

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Diversiteit in de tijdsbesteding van huisartsen

ONDERZOEK

Monochloorazijnzuur als alternatief voor stikstoftherapie bij wratten

NHG

Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken

- ONDERZOEK** Diversiteit in de tijdsbesteding van huisartsen
Daniël van Hassel, Lud van der Velden, Ronald Batenburg
- Monochloorazijnzuur als alternatief voor stikstoftherapie bij wratten
Sjoerd Bruggink, Jacobijn Gussekloo, Paulette Egberts, et al.
- BESCHOUWING** Longfoto: nut van aanvraag doorgelicht
Lara Harmans, Rogier Hopstaken

Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken

- HUISARTSENZORG IN CIJFERS** Variatie in behandeling na acuut myocardinfarct
Mark Nielen, Liset van Dijk, Joke Korevaar
- (VER)STAND VAN ZAKEN** Welke behandeling willen ouderen met kanker?
Mariken Stegmann, Jan Schuling, Annette Berendsen
- NASCHOLING** ECG 10+: Systematisch ECG's beoordelen
Karen Konings, Robert Willemsen
- CASUÏSTIEK** Een bijzondere keelpijn
Boudewijn Lintermans
- Zika
Marina Molenaar-Hoogendijk, Laura Nusteling, Frans Boute
- KLINISCHE LES** Niet-westerse allochtonen met SOLK
Anne Marije Los, Rolieke Cents, Hans Harmsen, et al.
- IMPORT** Diabetes en cardiovasculaire sterfte
Jan Palmen
- Effectiviteit van proactieve ouderenzorg
Silke Metzelthin
- CATS** Ulipristal als noodanticonceptie?
José van der Velden, Hanneke Rijkels-Otters
- PEARLS** Beperkt nut rivastigmine bij behandeling van Alzheimer
Marjan Lange

- JOURNAAL**
- GESCHIEDENIS HUISARTSGENEESKUNDE**
- KENNISTOETS**
- INGEZONDEN**
- COLOFON HG&W**

Afscheid

Toen ik vijf jaar geleden begon als hoofdredacteur, had ik een aantal plannen. Veel dingen zijn inmiddels in gang gezet. Een aantal daarvan noem ik hieronder.

Voor u en door u

Een van de dingen waar ik mij voor heb ingezet, is om Huisarts en Wetenschap uit de ivoren toren te halen. H&W vóór u en dóór u. Via onder meer workshops en nascholingen hebben we erop gewezen dat elke huisarts die er moeite voor wil doen, kan bijdragen aan H&W. Elke huisarts kan, met enige begeleiding en zonder de lat te verlagen, een stuk publiceren. Dat heeft de laatste jaren geleid tot een groot aantal bijdragen van praktiserende huisartsen en huisartsen-in-opleiding voor onder andere de rubrieken casuïstiek, journaal, uw diagnose en klinische les.

Aan wetenschap kleef een etiket van zwaarwichtigheid. H&W is echter niet een blad voor wetenschappers. Het is het blad voor alle huisartsen in Nederland die lid van het NHG zijn en het blad moet goed leesbaar zijn. Nederlandse huisartsgeneeskundige onderzoekers doen in vergelijking met andere landen zeer goed onderzoek dat veelal in hoogstaande Engelstalige bladen terechtkomt. Huisartsen lezen echter deze bladen met zwaarwichtige artikelen niet, daarom doen wij dat voor u. Wij vissen de parels er uit en presenteren ze op een leesbare manier in H&W.

Er komen per jaar veel NHG-Standaarden uit en bovendien worden ze langer. Dat past niet meer in de papieren H&W. In goed overleg met de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG is ervoor gekozen de H&W-lezer te attenderen op het uitkomen van alle nieuwe en herziene NHG-Standaarden. Soms met de volledige hoofdtekst en soms met een samenvatting. Het is nieuws dat een nieuwe standaard uit is en dat hoort in H&W; de volledige tekst kan de lezer vinden op het web.



Online archief

Een ander punt waar ik mij voor heb ingezet, is het online beschikbaar maken van het hele archief van H&W. De stapels oude nummers die u thuis bewaart, kunnen in de prullenbak. Zoals ik al eerder aankondigde kunt u sinds kort als H&W-abonnee het hele archief vanaf het eerste nummer uit 1957 online inzien. Op de website is de laatste jaren overigens steeds meer te vinden. Drie keer per week wordt daar (en via Twitter) een voor de huisarts relevant nieuwsbericht aangeboden. Ook kunt u een dermatologiequiz doen en toetsvragen maken.

Duivels dilemma

Sommige dingen zijn niet gelukt, zoals een nieuwe poging om H&W te indexeren voor Medline zodat de artikelen via PubMed te vinden zijn. Hierbij speelt een duivels dilemma. Nederlandse huisartsgeneeskundige onderzoekers doen zeer hoogwaardig onderzoek en publiceren dat in vooraanstaande Engelstalige bladen en niet in H&W. Daardoor mist H&W naar het oordeel van Medline de 'importantie' om geïndexeerd te worden. Bij een nieuwe poging zullen onderzoekers en H&W nog meer de krachten moeten bundelen.

Denkend over nieuwe plannen en het tijdspad dat daarbij hoort, heb ik besloten na vijf jaar ruimte te maken voor een nieuwe hoofdredacteur die weer nieuwe paden in zal slaan om H&W te verbeteren. Ik ben benieuwd en wens mijn opvolger veel succes. Ik heb het graag gedaan. ■

Just Eekhof

Nederlandse huisartsen gelukkiger dan Britse

Het dagelijks werk van de Nederlandse huisartsen lijkt in veel opzichten op dat van hun Britse collega's. Werktijden, inkomsten en tijd besteed aan patiënten zijn grotendeels vergelijkbaar. Het huisartsenvak is in Nederland onverminderd populair - hier vechten 1250 jonge artsen om 750 opleidingsplaatsen -, terwijl in 2014 in het Verenigd Koninkrijk 451 opleidingsplaatsen, ondanks herhaalde oproepen, vacant bleven. De Utrechtse hoogleraar Huisartsgeneeskunde Roger Damoiseaux en de Glasgowse huisarts en BMJ-columniste Margaret McCartney gaan samen op zoek naar de achtergronden van dit verschil in populariteit.

