP	angina pectoris
CABG	coronary-artery bypass grafting
ECG	elektrocardiogram
IAP	instabiele angina pectoris
MI	myocardinfarct
NSTEMI	non-ST-elevatie-myocardinfarct
PCI	percutane coronaire interventie
PTCA	percutane transluminale coronaire angioplastiek
VF	ventrikelfibrilleren
STEMI	ST-elevatie-myocardinfarct

land. De sterfte door het acute myocardinfarct (AMI) is sinds 1972 sterk afgenomen.³ In 2010 werden in Nederland 6823 sterfgevallen ten gevolge van een AMI geregistreerd: 3840 mannen en 2983 vrouwen. De prognose van het AMI is voor degenen die in het ziekenhuis worden behandeld de laatste jaren sterk verbeterd. Zo overleed in 1972 21% van de opgenomen patiënten, in 2000 was dit percentage gedaald tot 12%, en in 2008 tot 7% (mannen 6%, vrouwen 8%).

Ook de incidentie van het AMI daalt licht. Op basis van 5 huisartsenregistraties werd de incidentie van het AMI in Nederland in 2007 geschat op 1,9 per 1000 voor mannen en 1,3 per 1000 voor vrouwen.⁴ De schatting van de incidentie van het AMI op basis van ziekenhuisregistraties, doodsoorzakenstatistieken en epidemiologisch onderzoek ligt hoger en werd in 2009 vastgesteld op 2,9 per 1000 voor mannen en 1,7 per 1000 voor vrouwen. De incidentie neemt met de leeftijd sterk toe, zowel bij mannen als bij vrouwen, vooral als ze ouder zijn dan 65 jaar. Op hogere leeftijd neemt het verschil in incidentie tussen mannen en vrouwen af en is het aandeel van non-ST-elevatie-myocardinfarcten (NSTEMI) groter.

ACHTERGRONDEN

Pathogenese

De oorzaak van een ACS is meestal een acute afname of een blokkade van de coronaire doorbloeding. Dit is doorgaans het gevolg van een ruptuur van een instabiele atherosclerotische plaque of erosie van de endotheelwand in combinatie met lokale trombose. De plaqueruptuur of erosie activeert het stollingssysteem ter plaatse, wat onder meer leidt tot trombocytenaggregatie op de geruptureerde plaque of erosie. De geruptureerde plaque was tevoren meestal niet sterk stenoserend en gaf geen klachten. Een volledige occlusie veroorzaakt acuut transmuraal ischemie, op het ECG zichtbaar als ST-elevatie, binnen enkele uren gevolgd door myocardnecrose (ST-elevatie-myocardinfarct (STEMI)).

Bij het NSTEMI en IAP is er geen totale afsluiting van de coronairarterie.

Bij een niet-volledige of intermitterende afsluiting ontstaat geen transmuraal ischemie en toont het ECG ST-depressie, T-top-inversie of slechts aspecifieke afwijkingen; het ECG is soms zelfs normaal. Ook bij een niet-volledige afsluiting van de coronairarterie kunnen klachten in rust optreden, bijvoorbeeld door bijkomend spasme van de coronairarterie ten gevolge van sympatiscusactiviteit.⁵ Door trombolyse kunnen de klachten, symptomen en ECG-afwijkingen weer verdwijnen. Trombolyse kan spontaan optreden door activatie van het trombolytisch systeem; medicamenten zoals acetylsalicylzuur en/of de nieuwere 'P2Y₁₂-remmers', zoals prasugrel, ticagrelor of clopidogrel, remmen de trombocytenaggregatie.

Voor het ontstaan van atheroscle-

rose zijn de belangrijkste beïnvloedbare risicofactoren: roken, hypertensie, een verhoogd cholesterolgehalte, insuline-resistentie, diabetes mellitus, lichamelijke inactiviteit, stress en obesitas. De niet-beïnvloedbare risicofactoren zijn: leeftijd, erfelijke factoren, en – voor vrouwen – de postmenopauze. Extreme inspanning (sport) en emotie/stress kunnen een plaqueruptuur uitlokken.⁵ Bij jongere patiënten (< 45 jaar) spelen cardiovasculaire risicofactoren relatief een grotere rol; dit geldt bij vrouwen in het bijzonder voor roken (in combinatie met orale anticonceptie), hypertensie en DM.⁶

Presentatie

Het ACS kan uiteenlopende klachten en symptomen veroorzaken.⁷ De

Abstract

Rutten FH, Bakx JC, Bruins Slot MHE, Van Casteren BCAM, Derks CJT, Rambharose VR, Burgers JS, Wiersma TJ, Mensink PAJS, Bouma M. Dutch College of General Practitioners' guideline Acute coronary syndrome (first revision). *Huisarts Wet* 2012;55(12):564-70.

The guideline Acute coronary syndrome provides guidance about the assessment, diagnosis, treatment, and long-term management of patients with acute coronary syndrome (ACS) in general practice. ACS encompasses unstable angina pectoris and myocardial infarction.

In general practice, suspected ACS is primarily diagnosed on the basis of the history. Chest pain or discomfort is the most common presentation, often in combination with nausea and vomiting, sweating, or breathlessness. The chest pain may radiate to other areas, such as the arms, back, or jaw. However, no single sign or symptom is specific for ACS. A history of ischaemic heart disease and the presence of cardiovascular risk factors increase the likelihood of ACS, but the presence of symptoms is decisive in the acute situation.

Central chest pain is not always the main symptom, and elderly patients in particular can present with dyspnoea, dizziness, or fatigue as the main symptom. Diabetic patients may also have a less specific presentation. In addition, it is thought that the presentation of ACS differs in men and women. However, in patients younger than 45 years, 82% of women with confirmed myocardial infarction presented with chest pain and 87% of men. In patients aged 75-84 years, these percentages were 50% and 53%, respectively. This suggests that presenting symptoms are similar in men and women and ACS should be assessed in the same way.

If ACS is suspected, an ambulance should be called and the patient given salicylic acid (160-320 mg) orally and, if there is chest pain, glyceryl trinitrate spray sublingually, provided that the systolic blood pressure is higher than 90 mmHg. If the patient is in severe pain or if glyceryl trinitrate spray is contraindicated, morphine or fentanyl should be administered intravenously. Oxygen is not routinely administered but should be given if there is respiratory failure; oxygen saturation should be monitored.

Once the ambulance has arrived, a resting 12-lead electrocardiogram (ECG) should be recorded as soon as possible. Patients with suspected ACS and chest pain of less than 12 hours' duration in combination with ST-elevation myocardial infarction (STEMI) should be sent immediately to a specialist cardiology service for primary coronary intervention. In all other cases, patients with suspected ACS should be sent to hospital for further assessment and treatment. Normal findings on a resting 12-lead ECG do not exclude ACS. Long-term cardiovascular risk should be managed according to the Dutch College of General Practitioners' Guideline on Cardiovascular Risk Management. Patients should be encouraged to take part in cardiac rehabilitation, if appropriate. In addition, general practitioners should pay attention to the psychological consequences of ACS.

meestvoorkomende klacht is een acuut ontstaand, onaangenaam, meestal retrosternaal gelokaliseerd, drukkend of knellend gevoel dat niet verdwijnt in rust of binnen vijf minuten na toediening van een nitraat onder de tong.⁸ Deze ischemische pijn lijkt qua karakter op angina pectoris (AP), maar is doorgaans heviger. In typische gevallen is de pijn centraal op de borst gelokaliseerd en straalt deze uit naar de linker-, soms naar de rechterarm of beide armen, de schouders, hals, kaak, rug of bovenbuik. De pijn gaat nogal eens gepaard met vegetatieve verschijnselen, zoals zweten, misselijkheid of braken, en dyspneu of een gevoel van dreigend onheil/het 'gevoel dat het serieus is' bij de patiënt. De pijn is aanwezig in rust en zakt niet bij het staken van inspanning.

Soms is er geen pijn op de borst maar alleen pijn in (een van) de armen, de schouders, hals, kaak, rug of bovenbuik, of staat de pijn op de achtergrond ten opzichte andere klachten, zoals plotse optredende dyspneu, al dan niet in combinatie met vegetatieve verschijnselen, moeheid, duizeligheid, een algeheel gevoel van zwakte, of onrust. Deze minder specifieke presentatie treedt vooral op bij ouderen.⁹

Ook de klachten en symptomen die mannen en vrouwen beschrijven verschillen enigszins in aard en frequentie, maar het verschil is minder groot dan dat tussen jongeren en ouderen en voor de diagnostiek van het ACS in de acute fase van weinig belang. Wel kan het zijn dat mannen en vrouwen (identieke) klachten en symptomen verschillend naar voren brengen en/of interpreteren – vrouwen denken minder vaak aan hartklachten – en dat kan de arts vervolgens ook doen, hetgeen kan leiden tot delay in diagnostiek en behandeling.¹⁰

De diagnose ACS is door de huisarts niet met zekerheid te stellen. Er bestaat geen anamnestic gegeven of symptoom bij lichamelijk onderzoek dat kenmerkend is voor de diagnose ACS, daarvoor zijn een ECG en bloedonderzoek (seriële troponinebepaling) nodig. De combinatie van klachten en symptomen kan de diagnose alleen meer of minder waarschijnlijk maken; de posi-

tief en negatief voorspellende waarden blijven echter slecht (zie Anamnese en Lichamelijk onderzoek).¹¹ Het is niet mogelijk om een enkele klacht of symptoom te identificeren die/dat uitsluitend geeft over de diagnose AMI of ACS. Een voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten, vooral coronaire hartziekte, maakt de kans op een ACS groter, evenals de aanwezigheid van risicofactoren. Een ACS treedt relatief vaak op in de vroege ochtenduren.

Aangezien in de huisartsenpraktijk vaak onzekerheid zal bestaan over de diagnose ACS, is het gezien de levensbedreigende aard van de aandoening en de goede behandelingsmogelijkheden acceptabel dat relatief veel patiënten met pijn op de borst, ook degenen met een lage verdenking, worden ingestuurd voor nadere diagnostiek. Desondanks hoeft de klacht pijn op de borst niet bij elke patiënt nader te worden geëvalueerd in het ziekenhuis, bijvoorbeeld bij jonge(re) patiënten met pijn op de borst bij wie de huisarts een ACS onwaarschijnlijk acht en andere oorzaak vermoed, zoals spier- of gewrichtsklachten.

Prognose

De (tweedelijs)diagnostiek en -behandeling van het ACS ontwikkelt zich snel. De factor tijd is bij de behandeling van cruciaal belang. Uit meerdere onderzoeken komt naar voren dat de uitkomsten van het STEMI beter zijn naarmate de behandeling eerder is begonnen ('tijd is hartspier'). Snel herstel van de bloedstroom van de coronairarterie door reperfusie, door middel van PCI en/of medicamenteuze behandeling, kan uitgebreide myocardnecrose voorkomen. Daardoor zal de linkerkamerfunctie beter behouden blijven, met gunstige effecten op de overleving in de acute fase en de prognose op langere termijn. Patiënten met een ACS lopen in de eerste uren na het begin van de klachten kans op plotse dood ten gevolge van ventrikelfibrilleren.¹²

Bij 5 tot 40% van de patiënten met een NSTEMI of IAP treedt op korte termijn alsnog een STEMI op.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

De huisarts vermoedt de diagnose ACS vooral op basis van de anamnese. De anamnese wordt telefonisch gestart, waarbij een inschatting wordt gemaakt van de waarschijnlijkheid van de diagnose ACS. Als de huisarts een ACS waarschijnlijk acht, dan belt hij onmiddellijk een ambulance met U1-indicatie, of laat deze bellen, en gaat vervolgens zelf naar de patiënt, tenzij dat regionaal anders is afgesproken. Lichamelijk onderzoek is er vooral op gericht de klinische stabiliteit van de patiënt vast te stellen. Afhankelijk van de klinische toestand van de patiënt, en daarmee de noodzaak snel te handelen, en de differentieeldiagnostische overwegingen zijn de verdere anamnese en het lichamelijk onderzoek meer of minder uitgebreid.

Anamnese

Bij een patiënt met recent ontstane pijn op de borst mogelijk passend bij ACS vraagt de huisarts naar klachten, symptomen en/of risicofactoren die de kans op een ACS aanzienlijk vergroten of juist verkleinen:¹¹

- duur van de klachten in rust (pijn > 15 minuten past bij een ACS);
- pijn retrosternaal en/of pijn in arm(en), schouder, hals of kaken, soms in de rug of in epigastrio (past bij ACS);
- vegetatieve verschijnselen zoals zweten, misselijkheid, braken, maar ook verschijnselen die kunnen wijzen op een (beginnende) shock, zoals bleek of grauw zien (passen bij ACS);
- dyspneu (nieuw of toegenomen, past bij ACS);
- ischemische hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis, vooral een oud AMI, AP, CABG en PCI, zeker als de pijn vergelijkbaar is met die van een eerder AMI of AP (een ischemische cardiale voorgeschiedenis maakt de kans op ACS waarschijnlijker);
- aard van de pijn (drukkende/beklemmende pijn soms gepaard gaand met 'een gevoel van onheil' maakt ACS meer waarschijnlijk; 'stekende pijn', pijn gelokaliseerd in een beperkt gebied, lokale drukpijn (die lijkt op de ervaren pijn), pijn vastzittend aan de ademhaling en houdingsafhankelijke

pijn maken ACS minder waarschijnlijk).

Om de klinische toestand van de patiënt te beoordelen, besteedt de huisarts vervolgens aandacht aan:

- duizeligheid, collapsneiging, bewustzijn(sverlies) (circulatoire problemen);
 - kortademigheid, niet plat kunnen liggen (acute decompensatie);
- en vraagt naar:
- medicatiegebruik, zoals acetylsalicylzuur, acenocoumarol, fenprocoumon, antiarrhythmica, bètablokkers;
 - comorbiditeit: COPD (van invloed op de zuurstofbehandeling);
 - allergie voor acetylsalicylzuur of andere cardiovasculaire medicatie;
 - intoxicaties (gebruik cocaïne, GHB (partydrug) of alcohol, al dan niet in combinatie).

Alleen als de klinische toestand het toelaat, gaat de huisarts de (overige) risicofactoren voor hart- en vaatziekten na, zoals hart- en vaatziekten bij eerstegraadsfamilieliden voor het 65^e levensjaar, roken, diabetes mellitus, hypertensie en een verhoogd cholesterolgehalte.

Lichamelijk onderzoek

Het lichamelijk onderzoek is bij het vermoeden van een ACS met klachten in rust primair gericht op de beoordeling van de klinische toestand en de stabiliteit van de patiënt (ABCDE-systematiek). Speciale aandacht is gewenst voor de aanwezigheid van acute decompensatie als gevolg van bijkomend acuut hartfalen (nieuw of als exacerbatie van pre-existent chronisch hartfalen). De huisarts verricht, afhankelijk van de klinische toestand, het volgende onderzoek:

- observatie gericht op:
 - verschijnselen van een ACS (onrust, angst, transpireren);
 - verschijnselen die kunnen wijzen op acute decompensatie (benauwdheid, hoesten en/of een reutelende snelle ademhaling (tachypneu) passend bij (beginnend) longoedeem);
 - een cardiogene shock (koude klamme huid, bleek of grijs zien);

- pols (frequentie, ritme) (een bradycardie past bij een onderwandinfarct);
- bloeddruk (lage systolische tensie < 90 tot 100 mmHg past bij cardiogene shock en/of onderwandinfarct);
- een geringe polsdruk (groot verschil tussen systolische en diastolische bloeddruk) (past bij ACS);
- auscultatie van het hart: tonen, souffles, pericardwrijven (in het kader van de differentiële diagnostiek; een recent ontstane soufflé past bij een ACS; pericardwrijven past bij pericarditis, maar kan ook bij een transmuraal infarct voorkomen);
- auscultatie van de longen: reutelgeluiden, crepitaties (passend bij (beginnend) acuut longoedeem in het kader van acute decompensatie, maar deze zijn vaak pas na enkele uren hoorbaar), nauwelijks of geen ademgeruis over de basale longvelden (uitgebreid longoedeem);
- palpatie van de thoraxwand op de plek waar de patiënt de pijn voelt, als de huisarts vermoedt dat er géén ACS is (lokale druk die de pijn reproduceert pleit tegen ACS).

Aanvullend onderzoek

In de huisartsenpraktijk is geen tijd voor aanvullend onderzoek; dat gebeurt in het ziekenhuis. ECG's die binnen enkele uren na het ontstaan van de klachten worden gemaakt, laten soms nog geen ischemische veranderingen zien. Een normaal ECG sluit een ACS dan ook niet uit. Huidige sneltests (*point of care tests*) voor de vroegbepaling van hartmerkstoffen (zoals H-FABP) worden afgeraden in de huisartsenpraktijk omdat de diagnostische waarde van de huidige tests onvoldoende is om een ACS afdoende uit te sluiten.¹³

Evaluatie

Na weging van bovenstaande bevindingen besluit de huisarts of er een vermoeden bestaat van een ACS. Vooral de klachten op het moment zelf zijn van belang voor de diagnose. Als klachten en symptomen met een positief voorspellende waarde voor de diagnose ACS in combinatie voorkomen, is de diagnose ACS waarschijnlijker.

Bij (hevige) retrosternale pijn, al dan niet met uitstraling, zeker indien deze gepaard gaat met vegetatieve verschijnselen, is een ACS waarschijnlijk.

Bij minder uitgesproken klachten kan de aanwezigheid van risicofactoren, zoals leeftijd, diabetes of roken, bij de beslissing wel of niet in te sturen worden betrokken. Houd er rekening mee dat het klachtenpatroon bij ouderen en patiënten met diabetes mellitus minder duidelijk kan zijn; de voorafkans is bij deze groepen echter hoog. Bij ouderen staat de klacht dyspneu dikwijls op de voorgrond, soms, maar niet altijd in combinatie met pijn op de borst.⁹

Als een patiënt klaagt over 'stekende pijn', geen risicofactoren heeft voor hart- en vaatziekten, en de pijn vastzit aan ademhaling of houding, of reproduceerbaar is bij palpatie van de thoraxwand, is een ACS onwaarschijnlijk.

Andere differentiële diagnostische oorzaken voor acute pijn op de borst zijn: longembolie, pericarditis, aortadissectie, pneumothorax.¹⁴ Overige niet/minder levensbedreigende differentiële diagnostische aandoeningen zijn: angst of paniek, myogene of costosternale aandoeningen, gastro-intestinale aandoeningen zoals oesofagitis, slokdarmspasmen, ulcus pepticum en cholelithiasis. Bevindt de pijn zich in epigastrio en gaat ze gepaard met misselijkheid en braken, dan kan het ACS worden verward met acute cholecystitis, gastritis of ulcuslijden.

RICHTLIJNEN BELEID

Behandeling in de acute fase

De behandeling van het ACS is, in afwachting van de komst van de ambulance, gericht op verlichting van de klachten, vermindering van myocardischade door het nemen van maatregelen die gericht zijn op snelle reperfusie, en waar nodig medicamenteuze ondersteuning van een insufficiënte circulatie. Ook patiënten met een ACS bij wie bij aankomst de klachten zijn verdwenen, verwijst de huisarts met spoed per ambulance.

- Acht u een ACS waarschijnlijk, bel dan direct een ambulance met U1-indicatie, of laat dat doen; ga ook zelf naar de

patiënt, tenzij dit regionaal anders is afgesproken, en blijf bij de patiënt tot de ambulance is gearriveerd.

- Geef bij pijn (en afwezigheid van contra-indicatie voor nitraten) nitroglycerine-spray, tenzij de systolische bloeddruk < 90 mmHg is.¹⁵ Herhaal dit bij aanhoudende pijnklachten iedere 5 minuten, tot een maximum van 3 doses.
- Geef bij respiratoir falen (dyspneu in rust en/of centrale cyanose, grauwwien), indien beschikbaar, zuurstof (10 tot 15 liter per minuut) toe te dienen via een non-rebreathingmasker en herbeoordeel na 5 minuten het effect. Streef naar een zuurstofsaturatie > 94%, bij COPD-patiënten > 90%. Als de klinische toestand van de patiënt na 5 minuten verbetert en ook de streefwaarde van de zuurstofsaturatie wordt bereikt, kan worden overgestapt naar een zuurstofbril (zuurstof flow te variëren tussen 1 en 6 liter, maximaal 40% zuurstof). Zie voor meer informatie de FTR Geneesmiddelen en zuurstoftoediening in spoedeisende situaties.¹⁶
- Breng zo mogelijk een waaknaald in; spuit, indien op dat moment geen medicatie wordt gegeven, de waaknaald door met 2 ml NaCl 0,9%.
- Geef bij matig-ernstige pijn en onvoldoende reactie op nitraten, of als deze gecontra-indiceerd zijn, zo nodig morfine 5 tot 10 mg langzaam intraveneus (> 65 jaar 2,5 tot 5 mg). Fentanyl 50 tot 100 microgram langzaam intraveneus is een gelijkwaardig alternatief.¹⁷
- Geef patiënten die nog geen acetylsalicylzuur gebruiken een oplaaddosis van minimaal 160 mg wateroplosbaar acetylsalicylzuur (en ten hoogste 320 mg) per os (bijvoorbeeld 2 tabletten van 80 mg) (ook degenen die acenocoumarol of fenprocoumon gebruiken).¹⁸ Contra-indicaties zijn een actief peptisch ulcus en overgevoeligheid voor salicylaten.
- Geef bij een bradycardie (hartfrequentie < 50 slagen per minuut) met hemodynamische gevolgen, zoals (neiging tot een) cardiogene shock, 0,5 mg atropine intraveneus.¹⁹

Voor het beleid bij bijkomend acuut hartfalen wordt verwezen naar de NHG-Standaard Hartfalen.