Damoiseaux wijst op de sterke positie van de Nederlandse huisarts in de gezondheidszorg, waarbij de belangen richting overheid worden behartigd door de LHV. In Engeland is een eigen bond van huisartsen afwezig en kan men alleen lid worden van de British Medical Association, die de belangen van alle artsen behartigt.

Een tweede verschil is dat de Nederlandse huisartsen over eigen richtlijnen in de vorm van NHG-Standaarden



Foto: Corbis

beschikken die betrekking hebben op eerstelijnspatiënten. In Engeland zijn er alleen door NICE geproduceerde richtlijnen die van bovenaf worden opgelegd en die doorgaans geen betrekking hebben op patiënten met nog weinig gedifferentieerde symptomen. Volgens McCartney is dit symptoma-tisch voor de wijze waarop de Britse eerste lijn zichzelf ziet en door anderen gezien wordt: niet in staat zelf onderzoek te doen en zelf te bepalen wat goede zorg en minder goede zorg is.

Andere verschillen betreffen de denigrerende wijze waarop op een deel van de Britse medische faculteiten over de huisartsgeneeskunde wordt

gesproken en de dalende salarissen van Britse huisartsen de afgelopen jaren; in Nederland zijn beide fenomenen afwezig. Betekenisvol is ook de opstand van Nederlandse huisartsen tegen de uit de hand gelopen registratie- en verantwoordingslast blijkend uit het manifest 'Het roer moet om', terwijl Britse artsen gefrustreerd zijn door het Quality and Outcomes Framework.

Internationaal gezien heeft de Nederlandse huisarts het dus helemaal zo slecht nog niet. ■

Tjerk Wiersma

Arie S. *Why are Dutch GPs so much happier?*
BMJ 2015;351:h6870.

Depressie bij diabetes

Bij diabetes komt depressie regelmatig voor. Het is bekend dat door de depressie de diabetes vaak minder goed is ingesteld. Recent zijn er aanwijzingen gevonden dat deze ontregeling minder vaak voorkomt bij diabetes die antidepressiva slikken.

Brielera et al. onderzochten in een Amerikaans eerstelijns database retrospectief hoe bij 1399 diabetes de instelling was van hun diabetes. Hiervoor deelden ze de diabetes in drie groepen in: diabetes zonder depressie, diabetes met depressie die geen antidepressiva slikten en diabetes met depressie die

wel antidepressiva gebruikten. In deze groepen werd gekeken hoeveel procent hun streefwaarde haalde en werd het gemiddelde HbA1c gemeten. In de eerste groep had 42,7% van de diabetes een adequate instelling met een gemiddeld HbA1c van 7,76. In de tweede en derde groep waren deze getallen 34,6% met een HbA1c van 8,13 en 50,9% met een HbA1c van 7,41.

Deze verschillen zijn statistisch significant. Ook na correctie voor verschillen tussen deze groepen - zoals geslacht, roken, hypertensie en angststoornis - bleven deze verschillen bestaan.

Aangezien dit onderzoek retrospectief was en slechts een momentopname

betrof, kan niet gesteld worden dat dit betere HbA1c voortkwam uit het gebruik van antidepressiva. Hiervoor is nog verder prospectief onderzoek nodig.

Op dit moment blijft het belangrijk om ons te realiseren dat een diabetes met een depressie een hogere kans heeft om niet goed ingesteld te zijn. De informatie uit dit onderzoek kunnen we meenemen in de overweging om de depressie al dan niet medicamenteus te behandelen. ■

Jurgen Damen

Brielera JA, et al. *Antidepressant medication use and glycaemic control in co-morbid type 2 diabetes and depression.* Fam Pract 2016;33:30-6.

Steriele handschoenen niet nodig

De kans op een wondinfectie na een kleine chirurgische ingreep met niet-steriele handschoenen is niet veel groter dan wanneer er gesteriliseerde handschoenen gebruikt worden. Dit concluderen onderzoekers uit Australië die voor hun onderzoek bijna 500 patiënten volgden bij wie de huisarts een kleine chirurgische ingreep van de huid had gedaan.

Voor het onderzoek werden 493 patiënten die een kleine chirurgische ingreep moesten ondergaan wegens een huidtumor, gerandomiseerd in twee groepen. Bij de ene groep werd de ingreep uitgevoerd met steriele handschoenen, in de andere groep werden niet-steriele handschoenen gebruikt. In 13% van de gevallen ging het om patiënten met een naevus of een verruca seborrhoica, in 70% om een maligniteit of een voorloper daarvan en in 16% om benigne huidtumoren. Alle ingrepen vonden

plaats in één huisartsenpraktijk met zes verschillende huisartsen. Patiënten die al antibiotica of immunosuppressiva gebruikten, werden uitgesloten van deelname, evenals patiënten met een reconstructieve ingreep, een atheroomcyste of een latexallergie. De aanwezigheid van een wondinfectie werd vastgesteld door een doktersassistente op het moment dat de hechtingen werden verwijderd. Zij was niet op de hoogte van de gebruikte handschoenen.

Bij de ingrepen met niet-steriele handschoenen trad in 8,7% van de gevallen een wondinfectie op. De incidentie van huidinfectie in de andere groep was 9,3%. Het verschil tussen beide groepen is statistisch niet significant.

Volgens de auteurs is dit de eerste RCT over dit onderwerp in de eerste lijn. Wat opvalt is een relatief hoge infectiegraad in beide groepen. Andere onderzoeken vermelden wondinfecties bij 1,5 tot 2,0% van de ingrepen. De wondinfectie werd hier 1 tot 2 weken na de ingreep vastgesteld, terwijl con-

taminatie van een chirurgische wond al binnen 2 dagen klachten geeft. Mogelijk dat een wondinfectie die ontstaat op een later tijdstip, wel meegenomen is in het onderzoek maar niet gerelateerd is aan het type handschoen dat gebruikt is. De late infecties zijn eerder het gevolg van de wondverzorging en omgevingsfactoren. Dit fenomeen kan wel het ontstaan van wondinfecties door de handschoen gemaskeerd hebben. Maar, uiteindelijk voorkomen steriele handschoenen wondinfecties niet beter dan niet-steriele handschoenen. Huisartsen kunnen dus gerust voor kleine chirurgische ingrepen niet-steriele handschoenen blijven gebruiken. ■

Bèr Pleumeekers

Heal C, et al. Comparing non-sterile to sterile gloves for minor surgery: a prospective randomised controlled non-inferiority trial. Med J Aust 2015;202:27-31.

Ibuprofen ook bruikbaar bij urineweginfecties

Ongecompliceerde urineweginfecties bij vrouwen zijn dikwijls self-limiting, zodat de vraag kan worden gesteld of behandeling met antibiotica wel noodzakelijk is. Duitse onderzoekers gingen na of symptomatische behandeling van urineweginfecties met ibuprofen het aantal antibioticumvoorschriften vermindert.

Ze randomiseerden bijna 500 vrouwen met symptomen van een urineweginfectie over een groep die behandeld werd met een eenmalige dosis van 3 g fosfomycine en een groep die gedurende 3 dagen 3 maal daags 400 mg ibuprofen kreeg. Beide groepen kregen ook placebo dummies van het andere middel. Beide groepen kregen aanvullende behandeling met antibiotica bij

aanhouden, verergering of terugkeer van de symptomen. De primaire eindpunten waren het aantal additionele antibioticumkuren de eerste 4 weken nadien en de ernst van de symptomen pijnlijke mictie, mictiefrequentie, mictiedrang en lage buikpijn gedurende de eerste 7 dagen.

In totaal kregen de vrouwen in de fosfomycinegroep 283 antibioticumkuren (243 met fosfomycine, 40 additionele kuren) en de vrouwen in de ibuprofengroep 94. Dit correspondeert met een reductie van 66,5% (95%-BI 58,8 tot 74,4; $p < 0,001$). In beide groepen namen de symptomen binnen een week aanzienlijk af, maar de symptoomreductie verliep sneller in de fosfomycinegroep. Zo had de ibuprofengroep gemiddeld een dag langer klachten (5,6 versus 4,6 dagen; $p < 0,001$). Vijf vrouwen in de ibuprofengroep en een vrouw in de fosfomycinegroep ontwikkelden pyelonefritis (verschil niet significant).

Al met al toont het onderzoek aan dat tweederde van de vrouwen met een ongecompliceerde urineweginfectie kan herstellen zonder antibioticum, als men bereid is een ietwat langere klachtenduur voor lief te nemen. Deze optie van het uitgestelde antibioticumrecept wordt ook al in de NHC-Standaard Urineweginfecties besproken. ■

Tjerk Wiersma

Gágyor I, et al. Ibuprofen versus fosfomycin for uncomplicated urinary tract infection in women: randomised controlled trial. BMJ 2015;351:h6544.

Online diensten nog te weinig onder de aandacht

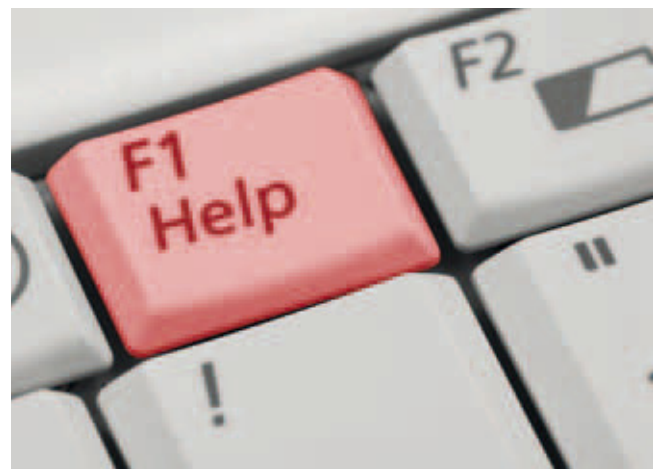
Herhaalrecepten aanvragen via de website, online afspraken maken of videoconsulten voeren: de helft van de patiënten weet niet of zijn of haar huisarts deze online diensten aanbiedt. Er wordt nog maar mondjesmaat gebruikgemaakt van deze internet services terwijl een grote meerderheid van de huisartsen in Nederland een of meer van deze services aanbiedt. Een substantieel deel van de patiënten geeft aan wel positief te staan tegenover online diensten.

Onderzoekers van de Universiteit van Maastricht stuurden een vragenlijst aan 1500 deelnemers van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Vanuit dit panel, dat representatief is qua leeftijd en geslacht voor de Nederlandse bevolking, reageerden 769 mensen op de vragenlijst. Na exclusie van mensen die het afgelopen jaar geen contact hadden met hun huisarts (176) en onvolledig ingevulde vragenlijsten (47) konden 546 vragenlijsten worden geanalyseerd.

Wat blijkt: slechts 2,2% maakte online een afspraak, 2,9% stelde een vraag via internet en 10,4% vroeg een herhaalrecept aan via de website. Uit de e-health monitor 2015 van het Nictiz (download vooral de handige Infographic) blijkt dat veel huisartsen de mogelijkheid bieden een vraag te stellen via email of de website (58%) en dat zij het online aanvragen van herhaalrecepten ondersteunen (72%).

Ongeveer eenderde van de deelnemers gaf aan positief te staan tegenover online afspraken plannen, online vragen stellen en het ontvangen van digitale herinneringen aan afspraken. Bijzonder is dat maar 14,7% aangeeft positief te staan tegenover videoconsultvoering vergeleken met 45,8% voor online herhaalrecepten.

Het opvallendst in dit onderzoek is dat ruim de helft van de deelnemers aangaf niet te weten of zijn of haar huisarts online diensten aanbiedt. En dit terwijl 94% van de Nederlandse huishoudens thuis toegang tot internet heeft en 55% van de mensen tussen de 65 en 75 jaar dagelijks internet gebruikt. Bovendien weten we dat internet voor Nederlanders de belangrijkste bron van gezondheidsgerelateerde informatie is.