Er is in de prehospital fase van het ACS vooralsnog geen plaats voor het toedienen van bètablokkers, ACE-remmers of statines.²⁰

Bij een circulatiestilstand start de huisarts, in afwachting van de ambulance, met reanimeren.

Verwijzing in de acute fase

Bij aankomst van de ambulance, maakt en beoordeelt de ambulanceverpleegkundige zo spoedig mogelijk een ECG.²¹ De uitslag daarvan bepaalt mede het verwijsbeleid. De ambulanceverpleegkundigen kiezen het ziekenhuis, liefst in overleg met de huisarts, bij voorkeur mede op grond van het ECG:

- bij klachten verdacht voor een ACS, die < 12 uur bestaan in combinatie met afwijkingen passend bij een STEMI op het elektrocardiogram (ECG) naar een interventiecentrum voor spoed PCI.²² De mate van ST-elevatie op het initiële ECG is niet bepalend voor het beleid, omdat ST-elevaties in de tijd kunnen toe- of afnemen;
- bij alle andere patiënten met klachten verdacht voor een ACS dan hierboven vermeld is spoedverwijzing naar een ziekenhuis geïndiceerd voor nadere diagnostiek.²³

Overdracht ambulanceverpleegkundigen

- De huisarts draagt zorg voor een goede mondelinge én bij voorkeur tevens schriftelijke overdracht naar de ambulanceverpleegkundigen en cardioloog. De overdracht omvat in ieder geval naam en geboortedatum van de patiënt, aard van de klachten, duur van de klachten, relevante gegevens uit de voorgeschiedenis, actuele medicatie van de patiënt, toegediende medicatie en het resultaat daarvan, en gegevens over de klinische toestand van de patiënt, pols, ritme, bloeddruk, bewustzijn, klamme huid, aanwijzingen voor longoedeem, en (vermoedelijke) diagnose.
- Bij aankomst van de ambulance nemen de ambulanceverpleegkundigen de behandeling over. Zij zijn verantwoordelijk voor de keuze tussen interventiecentrum voor PCI of ziekenhuis op basis van het ECG (op grond van het Landelijk Protocol Ambulancezorg).

Behandeling na een ACS

In het ziekenhuis stelt de cardioloog de patiënt, na diagnostiek en behandeling tijdens de acute fase (i.v. medicatie, PCI/CABG), in op orale medicatie voor de langere termijn. Deze medicatie bestaat uit acetylsalicylzuur, een P2Y12-remmer,²⁴ zoals clopidogrel, prasugrel of ticagrelor, een statine, een cardioselectieve, lipofiele bètablokker, bijvoorbeeld metoprolol, en, indien de patiënt een AMI doormaakte ter voorkoming van uitbreiding van het infarct en verwijding van de linkerventrikel (*remodelling*), een ACE-remmer (zie voor de onderbouwing en dosering de NHG-Standaard CVRM). De P2Y12-remmer is geïndiceerd gedurende 12 maanden na het ACS (met of zonder PCI en stent-plaatsing). De kans op stenttrombose (plotse trombusvorming en afsluiting van de stent) met myocardiinfarct of plotse hartdood tot gevolg is klein en vooral aanwezig gedurende de eerste 6 tot 12 maanden na de interventie.

Daarnaast krijgt de patiënt niet-medicamenteuze adviezen (stoppen met roken, beweging, voeding, lichaamsgewicht, alcoholgebruik) en gaat de cardioloog na of er een indicatie bestaat voor hartrevalidatie.²⁵ Hartrevalidatie is effectief en verlaagt op de langere termijn (12 maanden en langer na de cardiale gebeurtenis) de kans op sterfte.²⁶ In de regel begint de patiënt al in het ziekenhuis met hartrevalidatie en volgt deze een programma gedurende 3 tot 6 maanden. Hartrevalidatie bestaat uit oefentherapie, gecombineerd met psychische en educatieve interventies, waarbij de patiënt leert de gezonde leefstijl te integreren in zijn dagelijks leven en zijn belastbaarheid te vergroten.²⁷ Daarnaast wordt aandacht besteed aan eventueel aanwezige depressieve of angstklachten en aan copingmechanismen en stressmanagement. Ook begeleiding bij de hervatting van werk is van belang. Doel is dat de patiënt een zo normaal mogelijk leven leidt, zowel in de thuis- als werksituatie.

Herstelfase

De aard en intensiteit van de nazorg aan de patiënt hangen direct na ontslag uit het ziekenhuis af van de ernst van de

toestand van de patiënt (grootte van het infarct, complicaties) en diens prognose. Een doorgemaakt myocardiinfarct is een belangrijk life event voor de patiënt en diens naasten.

In de fase direct na ontslag spreekt de huisarts met de patiënt en eventueel de partner over ervaringen in het ziekenhuis, onzekerheden, mogelijke angsten (bijvoorbeeld angst voor recidiefinfarct, overlijden of invaliditeit), depressieve klachten, psychosociale problemen of gebrek aan sociale steun.^{28,29} (Zie voor nadere diagnostiek en beleid de NHG-Standaarden Depressie en Angst). Angst kan zich uiten via lichamelijke klachten, zoals recidiverende klachten van pijn op de borst of hartkloppingen die soms moeilijk te onderscheiden zijn van een recidief-ACS.

De huisarts inventariseert het door de cardioloog ingezette beleid en informeert of de patiënt deelneemt aan hartrevalidatie. De huisarts stimuleert de patiënt deel te nemen aan hartrevalidatie en verwijst de patiënt hiervoor zo nodig terug naar de cardioloog. De huisarts beantwoordt eventuele vragen over medicatie, inspanningsmogelijkheden, werkhervatting en seksualiteit. Werkhervatting vindt bij voorkeur plaats tijdens de hartrevalidatie. Afstemming met de bedrijfsarts en/of het hartrevalidatieteam zijn van belang. Gegevens over de inspanningsmogelijkheden van de patiënt tijdens de

hartrevalidatie zijn daarbij van nut.

Daarnaast geeft de huisarts voorlichting over leefstijl. Seksuele activiteit hoeft de huisarts niet te ontraden, indien de patiënt zonder pijn op de borst één tot twee trappen kan oplopen.³⁰ De patiënt moet worden gewaarschuwd dat hij niet gelijktijdig PDE-5-remmers, zoals sildenafil, en nitraten mag gebruiken. In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over acuut coronair syndroom op de website www.thuisarts.nl of de betreffende NHG-Patiëntenbrief meegeven (via het HIS of de NHG-ConsultWijzer).

Bij alle patiënten is het van belang om vooral gedurende de eerste maanden na behandeling alert te zijn op klachten van recidief ACS of angina pectoris.

Controles

Is de patiënt ingesteld op orale medicatie en door de cardioloog terugverwezen voor controle door de huisarts, dan ligt de nadruk op voortzetting van het cardiovasculair risicomanagement. De controles bij een stabiele patiënt die alleen een myocardiinfarct doormaakte en geen andere risicofactoren heeft die controle behoeven, vinden jaarlijks plaats. Bij postinfarctpatiënten met risicofactoren bepalen deze de controlefrequentie.

Bij de controles inventariseert de huisarts klachten die wijzen op an-

gina pectoris of hartfalen en besteedt aandacht aan psychosociaal welbevinden (angst, depressieve klachten en de gevolgen hiervan voor het dagelijks functioneren), leefstijl, therapietrouw en medicatie (gebruik, problemen met gebruik en mogelijke bijwerkingen). Dit geldt in het bijzonder voor de P2Y12-remmers.

Medicamenteuze behandeling bestaat in de regel uit (zie voor meer informatie en het beleid op de lange termijn de NHG-Standaard CVRM):

- acetylsalicylzuur 1 maal daags 80 mg;
- simvastatine 1 maal daags 40 mg;
- een lipofiele selectieve bètablokker, bijvoorbeeld 1 maal daags 100 tot 200 mg metoprolol met vertraagde afgifte (bij bijwerkingen eventueel 1 maal daags 50 mg);
- een ACE-remmer (gestart ter voorkoming van uitbreiding van het infarct en verwijding van de linkerventrikel (remodelling)). Continueer deze bij hartfalen, (a)symptomatisch verminderde linkerventrikelfunctie of hypertensie, bijvoorbeeld:
 - lisinopril 1 maal daags 10 tot 20 mg (ouderen of bij hypotensie 1 maal daags 2,5 tot 5 mg); of
 - enalapril 1 tot 2 maal daags 2,5 tot 20 mg (maximaal 40 mg per dag);
- bij intolerantie voor ACE-remmers wordt een AII-antagonist voorgeschreven, bijvoorbeeld:
 - losartan 1 maal daags 50 tot 100 mg;

Samenwerkingsafspraken

- De huisarts draagt zorg voor een goede mondelinge én bij voorkeur tevens schriftelijke overdracht naar de ambulanceverpleegkundigen en cardioloog.
- Bij aankomst van de ambulance draagt de huisarts de regio over aan de ambulanceverpleegkundigen.
- De ambulanceverpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor de doorverwijzing naar interventiecentrum voor PCI of ziekenhuis op basis van het ECG.
- Bij ontslag uit het ziekenhuis informeert de cardioloog de huisarts door middel van een voorlopige ontslagbrief.
- De indicatie voor hartrevalidatie wordt gesteld door de cardioloog.
- In de fase direct na ontslag spreekt de huisarts met de patiënt over diens ervaringen, vragen, zorgen, bijkomende klachten of problemen (zie ook de paragraaf Herstelfa-

se) en over deelname aan hartrevalidatie en leefstijlinterventies.

- De cardioloog kan een patiënt die een acuut coronair syndroom heeft doorgemaakt, terugverwijzen naar de eerste lijn, indien patiënt qua klachten stabiel is en adequaat is ingesteld op medicatie.
- De cardioloog informeert de patiënt over terugverwijzing naar de huisarts; de patiënt maakt zelf drie maanden na het laatste bezoek aan de cardioloog een afspraak bij de huisarts.
- De cardioloog zorgt binnen deze drie maanden voor een adequate rapportage aan de huisarts. Hierin worden vermeld:
 - de diagnose, de verrichte behandeling, belangrijke nevendagnosen en het verwachte beloop;
 - de resultaten van de cardiovasculaire risico-inventarisatie (inclusief linkerventrikelfunctie, uitgebreidheid en ernst van de

resterende ischemie);

- een overzicht van de ingezette niet-medicamenteuze behandeling;
- een overzicht van de medicatie met de indicatie daarvoor en de gebruiksduur;
- eventuele deelname aan hartrevalidatie;
- het advies aan de patiënt een afspraak te maken met de huisarts en op welke termijn dit moet gebeuren.
- De cardioloog start en stopt de P2Y12-remmer, of informeert de huisarts dat deze de P2Y12-remmer kan stoppen en wanneer. Degene die de P2Y12-remmer stopt, stopt tevens de profylactische toepassing van maagbescherming indien gegeven vanwege de combinatie acetylsalicylzuur en P2Y12-remmer.
- De huisarts verricht na terugverwijzing de controles zoals beschreven in de paragraaf Controles.

Totstandkoming

In april 2010 startte een werkgroep met de NHG-Standaard Acut coronair syndroom. De werkgroep bestond uit de volgende leden: dr. J.C. Bakx, huisarts-onderzoeker, verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde Universitair Medisch Centrum Nijmegen en kaderhuisarts Hart- en vaatziekten; dr. M.H.E. Bruins Slot, huisarts; B.C.A.M. van Casteren-van Gils, huisarts te Venray en kaderhuisarts Hart- en vaatziekten; C.J.T. Derks, huisarts te Panningen en kaderhuisarts Hart- en vaatziekten; V.R. Rambharose, huisarts te Den Haag en kaderhuisarts Hart- en vaatziekten; dr. F.H. Rutten, huisarts-onderzoeker, verbonden aan het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde te Utrecht. Er werd geen belangenverstrengeling gemeld.

Op 26 maart 2012 werd de conceptstandaard besproken in een focusgroep die bijgewoond werd door 11 huisartsen. Tevens werd de ontwerpstandaard voor commentaar verstuurd naar 50 aselect gekozen huisartsen uit het NHG-ledenbestand. Er werden 17 commentaarformulieren retour ontvangen.

Als referenten bij de standaard traden op: prof.dr. H.C.P.M. van Weert, huisarts; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts; C.M. Lobo, huisarts; dr. P.M. Leusink, huisarts en seksuoloog; prof.dr. A.H.E.M. Maas, cardioloog; dr. F.F. Willems, cardioloog; dr. F. Nijland, cardioloog, namens de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, de protocolcommissie van Ambulancezorg Nederland; prof.dr. J.R.B.J. Brouwers, klinisch farmacoloog namens het College voor Zorgverzekeringen; dr. J. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van Huisarts en Wetenschap; J.L. van Dijk, bedrijfsarts namens de

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; dr. P. van den Hombergh, huisarts, namens de Landelijke Huisartsen Vereniging; M.M.P.M. Jansen, ziekenhuisapotheker/klinisch farmacoloog; dr. T. Schalekamp, apotheker; M. Gilissen, apotheker, werkzaam bij het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum, K. de Leest, apotheker; P.N.J. Langendijk, ziekenhuisapotheker en A.P. Rademaker, ziekenhuisapotheker i.o., namens de Werkgroep voor Farmacotherapie en Geneesmiddel-informatie (WFG) van het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; dr. P. Koeck, huisarts, namens de Vlaamse Vereniging van Huisartsen. J.J.A.M. van Dongen en M.H. Lunter, beiden huisarts, hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de door de NAS gestelde vragen. Vermelding als referent betekent overigens niet dat iedere referent de standaard inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

De begeleiding van de werkgroep en de eindredactie berustte bij dr. M. Bouma, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker. P. Mensink, huisarts, was als wetenschappelijk medewerker betrokken bij het onderdeel samenwerkingsafspraken en dr. Tj. Wiersma, huisarts, J. van Balen, huisarts en M. M. Verduijn, apotheker, waren betrokken als senior wetenschappelijk medewerker, en J.S. Burgers als hoofd van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG. M. Kijser, huisarts, was betrokken als wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie.

De gevolgde zoekstrategie voor de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze standaard (zie www.nhg.org).

of
-valsartan 2 maal daags 80 tot 160 mg;

- een P2Y₁₂-remmer,²⁴ zoals clopidogrel 1 maal daags 75 mg, prasugrel 1 maal daags 10 mg (ouderen 1 maal daags 5 mg) of ticagrelor 2 maal daags 90 mg, gedurende 12 maanden na het ACS.

Twaalf maanden na het ACS kan de P2Y₁₂-remmer in de regel worden ge-

stopt. De huisarts, apotheker en cardioloog dienen hierover duidelijke afspraken te maken.

Overweeg bij gebruik van acetylsalicylzuur, al dan niet in combinatie met andere trombocytenaggregatieremmers (P2Y₁₂-remmers), maagbescherming (zie de NHG-Standaard Maagklachten).

Als er redenen zijn om gebruik van acetylsalicylzuur/P2Y₁₂-remmer binnen 12 maanden na het ACS tijdelijk te stoppen

(alleen bij operaties of tandheelkundige ingrepen die beslist niet kunnen worden uitgesteld), wordt tevoren altijd overleg gepleegd met de cardioloog.

Voorts palpeert de huisarts de pols (let op ritme en frequentie), meet hij de bloeddruk en bepaalt hij het lichaamsgewicht. Bij anamnestiche aanwijzingen voor hartfalen wordt het lichamelijke onderzoek in die richting uitgebreid (zie de NHG-Standaard Hartfalen).

De huisarts bepaalt het serumcreatinine met (via de MDRD-formule) geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) en kalium (bij diuretica- en ACE-remmergebruik), en glucose en lipiden conform de desbetreffende standaarden (CVRM en DM). Daarnaast krijgt de patiënt voorlichting wat te doen bij het opnieuw optreden van pijn op de borst: wanneer de patiënt (met spoed) contact op moet nemen met de huisarts of '112' zal bellen. Deze instructie dient regelmatig te worden herhaald.

Verwijzing

Verwijs naar de cardioloog bij:

- recidief acut coronair syndroom (bijvoorbeeld door stenttrombose);
- recidief angineuze klachten binnen enkele maanden na een acut coronair syndroom, CABG of PCI;
- moeilijk te behandelen angina pectoris, dyspneu of verminderde inspanningstolerantie (zie de NHG-Standaard Angina pectoris en NHG-Standaard Hartfalen).

© 2012 Nederlandse Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

De kinkhoestepidemie van 2012

Een langdurige kinkhoestepidemie kenmerkt het jaar 2012. Kinkhoest wordt veroorzaakt door de bacterie *Bordetella pertussis* en soms door *Bordetella parapertussis*. De hoestklachten lijken aanvankelijk op een normale bovensteluchtweginfectie (catarrale stadium), maar gaan na enkele weken over in hevige, plotseling opkomende, hoestbuien ('kinkende hoest'), soms met kokhalzen (paroxysmale stadium). Bij volwassenen zijn de verschijnselen vaak milder, maar kenmerkend is ook bij hen het langdurige hoesten (1 tot 3 maanden). Baby's kunnen door kinkhoest dyspnoe en cyanose krijgen en ernstige complicaties, zoals hersenbeschadigingen, convulsies, longatelectase, pneumothorax, longemfyseem, of zelfs sterven. Pasgeborenen kunnen besmet worden met kinkhoest door transmissie tijdens of na de partus als de moeder kinkhoest heeft.

VAN 'HELE CEL' NAAR 'ACELLULAIR' VACCIN

Vaccinatie tegen kinkhoest is sinds 1953 opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma; de dekkingsgraad is > 96%. Desondanks neemt de incidentie van kinkhoest in Nederland sinds 1996 weer toe, waarschijnlijk door een verandering in de bacterie. Om verdere toename tegen te gaan, worden sinds juli 2001 vierjarigen en sinds 2005 ook nuljarigen (vaccinaties bij 2, 3, 4 en 11 maanden) ingeënt met een nieuw acellulair vaccin in plaats van het in de jaren vijftig ontwikkelde hele-celvaccin. De incidentie van kinkhoest toont eens in de drie tot vier jaar een piek, dus de epidemie in 2012 is niet onverwacht, maar heftiger dan de voorgaande epidemie in 2007/2008 [figuur 1].

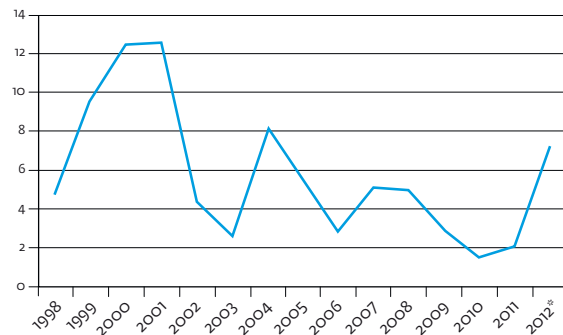
PIEKINCIDENTIE BIJ BABY'S EN TIENERS

Analyses per leeftijdsgroep vanaf 2001 tot september 2012 – vóór, gedurende en na invoering van het acellulaire vaccin – laten zien dat de piekleeftijd van kinkhoest is verschoven. De epidemie van 2012 toont piekincidenties bij jonge baby's en tieners [figuur 2]. De jonge baby's zijn nog niet (volledig) gevaccineerd en bij de tieners is de bescherming tegen kinkhoest weer verminderd, want vaccinaties beschermen, evenals de infectie zelf, niet levenslang. Het acellulaire vaccin beschermt maar 4 tot 5 jaar blijkt uit recent onderzoek.

AANBEVELINGEN

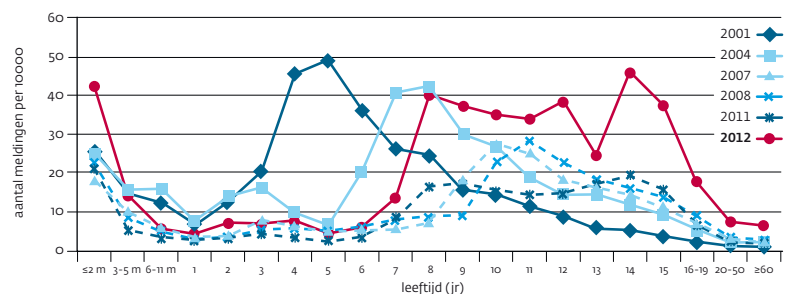
Mogelijk verminderen antibiotica gedurende het catarrale stadium de klachten en/of de ziekteduur, maar ze hebben daarna geen zin. Wel kunnen antibiotica soms verspreiding van de ziekte tegengaan. Volgens de LCI-richtlijnen kan een kind met kinkhoest, dat zich verder goed voelt, gewoon naar school of kinderdagverblijf. Het is belangrijk dat patiënten de omgeving melden dat ze kinkhoest hebben zodat anderen maatregelen kunnen nemen. Vrouwen die meer dan 34 weken zwanger zijn en kinderen jonger dan een jaar blijven zo mogelijk uit de buurt van een patiënt met kinkhoest. Een baby in een gezin waar kinkhoest heerst kan vervroegd met DKTP

Figuur 1 De incidentie van patiënten met kinkhoest per 10.000 in de huisartsenpraktijk ingeschreven patiënten per jaar in de periode 1998-2012 (Bron: CMR Peilstations NIVEL)



*De berekening is gebaseerd op gegevens tot en met september 2012.