Kortom, huisartsen zouden hun patiënten attent moeten maken op de online diensten die zij aanbieden en hen moeten stimuleren om deze te gebruiken. ■

Annet Sollie

Huygens MW, et al. Internet services for communicating with the general practice: barely noticed and used by patients. *Interact J Med Res* 2015;4:e21.

www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Infographics/Infographic_eHealth_monitor2015.pdf

Palliatieve sedatie verkort leven niet

Palliatieve sedatie wordt vaak uitgevoerd door huisartsen. Door patiënten en familie kan de vraag gesteld worden of dit het leven verkort. Nieuw onderzoek maakt duidelijk dat palliatieve sedatie het leven niet verkort.

Japanse onderzoekers selecteerden 1827 volwassen patiënten in het eindstadium van kanker. De patiënten verbleven thuis (23%), waren opgenomen in een ziekenhuis (36%) of in een hospice (41%) en kregen zorg van een palliatief team. In totaal kregen 269 (15%) patiënten palliatieve sedatie. Het sedatieprotocol kwam overeen met de Nederlandse KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie. De primaire uitkomst was het verschil in overlevingsduur tussen patiënten met

of zonder palliatieve sedatie. Ook keken de onderzoekers naar het effect van de zorgsetting en vochttoediening via het infuus. Bij de analyse werd onder andere rekening gehouden met verschillen in leeftijd, type en stadium van kanker en toediening van chemotherapie.

De overleving was gemiddeld 27 dagen van gesedeerde patiënten en 26 dagen bij de niet-gesedeerde patiënten (verschil -1 dag; $p = 0,20$). Er was geen verschil in overleving bij patiënten die wel of geen vocht kregen. Ook de plaats van zorg (thuis of opgenomen) was niet van invloed.

Opvallend is de lange overleving van patiënten in dit onderzoek. Dit komt doordat de onderzoekers de overlevingstijd berekenden vanaf het eerste bezoek van het palliatief team in plaats van vanaf de start van de sedatie. Eerdere onderzoeken vonden dan een

overleving van drie tot zes dagen, mét of zonder sedatie. De resultaten uit dit onderzoek ondersteunen de KNMG-factsheet Palliatieve sedatie, waarin staat dat palliatieve sedatie het leven niet verkort. Over toediening van vocht is nog weleens discussie. Dit onderzoek laat zien dat dit het leven in elk geval niet verlengt. ■

Tobias Bonten

Maeda I, et al. Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer (J-Proval): a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study. *Lancet Oncol* 2016;17:115-22.

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). Er verschijnen driemaal per week nieuwe journaalberichten op www.henw.org.



Diversiteit in de tijdsbesteding van huisartsen

Samenvatting

Van Hassel DTP, Van der Velden LFJ, Batenburg RS. Diversiteit in de tijdsbesteding van huisartsen. *Huisarts Wet* 2016;59(4):150-4.

ACHTERGROND Het NIVEL heeft in opdracht van het Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen de tijdsbesteding van huisartsen op een nieuwe manier gemeten. Het betreft een variant op de multi-momentopnametechniek, waarbij we sms'jes als observatiemethode hebben gebruikt.

METHODE Gedurende 57 weken, van december 2012 tot en met januari 2014, hebben we elke week gemiddeld negentien huisartsen op willekeurige momenten via sms gevraagd of ze werkten, en zo ja, of ze op dat moment met een direct, indirect of niet-patiëntgebonden activiteit bezig waren.

RESULTATEN In totaal hebben 1051 huisartsen deelgenomen en hebben we 61.320 meetmomenten gerealiseerd. Bijna 10% van alle huisartsen in Nederland heeft aan het onderzoek meegedaan en vrijwel niemand haakte gedurende het onderzoek af. Een gemiddelde huisarts werkt 44 uur per week. Van deze uren besteedt hij of zij 56% aan direct patiëntgebonden activiteiten, 26% aan indirect patiëntgebonden activiteiten en 18% aan niet-patiëntgebonden activiteiten. Er zijn aanzienlijke verschillen in tijdsbesteding tussen mannelijke en vrouwelijke zelfstandig gevestigde huisartsen, huisartsen-in-dienst-van-een-huisarts (HIDHA) en huisartsen die waarnemen. Zelfstandig gevestigde mannelijke huisartsen werken met 51,6 uur het meest en mannelijke waarnemers met 26,7 uur het minst.

CONCLUSIE De verschillen tussen groepen huisartsen naar functie en geslacht kunnen we voor een deel verklaren aan de hand van het aantal fte dat de huisartsen werkten. Met de gehanteerde methode kunnen we betrouwbare uitspraken doen over de tijdsbesteding van verschillende groepen huisartsen, waarbij de belasting voor de deelnemers minimaal was.

INLEIDING

De tijdsbesteding van huisartsen speelt een hoofdrol in de debatten over werkdruk en kwaliteit van de huisartsenzorg in Nederland.^{1,2} De tijdsbesteding van huisartsen speelt tevens een belangrijke rol bij beroepskrachtenplanning. Het Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen geeft periodiek adviezen over de benodigde opleidingsplaatsen ten behoeve van de afstemming van vraag en aanbod van huisartsenzorg. Voor deze adviezen wordt de totale capaciteit aan huisartsenzorg in Nederland uitgedrukt in het aantal *fulltime equivalenten* (fte) dat huisartsen werken.

Daarbij houdt men rekening met verschillen in het gemiddelde aantal fte dat gewerkt wordt naar geslacht én functie.

Onduidelijk was echter of 1 fte van bijvoorbeeld een mannelijke zelfstandig gevestigde huisarts vergelijkbaar is met 1 fte van een vrouwelijke HIDHA. Daarom was het nodig om de huisartsencapaciteit in Nederland specifiek te berekenen, namelijk in werkuren in plaats van fte, en om daarbij rekening te houden met geslacht en functie van huisartsen. Eerdere onderzoeken waren ook vooral gericht op de tijdsbesteding per praktijk, in plaats van per persoon,³ of op de tijdsbesteding van zelfstandig gevestigde huisartsen en minder of niet gericht op de tijdsbesteding van waarnemers.⁴

Om de tijdsbesteding nauwkeurig te meten, hebben we de sms-methode ontwikkeld, waarbij we huisartsen volgens de *work sampling*-methode op willekeurige momenten naar hun activiteit vragen. Deze innovatieve methode heeft als voorname voordeel dat huisartsen *real time* hun tijdsbesteding doorgeven.^{5,6} Daarnaast is de belasting voor de respondenten in vergelijking met andere methoden minimaal.

Dit artikel beantwoordt de volgende drie vragen:

1. Wat is het gemiddelde aantal werkuren per week van huisartsen?
2. Wat is de verdeling van deze werkuren over direct, indirect en niet-patiëntgebonden taken?
3. Wat zijn de verschillen in de werkuren tussen mannelijke en vrouwelijke zelfstandig gevestigde huisartsen, HIDHA's en waarnemers?

De sms-methode is voor zover wij weten niet eerder gebruikt om de tijdsbesteding van huisartsen in Nederland te meten. Naast bovenstaande hoofdvragen gaan we daarom eveneens in op de haalbaarheid voor de respondenten, en de betrouwbaarheid en validiteit van de metingen.

Wat is bekend?

- Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de tijdsbesteding van huisartsen, maar in geen enkel onderzoek is de tijdsbesteding naar geslacht (man/vrouw) én functie (zelfstandig/HIDHA/waarnemer) onderzocht.
- De tijdsbesteding van huisartsen is tot nu toe gemeten met vragenlijsten of met dagboekjes, waardoor de subjectieve beleving en/of geheugeneffecten de resultaten beïnvloeden kunnen hebben.

Wat is nieuw?

- Er is een innovatieve methode ontwikkeld waarbij de tijdsbesteding met sms'jes *real time* wordt gemeten, die relatief weinig belasting voor de deelnemers geeft en betrouwbare resultaten voor verschillende groepen huisartsen oplevert.
- Er zijn substantiële verschillen in (patiëntgebonden) werkuren tussen mannelijke en vrouwelijke zelfstandig gevestigde huisartsen, HIDHA's en waarnemers. Deze verschillen worden deels verklaard door het aantal fte dat zij werken.

Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht; D.T.P. van Hassel, onderzoeker; dr. L.F.J. van der Velden, senior onderzoeker; dr. R.S. Batenburg, programmaleider Beroepen in de gezondheidszorg • Correspondentie: d.hassel@nivel.nl
• Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek is gefinancierd door de Stichting Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen.

METHODE

Gegevensverzameling

We hebben de werkuren gemeten van december 2012 tot en met begin januari 2014. Gedurende deze periode hebben we 5028 uitnodigingen verstuurd aan 4486 individuele huisartsen die opgenomen zijn in de huisartsenregistratie van het NIVEL.⁷ Een deel van de huisartsen is dus meer dan eenmaal aangeschreven om voldoende aantallen voor de subgroepen huisartsen te verkrijgen. Huisartsen konden zich ook aanmelden voor het onderzoek via e-mail, in reactie op oproepen die gedurende de meetperiode zijn gedaan via websites en mailingen.

Variabelen en meetinstrument

We hebben alle huisartsen een week lang via een sms-applicatie op willekeurige tijdstippen gevraagd naar hun activiteit op dat moment. Het sms-bericht bevatte de vraag 'Wat doet u nu?', inclusief het tijdstip waarop de sms verstuurd was en vier antwoordmogelijkheden [kader 1].

De sms-applicatie stelde deze vraag één keer per drie uur, gedurende 24 uur per dag. Wanneer de huisarts na een half uur geen valide antwoord had gegeven, stuurde de applicatie eenmaal een herinnering. Vooraf konden de huisartsen aangeven in welke periode ze niet actief zouden zijn, zodat ze gedurende die tijd geen berichten zouden krijgen.

Voorafgaand aan de meetweek vulden de huisartsen een enquête in met de vraag hoeveel fte zij werkten en hoeveel uur zij in de meetweek verwachtten te gaan werken. Na de sms-meetweek hebben we gevraagd hoeveel uur in de meetweek was gewerkt en hoe zij de meetweek hadden ervaren. De deelnemers hadden de mogelijkheid achteraf hun antwoorden te verifiëren en te wijzigen aan de hand van een overzicht dat ze na de meetweek ontvingen. Hierop zijn tien tot twintig e-mails met enkele correcties teruggekomen.

Analyses

De resultaten van het onderzoek hebben we gewogen naar de algemene werkzame huisartsenpopulatie in Nederland (2013, $n = 11.075$), betreffende geslacht, leeftijd en functie.⁷

De tijdsbesteding hebben we in uren gemeten. Vervolgens hebben we de uren per fte bepaald door deze te delen door het aantal fte dat huisartsen in de voorenquête aangaven doorgaans te werken (we vroegen hoeveel dagdelen men per week werkte, waarbij we vijf dagen of tien dagdelen als 'fulltime' aanhiielden). Bij het feitelijk aantal werkuren hebben we ook betrouwbaarheidsintervallen berekend.

Kader 1 De vier antwoordmogelijkheden

1. Ik werk niet (dan wel 'Ik ben niet aan het werk als huisarts')
2. Direct patiëntgebonden (dan wel 'Ik doe een direct patiëntgebonden activiteit')
3. Indirect patiëntgebonden (dan wel 'Ik doe een indirect patiëntgebonden activiteit')
4. Niet-patiëntgebonden (dan wel 'Ik doe een niet-patiëntgebonden activiteit')

RESULTATEN

Respons en representativiteit van de deelnemers

Er deden 1051 individuele huisartsen mee, die in totaal 1095 weken hebben deelgenomen; 44 huisartsen hebben tweemaal deelgenomen. Daarmee hadden we voldoende meetpunten verzameld om voor het totaal aantal werkzame huisartsen in Nederland, en zes verschillende subgroepen huisartsen (combinatie van functie (zelfstandig/HIDHA/waarnemer) en geslacht (man/vrouw)) betrouwbare gemiddelde werkuren per week te kunnen berekenen.