Figuur 2 De incidentie van kinkhoestmeldingen per 10.000 bij de GGD per leeftijdsgroep (Bron: RIVM)



*Voor het jaar 2012 zijn de cijfers gebaseerd op metingen tot 15-9-2012.

worden gevaccineerd vanaf de leeftijd van 6 weken. In gezinnen met een zwangere, een baby jonger dan een jaar of een ander immuungecompromitteerd gezinslid, wordt bij risico op besmetting overwogen het hele gezin preventief met macrolide antibiotica te behandelen. Attendeer (ouders van) patiënten op de nuttige NHG-Patiëntenbrief of geef deze mee. ■

Dit onderzoek is een samenwerkingsproject van NIVEL en RIVM. De analyses zijn uitgevoerd met gegevens van twee bronnen. (1) Kinkhoestgegevens die van januari 1998 tot en met september 2012 werden verzameld door 60 huisartsen die participeren in de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations van het NIVEL. De huisartsen rapporteerden klinische symptomen, serologie en vaccinatiestatus van patiënten met kinkhoest via een vragenlijst. (2) De verplichte aangifte van vastgestelde kinkhoest bij de GGD, verzameld door het RIVM.

Hoofd-halscarcinoom

INLEIDING

In 2010 werden in Nederland 95.456 nieuwe gevallen van kanker vastgesteld, waarvan 2857 (3%) hoofd-halsmaligniteiten. Dat maakt hoofd-halscarcinomen in Nederland bij mannen de op zes na en bij vrouwen de op negen na meest voorkomende vorm van kanker. Een huisarts zal gemiddeld eens in de vier jaar een nieuwe patiënt met een hoofd-halsmaligniteit zien. Het overgrote deel van deze tumoren gaat uit van het slijmvlies van de mond- en keelholte¹ en meer dan 90% is een plaveiselcelcarcinoom, aangeduid als hoofd-halsplaveiselcelcarcinoom (HHPCC). De belangrijkste risicofactoren voor HHPCC zijn al jarenlang bekend: roken en alcoholgebruik, andere etiologische factoren zijn pruimtabak en betelnoten. De gemiddelde vijfjaarsoverleving van een patiënt met een HHPCC is ongeveer 50%, afhankelijk van tumorgrootte, uitbreiding, metastasering en comorbiditeit.

Betrekkelijk recent is aan het licht gekomen dat het humaan papillomavirus (HPV) een rol speelt in het ontstaan van orofarynxcarcinomen. Er zijn meer dan 320 verschillende subtypes bekend, maar alleen HPV16 en HPV18 zijn geassocie-

eerd met HHPCC. HPV-infecties komen veelvuldig voor, maar het komt zeer zelden voor dat HPV integreert in het DNA en een carcinogene proces in gang zet. Het HPV-virus kan worden overgedragen door zoenen en door seksuele activiteiten, en de infectie dateert vaak al van jaren voor het ontstaan van de tumor. Alleen kort na besmetting is een patiënt besmettelijk, op het moment van de kankerdiagnose is er dan ook geen besmettingsgevaar meer voor de partner. HPV-tumoren gedragen zich anders dan tumoren die door roken en/of alcohol zijn veroorzaakt. Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat HPV-gerelateerde tumoren gevoeliger zijn voor behandeling, ondanks het feit dat ze eerder en uitgebreider metastaseren. De prognose van HPV-gerelateerde tumoren is dan ook aanzienlijk beter dan die van orofarynxcarcinomen met een andere etiologie. Men overweegt daarom, naast de mogelijkheid van preventieve vaccinatie, ook om HPV-gerelateerde tumoren minder intensief te behandelen.²

De meeste signaalklachten [tabel 1] die op een maligniteit kunnen wijzen, zijn tamelijk specifiek. Hetzelfde geldt, in mindere mate, voor alarmerende bevindingen. Alertheid is geboden als er bij signaalklachten of alarmerende bevindingen ook risicofactoren aanwezig zijn.

Als een patiënt op het spreekuur komt vanwege een mogelijke maligniteit in het hoofd-halsgebied, is de eerste stap lichamelijk onderzoek om de lokalisatie vast te stellen en de diagnose te specificeren. Daarna zijn verschillende onderzoeken noodzakelijk om de uitgebreidheid van de tumor te bepalen, een tweede primaire tumor uit te sluiten en de aanwezigheid van eventuele metastasen in lymfeklieren of longen vast te stellen.

Voor het vaststellen van de uitbreiding van de primaire tumor is endoscopisch onderzoek onder narcose noodzakelijk.

Samenvatting

Coenraad S, Baatenburg de Jong RJ. Hoofd-halscarcinoom. *Huisarts Wet* 2012;55(12):572-6.

Hoofd-halscarcinomen zijn, met 3% van de maligniteiten, in Nederland tamelijk zeldzaam; ze komen bij mannen vaker voor dan bij vrouwen. Roken, alcoholgebruik en irriterend voedsel (betelnoten) zijn, zeker in combinatie, bekende risicofactoren. Een andere risicofactor is het humaan papillomavirus (typen HPV16 en HPV18), dat verantwoordelijk is voor een toename in het aantal orofarynxcarcinomen. Hoofd-halstumoren komen vaak pas laat aan het licht, omdat de eerste klachten meestal specifiek zijn en de tumor met lichamelijk onderzoek niet altijd eenvoudig kan worden gevonden. De kno-arts stelt de diagnose op basis van endoscopische inspectie en bipten.

Toch is de huisarts een onontbeerlijke schakel in de preventie, signalering en behandeling van deze maligniteiten. Ten eerste is zo vroeg mogelijke verwijzing erg belangrijk. Alertheid is geboden bij patiënten met aanhoudende klachten in het hoofd-halsgebied, zeker als deze eenzijdig zijn of optreden in combinatie met de genoemde risicofactoren. Ten tweede zijn de ziekte zelf en de noodzakelijke chirurgie en radiotherapie buitengewoon ingrijpend voor het functioneren (ademen, eten, communiceren) en het uiterlijk van de patiënt. Tijdens de follow-up en de multidisciplinaire revalidatiebehandelingen speelt de huisarts een grote rol in de psychosociale begeleiding van patiënten.

De kern

- Hoofd-halstumoren zijn bij mannen de op zes na en bij vrouwen de op negen na meest voorkomende carcinomen.
- Roken, alcohol, pruimtabak en betelnoten zijn bekende risicofactoren. Het humaan papillomavirus is verantwoordelijk voor een toenemend aantal orofarynxcarcinomen.
- De tumoren worden vaak pas in een gevorderd stadium ontdekt. Alertheid is geboden bij aanhoudende klachten in het hoofd-halsgebied, zeker als die eenzijdig zijn en als er risicofactoren aanwezig zijn.
- Anamnese en lichamelijk onderzoek zijn niet toereikend voor de diagnose. De kno-arts stelt deze op basis van endoscopische bipten, en stadieert de tumor met behulp van echo, CT en MRI.
- De behandeling bestaat uit chirurgie en radiotherapie, en is zeer ingrijpend. De huisarts speelt daarna een belangrijke rol in de psychosociale begeleiding van de patiënt.

Tabel 1 Signaalklachten en risicofactoren van een hoofd-halsplaveiselcelcarcinoom

Signaalklachten	Risicofactoren	Alarmerende bevindingen
■ globusklachten ■ keelpijn ■ pijn tijdens eten (vooral van alcohol en zuur voedsel) ■ oorpijn zonder afwijkingen aan het oor ■ heesheid ■ passagestoornissen ■ niet meer passend kunstgebit ■ éénzijdige neusverstopping of rhinorroe ■ oorpijn bij chronische otitis	■ leeftijd ■ roken ■ alcohol ■ combinatie van roken en alcohol ■ eten van betelnoten ■ Chinese afkomst ■ blootstelling aan nikkel, arseen, chloor ■ blootstelling aan houtstof (houtbewerkers) ■ blootstelling aan textielvezels (werkers in textielindustrie) ■ onbeschermd blootstelling aan de zon ■ bestraling op jonge leeftijd ■ immuunsuppressie ■ asbest	■ (niet genezend) ulcus ■ zwelling in de hals, meer dan vier tot zes weken ■ hersenzenuwuitval ■ eenzijdige otitis media bij volwassene, meer dan vier tot zes weken

Eventueel zal men dit onderzoek ook gebruiken om weefsel af te nemen voor de diagnose en voor een screening op tweede primaire tumoren. Bij grotere tumoren zal men de diepte-uitbreiding van de tumor verder onderzoeken met CT of MRI, en daarbij specifiek zoeken naar ingroei in omliggende structuren, botaantasting en betrokkenheid van de grote vaten (met name de a. carotis) in het proces. Met echografie van de hals, zo nodig aangevuld met een cytologische punctie, zoekt men naar eventuele lymfekliermetastasen en met een thoraxfoto naar eventuele longmetastasen.

De stadiëring van de tumoren is van groot belang voor een goede (protocollaire) behandeling. Bij de stadiëring volgt men de TNM-classificatie (tumor, nodes, metastasis). Voor de T-staging gelden in het hoofd-halsgebied per orgaan andere definities, maar met uitzondering van het nasofarynxcarcinoom hanteert men globaal de omschrijvingen in [tabel 2].

Hierna gaan we dieper in op de incidentie, etiologie en behandelmodaliteiten van de drie meest voorkomende lokalisaties van HHPCC: larynx, mondholte en farynx.

LARYNXCARCINOOM³

Incidentie en diagnose

De incidentie van het larynxcarcinoom is al jaren stabiel, met ongeveer 700 nieuwe patiënten per jaar, en ook de totale sterfte aan larynxcarcinomen is de afgelopen vijftig jaar stabiel gebleven op 200 tot 250 patiënten per jaar, ondanks verbeteringen in diagnostiek en behandeling. Men onderscheidt glottische, supraglottische en subglottische larynxcarcinomen, en er zijn vier stadia: I (T1NoMo), II (T2NoMo), III (T3NoMo of T1-3N1Mo) en IV (T4N2-3M1).

Ongeveer tweederde van de larynxcarcinomen zijn glottische tumoren. Omdat heesheid een duidelijk symptoom is van deze tumoren, worden ze vaak in een vroeg stadium gediagnosticeerd (60% in stadium I). Supraglottische tumoren komen ongeveer half zo vaak voor (32%) en hebben geen specifiek klachtenpatroon, waardoor ze vaak pas in een laat stadium worden gediagnosticeerd (tweederde in stadium III of IV). Subglottische tumoren zijn uiterst zeldzaam (ongeveer 2%); ook deze worden vaak pas in een laat stadium ontdekt. Een opvallend verschil tussen mannen en vrouwen is dat bij

mannen het glottisch larynxcarcinoom het vaakst voorkomt en bij vrouwen het supraglottisch larynxcarcinoom.

Meestal zal een patiënt met een larynxcarcinoom naar de huisarts komen met de klacht heesheid. Andere klachten zijn benauwdheid en problemen met slikken, met name verslikken, gewichtverlies en soms keelpijn die uitstraalt naar het oor.

Behandeling

Ernstige dysplasie/carcinoma in situ

Indien onbehandeld zal ernstige dysplasie van de stembanden zich in ongeveer de helft van de gevallen ontwikkelen tot een invasief carcinoom. Ernstige dysplasie van de larynx is dus een indicatie voor behandeling, maar over de aard van die behandeling bestaat geen consensus. Radiotherapie en endoscopische behandeling met een CO₂-laser hebben dezelfde succespercentages. De laserbehandeling heeft het voordeel dat zij meermalen kan worden toegepast.

Abstract

Coenraad S, Baatenburg de Jong RJ. Head and neck cancer. *Huisarts Wet* 2012;55(12):572-6. Cancer of the head and neck is relatively rare in the Netherlands, accounting for 3% of all malignancies. It occurs more often in men than in women, and smoking, alcohol consumption, and irritating food (such as betel nuts), especially in combination, are recognized risk factors. Another risk factor is human papilloma virus (types HPV16 and HPV18), which is responsible for an increase in oropharyngeal cancer. Cancer of the head and neck is often detected late because the first symptoms are often not specific and the tumour is not detected during physical examination. Although the diagnosis is made by ENT doctors on the basis of endoscopy and biopsy findings, general practitioners have an essential role in the prevention, detection, and treatment of these cancers. In the first instance, early referral is important. Doctors should be alert to persistent symptoms in the head and neck area, especially if these occur on one side only or in combination with the above-mentioned risk factors. In the second instance, the surgery and radiotherapy needed to treat these cancers have an enormous impact on the functioning (breathing, eating, communication) and appearance of patients. General practitioners have an important role in the psychosocial management of patients during their multidisciplinary treatment and follow-up.

Tabel 2 De TNM-classificatie

Tumorgrootte (T)		Lymfeklier (N)		Metastasen (M)	
Tis	carcinoma in situ				
T0	geen primaire tumor detecteerbaar	N0	geen lymfekliermetastasen	M0	geen
T1	< 2 cm, binnen orgaan van oorsprong	N1	één ipsilaterale klier, < 3 cm	M1	aanwezig
T2	2-4 cm, binnen orgaan van oorsprong	N2	twee of meer ipsilaterale of bilaterale klieren, < 6 cm		
T3	> 4 cm, weefselinfiltratie maar binnen orgaan van oorsprong	N3	kliermetastase > 6 cm		
T4	tumor groeit buiten het orgaan van oorsprong				

Een carcinoma in situ kan per definitie niet metastaseren en behoeft dus geen N- en M-classificatie.

T1-tumoren

Ter behandeling van T1-larynxcarcinomen is, naast radiotherapie en laserbehandeling, ook uitwendige partiële chirurgie een mogelijkheid. Het effect van de verschillende behandelingen op de stemkwaliteit is vergelijkbaar. Over het algemeen echter gaat de voorkeur uit naar radiotherapie of laser. Overwegingen bij de keuze zijn de duur van de behandeling (laser kan in dagbehandeling, radiotherapie duurt ongeveer zes weken), eventuele comorbiditeit en de mate van endoscopische bereikbaarheid van de tumor.

T2-tumoren

De therapie van keuze bij T2-larynxcarcinomen is (geacceleerde) radiotherapie. Larynxsparende chirurgie is in uitzonderlijke gevallen een goed alternatief. De laatste jaren worden in onderzoeksverband ook kleine T2-tumoren met de CO₂-laser behandeld.

T3- en T4-tumoren

Bij grote larynxcarcinomen gaat de voorkeur uit naar een orgaansparende behandeling in de vorm van chemoradiotherapie. Indien er voor aanvang van de behandeling al aanwijzingen zijn dat de larynx (gedeeltelijk) niet meer functioneert, zoals afonie, dyspneu, stridor of verslikken, gaat de voorkeur uit naar laryngectomie, eventueel gevolgd door postoperatieve radiotherapie.

Lymfekliermetastasen

Behandeling van lymfekliermetastasen in de hals zal – afhankelijk van de stadiëring – bestaan uit radiotherapie of halsklierdissectie eventueel gevolgd door postoperatieve radiotherapie. Vaak is er vanaf stadium T2 wel een indicatie voor preventieve behandeling (chirurgisch of radiotherapeutisch) van de halsklieren.

Recidief en revalidatie

Indien een tumor na een orgaansparende behandeling recidiveert, is in de meeste gevallen nog wel een operatie mogelijk. In het gunstigste geval kan dat laserchirurgie of partiële laryngectomie zijn, maar vaak geeft alleen een totale laryngectomie nog uitzicht op definitieve genezing.

De gevolgen van een laryngectomie zijn ingrijpend: permanent tracheostoma, verlies van de normale stem en verlies van smaak en reuk. Gelukkig heeft men de laatste jaren vooral in de stemrevalidatie met behulp van stemprothesen belang-

rijke vooruitgang geboekt: bijna 90% van de patiënten leert daarmee weer spreken. Een kleine minderheid moet leren spreken met de elektrische Servox®, ook wel ‘elektrolarynx’ genoemd. Dit wordt vaak als erg kunstmatig ervaren.

TUMOREN VAN DE MONDHOLTE⁴

Incidentie en etiologie

In 2010 werden in Nederland 1028 nieuwe patiënten met een mondholtcarcinoom gediagnosticeerd. De voornaamste oorzaken zijn tabak (zowel roken als kauwen) en alcohol. Bij alcoholgebruik lijkt het type drank van belang: dranken met een hoog ethanolgehalte verhogen het risico sterker dan laag-alcoholische dranken. Ook voeding lijkt een rol te spelen, waarbij vlees het risico verhoogt en groente en fruit juist bescherming bieden.

Ongeveer 32% van de mondholtcarcinomen is gelokaliseerd in de tong, 30% in de mondbodem, 12% in de gingiva, 9% in het palatum durum en 15% in het wangslimvlies.

Patiënten met mondholtetumoren komen vaak bij de huisarts met een pijnlijke of langdurig ontstoken plek in de mond, die met name klachten geeft bij de consumptie van zure producten of alcohol, en soms ook met een gebitsprothese die niet meer goed past.

Behandeling

Een mondholtetumor behandelt men in het algemeen met chirurgie, zo nodig gevolgd door radiotherapie. Grotere tumoren worden met een zogeheten commando-operatie behandeld. Deze ingreep bestaat uit een ‘en bloc’-resectie van de tumor en een gedeelte van de kaak, en een halsklierdissectie. Om nog een acceptabele restfunctie te kunnen verkrijgen, moet het ontstane defect meestal met een vrije of gesteelde transplantatie hersteld worden. Bij alle tumoren met een diepte-infiltratie van 5 mm of meer zal een selectieve halsklierdissectie plaatsvinden, ongeacht het N-stadium. Bij functioneel irresectabele tumoren kan chemoradiotherapie worden overwogen.

FARYNXTUMOREN

Nasofarynxcarcinoom⁵

Incidentie en etiologie

Onder Europeanen zijn nasofarynxcarcinoom zeer zeldzaam, ze komen vaker voor bij personen van Chinese en Mediterrane afkomst. De tumoren kunnen op alle leeftijden ontstaan, de prognose is beter bij jongeren. Naast ras zijn de belangrijkste

risicofactoren een infectie met het Epstein-Barr-virus en het eten van gezouten vis.

De belangrijkste klachten van een nasofarynxcarcinoom zijn gerelateerd aan de nabijheid van de buis van Eustachius: middenoorontsteking, oorpijn, slechthorendheid, oorsuizen en neusverstopping. Met name bij eenzijdige en aanhoudende klachten moet aan een proces in de nasofarynx gedacht worden. Bij ingroei in de schedelbasis kan hersenzenuwuitval een van de presenterende symptomen zijn. Al in een vroeg stadium kunnen halskliermetastasen optreden, met name in de achterste halsdriehoek.

Behandeling

De behandeling voor kleinere tumoren (stadium I en II) is radiotherapie, voor grotere tumoren (stadium III en IV) chemoradiatie. Bij een recidief zijn de kansen op genezing gering. Alleen in gespecialiseerde centra is soms nog een behandeling met herbestraling of fotodynamische therapie mogelijk.

Orofarynxcarcinoom⁴

Incidentie en etiologie

Orofarynxtumoren zijn in Nederland vrij zeldzaam, ze vormen ongeveer 4,5% van het totaal van de hoofd-halstumoren, maar incidentie neemt de laatste jaren toe. Zoals we in de inleiding al stelden, hangt dat waarschijnlijk samen met de toename van HPV-gerelateerde tumoren, vooral bij niet-rokers, niet-drinkers en relatief jonge patiënten. Daarnaast is er ook nog steeds een groep patiënten bij wie overmatig gebruik van alcohol en tabak de belangrijkste oorzaken zijn. De meeste tumoren bevinden zich in de tonsil en/of de tongbasis en worden pas in een stadium III of IV gediagnosticeerd.

De belangrijkste klacht waarmee patiënten zich presenteren is keelpijn, vaak uitstralend naar het oor.

Behandeling

Bij orofarynxcarcinomen gaat de voorkeur uit naar een orgaansparende behandeling, bij kleine tumoren (T1-T2) in de vorm van radiotherapie en bij grotere tumoren (T3-T4) met chemoradiatie. Omdat HPV-gerelateerde tumoren beter reageren op behandeling, met name op radiotherapie, denkt men erover de behandeling voor HPV-gerelateerde tumoren minder intensief te maken, maar die discussie is nog gaande.

Recidieven kunnen soms nog met een commando-operatie behandeld worden.

Hypofarynxcarcinoom⁶

Incidentie en etiologie

Het aandeel hypofarynxcarcinomen op het totaal van de hoofd-halstumoren bedraagt ongeveer 7%. Het hypofarynxcarcinoom komt aanzienlijk vaker voor bij mannen dan vrouwen, al is de incidentie bij vrouwen de afgelopen jaren gestegen.

Hypofarynxcarcinomen zijn vaak in een vergevorderd stadium als de diagnose wordt gesteld, in tweederde van de gevallen is er sprake van stadium IV. Er is geen specifiek klachtenpatroon, maar bij verschijnselen als slikklachten, keelpijn,

uitstralende pijn naar het oor, heesheid, een lymfeklierzwelling in de hals en/of stridor moet men de mogelijkheid van een hypofarynxcarcinoom overwegen.

Ook voor het hypofarynxcarcinoom zijn overmatig gebruik van alcohol en tabak de belangrijkste risicofactoren. HPV speelt mogelijk ook een rol, al is dit verband kleiner dan bij orofarynxtumoren.

Behandeling

Bij hypofarynxcarcinomen gaat de voorkeur uit naar een orgaansparende behandeling, met radiotherapie bij kleine tumoren (T1-T2) en met chemoradiatie bij grotere (T3-T4). Bij T4-tumoren met uitgebreide kraakbeenaantasting en/of uitgebreide wekedeleninfiltratie doet men bij voorkeur een totale laryngectomie met (partiële) faryngectomie en ipsilaterale halsklierdissectie voor N+-tumoren, gevolgd door postoperatieve (chemo)radiotherapie.