De samenstelling van de groep deelnemers kwam redelijk goed overeen met die van de steekproef [tabel 1]. Er deden meer zelfstandig gevestigde huisartsen mee en minder waarnemers. Hiermee hebben we rekening gehouden bij de analyses.

Aan iedere meetweek deden gemiddeld negentien huisartsen mee. Meer vrouwen (elf) dan mannen (acht), wat ook overeenkomt met de man-vrouwverdeling in de steekproef. Gemiddeld namen aan iedere meetweek elf zelfstandig gevestigde huisartsen deel.

Meer detailinformatie over de steekproef en de respons hebben we elders beschreven.⁵

Respons op de sms-berichten

Voor de 1051 deelnemende huisartsen heeft de sms-applicatie in totaal 61.320 activiteitenberichten ingepland. Doordat huisartsen zich konden afmelden heeft de applicatie hiervan bijna 27.000 berichten daadwerkelijk naar de huisartsen verstuurd. De niet-verstuurde activiteitenberichten waren vaak in de avonden, nachten en weekenden ingepland en zijn alle geteld als momenten waarop men niet werkte (zie de paragraaf 'Variabelen en meetinstrument').

Abstract

Van Hassel DTP, Van der Velden LFJ, Batenburg RS. Differences in general practitioner working hours. *Huisarts Wet* 2016;59(4):150-4.

BACKGROUND In the context of manpower planning, the number of hours worked by general practitioners was measured using a new and innovative method. The method was based on multiple point observations and made use of text messaging.

METHODS For 57 weeks, from December 2012 to January 2014, every week on average 19 GPs were asked, at random, via a text message whether they were working and, if so, whether it was a direct, indirect, or non-patient-related activity.

RESULTS In total 1051 GPs participated, with 61,320 measurements. Almost 10% of all Dutch GPs participated and hardly any dropped out of the study. On average, a GP work 44 hours/week. About 56% of this time is devoted to direct patient-related activities, 26% to indirect patient-related activities, and 18% to non-patient related activities. There are substantial differences between male and female self-employed GPs, and between contracted GPs and locum GPs. For example, male self-employed GPs work 51.6 hours/week whereas male GP locums work 26.7 hours/week.

CONCLUSION The sex- and function-related differences in hours worked between groups of GPs can in part be explained by the number of hours worked per fulltime equivalent. The text messaging method can be used to reliably measure the average number of hours worked by different groups of GPs and was not taxing to participants.

Tabel 1 Aantallen en verdeling van de deelnemers en de uitgenodigde huisartsen naar verschillende achtergrondkenmerken

	Deelnemers meetweek ^{*,†}		Steekproef [†]	
	n	%	n	%
Werkzame positie				
■ Zelfstandig	642	58,6	2300	45,7
■ HIDHA	214	19,5	1027	20,4
■ Waarnemer	239	21,8	1701	33,8
Totaal	1095	100,0	5028	100,0
Geslacht				
■ Man	461	42,1	2380	47,3
■ Vrouw	634	57,9	2648	52,7
Totaal	1095	100,0	5028	100,0
Leeftijd				
■ < 40	496	45,3	2266	45,1
■ 40 t/m 49	283	25,8	1340	26,7
■ 50 t/m 59	268	24,5	1129	22,5
■ ≥ 60	48	4,4	293	5,8
Totaal	1095	100,0	5028	100,0
Gemiddelde leeftijd	42,8		43,1	

We hebben de steekproef gestratificeerd getrokken uit de populatie van huisartsen met een verschillende kans naar functie en geslacht. De achtergrondkenmerken zijn gebaseerd op de NIVEL-huisartsenregistratie of de voorenquête. Sommige huisartsen hebben we meer dan een keer aangeschreven en zij kunnen ook meer dan een keer aan een meetweek hebben deelgenomen.

* Het betreft hier zowel de actief als de niet-actief uitgenodigde huisartsen.

† De som over de percentages kan door afronding afwijken van 100.

In totaal kregen we op 94% van de verstuurde activiteitenberichten een valide antwoord binnen. Circa 80% van de sms'jes is binnen 1 uur beantwoord, de helft (51%) zelfs binnen 10 minuten. Uit de evaluatie van het sms-instrument blijkt dat de huisartsen positief waren over de meetwijze en dat de belasting volgens hen minimaal was.

Aantal uren

Huisartsen werken gemiddeld 44,0 uur per week [tabel 2]. Zelfstandig gevestigde huisartsen werken met 49,4 uur ongeveer 17 uur meer dan HIDHA's (32,7 uur) en ruim 19 uur meer dan waarnemers (29,9 uur). Voor zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's geldt dat mannen ongeveer 6 à 7 uur meer werken dan vrouwen. Bij de waarnemers werken de mannen 5 uur minder dan de vrouwen. Vrouwen werken relatief vaker als HIDHA of waarnemer, waardoor het verschil tussen mannen en vrouwen voor de gehele huisartsenpopulatie ongeveer 8 uur is. De betrouwbaarheidsintervallen zijn over het algemeen klein.

Aantal uren per fte

De verschillen in uren tussen de groepen huisartsen worden kleiner als we de uren relateren aan het aantal fte. Zo werken zelfstandige gevestigde huisartsen 60,5 uur en HIDHA's 49,9 uur per fte. Een verschil van bijna 11 uur, tegenover 17 uur voor de feitelijke tijdsbesteding.

Aandeel uren per activiteit

De huisartsen besteden meer dan de helft van de uren (56%) aan direct patiëntgebonden activiteiten, ongeveer een kwart (26%) aan indirect patiëntgebonden activiteiten en bijna een vijfde (18%) aan niet-patiëntgebonden activiteiten.