Bij recidieven na een initiële orgaansparende behandeling is soms nog 'salvage-chirurgie' mogelijk. Na een primaire chirurgie met postoperatieve radiotherapie zijn de behandelingsmogelijkheden echter vaak beperkt.

PREVENTIE EN SCREENING

Er vindt op dit moment geen bevolkingsonderzoek plaats naar hoofd-halstumoren. In de preventie speelt voorlichting over de gevaren van alcohol- en tabaksgebruik een belangrijke rol. Een andere mogelijkheid is HPV-vaccinatie om de toenemende incidentie van HPV-gerelateerde orofarynxtumoren een halt toe te roepen. Op dit moment worden alleen meisjes gevaccineerd in verband met de relatie tussen HPV en baarmoederhalskanker. Misschien zou men dit in de toekomst moeten uitbreiden naar jongens, zeker omdat HPV-infecties besmettelijk en makkelijk overdraagbaar zijn, en vaak jaren voor het ontstaan van de tumor hebben plaatsgevonden. Orofarynxtumoren zijn weliswaar tamelijk zeldzaam maar erg beschadigend voor de patiënt, en de behandeling en follow-up zijn erg duur.

DE ROL VAN DE HUISARTS

Omdat hoofd-halstumoren relatief zeldzaam zijn en diep ingrijpen in het functioneren en het uiterlijk van de patiënt – dat geldt ook voor de behandeling – is de zorg in Nederland geconcentreerd in acht oncologische centra (<http://www.nwhht.nl/hho-centra>). De daar werkzame multidisciplinaire hoofd-halsoncologische werkgroepen bestaan uit kno-artsen, kaakchirurgen, radiotherapeuten, internisten, algemeen chirurgen, plastisch chirurgen, anesthesisten, tandarts-prothetisten, patholoog anatomen, logopedisten, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en verpleegkundigen. Deze intensieve multidisciplinaire benadering is onontbeerlijk om de gevolgen op het gebied van ademen, eten, drinken, slikken en communiceren te ondervangen. Psychosociale zorg is bij deze tumoren extra belangrijk.

Ook bij de huisarts verdienen patiënten met een hoofd-halsmaligniteit bijzondere aandacht vanwege hun diep in-

grijpende gevolgen, vooral ook op psychosociaal gebied. Aan preventie en signalering kan de huisarts een grote bijdrage leveren door roken en overmatig alcoholgebruik te ontmoedigen, en door alert te zijn bij klachten zoals beschreven in [tabel 1], zeker in aanwezigheid van de daar genoemde risicofactoren. De klachten zijn vaak specifiek en treden soms pas in een laat stadium op. Helaas zijn tumoren in de farynx en bij de stembanden, en ook tumoren in de neus, nasofarynx en de neusbijholten, niet met lichamelijk onderzoek te beoordelen, dus de huisarts is bij een verdenking op een hoofd-halstumor toch aangewezen op het klachtenpatroon.

Na de behandeling, die ingrijpende gevolgen heeft voor het ademen, eten, drinken, slikken en communiceren, zullen veel patiënten aankloppen bij de huisarts voor begeleiding en verwerking. De follow-up, waarbij de patiënt gecontroleerd wordt op het manifest worden van een lokaal recidief, metastasen of een tweede primaire tumor, is een essentieel deel van de behandeling. De meeste locoregionale recidieven van een plaveiselcelcarcinoom manifesteren zich binnen twee jaar na de primaire behandeling. Zij kunnen, wanneer zij in een vroeg stadium zijn herkend, vaak nog met succes worden behandeld. De klachten bij een recidief kunnen bestaan uit een lymfeklierzwellings in de hals, benauwdheid, toegenomen heesheid of verslechtering van de stem, pijn en problemen met de voedsel- en vochtinname. Patiënten die ooit behandeld zijn voor een hoofd-halscarcinoom en op het spreekuur komen met dergelijke klachten, moeten met spoed ter beoordeling worden doorverwezen. ■

Aandachtspunten

- Preventie: motiveer patiënten om te stoppen met roken en overmatig alcoholgebruik.
- Diagnose: wees alert bij alarmerende symptomen in aanwezigheid van risicofactoren [tabel 1].
- Behandeling: bied (psychosociale) steun bij de vaak ingrijpende behandeling.
- Follow up: wees alert op lokaal recidief bij klachten in het hoofd-halsgebied.

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

LITERATUUR

- 1 IKNL. Kenniscentrum voor zorgverleners in de oncologische zorg [internet]. <http://www.iknl.nl>, geraadpleegd september 2012.
- 2 Nederlandse Werkgroep Hoofd-Hals Tumoren (NWHHT). Larynxcarcinoom: Landelijke richtlijn, versie 3.0 [internet]. Integraal Kankercentrum Nederland, 2010. <http://oncoline.nl/larynxcarcinoom>, geraadpleegd september 2012.
- 3 Nederlandse Werkgroep Hoofd-Hals Tumoren (NWHHT). Mondholte- en orofarynxcarcinoom: Landelijke richtlijn, versie 1.4 [internet]. Integraal Kankercentrum Nederland, 2004. <http://oncoline.nl/mondholte-en-orofarynxcarcinoom>, geraadpleegd september 2012.
- 4 Nederlandse Werkgroep Hoofd-Hals Tumoren (NWHHT). Hypofarynxcarcinoom: Landelijke richtlijn, versie 2.0 [internet]. Integraal Kankercentrum Nederland, 2010. <http://oncoline.nl/hypofarynxcarcinoom>, geraadpleegd september 2012.
- 5 Marur S, D'Souza G, Westra WH, Forastiere AA. HPV-associated head and neck cancer: A virus-related cancer epidemic. *Lancet Oncol* 2010;11:781-9.
- 6 Yoshizaki T, Ito M, Muro S, Wakisaka N, Kondo S, Endo K. Current understanding and management of nasopharyngeal carcinoma. *Auris Nasus Larynx* 2012;39:137-44.

Nico van Duijn

Drinkers

In de weekenddienst zien we nogal eens wanhopige drinkers. Diepellendige mensen, soms drammerig, soms dronken, soms alleen maar huilend. Allemaal willen ze een snelle oplossing, van een ander, op dit moment. Ze eisen als het ware prompte genezing op zaterdagavond elf uur. Ze irriteren ons daarmee nogal. Triest is het wel. Ze kunnen geen kant meer op, want alles is kapot: huwelijk, ouderschap, vriendschappen, familiere-laties, baan, fitheid en uiterlijk. Drinkers zijn er in twee soorten, met beschadigd DNA of met een beschadigde ziel.

Er zijn families waarin vrijwel iedereen een alcoholist wordt. Ze hebben aanleg

voor alcoholverslaving. Die gaan drinken op hun dertiende en zijn zwaar verslaafd op hun zestiende. De andere groep drinkers heeft zoveel narigheid meegemaakt dat ze verdoving zoeken. Flink drinken helpt dan geweldig. Al dat geweld in hun jeugd, die verkrachtingen, van jongs af aan afwijzing van alle volwassen mensen, die hele voorgeschiedenis lost op in de alcohol.

Vaak zal het beide zijn, aanleg voor verslaving en littekens op de ziel. Die ziel blijft gekwetst worden, want drinkers zoeken elkaar op. Het wereldje houdt zichzelf in stand. Dat irritante eiserige is hetzelfde als wat ze met alcohol doen.

Ik wil nu opgenomen worden, want ik wil nu van dat nare gevoel af. Ze wensen van de hulpverlening net zo snel effect als van een paar biertjes. Tegelijk maakt die fles ze ziek, dat weten ze ook wel. De fles is de boosdoener. Daar moet de dokter wat aan doen. Ze vragen geen hulp voor zichzelf, behalve mededogen. Ze vragen behandeling voor de fles. Want die is hun ziekte. De fles moet worden opgenomen in de kliniek, gevangenisstraf erbij. De volgende keer zal ik dat eens voorstellen aan zo'n drinker. We nemen de fles op in de verslavingskliniek; pinpas en portemonnee erbij. De drinker kan gewoon thuisblijven. ■



Huisvrouwenduim: artrose van het CMC I-gewricht

INLEIDING

De huisvrouwenduim is een verzamelnaam voor artroseklachten van de duimbasis.¹ De symptomen zijn: zeurende pijn aan de basis van de duim, zwelling met verminderde kracht en bewegingsbeperking van de duim. Daardoor worden eenvoudige activiteiten moeizamer.

Artrose van het CMC I-gewricht komt vaker voor dan artrose in de andere handgewrichten. Na de distale interfalangeale gewrichten in de hand komt degeneratieve artrose het meest voor bij het trapeziometacarpale gewricht.

De prevalentie van duimbasisartrose is 5% bij vrouwen en 2 tot 3% bij mannen in de hogere leeftijdsgroepen.² De aandoening neemt toe met de leeftijd.² In een radiologisch onderzoek bij postmenopauzale vrouwen werden bij 25% degeneratieve veranderingen vastgesteld.³ De patiënt consulteert de huisarts voor klachten bij grijpen of knijpen, zoals het omdraaien van een sleutel, het openen van potten en bij schrijven. De patiënt meldt daarbij geregeld verlies van kracht. De duimbasis is vaak gezwollen en gevoelig.

ACHTERGROND

Definitie

De huisvrouwenduim is een verzamelnaam voor klachten van de duimbasis die worden veroorzaakt door degeneratieve veranderingen aan het CMC I-gewricht (het trapeziometacarpale gewricht). Artrose van het CMC I-gewricht komt veel voor in vergelijking met artrose van andere handgewrichten.

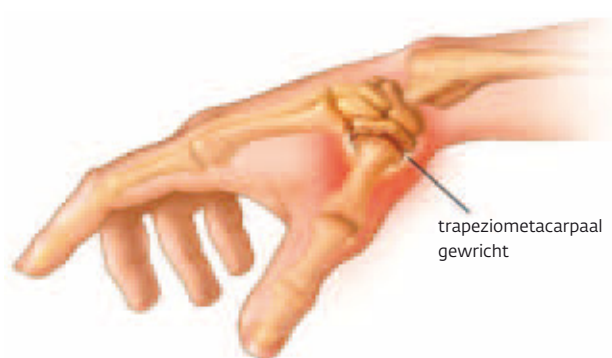
Etiologie

Het CMC I-gewricht is een zadelgewricht [afbeelding 1]. De grote bewegelijkheid van dit gewricht is grotendeels te danken aan de unieke anatomie.⁴ Het gewricht is zeer instabiel, zodat subluxatie vrij gemakkelijk kan optreden. De meeste stabiliteit van het gewricht is afkomstig van sterke capsulaire en ligamentaire structuren die de twee botten aan elkaar verbinden. Traumata kunnen leiden tot vroegtijdige degeneratie en artrose. Inflammatoire artropathieën, zoals reumatoïde artritis, bevorderen eveneens een vroege degeneratie. Progressie van de degeneratie is waarschijnlijk gerelateerd aan repetitieve belasting van de duim. De meest voorkomende differentiële diagnose is Quervain's tenosynovitis.

DIAGNOSTIEK

Bij inspectie is er soms zwelling van de duimbasis en enige roodheid te zien [afbeelding 2]. Vaak is er lokale drukpijn en is het gewricht gevoelig. Crepitaties kunnen duiden op erosie van het kraakbeen van het gewricht. De grindprovocatietest kan de diagnose aannemelijker maken (zie ook <http://www.youtube.com/grindtest>).⁵ Bij de grindtest houdt de onderzoeker de pols van de patiënt vast ter hoogte van de scafoïd en geeft met de andere hand axiale drukpijn (asdrukpijn) in de

Afbeelding 1 Het CMC I-gewricht



Bron: Mayo Foundation for Medical Education and Research

Afbeelding 2 Zichtbare zwelling CMC 1-gewricht links



lengte van het metacarpale I-gewricht. Tegelijkertijd maakt hij roterende bewegingen van het CMC I-gewricht naar rechts en naar links. Pijn en crepitaties wijzen op een positieve grindtest.

Radiologisch onderzoek kan de diagnose bevestigen en de ernst van de artrose vaststellen.⁴

VEELGEBRUIKTE BEHANDELINGEN

In eerste instantie adviseert de huisarts de duim te ontzien. Rust, NSAID's en versterkende oefeningen van de intrinsieke en extrinsieke spieren van de duim zijn de basale uitgangspunten van de behandeling.⁴

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: F. Tokhi, aios; dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog; dr. J.A.H. Eekhof huisarts-epidemioloog • Correspondentie: J.A.H.Eekhof@lumc.nl

Spalken is een goede behandeloptie bij vroege fases van artrose.⁶ Het primaire doel van spalken is het stabiliseren van de basis van het CMC I-gewricht tijdens knippen. Daarbij heeft een afneembare zachte duimspalk de voorkeur.⁷ Een rigide spalk wordt gebruikt bij activiteiten waarbij de duim zwaar wordt belast. Duur van de behandeling met een spalk is over het algemeen drie of vier weken, al dan niet in combinatie met NSAID's. Als er na twee maanden geen verbetering optreedt, kan de huisarts overwegen de patiënt te verwijzen naar een chirurg.¹

Corticosteroidinjecties worden soms toegepast als andere conservatieve maatregelen geen effect hebben.⁶ Het effect op lange termijn is echter gering. Het gebruik van intra-articulaire steroïde-injecties kan beter beperkt blijven tot patiënten die veel pijn hebben. Over het effect van kraakbeenbeschermende middelen, glucosamine en chondroïtinesulfaat bij artrose, bestaat geen eenduidigheid.⁷

De indicaties voor chirurgie bij patiënten met artrose van het CMC I-gewricht zijn aanhoudende pijn en functiebeperkingen na falen van een conservatieve behandeling.⁴ Er zijn verschillende chirurgische methoden zoals trapeziumresectie, met of zonder ligamentreconstructie, en arthrodesen waarbij het CMC I-gewricht wordt vastgezet met plaat en schroeven.

METHODE

Wij zochten in mei 2012 in PubMed en de Cochrane library met de zoektermen 'osteoarthritis' [MeSH] en 'thumb' [MeSH]. Wij limiteerden onze zoekactie tot systematische literatuuronderzoeken, RCT's en clinical trials. In de Cochrane library zochten wij naar reviews met dezelfde zoektermen. Wij vonden een systematisch literatuuronderzoek⁸ en een Cochrane-review.⁹ We vonden ook twee RCT's naar het effect van lokale corticosteroidinjecties.^{10,11}

KLINISCHE VRAGEN

Wat is de waarde van spalken?

Gunstig effect In het systematische literatuuronderzoek van Kjekens et al. vonden we 3 onderzoeken die het effect van spalken bij artrose van het CMC-gewricht onderzochten.⁸ Twee onderzoeken (n = 112, respectievelijk 40) waren geschikt om gepoold te worden. Zowel op de korte termijn (mean difference 0,37; 95%-BI 0,03-0,71) als op de lange termijn (0,80; 95%-BI 0,45-1,15) was het effect op de pijn significant effectief. Op de functie van de duim en op de pincetgreep was er geen significant gunstig effect.

Ongunstig effect Er werden geen bijwerkingen van de spalken vermeld.

Wat is het effect van oefentherapie?

Gunstig effect In het systematische literatuuroverzicht vonden we 3 onderzoeken die oefentherapie evalueerden.⁸ Deze onderzoeken waren echter van matige kwaliteit. Het aantal patiënten in deze onderzoeken was respectievelijk 26, 19 en 76. In 1 onderzoek werd yoga als oefentherapie gebruikt. De uitkomstmaten waren handfunctie, pijn bij activiteit en pijn

in rust. Het effect op pijn bij activiteit was significant gunstig (mean difference 1,38; 95%-BI 0,34-2,43). In de twee andere onderzoeken met handfysiotherapie was er nauwelijks enig effect.

Ongunstig effect Bijwerkingen van oefentherapie werden niet vermeld.

Wat is het effect van spalken in combinatie met fysiotherapie?

Gunstig effect In het systematische literatuuroverzicht vonden we 2 onderzoeken die de combinatie spalken en oefentherapie evalueerden.⁸ De uitkomstmaten waren de ervaren pijn en stijfheid en functietesten. Beide onderzoeken waren van matige kwaliteit. In 1 onderzoek (n = 40) was er geen verschil in effect tussen verschillende vormen van spalken en oefenen op pijn en functie. In het andere onderzoek (n = 42) werden verschillende vormen van oefenen en spalken onderzocht. Meer oefenen liet wel een gunstig effect op de pijn zijn (mean difference 1,09; 95%-BI 0,38-1,80). De onderzoeken waren van matige kwaliteit. Onderlinge vergelijking was niet mogelijk.

Ongunstig effect Ook hier werden geen nadelige effecten vermeld.

Wat is het effect van lokale corticosteroidinjecties?

Gunstig effect In een onderzoek werden 40 patiënten gerandomiseerd in een interventiegroep (0,25 ml triamcinolon-oplossing) en een placebogroep (placebo-injectie).¹⁰ De patiënten waren verwezen naar een gespecialiseerde kliniek, ze hadden gemiddeld ongeveer 8 jaar klachten. Na de injectie werd de hand 48 uur geïmmobiliseerd. De primaire uitkomstmaat (pijn op een VAS) werd na 24 weken vastgelegd. Er bleek geen verschil te zijn tussen de interventiegroep en de placebogroep (p = 0,32). Ook op andere uitkomstmaten werd geen significantie verbetering gevonden.

In een ander onderzoek (patiëntenserie) kregen 25 patiënten met artrose van de duimbasis een intra-articulaire injectie met 0,25 ml methylprednison.¹¹ Op de korte termijn was er een gunstig effect na een maand. Na 3, 6 en 12 maanden was er geen gunstig effect meer waarneembaar. Verder waren 5 patiënten na 12 maanden klachtenvrij.

Ongunstig effect Er werden geen bijwerkingen van de injecties vermeld.

Welke plaats hebben chirurgische interventies in de behandeling?

Gunstig effect In de Cochrane-review werden 9 onderzoeken met in totaal 477 patiënten geïncludeerd.⁹ De onderzoekers pasten 7 verschillende chirurgische technieken toe (zoals trapeziectomie met ligamentreconstructie, peesinterpositie, arthrodesen). Er kwam geen overtuigend superieure behandeling naar voren.

Ongunstig effect Bij 10% van de patiënten die trapeziectomie ondergingen werden bijwerkingen vermeld. Bij patiënten die werden behandeld met trapeziectomie gecombineerd met ligamentreconstructie en peesinterpositie ging het zelfs om 22% (RR = 2,21; 95%-BI 1,18-4,15).

CONCLUSIE

Artrose van het CMC-gewricht van de duim komt regelmatig voor, maar huisartsen zien patiënten met deze klachten niet vaak op het spreekuur. Diagnostisch is er doorgaans geen probleem. De huisarts kan de diagnose met de grindtest bevestigen. Radiologisch onderzoek kan de ernst van de artrose vaststellen. Naast symptomatische therapie is spalken een effectieve aanpak voor vermindering van pijn. Oefentherapie heeft beperkte waarde. Intra-articulaire steroidinjecties geven op de lange termijn geen voordeel. In ernstiger gevallen is chirurgie een optie. Welke techniek het beste is, is niet duidelijk. ■

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

LITERATUUR

- 1 Dias R, Chandrasenan J, Rajaratnam V, Burke FD. Basal thumb arthritis. *Postgrad Med J* 2007;83:40-3.
- 2 Haara MM, Heliövaara M, Kröger H, Arokoski JP, Manninen P, Kärkkäinen A, Knekt P, et al. Osteoarthritis in the carpometacarpal joint of the thumb. Prevalence and associations with disability and mortality. *J Bone Joint Surg Am* 2004;86:1452-7.
- 3 Armstrong AL, Hunter JB, Davis TR. The prevalence of degenerative arthritis of the base of the thumb in post-menopausal women. *J Hand Surg Br* 1994;19:340-1.
- 4 Barron OA, Glickel SZ, Eaton RC. Basal joint arthritis of the thumb. *Am Acad Orthop Surg* 2000;8:314-23.
- 5 Merritt MM, Roddey TS, Costello C, Olson S. Diagnostic value of clinical grind test for carpometacarpal osteoarthritis of the thumb. *J Hand Ther* 2010;23:261-7.
- 6 Crop JA, Bunt CW. "Doctor, my thumb hurts". *J Fam Practice* 2011;60:329-32.
- 7 Anakwe RE, Middleton SD. Osteoarthritis at the base of the thumb. *BMJ* 2011;343:d7122.
- 8 Kjeker I, Smedslund G, Moe RH, Slatkowsky-Christensen B, Uhlig T, Hagen KB. Systematic review of design and effects of splints and exercise programs in hand osteoarthritis. *Arthritis Care Res* 2011;63:834-48.
- 9 Wajon A, Carr E, Edmunds I, Ada L. Surgery for thumb (trapeziometacarpal joint) osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, Issue 4. Art. No.: CD004631.
- 10 Meenagh GK, Patton J, Kynes C, Wright GD. A randomised controlled trial of intra-articular corticosteroid injection of the carpometacarpal joint of the thumb in osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2004;63:1260-3.
- 11 Joshi R. Intraarticular corticosteroid injection for first carpometacarpal osteoarthritis. *J Rheumatol* 2005;32:1305-6.

Susan Umans

Tijdschrift voor praktijkondersteuning

De zesde aflevering van het Tijdschrift voor praktijkondersteuning verscheen op 22 november 2012, de dag dat het Jaarcongres Praktijkondersteuning plaatsvond. Dit jaar is het congres extra bijzonder omdat het NHG mede-organisator is. In dit nummer staan diverse artikelen die als onderwerp op het congres besproken zijn.

Voorlichting laaggeletterden

Tien procent van de Nederlandse bevolking is laaggeletterd, waarvan driekwart autochtoon is. Van de bevolking heeft 25% (zeer) beperkte gezondheidsvaardigheden (*health literacy*). Laaggeletterden hebben moeite met lezen, schrijven en rekenen en voor hen is het dus lastig om informatie over ziekte en gezondheid te begrijpen. Deze groep mensen is vaker chronisch ziek en leeft vaker ongezond. Het is dus van belang om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden te leren herkennen en de communicatie op hen af te stemmen. Visueel voorlichtingsmateriaal kan hierbij helpen. Een voorbeeld is beeldmateriaal

van het project 'Begrijp je lichaam'.

Ouderenzorgproject Midden Utrecht

In Utrecht loopt sinds 2010 het Om U-project dat twee interventies onderzoekt: een screenings- en monitoringsinterventie (U-PRIM) en een proactief en gestructureerd zorgprogramma (U-CARE). Doel van het project is kwetsbare ouderen eerder op te sporen in de huisartsenpraktijk en zo problemen te voorkomen. Speciaal opgeleide praktijkverpleegkundigen meten met vragenlijsten de mate van kwetsbaarheid, complexiteit van de zorg en de zorgbehoeften van de patiënten. Ook verlenen ze ouderenzorg aan kwetsbare ouderen op een gestructureerde manier. In dit nummer staat een interview met praktijkondersteuner Elly Kamermans, die meedoet aan het Om U-project en over haar ervaringen vertelt.

Kom in beweging

In het tweede deel van de serie over bewegadvisen op maat gaat Tinus Jongert in op wat patiënten beweegt om niet te gaan bewegen. Wanneer een patiënt niet

aan de beweegnorm voldoet, kan met een vragenlijst achterhaald worden wat de drempels en barrières zijn om niet (meer) te gaan bewegen. Ook kan met een Visueel Analoge Schaal getest worden hoeveel vertrouwen een patiënt erin heeft zijn leefstijl te kunnen aanpassen. Soms is doorverwijzing naar een fysiotherapeut zinvol, zeker bij specifieke chronische aandoeningen. ■

Evenwicht en valpreventie

In de serie over zintuigen staat deze keer het evenwicht centraal en de auteur behandelt ook valpreventie. De rubriek 'Euvels' sluit daar goed bij aan met een artikel over orthostatische hypotensie.

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





The art of doing nothing

Op het WONCA-congres 'The Art & Science of General Practice and Family Medicine' in Wenen hield op 5 juli 2012 dr. Iona Heath, voormalig President of the Royal College of General Practitioners, een indrukwekkende keynote lecture met de titel 'The art of doing nothing'. In dit signaal geven wij u de tekst die zij bij die gelegenheid uitsprak.

The wisdom of others

In his 1994 book *Alone again: ethics after uncertainty*, the sociologist Zygmunt Bauman quotes the German psychiatrist and philosopher Karl Jaspers:

Our time thinks in terms of 'knowing how to do it,' even where there is nothing to be done.¹

In her 2001 book *Science and Poetry*, the British philosopher Mary Midgley expanded on this point:

Out of this fascination with new power there arises our current huge expansion of technology, much of it useful, much not, and the sheer size of it dangerously wasteful of resources. It is hard for us to break out of this circle of increasing needs because our

age is remarkably preoccupied with the vision of continually improving means rather than saving ourselves trouble by reflecting on ends.²

Ours has become the age of unthinking doing – keep doing, don't stop to think – there's no time! And there's no time because we are too busy doing.

The American poet William Carlos Williams who was also a general practitioner understood very clearly how easy it is for doctors to succumb to this particular vicious circle. In his 1932 short story about 'Old Doc Rivers' he wrote –

With this pressure upon us, we eventually do what all herded things do; we begin to hurry to escape it, then we break into a trot, finally into a mad run (watches in our hands), having no idea where we are going and having no time to find out.³

I suspect that everyone who has worked in general practice recognises this phenomenon. Rushing around all day – no time to stop, to listen, to think, to notice – or even – to go to the toilet!

The Austrian Nobel Prize winning physicist Erwin Schrödinger, most famous for his cat, seems to have understood the importance and the power of the art of doing nothing:

In an honest search for knowledge you quite often have to abide by ignorance for an indefinite period. The steadfastness in standing up to [this requirement], nay in appreciating it as a stimulus and a signpost to further quest, is a natural and indispensable disposition in the mind of a scientist.⁴

He seems to me to be describing the importance of the pause for thought – especially in the conditions of ignorance and uncertainty so common in general practice.

Taking all this wisdom into account, my conclusion is that, perhaps counter intuitively, in medicine, the art of doing nothing is active, considered, and deliberate. It is an antidote to the pres-

sure to DO and it takes many forms and these are just some of them:

*Listening, noticing
Thinking
Waiting
Witnessing
Preventing harm*

Each is an art in its own right – requiring judgment, wisdom and even a sense of beauty.

Listening and noticing

Doing nothing – but instead – listening and noticing. It is impossible to do and to listen intently and accurately at the same time. Anyone who has tried to listen to their children while also trying to cook a dinner knows this to be true. William Carlos Williams describes the intensity of listening in general practice:

It is actually there, in the life before us, every minute that we are listening, a rarest element - not in our imaginations but there, there in fact. It is that essence which is hidden in the very words which are going in at our ears and from which we must recover underlying meaning as realistically as we recover metal out of ore.⁵

He describes this essence as the nearest most patients come to the poetry of their lives as they struggle to give expression to their deepest feelings and fears in the quiet privacy of the doctor's consulting room.

The Scottish poet Kathleen Jamie thinks that the necessary commitment and concentration of listening and noticing come close to the idea of prayer

Isn't that a kind of prayer? The care and maintenance of the web of our noticing, the paying heed.⁶

And when she describes her experience of bird-watching – it sounds so close to the kind of receptiveness that we need in general practice:



This is what I want to learn: to notice, but not to analyse. To still the part of the brain that's yammering, 'My god, what's that? A stork, a crane, an ibis? – don't be silly, it's just a weird heron.' Sometimes we have to hush the frantic inner voice that says 'Don't be stupid,' and learn again to look, to listen. You can do the organising and redrafting, the diagnosing and identifying later, but right now, just be open to it, see how it's tilting nervously into the wind, try to see the colour, the unchancy shape – hold it in your head, bring it home intact.

Right now – do nothing – just be open to the patient – notice them and hold them in your head. Don't start to analyse – to diagnose – too soon.

And it is Zbigniew Herbert, the great Polish poet who reminds us of our responsibility to those who are sometimes the most difficult to pay attention to – to listen to – to notice:

His only weapon was abuse, the rebellion of the helpless – without hope but precisely because of that, deserving admiration and respect.⁷

Thinking

Do nothing – stop and think instead. Does this patient need a diagnostic label – will it really help them? What sort of care would be right for them – at this time and in this place?

The German philosopher Hans Georg Gadamer reminds us just how serious this task of thinking is:

Thinking is the dialogue of the soul with itself. This is how Plato described thinking, and this means at the same time that thinking is listening to the answers that we give ourselves, and that are given to us, when we raise the question of the incomprehensible.⁸

The legacy of the well-intentioned emphasis on the evidence base of medicine has been the proliferation of guideli-

nes which were designed to provide guidance but, abetted by a multitude of subtle pressures and the indiscriminate, and distinctly unsubtle, incentives of performance-related pay, have been slowly transmogrified into tablets of law that make it all too easy to DO without pausing to think.

Waiting

Doing nothing but having the courage sometimes to wait – to use time as both a diagnostic and a therapeutic tool – to see what nature does – to wait and see. These are essential skills of the art of doing nothing that are profoundly important if we are not to fall into the seductive traps of overdiagnosis and overtreatment.

The importance of waiting is captured in one of the poems by the New Zealand doctor and poet Glen Colquhoun:

Increasingly sophisticated methods of divination used in the practice of medicine

*By observing a rooster pecking grain.
By the various behaviours of birds.
By balancing a stone on a red-hot axe.
By the shape of molten wax dripped into water.*

*By the pattern of shadows cast onto plastic.
By the colour of paper dipped in urine.
By the growing of fresh mould in round dishes.
By the magnification of blood.*

*By the alignment of electricity around the outside of the heart.
By the rise in a column of mercury.
By timing exactly the formation of clots.
By the examination of excrement.
By the placement of sharp needles underneath the skin.
By tapping the knee with a hammer.
By the bouncing of sound against a full bladder.
By the interpretations of pus.*

By the attractions of the body to

strong magnets.

*By the characteristics of sweat.
By listening carefully to the directions of blood.*

By waiting to see what happens next.⁹

Waiting to see what happens next is indeed the most sophisticated method of diagnosis and, in the face of the ever increasing availability of expensive and intimidating technology; we would do well to remember this.

Being present

Doing nothing but simply being present – there with the patient – and bearing witness so that the old adage is reversed and becomes: 'Don't just do something, stand there.'

In *A fortunate man*, which is for me the best book ever written about general practice, John Berger writes:

He does more than treat them when they are ill; he is the objective witness of their lives.¹⁰

And John and Bogdana Carpenter, responsible for the English translations of many of Zbigniew Herbert's poems, write:

Our own freedom and our very reality depend upon the accuracy with which we are able to perceive the suffering around us, to bear witness to it, and to revolt against it.¹¹

This doing nothing while witnessing suffering precedes the action of revolting against it and in general practice that action is our responsibility for advocacy. We have an obligation to speak out for those who have no voice and to describe to politicians and policy-makers, as often as we can, how their policies play out in the realities of daily life for those struggling with relative deprivation in an unequal society.

Inadequate housing, homelessness, and family poverty are structural issues but are no less amenable to intervention than the health conditions they engender. The

way they differ is in the type of intervention required. Advocacy is structural therapeutics.¹²

In June, I had the wonderful privilege and good fortune of attending a seminar in Rosendal in Norway entitled: 'The nature of humans and the goals of medicine'. At the seminar, I met a young doctor working in interventional cardiology who I had first met when she was a medical student at a similar seminar 8 years ago. She is also a brilliant musician and, for this seminar, she had written a piece of electronica music that she played for us. It had a repeating line in the manner of electronic:

'I know I can see you through this.'¹³

As this phrase repeated in the music, I slowly realised how different this statement is from the more usual 'I know I can help you with this' and the difference is about witnessing and about being there when there is little help to be had. It is an offer of companionship, of solidarity and a promise not to run away. It is part of the art of doing nothing.

Arthur Kleinman, the American anthropologist and psychiatrist, says something similar:

...empathic witnessing... is the existential commitment to be with the sick person and to facilitate his or her building of an illness narrative that will make sense of and give value to the experience. This I take to be the moral core of doctoring and of the experience of illness.¹⁴

And Charles Rosenberg, Professor of the History of Medicine at Harvard, asks:

How does one manage death – which is not precisely a disease – when demands for technological ingenuity and activism are almost synonymous with public expectations of a scientific medicine?¹⁵

Pointing out the excess of doing in

modern medical care and perhaps the deficiency of witnessing.

Samuel Beckett understood more about futile doing than most. He is described by the literary critic Christopher Ricks as:

The great writer of an age which has created new possibilities and impossibilities even in the matter of death. Of an age which has dilated longevity, until it is as much a nightmare as a blessing.¹⁶

In *Malone dies*, Beckett writes:

And when they cannot swallow any more someone rams a tube down their gullet, or up their rectum, and fills them full of vitaminized pap, so as not to be accused of murder.¹⁷

This was written more than 60 years ago and it is frightening to consider how much truer it has become over the intervening years.

'I know I can see you through this' is the commitment doctors can make to the dying when doing has become futile and even cruel. Simply being there and bearing witness is never futile.

Preventing harm

Finally – doing nothing and thereby preventing harm. The importance of this was emphasised in a paper published in the Archives of Internal Medicine earlier this year which came to a somewhat unexpected conclusion.¹⁸

In a nationally representative sample, higher patient satisfaction was associated with less emergency department use but with greater inpatient use, higher overall health care and prescription drug expenditures, and increased mortality.

In a commentary on this research paper, Brenda Sirovich from the Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice noted that:

Practicing physicians have learned – from reimbursement systems, the

medical liability environment, and clinical performance scorekeepers – that they will be rewarded for excess and penalized if they risk not doing enough.¹⁹

She mentioned a study she had done with her colleagues Steve Woloshin and Lisa Schwarz in which they found that nearly half of US primary care physicians believed that their own patients were receiving too much medical care.²⁰ This somehow exemplifies this statement from Vladimir Nabokov:

The lovely thing about humanity is that at times one may be unaware of doing right, but one is always aware of doing wrong.²¹

I don't think that we in Europe are quite as bad as the Americans in this but we are not far behind and we too know that we are doing too much.

Brenda Sirovich also tells the story of Joseph Epstein, an American essayist, short story writer, and editor. On his 60th birthday, feeling perfectly well, he promised his wife that he would go for a medical check-up. He felt perfectly well, was not overweight, ate a healthy diet, exercised regularly and had not smoked for 20 years. He went for his check-up, had a normal ECG and had blood taken. His total cholesterol was normal but his HDL level was low. This was the only abnormality. In short order he was referred for a stress test, an angiogram and a CABG. He went from feeling perfectly well to having a huge scar, feeling traumatised, vulnerable and weak and wondering whether he would ever recover his previous sense of well-being. We know all this because he wrote about it in the New Yorker in an article entitled 'Taking the Bypass – a healthy man's nightmare'.²² The truly remarkable thing is his conclusion:

In the long view, I know I have to count myself lucky.

And he expresses himself grateful to his excellent doctors. As Sirovich points

out, 'Satisfaction with seemingly adverse outcomes of potentially excessive medical care appears to be the norm.' But remember where we started this – higher patient satisfaction is correlated with increased mortality.

About 15 years ago, at a research conference, I heard a nurse reporting on a qualitative study of nurses' feelings when they are asked to try to persuade parents to accept infant vaccination. Her finding was a clear conclusion that the nurses thought that a crime of omission causing potential harm to an unvaccinated child was somehow less than a crime of commission – precipitating serious side effects by giving the vaccination. Doing nothing was felt to be less bad than doing something that went wrong. Active harm is worse than passive harm.

Joseph Epstein's story suggests that this has been turned completely upside down – as doctors, we seem to have persuaded ourselves that commission is now much less bad than omission. We seem trapped in an uncontrolled positive feedback loop with doctors convinced they are doing the best for their patients and grateful and satisfied patients feeling that somehow their lives have been saved. It is surely time to step back and reconsider the virtues of doing nothing before the harms multiply and healthcare becomes exponentially more expensive than it already is.

Conclusion

Doing nothing is preferable to leaping to conclusions; applying inappropriate or premature labels; medicalising ordinary human distress; and instigating futile or ineffective treatments. Yet, while aspiring to the undoubted benefits of the art of doing nothing, we must also take heed of the warning from Aimé Césaire, the great francophone poet from Martinique:

*Beware, my body and my soul, beware above all of crossing your arms and assuming the sterile attitude of the spectator, because life is not a spectacle, because a sea of sorrows is not a proscenium, because a man who cries out is not a dancing bear.*²³

So let us cultivate the art of doing nothing but never allow ourselves to take refuge in the sterile attitude of the spectator. ■

Dit is een dubbelpublicatie. Het oorspronkelijke artikel zal verschijnen in januari 2013 in de *European Journal of General Practice*. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

REFERENCES

- 1 Bauman Z. Alone again: ethics after uncertainty. London: Demos, 1994.
- 2 Midgley M. Science and Poetry. London: Routledge, 2001.
- 3 Williams WC. Old Doc Rivers, 1932. In Williams WC. The doctor stories. New York: New Directions Books, 1984.
- 4 Schrödinger E. Nature and the Greeks. Cambridge: Cambridge University Press, 1954.
- 5 Williams WC. The Practice. In Williams WC. The doctor stories. New York: New Directions Books, 1984.
- 6 Jamie K. Findings. London: Sort of Books, 2005.
- 7 Herbert Z. King of the Ants: mythological essays. New York: WW Norton & Co, 1999.
- 8 Gadamer H-G. The enigma of health. The art of healing in a scientific age. Stanford: Stanford University Press, 1996.
- 9 Colquhoun G. Playing God: poems about medicine. London: Hammersmith Press Limited, 2007.
- 10 Berger J, Mohr J. A fortunate man. Harmondsworth: Allen Lane The Penguin Press, 1967.
- 11 Carpenter J, Carpenter B. Introduction to Herbert Z. Report from the besieged city and other poems. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 12 Roberts I. Deaths of children in house fires. BMJ 1995;311:1381-2.
- 13 Aase Schaufel M. Sick Sinus. On CD appearing, Ischaemia Records, 2009.
- 14 Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books, 1988.
- 15 Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual. Milbank Q 2002;80:237-60.
- 16 Ricks C. Beckett's dying words. The Clarendon lectures 1990. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- 17 Beckett S. Malone dies. 1951. London: Penguin Books, 1962.
- 18 Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. Arch Intern Med 2012;172:405-11.
- 19 Sirovich BE. How to feed and grow your health care system. Arch Int Med 2012;172:411-3.
- 20 Sirovich BE, Woloshin S, Schwartz LM. Too little? Too much? Primary care physicians' views on US health care: a brief report. Arch Intern Med 2011;171:1582-5.
- 21 Nabokov V. The assistant producer (1943). In Nabokov V. Nabokov's Dozen. London: Penguin Books, 1990.
- 22 Epstein J. Taking the bypass: a healthy man's nightmare. New Yorker 1999;75:58-63.
- 23 Césaire A. Return to my native land, (1939, 1956). Harmondsworth: Allen Lane The Penguin Press, 1969.

'Je moet het depressieve ouderen zelf gaan vragen'

Alweer een jaar geleden promoveerde Gerda van der Weele op haar proefschrift *Depressive symptoms at old age. Proactive management in general practice*. Haar onderzoeksartikel treft u elders in dit nummer aan (zie pagina's 548-552). In een interview vertelt ze over haar onderzoeksbevindingen en gaat ze in op enkele interessante stellingen bij haar proefschrift.

Papier schuiven

Van der Weele heeft al een lange staat van dienst achter de rug – onder meer bij de NHG-afdeling Richtlijnen en Wetenschap – als zij begint aan haar promotieonderzoek. Hoe is dat zo gelopen? 'Bij de ontwikkeling van standaarden ploeg je altijd heel veel wetenschappelijke literatuur door en dat begon te trekken. Ik wilde zelf ook onderzoek gaan doen en me een poos in één ding kunnen verdiepen in plaats van me steeds kriskras met allerlei onderwerpen bezig te houden. Ik werkte bovendien korte tijd bij ZonMw, als het ware tussen beleid en onderzoek in, en

ging me daar een beetje een "papier-schuiver" voelen. Zo kreeg ik steeds meer zin in een eigen promotieonderzoek. Ik kreeg die kans doordat Pim Assendelft – die ik had leren kennen als voormalig hoofd van de NHG-afdeling Standaardenontwikkeling – hoogleraar werd in Leiden. Hij haalde me op een gegeven moment naar Leiden omdat er subsidie was verkregen op enkele onderzoeksaanvragen. Ik mocht kiezen en zo kwam ik bij dit onderwerp. Het onderzoeksvoorstel was al geschreven, voortkomend uit de Leiden 85+ Studie. Daarin zijn ongelooflijk veel gegevens verzameld, maar hieruit vloeiden ook weer nieuwe vragen voort. Dit onderzoeksvoorstel was daarop gebaseerd.'

Angst en depressie

In Leiden 85+ waren onder meer gegevens verzameld over angst en depressie bij ouderen en de hypothese was dat die klachten elkaar versterken als ze gecombineerd voorkomen. Van der Weele toetste die hypothese in het eerste deel van haar onderzoek. 'Het ligt zo voor de hand om te denken dat het moeilijker is om met de combinatie van deze klachten om te gaan. En al kun je erover twisten of angst- en depressiesymptomen sterk van elkaar verschillen, we hebben toch dat onderscheid gemaakt op basis van de DSM-criteria. Uit mijn analyse van de gegevens bleek echter dat angst- en depressie elkaar op hoge leeftijd niet erg versterken, al kun je – gezien de omvang van de patiëntengroep – geen heel robuuste conclusies trekken.'

Heeft Van der Weele een verklaring voor deze onverwachte uitkomst? 'We konden daar hooguit over speculeren. Een idee was dat het bij ouderen vaak gaat om gegeneraliseerde angst en wellicht zijn de momenten die deze angst oproepen op hoge leeftijd wat gemakkelijker te vermijden.'

Geen zin in hulp

Het was niet het enige aspect van het onderzoek dat anders uitpakte dan van tevoren was gedacht. In het 'eigen' onderzoeksdeel van Van der Weele includeerde zij ouderen die bij screening

naar voren kwamen met depressieve symptomen. Zij werden per praktijk ingeloot in een interventiegroep die *stepped care* kreeg en een controlegroep die *usual care* kreeg. In de interventiegroep vroegen we de huisartsen hun patiënten te motiveren voor verwijzing naar de GGZ. Hier vonden één à twee intakegesprekken plaats. Van der Weele: 'De kern van de interventie was echter dat de ouderen de cursus "In de put, uit de put" zouden volgen, maar veel mensen wilden dat niet. Zo'n 83% liet zich wel naar de GGZ verwijzen, maar slechts 19% wilde uiteindelijk naar de cursus. Dat was veel minder dan verwacht. We zijn daarom zowel de jageggers als de neezeggers zelf gaan vragen naar hun overwegingen. Dit was vrij vroeg in het onderzoek, dus in totaal ging het toen om 23 mensen, onder wie 5 jageggers. Die laatsten bleken allemaal zelf erkend te hebben dat ze eenzaam of depressief waren. Bovendien trokken elementen uit het aanbod in de groepscursus hen aan. Dat groeps-element bleek soms een bezwaar te zijn; uiteindelijk volgden twee mensen zelfs een individuele cursus.'