Zelfstandig gevestigde huisartsen besteden naar verhouding minder uren aan direct patiëntgebonden activiteiten (54% versus 60% bij de HIDHA's en 64% bij de waarnemers) en meer aan indirect- en niet-patiëntgebonden activiteiten. Zelfstandig gevestigde mannelijke huisartsen besteden een groter deel van hun uren aan direct-patiëntgebonden activiteiten (57% versus 50% bij de vrouwelijke huisartsen) en een kleiner deel aan niet-patiëntgebonden activiteiten (17% versus 23%). Dit patroon is ook bij de andere twee functies te zien.

Tabel 2 Aantal uren dat huisartsen besteden aan huisartsenwerk en de 95% tot betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI) berekend op basis van de sms tot metingen, per type activiteit naar functie en geslacht

Functie		Gewogen Aantal huisartsen	Direct patiëntgebonden		Indirect patiëntgebonden		Niet tot patiëntgebonden		Totaal	
			Uren	95%-BI	Uren	95%-BI	Uren	95%-BI	Uren	95%-BI
Zelfstandig	M	4.875	29,3	(28,2 tot 30,5)	13,6	(12,6 tot 14,6)	8,6	(7,7 tot 9,6)	51,6	(49,7 tot 53,4)
	V	3.019	22,8	(21,9 tot 23,7)	12,4	(11,6 tot 13,2)	10,6	(9,6 tot 11,5)	45,8	(44,3 tot 47,3)
	T	7.894	26,8	(26,0 tot 27,7)	13,1	(12,5 tot 13,8)	9,4	(8,7 tot 10,1)	49,4	(48,1 tot 50,6)
HIDHA	M	120	23,8	(21,1 tot 26,6)	9,0	(7,1 tot 11,0)	6,1	(4,0 tot 8,2)	38,9	(34,9 tot 43,0)
	V	851	18,9	(17,8 tot 20,1)	7,3	(6,4 tot 8,2)	5,6	(4,7 tot 6,6)	31,8	(30,2 tot 33,5)
	T	971	19,5	(18,5 tot 20,6)	7,5	(6,7 tot 8,3)	5,7	(4,8 tot 6,5)	32,7	(31,2 tot 34,3)
Waarnemer	M	895	18,7	(9,7 tot 27,6)	4,7	(2,6 tot 6,9)	3,3	(1,8 tot 4,9)	26,7	(14,3 tot 39,1)
	V	1.315	19,4	(17,4 tot 21,4)	7,6	(6,2 tot 9,1)	5,0	(3,9 tot 6,1)	32,0	(28,8 tot 35,2)
	T	2.210	19,1	(15,1 tot 23,0)	6,5	(4,8 tot 8,1)	4,3	(3,2 tot 5,5)	29,9	(23,6 tot 36,1)
Totaal	M	5.890	27,6	(25,0 tot 30,2)	12,2	(10,7 tot 13,6)	7,8	(6,7 tot 8,8)	47,5	(42,9 tot 52,1)
	V	5.185	21,3	(20,5 tot 22,1)	10,4	(9,7 tot 11,0)	8,3	(7,7 tot 9,0)	40,0	(38,6 tot 41,4)
	T	11.075	24,6	(23,4 tot 25,9)	11,3	(10,5 tot 12,1)	8,0	(7,4 tot 8,7)	44,0	(41,6 tot 46,4)

N = 61.320 meetmomenten, 1095 meetweken, 1051 huisartsen. De som over uren per type activiteit kan door afronding afwijken van het totaal aantal uren. We hebben de resultaten gewogen op basis van populatieaantallen van functie, geslacht en leeftijd.

M = man; V = vrouw; T = totaal



Vergelijking van de sms-gegevens met de enquêtegegevens

Het totaal aantal uren dat de huisartsen in de voorenquête aangaven in de meetweek te gaan werken, blijkt voor alle subgroepen circa 4 tot 9 uur per week lager te zijn dan het aantal gewerkte uren per week dat op basis van de sms-metingen berekend is. Ook bij de na-enquête is het aantal opgegeven uren lager dan bij de sms-metingen, maar dit verschil is minder groot dan bij de voorenquête. Bij beide enquêtes zien we de verschillen tussen het aantal gewerkte uren per week en de sms-meting vooral bij de indirect en niet-patiëntgebonden activiteiten.

BESCHOUWING

Uit ons onderzoek, gemeten met een innovatief sms-instrument, blijkt dat huisartsen gemiddeld 44 uur per week werken. Zelfstandig gevestigde mannen werken met 51,6 uur per week het meest en mannelijke waarnemers met 26,7 uur per week het minst. Per fte zijn de verschillen in uren kleiner. Gemiddeld besteden alle huisartsen 56% van hun tijd aan direct, 26% aan indirect en 18% aan niet-patiëntgebonden zorg.

De 56 sms-metingen per week geven op individueel niveau een ruwe schatting van de werkelijke tijdsbesteding van één huisarts. Voor de groepen huisartsen die aan dit onderzoek hebben deelgenomen, hebben we veel meer metingen gedaan

en levert het sms-instrument betrouwbare resultaten op. De betrouwbaarheidsintervallen rond de gemiddelde uren voor de zes subgroepen huisartsen zijn dan ook over het algemeen relatief klein. Verder kwam op 94% van de verstuurd activiteitenberichten een geldig antwoord binnen en bij 80% van alle verstuurd berichten gaven de huisartsen dit antwoord binnen een uur. Herinneringseffecten zullen dus nauwelijks een rol hebben gespeeld.

Naast de informatie over de tijdsbesteding van de huisarts geeft dit onderzoek aan dat huisartsen positief waren over het sms-instrument, waarbij ze weinig extra belasting tijdens hun werk ervaarden. Sommige huisartsen vonden het niet prettig om vroeg sms'jes te krijgen (bijvoorbeeld om 7 uur 's ochtends in het weekend).