De neezeggers gaven daarentegen vrijwel allemaal aan dat ze zich helemaal niet depressief of eenzaam voelden. En, zoals gezegd, vaak hadden ze geen zin om in een groep mee te draaien, want veel ouderen zien hun leeftijdsgenoten als zeurpieten. Of ze voelden zich te oud om nog aan een cursus deel te nemen of om nog te veranderen. Of ze hadden het al druk met de behandelingen voor andere kwalen. En omdat het zo moeilijk was om de groepen vol te krijgen, konden we ook niet zeggen dat als het op dinsdag niet lukte ze maar op donderdag moesten komen.'

Rol van de huisarts

De huisartsen van de interventiegroep is gevraagd of een positieve uitslag op de screening bij individuele patiënten voor hen als een verrassing kwam én of ze dachten dat de patiënten iets bij de interventie te winnen hadden. 'Meestal waren huisartsen niet verbaasd als een patiënt een positieve uitslag had, maar



ze waren soms ambivalent over de zin van de interventie. Vooral als ze zelf al van alles hadden geprobeerd zonder resultaat, dachten ze dat het nu ook weer niets zou worden. Het is dus de vraag hoe motiverend een gesprek met de huisarts dan nog is. Voor ons bleef dat een *black box*; we weten niet hoe die gesprekken verliepen, maar het was natuurlijk een cruciaal moment in het traject. Misschien ging het af en toe wat kort door de bocht. Soms duurde het ook lang voor huisartsen uit de interventiegroep alle betreffende patiënten hadden benaderd.'

Niet beter af bij interventie

Een laatste verrassing leverde het onderzoek op toen het ging om het effect van de interventie. Bij de meting na een half jaar bleken de depressie-symptomen van de patiënten uit de interventiegroep minder verbeterd dan bij de groep die *usual care* ontving. Na een jaar waren er geen verschillen meer tussen beide groepen. Van der Weele nuanceert: 'Bij het grootste deel van de patiënten is de interventie maar heel summier geweest, namelijk een gesprek met de huisarts en één à twee intakegesprekken. Maar ook bij de kleine groep patiënten die de cursus "In de put, uit de put" volgde was geen verschil aantoonbaar, althans niet op de eindmaat. We hebben die eindmaat weliswaar met zorg gekozen, maar deze was ontwikkeld binnen de psychiatrie, dus voor patiënten met veel ernstiger klachten. Als de klachten niet zo ernstig zijn, kun je ook niet zo veel verbetering boeken.'

Aloud luisterend oor

Van der Weele praktiseert niet meer als huisarts, maar was dat wel het geval geweest, hoe zou zij dan – gezien de uitkomsten van haar onderzoek – haar eigen oudere patiënten met depressieve klachten benaderen? 'Ik zou het aloude luisterende oor bieden. De meeste ouderen hebben hun huisarts heel hoog zitten. Als die echt probeert mee te denken over de behoeften van de patiënt, dan is die daar al erg mee geholpen. Dat is een kwestie van veel vragen stellen.

Het is goed om ons als huisarts te realiseren dat we niet alles kunnen oplossen, of dat de behoeften van patiënten op een ander vlak kunnen liggen dan waar wij aan denken. Soms moet je heel praktisch zijn, bijvoorbeeld bekijken hoe iemand zijn isolement kan doorbreken.'

Screening van hulpbehoefte

Enkele stellingen bij het proefschrift nodigen uit tot discussie. Bijvoorbeeld: 'Screening op depressieve symptomen zonder daarbij de behoefte aan hulp na te gaan, is bij ouderen niet doelmatig.' Kan Van der Weele dit toelichten? 'Mensen die meedoen aan een screening op uitnodiging van hun huisarts, doen dat misschien omdat ze tegen hem of haar geen nee willen zeggen. Maar dat zegt niets over hun motivatie om over hun depressieve klachten na te denken, laat staan daar iets aan te doen. Bovendien is de uitslag van screening niet heilig; die geeft hooguit een indicatie van klachten en de ernst daarvan. Ik denk dat het veel efficiënter is om ten tijde van de screening al direct na te gaan of er een hulpbehoefte is. Dan confronteer je de patiënten niet met een hulpaanbod waarop ze niet zitten te wachten.'

Kwantitatief én kwalitatief

Een andere stelling luidt: 'Kwalitatief onderzoek, verricht naast kwantitatief onderzoek, verdiept het inzicht in de kwantitatieve resultaten en is een verrijking voor de onderzoeker.' Is dit een opvatting die Van der Weele in haar eigen onderzoek heeft toegepast? 'Ja, op het moment dat we mensen zelf zijn gaan vragen naar hun motieven. We hadden een hele hoop gegevens verzameld, allemaal getallen, maar hoe je die moet interpreteren blijft hypothetisch. Dus hielden we interviews met de patiënten. Die bevestigden vaak wat we vermoedden, maar het was goed om te horen wat ze zelf te vertellen hadden. Dat leverde een schat aan informatie op over de vragen van de lijst en over de keuze om wel of niet een interventie te willen. Maar ook op wetenschappelijk gebied is het een heel andere methode. Volgens mij kan kwantitatief en kwali-

tatief onderzoek elkaar echt versterken. Als je heel veel data moet interpreteren stuit je op zo veel vragen die je niet uit je gegevens kunt halen. Mijn promotieonderzoek is nu dan ook gevolgd door een nieuw kwalitatief onderzoek.'

Maatwerk in stukjes

Een derde stelling luidt: 'Hulpverlening bij complexe problematiek is maatwerk, wat ver uitstijgt boven het gecombineerd toepassen van medisch-inhoudelijke richtlijnen over enkelvoudige aandoeningen.' Is dit niet opmerkelijk uit de mond van een richtlijnontwikkelaar van het NHG? 'Juist niet! Bij het maken van standaarden worstelen we er vaak mee hoe je handvatten kunt geven voor complexe problematiek, vooral bij patiënten op hoge leeftijd met een opeenstapeling van aandoeningen. Het is dan een hele kunst om niet alleen deelgebiedjes te behandelen. Tegenwoordig kijken klinisch gerieters naar het geheel, en apothekers werken met medicatiebewakingssystemen. Maar bovenal wordt de huisarts zelf geacht maatwerk te leveren en dat is lastig te vatten in standaarden. Natuurlijk beseffen we binnen de afdeling best dat we steeds kleine stukjes beschrijven.'

Na de promotie

Vaak ontstaat een onwennige luwte in de agenda als een promotieonderzoek is afgerond. Hoe was dat voor Van der Weele? 'Vorig jaar was ik betrokken bij het kwalitatieve onderzoek dat op mijn promotieonderzoek volgde. Hierin wordt naar de percepties van de patiënten gevraagd die bij de screening op depressieve klachten "ja" of "soms" hadden geantwoord. Wat hadden ze daarmee bedoeld? Om welke klachten ging het? Maar ook of ze behoefte hebben aan hulp en, zo ja, welke? Maar sinds 1 september ben ik senior wetenschappelijk medewerker Richtlijnontwikkeling geworden bij het NHG en mijn bijdrage aan dat onderzoek heb ik toen stopgezet.' ■

Ans Stalenhoef



De openingszin

Spreekuur draaien als huisarts-in-opleiding voelt soms net als speed-daten. Iedere 10 minuten krijg ik een onbekende voor me die ik in beperkte tijd zo goed mogelijk probeer te leren kennen. Het is zaak hem of haar zo snel mogelijk te doorgronden om een op de persoon toegespitst beleid te kunnen voeren. De spanning en onzekerheid die je bij een eerste date kunt voelen, ervaar ik regelmatig ook in mijn werk. Met name de openings- en afscheidszinnen zijn dan moeilijk.

Het begint al bij het binnenroepen van de patiënt. Als ik hem vanuit de wachtkamer naar de spreekkamer begeleid, is daar die ongemakkelijke stilte. Het liefst zou ik meteen to the point willen komen en vragen waar hij voor komt. Gezien ons beroepsgeheim is het echter niet verstandig de wachtkamer deelgenoot te maken van iemands kwaal. Dus probeer ik die ongemakkelijke meters op te vullen met algemeen geaccepteerde en daardoor wat flauwe opmerkingen. Met stip op één staat hierbij een praatje over het weer. Of het nu een prachtige dag vol zonneschijn is of juist een koude regendag waarop zelfs mijn niet-reumatoïde gewrichten opspelen, iedereen maakt graag zijn mening kenbaar over het weer.



Een stuk lastiger vind ik de zoektocht naar de beste zin om het gesprek in de spreekkamer te openen. De standaardvraag 'Wat kan ik voor u doen?' geeft mij het gevoel dat ik aan het werk moet terwijl de patiënt degene met het probleem is. Ik heb verschillende openingszinnen geprobeerd, zoals 'Waar komt u voor?' en 'Wat is het probleem?', maar bij geen van alle voelde ik me op mijn gemak, en waarschijnlijk de patiënt ook niet.

Dan het afscheid. In de huisartsenpraktijk stuur je patiënten weg met een medisch advies, en hoop je dat je hem niet meer terugziet. Dat is immers (meestal) een teken dat de behandeling aanslaat. Aanvankelijk gebruikte ik aan het eind van mijn consulten vaak de woorden 'Tot ziens'. Inmiddels zijn deze al omgevormd tot het grappende 'Liever niet tot ziens'. Hier voeg ik ter verduidelijking dan aan toe dat ik de mensen zeker graag nog eens zie, maar niet voor een medisch probleem. Liever op een zaterdagmiddag in de supermarkt bijvoorbeeld. Hoewel... Ik moet er niet aan denken die ene patiënt met morbidite obesitas tegen te komen bij het chipsrek. Zul je zien dat hij zo succesvol is afgevallen dat hij zichzelf eenmalig belooft met een bescheiden zakje paprikachips light, wordt hij 'betrappt' door zijn huisarts.

Voor het afsluiten van het consult moet het dus wat anders zijn dan '(Liever niet) tot ziens'. Een consult verschilt daarin dan toch van een date. De verhouding is niet gelijkwaardig. In het consult ben ik de professional en komt de patiënt met een hulpvraag bij mij. Dan volstaan andere afsluitzinnen. Ik merk dat ik geneigd ben juist bij het afscheid nog even mijn advies te herhalen, met name dat de patiënt aan de bel moet trekken wanneer het slechter gaat. Mezelf indekken eigenlijk. Die afsluiting verloopt echter vaak nogal rommelig. Momenteel houd ik het neutraal en wens ik iedereen sterkte, het beste of succes.

Het moeilijkste blijft die eerste zin, de

openingszin. Niet voor niets zijn hier hele boekwerken aan gewijd. Ik denk dat het voor een huisarts goed is te beseffen dat een bezoekje aan de dokter voor veel mensen spannend blijft. Het is aan ons de patiënt op zijn gemak te stellen en daarvoor mogen we best wat inspanning leveren. Juist bij het creëren van een ontspannen sfeer is die moeilijke openingszin uitermate belangrijk. De laatste tijd kies ik daarom vaak voor 'Vertel...', gevolgd door een stilte. Die stilte duurt voor mijn gevoel ongelooflijk lang maar de patiënt krijgt de ruimte en voelt zich gehoord.

Maar ik blijf zoekende naar die ene, nog betere zin. Ik ben gelukkig in opleiding en heb nog enkele jaren (met veel speeddates) voor de boeg om er een te vinden die goed bij me past en waarbij de patiënt zich op zijn gemak voelt. Welke zin het wordt, laat ik nog even open. ■

Sophie van der Voort

Rectificatie

In H&W 10 van dit jaar verscheen de column 'Oefenen voor dokter' van Sophie van der Voort. Daarbij is ten onrechte niet vermeld dat deze eerder is gepubliceerd in *Op één lijn*, het blad van het UMCM (voorjaar 2012, nr. 42). Onze excuses voor deze onvolkomenheid.
De redactie

Sophie van der Voort is eerstejaars aios.



KENNISTOETS: VRAGEN

Mevrouw Berdien, 42 jaar, bezoekt de huisarts wegens langdurige en overvloedige menstruaties. Zij heeft een intramuraal myoom. Bij vaginaal toucher voelt de huisarts een licht vergrote uterus. Mevrouw Berdien vraagt of een hormoonspiraaltje een goede oplossing voor haar klachten is. De huisarts antwoordt, in begrijpelijke termen, dat een levonorgestrel bevattend spiraaltje bij haar gecontraïndiceerd is vanwege de aanwezigheid van het myoom.

1. Dit argument van de huisarts is correct.

De huisarts wordt op het telefonisch spreekuur gebeld door de heer Ocken, 56 jaar en allergisch voor doxycycline. De heer Ocken klaagt over onafgebroken hikken sinds een dag. Gisteren heeft de huisarts bij hem een longontsteking gediagnosticeerd en hem amoxicilline voorgeschreven. De heer Ocken vraagt aan de huisarts hoe hij aan deze hikkklachten komt. De huisarts antwoordt dat de hik waarschijnlijk wordt veroorzaakt door (1) de longontsteking en/of door (2) de voorgeschreven medicatie.

2. De oorzaak genoemd na 1 is correct.

3. De oorzaak genoemd na 2 is correct.

De heer Engelsman, 76 jaar, komt op het spreekuur omdat hij sinds een maand een knobbeltje aan de rand van zijn linkeroorschelp heeft. Hij wordt er elke nacht aan herinnerd, omdat (1) het knobbeltje pijn doet als hij erop gaat liggen. Bij inspectie ziet de huisarts een huidkleurige papel, (2) ongeveer 1,5 cm groot. De huisarts stelt de diagnose chondrodermatitis nodularis helices. Bij deze diagnose past/passen:

4. de leeftijd van patiënt;

5. de klachten na 1;

6. de grootte na 2.

Mevrouw Van der Weide, 56 jaar, bezoekt het spreekuur van de huisarts. Zij is sinds drie maanden onder behandeling bij een bekkenbodetherapeut in verband met stressincontinentie voor urine. Volgens deze therapeut traint mevrouw Van der Weide goed. De oefeningen hebben echter nog geen effect gehad. Mevrouw Van der Weide is teleurgesteld en vraagt of medicijnen haar kunnen helpen. (1) De huisarts beaamt dit en schrijft oestrogenen voor vaginaal gebruik voor. De huisarts adviseert de bekkenbodem oefeningen voort te zetten omdat (2) het effect na drie maanden nog niet te beoordelen is.

7. De informatie en behandeling na 1 is correct.

8. De informatie na 2 is correct.

De huisarts en aios zijn op huisbezoek geweest bij mevrouw Van Doorenmalen, 63 jaar, die lijdt aan ernstige COPD, Gold IV. Omdat ze met de maximale inhalatiebehandeling slechts een zuurstofsaturatie van 85% behaalt en erg moe blijft, wil de longarts bij haar een onderhoudsbehandeling met zuurstof thuis (OZT) starten. In een leergesprek komt nu de positieve bijdrage van zuurstofbehandeling bij deze patiëntengroep aan de orde. De huisarts geeft aan dat adequate onderhoudsbehandeling met zuurstof thuis bij de groep patiënten waartoe mevrouw Van Doorenmalen hoort, de volgende bewezen effecten heeft:

- 1) een vertraging in achteruitgang van de longfunctie;
- 2) een toename van de levensverwachting.

9. De uitspraak van de huisarts na 1 is correct.

10. De uitspraak van de huisarts na 2 is correct.

De antwoorden staan op pagina 592.

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.

Alcoholprobleem ter sprake brengen

INLEIDING

Alcohol is een belangrijke oorzaak van trauma, ziekte, voortijdig overlijden en sociale problemen. In Noorwegen neemt de laatste jaren de consumptie toe: van 4 liter naar 6,7 liter pure alcohol per hoofd van de bevolking (in Nederland is de consumptie al jaren 8 liter). Daarom werd onderzocht hoe en wanneer huisartsen alcoholproblemen ter sprake kunnen brengen en wat de gevolgen daarvan zijn.¹ Systematische literatuuronderzoeken laten zien dat screening en korte interventie (SKI) in de eerste lijn effectief zijn, in ieder geval voor mannen. SKI betekent algemene screening van iedere patiënt op problematisch alcoholgebruik en vervolgens aanbieden van een interventie. Maar past dit in de huisartsenpraktijk? Verstoort dit de arts-patiëntrelatie niet? Huisartsen zien behandeling van een alcoholprobleem wel als hun taak maar preventie niet.

ONDERZOEK

Design Twee Noorse huisartsen interviewden eenmalig twee focusgroepen van 6 en 7 huisartsen in de regio Stavanger, 8 vrouwen en 5 mannen. Zij vroegen naar specifieke situaties waarin de arts het gesprek over alcohol begon, naar succesverhalen en mislukkingen.

Analyse De gesprekken werden opgenomen en omgezet in verbatim. Analyse volgens systematische tekstcondensatie leverde in een aantal groepen items op die werden samengevat in begrippen en concepten.

Resultaten Redenen om op eigen initiatief over alcohol te beginnen waren: voorgevoel, ongeruste familieleden, recente ernstige incidenten of routinevragen bij hypertensie, keuringen of kennismaking met nieuwe patiënten (hierbij gefaciliteerd door het elektronisch patiëntendossier). Artsen vonden deze routinevragen over alcoholgebruik niet problematisch, maar directe confrontatie wel, bijvoorbeeld door de angst dat de patiënt niet meer terugkomt en doorgaat met drinken. Als de arts-patiëntrelatie goed was, durfden de artsen duidelijker te zijn.

Het vermoeden van een alcoholprobleem ontstond als patiënten zich bij herhaling ziek melden, afspraken afzeggen of de schone schijn ophouden. Verscheidene artsen vonden het moeilijk om naar alcoholgebruik te vragen als ze wisten dat de patiënt een moeilijke tijd doormaakte. In plaats daarvan vroegen zij bij voorbeeld naar angst of depressie en bij bevestiging daarvan of alcohol de symptomen verlichtte.

Familieleden moesten er toestemming voor geven dat hun zorgen rechtstreeks aan de patiënt werden meegedeeld. Na ziekenhuisbehandeling bespraken de huisartsen het alcoholgebruik met de patiënt. De patiënten bagatelliseerden het incident vaak, maar waren soms ook opgelucht dat het probleem werd aangekaart.

De ervaren huisartsen waren bezorgd over het alcoholgebruik door jongeren, vooral meisjes, maar ze vonden het moeilijk dit te bespreken vanwege de grote discrepantie tussen gebruik en officiële aanbevelingen. Bovendien wilden ze niet moralistisch lijken.

Het is de vraag of deze overwegingen er allemaal wel toe doen, gezien de ambivalentie bij de dokters en ontwikkelgedrag, bagatellisering of ontkenning bij patiënten. Toch waren er ook succesverhalen, waarin huisartsen patiënten hadden geholpen minder te drinken en gezonder te leven.

Conclusie De huisartsen in dit onderzoek presenteerden verschillende strategieën om alcoholproblemen te ontdekken. Ze kwamen in actie op grond van symptomen, incidenten, niet-pluisgevoel of routinevragen. Ze deden geen gevalideerde screening, maar pasten pragmatische casefinding aan hun setting aan. Het zijn vooral de jongere artsen die bij nieuwe patiënten routinematig vragen naar alcoholgebruik.

INTERPRETATIE

Het onderzoek kent een aantal beperkingen: het is een kleine steekproef en het doel was alleen exploratie van strategieën om alcoholgebruik op eigen initiatief ter sprake te brengen. De ambivalentie bij artsen en patiënten is heel herkenbaar in de Nederlandse setting, evenals de gevolgde pragmatische casefinding. Over de angst de patiënt te kwetsen (en daardoor te verliezen) zegt de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik dat de meeste patiënten het niet ongewenst vinden dat de arts naar alcoholgebruik vraagt. Uiteraard dient dit op een respectvolle wijze te gebeuren. Wanneer de huisarts adviseert om minder te drinken leidt dit tot een reductie van 10 tot 16%! Een dergelijke inspanning van de huisarts kan niet tijdrovend of moeilijk worden genoemd. En de huisarts hoeft het niet alleen te doen omdat veel POH-ers met motiverende gespreksvoering zijn opgeleid en e-health of verslavingszorg steeds toegankelijker en bewezen effectief zijn geworden.² Het direct confronteren van een patiënt met een alcoholprobleem leidt niet tot gedragsverandering. Van motiverende (= motieven verhelderende) gespreksvoering is het effect op gedragsverandering wel aangetoond. Deze gespreksvoering houdt in dat de patiënt zelf beslist en dat de huisarts hem helpt zich bewust te worden van zijn eigen motieven om te (blijven) drinken of te stoppen. Het helpt om te bedenken dat bij alcohol- en leefstijlinterventies het probleem vaak wordt gedefinieerd door de helper en niet door de patiënt. ■

LITERATUUR

- 1 Gilje Lid T, Malterud K. General practitioners' strategies to identify alcohol problems: a focus group study. *Scand J Prim Health Care* 2012;30:64-69.
- 2 Mensink PAJS, Ashruf RHT, Sluiter AC, Boomsma LJ, Eberson MPH, Luijckx JJHM, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Stoorissen in het gebruik van alcohol. Huisarts Wet 2010;53: S1-5.

Acute keelpijn en de Centor-criteria

INLEIDING

In de meeste landen richten artsen zich bij de diagnostiek van acute keelpijn op de aanwezigheid van bètahemolytische groep A-streptokokken. Bij een streptokokkenkeelontsteking is penicilline effectief in het verkorten van de ziekteduur en het voorkomen van purulente complicaties, zoals een keelabces. De richtlijnen in de meeste westerse landen maken gebruik van de vier diagnostische criteria van Centor, die deze 31 jaar geleden beschreef bij 286 volwassenen (15 tot 45 jaar) die een Amerikaanse spoedeisende hulp bezochten. Nu zijn deze criteria in een ongekeerd grote populatie gevalideerd.¹ Ook kinderen en ouderen werden geïncludeerd, aangezien de Centor-criteria voor leeftijd gecorrigeerd kunnen worden [kader]. Het doel van dit onderzoek was om opnieuw te testen welke klinische parameters een groep A-streptokokkenkeelontsteking het beste kunnen voorspellen, of deze overeenkomen met de oude Centor-criteria en hoe krachtig de voorspellende waarde is.

ONDERZOEK

Design In 581 klinieken verspreid over de Verenigde Staten werden gegevens verzameld van 206.870 patiënten van drie jaar en ouder, die zich meldden met acute keelpijn in de periode 2006-2008 en bij wie een Strep A-test werd uitgevoerd. Naast leeftijd, geslacht en duur van de keelpijn werden negen klinische parameters gescoord, waaronder de vier Centor-criteria.

Uitkomst Van de 142.081 patiënten ouder dan 15 jaar had 23% een positieve Strep A-test, dat is een antigeen-antilichaam sneltest van een keelstrijk; 7% van de strep A-positieve patiënten had een Centor-score 0; 12% score 1; 21% score 2; 38% score 3 en 57% score 4. Van de 206.870 patiënten ouder dan drie jaar had 27% een positieve Strep A-test; de gemodificeerde Centor-score leverde vergelijkbare percentages op als de oude Centor-score voor patiënten ouder dan 15 jaar.

Analyse Logistische regressie wees uit dat van de negen parameters het juist de vier gemodificeerde Centor-criteria zijn die het krachtigst een positieve Strep A-test voorspelden voor patiënten ouder dan 15 jaar (AUC 0,72) en ook voor patiënten ouder dan 3 jaar (AUC 0,71).

Conclusie Dit onderzoek valideert de gemodificeerde Centor-criteria en preciseert het risico op een groep A-streptokokkenkeelontsteking bij mensen met acute keelpijn. Nestor Robert Centor, nog steeds actief aan de universiteit van Alabama, bekritiseert in het editorial het gebruikte eindpunt, een positieve Strep A-test, omdat de test foutpositief kan zijn bij kinderen wegens dragerschap. Ook kunnen andere bacteriën keelpijn veroorzaken, zoals groep C-streptokokken en *Fusobacterium necrophorum*. Daarom stelt hij voor bij de diagnostiek de Strep A-test te laten vallen en bij een gemodificeerde Centor-score van 3 of 4 antibiotica te geven, want uit andere onderzoeken blijkt dat 'zijn' criteria ook die andere potentieel pathogenen redelijk kunnen voorspellen.

Gemodificeerde* Centor-score (voor elk criterium 1 punt)

(Recente) koorts
Tonsillair exsudaat
Gezwellen drukpijnlijke voorste cervicale lymfeklieren
Afwezigheid van hoest

*Leeftijd 3-15: 1 punt erbij, leeftijd > 45 jaar: 1 punt eraf

INTERPRETATIE

Dit onderzoek en het commentaar van Centor laten zien dat de diagnostiek van acute keelpijn in de Verenigde Staten primair is gericht op de bacterie. Daar schrijven artsen meer antibiotica voor en is de resistentieproblematiek groter. De NHG-Standaard benadrukt het self-limiting karakter van de meeste keelinfecties en adviseert antibiotica met name bij patiënten die een zieke indruk maken. Daarbij zou natuurlijk een predictiemodel helpen dat de ernst van de infectie, of liever nog het effect van antibiotica, kan voorspellen, in plaats van de aanwezigheid van een bacterie.

De geteste populatie verschilt van de Nederlandse setting. Patiënten bezochten een kliniek van een nationale 'retail' gezondheidsketen, waar een 'physician assistant' of 'nurse practitioner' hen behandelde. Van de patiënten ouder dan 15 jaar had 74% een Centor-score van 0-2, duidelijk meer dan in het enige Nederlandse onderzoek (58%).² Dit suggereert dat patiënten met milde keelpijn in de Verenigde Staten eerder zorg zoeken. Verder ontbreken data over de patiënten met acute keelpijn bij wie géén Strep A-test is verricht.

Centor geeft één argument om de Strep A-test niet te gebruiken. Zweedse huisartsen geven een tweede argument: bij gebruik van de Strep A-test schreef 65% een antibioticum voor, zonder Strep A-test 64%; en bij een negatieve testuitslag schreef 40% toch een antibioticum voor.³ Omdat de CRP-test bij acute keelpijn ook onvoldoende voorspellend is, zullen we ons moeten blijven richten op het klinisch beeld van de patiënt, en kunnen de gemodificeerde Centor-criteria ons op weg helpen om die patiënten te selecteren die echt baat hebben bij penicilline. ■

LITERATUUR

- 1 Fine AM, Nizet V, Mandl KD. Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. *Arch Intern Med* 2012;172:847-52.
- 2 Dagnelie CF, Bartelink ML, Van der Graaf Y, Goessens W, De Melker RA. Towards a better diagnosis of throat infections (with group A beta-haemolytic streptococcus) in general practice. *Br J Gen Pract* 1998;48:959-62.
- 3 Neumark T, Brudin L, Mölstad S. Use of rapid diagnostic tests and choice of antibiotics in respiratory tract infections in primary healthcare—a 6-y follow-up study. *Scand J Infect Dis* 2010;42:90-6.

Huisartsenpraktijk Berent Avercamp, Vloeddijk 40, 8261 GC Kampen: dr. S. Zwart, huisarts • Correspondentie: s.zwart@home.nl



Thuisbehandeling van condylomata acuminata

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 Condylomata acuminata is een veelvoorkomende seksueel overdraagbare aandoening. Veel patiënten behandelen deze genitale wratten het liefst thuis. Zowel podofyllotoxine als imiquimod zijn hiervoor geschikt en beide behandelingen zijn bewezen werkzaam.¹ Podofyllotoxine remt de groei van cellen die zijn besmet met een humaanpapillomavirus. Imiquimod is een immuunmodulator en stimuleert het afweersysteem van de huid.

In 2004 verscheen de nieuwe NHG-Standaard Het soa-consult.² Op dat moment was er nog geen literatuur beschikbaar waarin een duidelijke voorkeur voor podofyllotoxine of imiquimod naar voren kwam. De volgende onderzoeksvraag werd vastgelegd als lacune (noot 52): Wat is de meest effectieve thuisbehandeling voor condylomata acuminata: podofyllotoxine of imiquimod?

Zoekstructuur We zochten in PubMed naar relevante RCT's met de volgende zoekterm: 'condylomata acuminata AND podofyllotoxin AND imiquimod' en met de filters 'All adult: 19+ years', 'English' en 'Dutch'.

Resultaten We vonden één RCT die een directe vergelijking maakt tussen lokale behandeling met podofyllotoxine en imiquimod. De open label trial van Komericki et al. vergeleek podofyllotoxine 0,5% oplossing met imiquimod 5% crème.³ De toepassing van podofyllotoxine bestond uit het tweemaal daags aanbrengen gedurende drie achtereenvolgende dagen per week. De behandeling werd gestopt als er geen zichtbare wratten meer waren, of na 4 weken behandelen. Het aanbrengen van imiquimod gebeurde driemaal per week totdat de wratten waren verdwenen, of na 16 weken behandelen.

De onderzoeksgroep bestond uit 51 gezonde volwassen patiënten, voornamelijk mannen. De effecten bij 45 patiënten (25 podofyllotoxine, 20 imiquimod) konden worden geanalyseerd. Er waren zes uitvallers: één in de podofyllotoxinegroep, vijf in de imiquimodgroep. Complete remissie van de wratten en bijwerkingen werden als uitkomstmaten geanalyseerd. De auteurs deelden de bijwerkingen in 4 categorieën in, waarbij erosies in combinatie met erytheem of inflammatie de ernstigste categorie vormde.

Het effect van podofyllotoxine was 72% (95%-BI 52-86%) versus 75% van imiquimod (95%-BI 53-89%). De onderzoekers von-

den geen statistisch significant verschil in effectiviteit ($p = 1$) of bijwerkingen ($p = 0,24$).

Bespreking Komericki et al. beschrijven als eersten een directe vergelijking tussen podofyllotoxine en imiquimod voor de behandeling van condylomata acuminata en dat maakt deze publicatie uniek. Alle eerder gepubliceerde trials vergeleken podofyllotoxine met placebo of imiquimod met placebo.

Er zijn echter enkele kanttekeningen bij dit onderzoek te plaatsen. De kwaliteit van het onderzoek is laag door het ontbreken van blinding van zowel patiënten als beoordelaars. Blinding van de patiënten is vrijwel onmogelijk gezien de grote verschillen in behandelingschema's. Blinding van de beoordelaars had wel eenvoudig gerealiseerd kunnen worden, door het laten beoordelen van foto's van de wratten door twee onafhankelijke onderzoekers.

Daarnaast is het onduidelijk of het aantal patiënten dat minimaal nodig is om een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit, ook daadwerkelijk werd behaald. Wanneer wij dit aantal zelf berekenen, komen wij aanzienlijk hoger uit. Te weinig patiënten in het onderzoek kan als gevolg hebben dat er te weinig 'power' is om te bepalen of er een werkelijk verschil bestaat tussen de twee behandelingen.

Ten slotte beweren de auteurs een intention-to-treatanalyse te hebben uitgevoerd, maar de betreffende tabel laat juist het tegenovergestelde zien. De zes uitgevallen patiënten worden hierin niet vermeld. Opvallend is dat de uitval voornamelijk heeft plaatsgevonden in de imiquimodgroep ($n = 5$). Dit zou veroorzaakt kunnen zijn door het lange behandelingschema of door bijwerkingen van imiquimod.

Conclusie In deze eerste directe vergelijking tussen podofyllotoxine en imiquimod lijken beide middelen even effectief te zijn voor de behandeling van condylomata acuminata. Wat betreft de bijwerkingen zijn de gegevens in het artikel minder goed te beoordelen.

Betekenis Podofyllotoxine heeft een kortere behandelduur, wat waarschijnlijk een positief effect zal hebben op de compliance, en heeft daardoor in de praktijk de voorkeur boven imiquimod. Deze keus heeft bovendien als voordeel dat de onduidelijkheid over de bijwerkingen van imiquimod nu wordt omzeild. ■

LITERATUUR

- 1 Yan J, Chen SL, Wang HN, Wu TX. Meta-analysis of 5% imiquimod and 0.5% podophyllotoxin in the treatment of condylomata acuminata. *Dermatology* 2006;213:18-223.
- 2 Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Mastboom MT, Pijnenborg L, Van Lieshout J. NHG-Standaard Het soa-consult. *Huisarts Wet* 2004;47:636-51.
- 3 Komericki P, Akkilić-Materna M, Strimitzer T, Aberer W. Efficacy and safety of imiquimod versus podophyllotoxin in the treatment of anogenital warts. *Sex Transm Dis* 2011;38:216-8.

Cafeïne nuttig als adjuvans bij acute pijn

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 Geneesmiddelen voor acute pijnbestrijding bevatten, naast analgetica als paracetamol of aspirine, vaak cafeïne. Men veronderstelt dat hierdoor het pijnstillend effect toeneemt. Cafeïne is een methylxanthine, stimuleert het centraal zenuwstelsel en heeft verschillende effecten, zoals toegenomen waakzaamheid, alertheid, doorzettingsvermogen, hartslag en bloeddruk. Daarnaast zou cafeïne een psychostimulerend effect hebben. Er was tot nu toe onvoldoende bewijs of cafeïne het effect van een analgeticum versterkt.

Klinische vraag Heeft cafeïne, als aanvulling op een enkelvoudige dosis analgeticum, een bijkomend pijnstillend effect bij acute pijn?

Conclusie auteurs De toevoeging van cafeïne aan een gebruikelijke dosis pijnstiller, geeft een kleine, maar belangrijke toename van het aantal patiënten (10%) dat een goede pijnstilling ervaart (RR 1,1; 95%-BI 1,08-1,2; NNT 16; 95%-BI 11-27).

De meeste onderzoeken richten zich op acute pijnepisodes, zoals postoperatieve tandpijn, postpartumpijn en hoofdpijn, en bestuderen paracetamol of ibuprofen in combinatie met cafeïne (dosis van 100 tot 130 mg). Een cafeïnedosis van 100 mg of meer blijkt effectiever (RR 1,2; 95%-BI 1,07-1,30; NNT 10), onafhankelijk van het type pijn of pijnstiller. De review omvat 19 onderzoeken met in totaal 7238 deelnemers.¹

Beperkingen Deze onderzoeken, waarvan het merendeel ouder is dan twaalf jaar, bestudeerden alleen het effect van cafeïne als adjuvans bij klassieke analgetica (paracetamol en ibuprofen). Dit is geen garantie dat hetzelfde effect opgaat voor andere analgetica. Men heeft het effect op andere soorten pijn niet kunnen evalueren. Omwille van het beperkt aantal onderzoeken bij verschillende doses cafeïne, is het niet duidelijk of cafeïnedoses > 200 mg een toenemend pijnstillend effect hebben. Het nadelige effect van cafeïnetoediening bij acute pijn kon men niet beoordelen wegens te lage aantallen in deze onderzoeken. Geen van de onderzoeken werd in de huisartsenpraktijk uitgevoerd.

COMMENTAAR

Dit goed uitgevoerde literatuuronderzoek geeft een overzicht van het belang van cafeïne als adjuvans bij veelgebruikte pijnstillers voor acute pijn. Door het gebruik van een dosis > 100 mg in combinatie met paracetamol of ibuprofen ervaren 5 tot 10% meer patiënten een goede pijnstilling. Deze resultaten zijn van belang voor de huisarts, aangezien 30% van de patiënten in de huisartsenpraktijk pijnklachten heeft en iets meer dan eenderde van hen een acute pijnepisode doormaakt.

Enkele kritische bedenkingen zijn echter wel terecht. De

review baseert zich op de resultaten van 19 gepubliceerde onderzoeken. Daarnaast zouden er nog 20 onderzoeken met in totaal 9785 deelnemers zijn waarvan de data niet beschikbaar waren, waarschijnlijk omdat deze niet openbaar zijn en toebehoren aan enkele geneesmiddelenproducenten. De auteurs berekenden dat indien deze onderzoeken geen effect zouden aantonen op de pijn, de globale resultaten ongewijzigd zouden blijven. Dit lijkt op een verregaande vorm van speculatie. Aangezien men hier uitging van postoperatieve tandpijn, postpartumpijn en hoofdpijn, valt niet te overzien wat het effect van cafeïne is op de meest voorkomende vorm van acute pijn in de huisartsenpraktijk, namelijk musculoskeletale pijn.

Naast acute pijn hebben veel patiënten ook last van chronische pijn. De huisarts speelt dan een belangrijke rol in zowel het optimaliseren van de pijnbehandeling als in het beperken van de overconsumptie van pijnstillers. Het gelijktijdig gebruiken van verschillende geneesmiddelen met telkens een ander label, al dan niet met cafeïne als adjuvans, kan verwarrend zijn voor de patiënt en leiden tot overdosering en instabiele pijncontrole. Ook voor chronische pijnbehandeling krijgen we geen duidelijk antwoord uit deze Cochrane-review.

De review beoordeelt uitsluitend het effect van cafeïne op paracetamol en ibuprofen. Andere effectieve analgetica (zoals aspirine en diclofenac) die evenzeer een klinisch nut hebben, komen amper aan bod. Verder valt de juiste dosis aan de hand van deze gegevens moeilijk te bepalen. De veiligheid en tolerantie hangen af van de dosis en de effectiviteit van cafeïnedoses boven 200 mg is niet zeker. Ter vergelijking: een kop koffie bevat tussen 60 en 150 mg cafeïne. Van een dosis van 100 mg kan men dus dezelfde gezondheidseffecten verwachten als van het (sporadisch) drinken van een kop koffie.

Ondanks deze bedenkingen komen de resultaten van deze review sterk overeen met enkele bestaande reviews die telkens een licht effect konden vaststellen van cafeïne als adjuvans in combinatie met een klassiek analgeticum.

De resultaten van deze Cochrane-review zijn niet te generaliseren naar de huisartsenpraktijk. Huisartsen kunnen cafeïne in een dosis van net boven de 100 mg aanraden als adjuvans naast paracetamol of ibuprofen voor acute pijnepisodes zoals hoofdpijn, maar voorzichtigheid is geboden bij chronische pijn en zij moeten bedacht zijn op overdosering met cafeïnepreparaten. Zolang verdere onderbouwing ontbreekt, blijft de rol van cafeïne als adjuvans bij chronische pijn echter onduidelijk. ■

LITERATUUR

- 1 Derry CJ, Derry S, Moore RA. Caffeine as an analgesic adjuvant for acute pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2012, Issue 3. Art. No.: CD009281.

KU Leuven, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Kapucijnenvoer 33 bld J, 3000 Leuven; J. Verbakel, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: jan.verbakel@med.kuleuven.be

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Onjuist

Bij vrouwen bij wie de huisarts een myoom vermoedt op grond van een vergrote uterus of bij wie intramurale myomen zijn vastgesteld met vaginale echoscopie kan, als de uterus niet fors is vergroot, zonder bezwaar een levonorgestrel afgevend spiraaltje worden geplaatst. Dit lijkt het bloedverlies even effectief te reduceren als bij vrouwen zonder myomen, maar leidt mogelijk wel tot een iets verhoogd risico op expulsie van het spiraal. De huisarts kan er ook voor kiezen deze vrouwen voor plaatsing van een spiraaltje te verwijzen naar de gynaecoloog. Onduidelijk is of het spiraaltje ook effectief is bij vrouwen met een fors vergrote uterus en bij vrouwen met in het cavum uteri uitpuilende submucieuze myomen.

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

2. Juist / 3. Onjuist

Bij persisterend en hardnekkig hikken kan grofweg een onderscheid worden gemaakt in drie groepen: organisch, psychogeen en idiopathisch. De hik wordt alleen als psychogeen of idiopathisch geduid wanneer andere oorzaken zijn uitgesloten. Bij de organische oorzaken zijn er drie mogelijkheden: oorzaken vanuit het centraal zenuwstelsel (zoals CVA, subduraal hematoom, multipale sclerose), oorzaken vanuit het perifere zenuwstelsel (prikkelingen nervus phrenicus/vagus) en andere oorzaken (zoals pneumonie, gastritis, tumoren, pancreatitis, metabolisme, infectie, sepsis, malaria, hypocalciëmie, hyponatriëmie). Medicijnen die de hik kunnen veroorzaken, zijn onder andere barbituraten, benzodiazepinen, dexamethason en methylprednisolon.

Van Heuven CG, Eekhof JAH, Knuistingh Neven A. De hik. Huisarts Wet 2006;49: 276-8.

De Graeff A, Van Bommel JMP, Van Deijck RHPD, et al, redactie. Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC), 2010.

4. Juist / 5. Juist / 6. Onjuist

Chondrodermatitis nodularis helices (CNH) is een ronde of ovale nodus tot 1 cm in diameter, die meestal op de bovenpool van de helix zit. De laesie kan huidkleurig, livide of licht erythmateus van kleur zijn, met vaak een centrale schilfer of korst. De aandoening komt het meest voor bij mannen van middelbare leeftijd of ouder en geeft pijnklachten bij druk of kou. Zonder therapie zal de CNH-laesie blijven bestaan en geleidelijk verergeren. Behandeling kan bestaan uit cryotherapie, intralesionale corticosteroiden of chirurgie.

De Groot AC, Toonstra J. Casuïstiek in de dermatologie. Deel 1. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.

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

7. Onjuist / 8. Onjuist

Het gebruik van orale en vaginale oestrogenen wordt bij de behandeling van urine-incontinentie niet langer aanbevolen. Orale oestrogenen gaven vooral negatieve effecten, voor vaginale oestrogenen ontbreekt voldoende bewijs voor hun effectiviteit. Indien bekkenbodemoefeningen na drie maanden niet tot verbetering leiden, heeft bij goede therapietrouw langer doorgaan geen zin.

Lagro-Janssen ALM, Breedveldt Boer HP, Van Dongen JJAM, Lemain TJJ, Teunissen D, Van Pinxteren B. NHG-Standaard Incontinentie voor urine (eerste herziening). www.nhg.org.

9. Onjuist / 10. Juist

Onderhoudsbehandeling met zuurstof thuis (OZT) kan tot de volgende positieve effecten leiden: toename van de levensverwachting, verbetering van kwaliteit van leven, toename van de inspanningstolerantie, reductie van het aantal opnamedagen, verbetering van het neurofysiologisch functioneren, afname van de benauwdheid. Verbetering of vermindering van achteruitgang in longfunctie is niet aangetoond.

Bindels PJE, Lammers JWJ. Longziekten. Praktische huisartsgeneeskunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.



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- & administratie-kosten)
particulieren: € 172,95, studenten: € 86,48
Prijswijzigingen voorbehouden
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Media, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernr. 32107635 op 17 juni 2010. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

ISSN 0018-7070



Mijn suukerzuster en ik

Stel nou dat we geen praktijkondersteuners zouden hebben. Hoe waren we dan omgegaan met het groeiende aantal ouderen met complexe problematiek en de toename van de zorgvraag rond chronische aandoeningen en psychische klachten? De praktijkondersteuner heeft zich in een paar jaar tijd ontwikkeld van 'suukerzuster' – zoals ze soms in mijn praktijk werd genoemd – tot een onmisbaar lid van het team. Naast diabetes neemt ze ook longziekten, CVRM en ouderenzorg voor haar rekening. Bovendien heeft de POH-GGZ haar intrede gedaan.

De huisarts houdt door dagelijks overleg zicht op de problematiek van de patiënten. Daarbij dienen zich echter knelpunten aan, zoals we ontdekten toen we praktijkondersteuners interviewden. Zij gaven aan dat ze bij de huisartsen steeds vaker kennislacunes zien, omdat die zich minder met de zorg rond chronische aandoeningen bezighouden.

Het is de vraag of de huisarts precies moet weten hoe de nieuwste insulinepen werkt. Maar hij zal in elk geval genoeg kennis moeten hebben om de praktijkondersteuner te kunnen superviseren en de huisartsgeneeskundige aanpak te bewaken.



Teamwork vraagt om een goede afstemming en een gedeelde visie. Het is dus goed om u minimaal eenmaal per jaar samen met uw praktijkondersteuner na te scholen en regelmatig nieuwe inzichten en kennis uit te wisselen.

Het NHG gaat in de nabije toekomst samen met de expertgroepen en WDH's nascholing voor huisarts en praktijkondersteuner aanbieden en organiseert mede het jaarlijkse POH-Congres. Ook zullen de NHG-website en HAweb gemakkelijker toegankelijk worden gemaakt voor praktijkondersteuners. Het bevorderen van een gefundeerde uitoefening van de huisartsgeneeskunde in de praktijk... Daar doen we het voor!

Rob Dijkstra, hoofd NHG-afdeling Implementatie

HAweb viert eerste verjaardag!

Afgelopen maand was het precies een jaar geleden dat HAweb werd gelanceerd. Inmiddels zijn er zo'n achttien duizend leden en honderden discussiegroepen actief op het online netwerk voor huisartsen. En HAweb staat niet stil! De komende maanden wordt de zoekfunctie aangepast. Bovendien

kunnen ook praktijkondersteuners en assistentes binnenkort op HAweb terecht met een eigen inlog.

HAweb dankt alle gebruikers voor het vertrouwen in het netwerk!



Nieuwe PraktijkWijzer PreventieConsult module COPD

Zoals u in het interview op de achterpagina kunt lezen, is een nieuwe NHG-PraktijkWijzer PreventieConsult module COPD ontwikkeld. De bijbehorende Risicotest is bij dit nummer van H&W ingesloten. De PraktijkWijzer kunt u bestellen via

www.nhg.org. De kosten bedragen € 11,55 voor NHG-leden en € 16,50 voor niet-leden. Bestel snel, want de eerste 300 exemplaren worden gratis verstrekt!



Het nieuwe ABCDE in kaart

Bij spoedeisende problematiek kan de huisarts met de ABCDE-systematiek in korte tijd de vitale functies van de patiënt beoordelen en zo nodig maatregelen treffen. Voorheen werd onderscheid gemaakt tussen de eerste benadering (vluchtig en snel) en de tweede benadering (grondiger en tijdrovender). Maar aiossen leren in de 'StartClass' voorafgaand aan de SEH-stage geen onderscheid te maken tussen de eerste en tweede benadering. Zo ontstond verwarring, dus besloten Huisartsopleidingen Nederland, SBOH en NHG om tot een eenduidig advies te komen. De nu beschreven ABCDE-systematiek is zowel op de SEH-post als in de huisartsenzorg toepasbaar.

Een nieuwe aanpak

In het kort komt de aanpak nu neer op het volgende.

- Pas als de *Algemene Benadering* duidelijk maakt dat het geen reanimatiesituatie betreft, start de ABCDE-systematiek.
- Bij het letter voor letter afwerken van het ABCDE wordt meteen tot inter-

ventie overgegaan als daartoe aanleiding is (*Primary Assessment*).

- Vervolgens wordt het resultaat van de interventies beoordeeld en kunnen eventueel overgeslagen ABCDE-stappen alsnog worden uitgevoerd (*Reassessment*).

Zodra de patiënt ABCDE-stabiel is of de situatie voldoende in kaart is gebracht, kan worden toegewerkt naar een diagnose.

Aangepaste producten

Bij dit nummer van H&W treft u een nieuw samenvattingskaartje aan waarop per letter van het ABCDE de meest voor de hand liggende onderzoekshandelingen en interventies zijn beschreven. Een uitgebreidere versie, waarin ook de situatie in dagpraktijk, huisartsenpost en SEH is onderscheiden, vindt u op www.nhg.org/spoed. Het NHG-cursusmateriaal wordt binnenkort aangepast of vervangen. Eventuele vragen en opmerkingen kunt u richten aan Markus Kruyswijk, huisarts en senior-wetenschappelijk medewerker NHG (m.kruyswijk@nhg.org).

Impressie van het NHG-Congres 2012:

Achttienhonderd 'nieuwe huisartsen' bijeen

In de plenaire lezingen van het congres gingen de keynote speakers in op de eigenschappen van de 'huisarts van nu en straks'. Ook was er aandacht voor de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, die de NHG-leden deze maand formeel bekrachtigen. Twee prijzen werden uitgereikt en zelfs 'heeft het onze majesteit behaagd'...! Hieronder leest u een korte impressie van het congres; een uitgebreid verslag vindt u op www.nhg.org > nieuws > NHG-nieuws uit H&W.

Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022

Generalistische, persoonsgerichte, continue zorg... Deze kernwaarden van de huisartsgeneeskunde blijven hoog in het vaandel van de huisarts staan volgens de Toekomstvisie. Hierin zijn de ambities van de beroepsgroep voor de komende tien jaar vastgelegd onder het motto *Moderniseren naar menselijke maat*.

'De patiënt heeft veel vertrouwen in zijn huisarts', aldus dagvoorzitter Rob Dijkstra, 'maar misschien gaan we daar te vanzelfsprekend van uit. We hebben dan ook goed naar de patiënt geluisterd bij de ontwikkeling van deze Toekomstvisie.' Ook is er steeds meer aandacht voor samenwerking. Steven Eijck van de LHV stelt: 'We hebben gekeken hoe we samenwerking kunnen vormgeven, uitgaande van de cruciale rol van de huisarts. De komende tijd gaan we van marktwerking naar samenwerking!'

Hoe de ambities uit de Toekomstvisie in de praktijk vorm zullen krijgen, zal mede aan de huisarts zelf liggen. Met andere woorden: 'De bal is aan u!' Dit krijgt letterlijke uitvoering als drie enorme ballen



de zaal in worden gegooid, die van hand tot hand naar achteren worden doorgegeven. Overigens spelen de aanwezigen de bal ook weer terug...

Huisarts 3.0

Jan Rotmans, hoogleraar Duurzaamheid in Transitie, stelt in de eerste lezing dat we ons in een 'kantelperiode' bevinden: 'We leggen het fundament voor een nieuw soort samenleving.' Op macroniveau doen zich velerlei crises voor, niet alleen financieel maar ook met grondstoffen, voedsel en klimaat. Op mesoniveau nemen samenlevingen steeds meer zelf het stuur in handen nemen. En op

microniveau organiseren burgers zich vaker van onderaf. Voor de samenleving zijn die crises lastig, want er is veel turbulentie: 'Maar dit biedt ook dé kans om te veranderen!' Rotmans voorspelt dat de 'chaos' nog geruime tijd zal voortduren. 'Het zelforganiserend vermogen van de samenleving neemt per week toe', stelt hij. En: 'Sturing zal niet meer top down maar bottom up worden.' Veranderingen worden ingezet door elites: de koplopers. Dat geeft strijd tussen mensen die alles willen houden zoals het was en degenen die verandering willen.

In de zorg zijn 'systeemwaarden' (waaronder doelmatigheid, controle, beheersing)

Prijzuitreikingen 2012

Jaarlijks wordt de **Casuïstiekprijs** toegekend voor de beste klinische les in H&W. Deze klinische lessen worden goed gelezen en hogelijk gewaardeerd, maar helaas worden er maar weinig aangeleverd... 'Ik wil u dan ook oproepen er meer in te sturen!', aldus hoofdredacteur Just Eekhof. De Casuïstiekprijs 2012 is toegekend voor het artikel *Streptokokken uit groep B bij zwangeren*. Auteur Margriet Folkeringa-deWijs is helaas niet aanwezig, dus de prijs is 'bij verstek' in ontvangst genomen.

Ook de **Heert Dokterprijs** wordt jaarlijks toegekend, namelijk voor het beste onderzoeksartikel in H&W. 'Dit jaar vonden we in de beoordeelde artikelen veel empirische gegevens hoe aiossen in aanraking komen met problematiek in de huisartsenpraktijk', vertelt juryvoorzitter Chris

van Weel. Hij heeft lovende woorden voor het winnende artikel: *Proactieve benadering van migraine*, dat al eerder in het Engels was gepubliceerd. Auteur Antoinette Smelt neemt de prijs in ontvangst.

Chris van Weel in het zonnetje

Chris van Weel reikte voor de laatste maal de Heert Dokterprijs uit: hij neemt op 30 november afscheid van het vak in Nijmegen. Van Weel was al hoogleraar op zijn 35^{ste}, heeft 9 professoraten in het buitenland, was voorzitter van de WONCA en nog veel, veel meer. 'Al in 1991 is hij tot Lid van Verdienste van het NHG benoemd; die eer kunnen we hem dus helaas niet opnieuw toekennen', vertelt Rob Dijkstra. In plaats daarvan dankt de zaal Van Weel voor zijn vele verdiensten voor het vak met een daverende staande ovatie.

NHG-AGENDA 2012 data

- **NHG-Agenda 2013** data
- **Triagecongres** 11 april
- **NHG-Voorjaarscongres Palliatieve zorg** 23 mei
- **NHG-Wetenschapsdag** 14 juni
- **NHG-Congres 'Help! Een spoedgeval'** 22 november

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



Congres 2013: Help! Een spoedgeval



HUISARTS EN ACUTE ZORG
22 NOVEMBER 2013 • MECC • MAASTRICHT

Yvonne Guldemans, voorzitter van de Programmacommissie 2013, vertelt: 'We zullen u tijdens dit congres over de nieuwe inzichten in de acute zorgverlening bijpraten. Maar ook kunt u uw vaardigheden oefenen en meediscussieren over de organisatie van de acute zorg. En natuurlijk wordt het ook een spetterend feest!' Het congres vindt plaats op 22 november 2013 in het MECC te Maastricht.

belangrijker geworden dan 'menswaard' (bijvoorbeeld aandacht, vertrouwen, keuzevrijheid). 'Maar zo was het nooit bedoeld!' Voor de huisarts betekent dit dat er tegenover zijn zekerheden kiemen van verandering bestaan. 'De huisarts 2.0 was al 40 jaar hetzelfde: poortwachter, regisseur enzovoort. Maar in die 40 jaar is veel veranderd; mensen leven veel gezonder en die trend zal zich voortzetten. De burger stelt aan zichzelf steeds minder eisen en steeds hogere eisen aan degenen die hem moet faciliteren.'

De tevredenheid van de burgers over de huisarts is heel hoog, maar: 'Ik zou dat niet als uitgangspunt nemen, want mensen zijn over heel veel tevreden en willen de dingen houden zoals ze zijn. Neem dus uzelf als uitgangspunt: waarom pakt u zaken aan zoals u ze doet en bent u daar zelf tevreden over?'

Rotmans besluit: 'Uw vak gaat ingrijpend veranderen, maar niemand kan u zeggen hoe, want er zijn meerdere scenario's mogelijk. Ik wens u veel succes bij het zoeken, leren en experimenteren!'

Who is afraid of the patient?

Richard Roberts, president van WONCA World, haalt in de tweede lezing Barbara Starfield aan. Haar onderzoek wijst uit dat naarmate in een land de eerstelijnszorg hoger is ontwikkeld de uitkomsten van de gezondheidszorg beter zijn, in gezondheid en mortaliteit én in de kosten.

'Als je alle richtlijnen zou volgen, komt je dag uren te kort', stelt Roberts. Patiënten willen een balans tussen professionele accuratesse en aandacht van hun huisarts. 'Access, access, access', vervolgt hij. Dan zijn er dus uitdagingen. Hij neemt een voorbeeld uit het *Patient Centered Medical Home*. 'Als je per dag vijfmaal hetzelfde zegt tegen diabetici, waarom zet je die dan niet bij elkaar en vertel je dat verhaal maar één keer?'

Het *Quality Outcomes Framework* In Engeland is volgens hem geen succes. 'Huisartsen rijden er in mooie auto's en hoeven slechts weinig uren te werken, maar de patiënten zijn ongelukkig. De huisartsen verliezen hun vaardigheden, omdat de praktijkassistente en praktijkondersteuner alles doen.

Voor succes in de toekomst zijn continuïteit en samenhang nodig. 'Je probeert als arts zoveel mogelijk terug te koppelen naar de patiënt zodat die zelf verantwoordelijk is voor zijn eigen gezondheid. Dokters kunnen het niet allemaal zelf en alleen. We hebben de gemeenschap én de patiënten nodig.'

Roberts stipt ook het 'Dutch GP paradox' aan. 'Er is veel stress en burnout onder Nederlandse huisartsen, maar de overgrote meerderheid kijkt positief tegen de toekomst aan. Zijn ze dan gek geworden? Neen, ze erkennen dat er een heleboel gaande is en dat dit veel van ze vergt.'

Het draait allemaal om de arts-patiëntrelatie, besluit Roberts. 'Maar we vertrouwen onze patiënten niet. Hoe kunt u stoppen met bang te zijn voor de patiënt? Door uzelf voor hem open te stellen. Als u ophoudt met te zien wat u verwacht en openstaat voor een nieuwe, frisse blik *amazing things can happen!*'

Datum NHG-Voorjaarscongres 2013 verschoven!

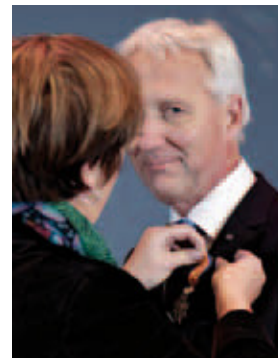
Het Voorjaarscongres vindt niet plaats op 18 april – zoals tot dusver is gecommuniceerd – maar op **23 mei 2013**. De plaats (Utrecht), het thema (Levensende en dood) en de programmaopzet ('In één dag bijgepraat door de Expertgroep

Een lintje!

Aan het eind van de dag bevestigt Annemarie Jorritsma, burgemeester van Almere, het podium. 'Er zijn al vele mooie woorden over Arno Timmermans gezegd en ik wil er graag een paar aan toevoegen.' Ze kijkt terug op zijn jaren als huisarts en zijn carrière bij het NHG. Timmermans was een pleitbezorger voor de eerstelijnszorg, ook in Europa en de rest van de wereld, en hij enthousiasmeerde jonge huisartsen. 'Evenwichtig en met een rotsvast vertrouwen.' En dan: 'Timmermans is al benoemd tot Lid van Verdienste van het NHG. En nu heeft het onze majesteit behaagd u te benoemen tot Ridder in de orde van Oranje Nassau!'

Jorritsma speldt het bijbehorende lintje op de revers van Timmermans.

Deze spreekt de zaal een laatste maal toe. 'Ik dank u voor uw vertrouwen, want daardoor heb ik mijn werk kunnen doen.' En: 'Ik blijf betrokken!'



Slotlezing en afsluiting

De slotpresentatie wordt verzorgd door Marjan Kruijer en Tim Linssen, voorzitter respectievelijk oud-voorzitter van de LOVAH. 'De jonge generatie huisartsen spant zich in om ons mooie vak goed over het voetlicht te brengen.' Deze 'generatie Y' heeft drie belangrijke thema's: transparantie, generalisme en persoonlijke continuïteit. Zij vragen zich af: moeten we al die kernwaarden meenemen naar de toekomst? 'Ja, maar misschien krijgen ze een ander jasje.'

De 'slotact' wordt verzorgd *Spur of the moment*. Suus van den Akker maakte met cartoons een filmpje waarin alle cruciale momenten van deze dag voorkomen. Onder het filmpje monteerde Perquisite muziek, samengesteld uit het prachtige gezang en zelfs 'beatboxen' van de congresdeelnemers! (AS)

pen Palliatieve Zorg en Coaches voor Medici') zijn ongewijzigd gebleven.

De datum is nu definitief; noteer deze dus in uw agenda!

Interview met Karin van Haaren:

‘De COPD-risicotest is een prima manier om grip te krijgen op je zorg’



Karin van Haaren, huisarts in Terheijden, werkt sinds een jaar bij de NHG-sectie Preventie, een periode waarin zij zich heeft beziggehouden met bijvoorbeeld griepvaccinatie, baarmoederhalsuitstrijkjes, reizigersvaccinatie en natuurlijk preventie in z'n algemeen. Bovenal nam Van Haaren diverse activiteiten rond de preventie van COPD voor haar rekening. In een interview vertelt ze over het belang van de producten die hieruit zijn voortgekomen.

Wat heb je in het afgelopen jaar zoal gedaan?

‘In dit jaar was er veel aandacht voor het PreventieConsult Cardiometabool risico en COPD. Ik heb het draaiboek gemaakt voor de pilot onder huisartsen over de risicotest COPD en was daar vervolgens ook bij betrokken. En ik heb de NHG-PraktijkWijzer PreventieConsult module COPD geschreven.’

Waarom kwam de preventie van COPD opeens zo in een stroomversnelling?

‘De aanleiding daarvoor was dat er heel veel patiënten rondlopen die zelf niet weten dat ze COPD hebben. Dat terwijl het een ziekte is die grote problemen kan geven op latere leeftijd en de ernst daarvan is te beïnvloeden door een vroege opsporing. De belangrijkste interventie is dan stoppen met roken; dat remt de achteruitgang van de longfunctie zodat COPD op latere leeftijd minder belemmeringen geeft. De meeste winst is dus daarmee te boeken, maar ook behandeling is belangrijk. Die heeft een positieve invloed op de kwaliteit van leven, het aantal exacerbaties en op de actieradius van de patiënt. Het is nooit bewezen dat behandeling ook de uiteindelijke ernst van de COPD beïnvloedt, maar daarover is nu wel discussie op gang gekomen. Maar een vroege opsporing is in elk geval van belang.’

Hoe is die vroegopsporing opgepakt?

‘Het Astmafonds – binnenkort Longfonds – had al langere tijd een vragenlijst op zijn website staan, die in Maastricht was gevalideerd. Zij hadden campagne

gevoerd om bekendheid te geven aan die risicotest, opdat meer mensen de lijst zouden invullen en zo COPD in een vroeger stadium kon worden opgespoord. Ook was het Astmafonds actief om voor COPD een goede plek in de zorg te borgen. De ervaringen met de vragenlijst waren prima. Het NHG zag de voordelen van deze COPD-risicotest in en startte samen met het Astmafonds een pilot om te zien of zo'n test ook toepasbaar is binnen de huisartsenpraktijk en of de werkwijze daar goed implementeerbaar is. Beide bleek het geval.’

Wat waren de ervaringen van de huisartsen uit de pilot?

‘Zeker in praktijken met veel patiënten met een lage sociaaleconomische status gaven de huisartsen aan dat ze behoefte hadden aan een goed instrument om hun COPD-patiënten in beeld te krijgen. In achterstandswijken komt veel COPD voor en de risicotest bleek in die wijken heel goed te werken. We hebben bij de aanpak nadrukkelijk gefocust op bereikbaarheid en simpelheid, dus was het goed om te zien dat je de patiënten uit deze moeilijke groep wel degelijk naar de huisarts kunt laten komen als je hen op deze manier benadert.’

Nu is dus een nieuwe NHG-PraktijkWijzer rond deze risicotest gecentreerd?

‘Ja. De vragenlijst is in de PraktijkWijzer gebruikt om de hoogrisicopatiënten te identificeren, waarna de diagnostiek volgt zoals we die gewend zijn. In de pilot bleek een zeer groot aantal van deze hoogrisicopatiënten ook daadwerkelijk

COPD te hebben. Het is dus wel wat extra werk, maar dat levert ook erg veel op! En zo kun je bij een groep patiënten de behandeling inzetten in een stadium waarin dat al heel zinvol is.’

Niet alle huisartsen zijn enthousiast over preventie. Wat zou je tegen hen willen zeggen?

‘Als je denkt dat onder jouw praktijkpopulatie veel patiënten met COPD rondlopen zonder dat je grip op hen krijgt, dan is dit echt een prima aanpak. Vooral in achterstandswijken is de risicotest een goede manier om je patiënten te bereiken. Maar ook in wijken met een hoge sociaaleconomische status gaven de huisartsen uit de pilot aan dat het een prachtige manier is om grip te krijgen op je zorg. We hopen dat er in de toekomst ook financiering komt voor deze aanpak van preventieve zorg, want dat is nu nog niet het geval en dat vormt voor sommige huisartsen nog wel eens een struikelblok. Maar veel huisartsen willen de zorg in hun praktijk hoe dan ook op orde hebben en pakken dit ook op nu er nog geen financiering voor is.’

Hoe gaat het nu verder met de COPD-producten?

‘Aan de lancering van de risicotest wordt nu veel aandacht gegeven. Het Astmafonds geeft weer extra bekendheid aan de test, gecombineerd met de Longweek. De NHG-PraktijkWijzer PreventieConsult module COPD komt deze maand uit en geeft de huisartsen handvatten hoe ze kunnen omgaan met de risicotest en de vervolgzorg. En te zijner tijd zal deze werkwijze worden geïntegreerd in de NHG-Standaard COPD zodra deze wordt herzien.’ (AS)

Redactie
Joost Blijham, 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.