De beperkingen van het onderzoek dienen ook aandacht te krijgen. De gemeten uren zijn representatief voor weken waarin 'normaal' gewerkt wordt. Het kon voorkomen dat huisartsen minder werkten door bijvoorbeeld vrije dagen. Weken waarin huisartsen helemaal niet werken, zoals de vakantieweken, hebben we niet meegenomen. Het gemeten aantal uur per week is representatief voor de werkweek die de huisartsen ongeveer 47 werkweken per jaar hebben. Ten tweede hebben we bij de analyse van de tijdsbesteding van huisartsen met de weging rekening gehouden met functie, geslacht en

Kader 2 Toelichting doorberekening uren sms-onderzoek naar uren per normpraktijk

We hebben het aantal werkzame huisartsen op 1-1-2013 (11.075) maal hun werktijd per week (44 uur) gedeeld door het totaal aantal ingeschreven patiënten in Nederland volgens het Jaarverslag Stichting Inschrijving Op Naam, peildatum 1-2-2013 (16,375 miljoen), en dat vermenigvuldigd met 2350:

$((11.075 \times 44) / 16.375.000) \times 2350 = 69,9$ uur per week per normpraktijk.

leeftijd van de huisartsen. Nader onderzoek naar variabelen die de tijdsbesteding beïnvloeden is wenselijk, bijvoorbeeld praktijkvorm en regio.⁵

Vertekening van de gegevens kan optreden als de huisartsen de sms op een later tijdstip beantwoordden. In 80% van de gevallen hebben ze echter binnen 1 uur geantwoord. Bovendien hebben we dit ondervangen door in de sms'jes steeds expliciet het tijdstip op te nemen bij de vraag 'Wat doet u nu?'. Het is weinig voorgekomen dat huisartsen achteraf sms-antwoorden hebben gecorrigeerd aan de hand van het overzicht van hun antwoordpatroon.

Onze resultaten kunnen we deels vergelijken met andere onderzoeken. Het dagboekonderzoek uit 2012 van de VPHuisartsen laat zien dat de praktijkhouder(s) en eventuele HIDHA's en waarnemers 66,1 uur per week per normpraktijk van 2350 patiënten werkten.³ Als we de resultaten van het sms-onderzoek (44,0 uur per huisarts) vertalen naar de inzet per 2350 patiënten, dan blijkt dat neer te komen op 69,9 uur per week per normpraktijk in 2013 [kader 2].

Uit het vragenlijstonderzoek van IQ Health Care en het Nederlands Huisartsen Genootschap bleek dat de gemiddelde huisarts ongeveer 44 uur per week werkt, hetgeen overeenkomt met de uitkomst van ons sms-onderzoek.¹

In het Verenigd Koninkrijk werkten huisartsen volgens een vragenlijstonderzoek uit 2005 gemiddeld 40,8 uur per week (ongecorrigeerd voor contracttijd of fte's dat men werkzaam is⁸). Een wat recenter onderzoek gebaseerd op vragenlijstonderzoek uit 2009 liet voor Duitsland zien dat de gemiddelde werktijd, afhankelijk van praktijkvorm en urbanisatiegraad, varieert tussen 48,3 en 55,2 uur.⁹ In vergelijking met ons sms-onderzoek uit 2013 werkt de gemiddelde Nederlandse huisarts (44 uur, ongecorrigeerd voor contracttijd of fte's dat men werkzaam is) dus meer uren dan de collega's uit het Verenigd Koninkrijk, maar minder dan die uit Duitsland.

Werkbelasting van huisartsen

Veel huisartsen in Nederland ervaren een hoge werkdruk en

maken zich zorgen over de kwaliteit van de huisartsenzorg, die vooral door toegenomen administratie- en registratie-eisen onder druk staat.¹⁰ Wij hebben niet de ervaren werkbelasting gemeten of onderzocht, maar de gemeten uren uit dit onderzoek vormen wel een indicatie voor de objectieve werkbelasting van huisartsen.

Verder laat dit onderzoek zien dat huisartsen meer uren werken dan ze zelf voor en na de meetweek hadden ingeschat. Specifiek geldt dat de gemeten uren voor indirect en niet-patiëntgebonden taken hoger liggen dan wat de huisartsen in de enquêtes rondom de meetweken rapporteerden. Vermoedelijk komt dit omdat huisartsen deze taken minder goed vastleggen in agenda's en omdat deze taken minder duidelijk in enquêtes te administreren/repliceren zijn dan direct patiëntgebonden activiteiten.

CONCLUSIE

Het meten van tijdsbesteding met sms'jes is een innovatieve methode die minimale belasting voor de deelnemers geeft en betrouwbare resultaten oplevert. De resultaten van dit tijdsbestedingsonderzoek laten zien dat er wat betreft tijdsbesteding substantiële verschillen bestaan tussen huisartsen naar functie en geslacht, die we deels kunnen verklaren aan de hand van het aantal fte dat zij werken. Deze verschillen maken het voor de instroomadviezen van het Capaciteitsorgaan belangrijker om naast het geslacht van huisartsen ook onderscheid te maken tussen hun huidige en toekomstige functie. ■

LITERATUUR

- 1 Braspenning JCC, Van Doorn-Klomborg AL, Bouma M, Westert GP. Tijdsbesteding in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2012;55:542-7.
- 2 Van den Berg MJ. Workload in general practice. [Proefschrift] Utrecht: NIVEL, 2010.
- 3 Van den Berg WN, Nobel JC, Post-Wijma S. Tijd voor zorg. Meetweek 2012 19-25 mei, 2-8 juni. Amsterdam: VPHuisartsen, 2013.
- 4 Jurling B, Koster L, Batterink M, Vunderink L, Schipper M, Karssen B. Praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg. Barneveld: Nederlandse Zorgautoriteit (Nza), 2012.
- 5 Van Hassel DTP, Van der Velden LFJ, Batenburg RS. Landelijk sms-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2014.
- 6 Van Hassel DTP, Batenburg R, Van der Velden L. Voorstudie voor een sms-gebaseerd tijdsbestedingsonderzoek (TBO) onder huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2013.
- 7 Van Hassel DTP, Kasteleijn A, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen: Peiling 2013. Utrecht: NIVEL, 2014.
- 8 Whalley D, Gravelle H, Sibbald B. Effect of the new contract on GPs' working lives and perceptions of quality of care: a longitudinal survey. Brit J Gen Pract 2008;58:8-14.
- 9 Steinhäuser 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.
- 10 www.hetroermoetom.nu, geraadpleegd 18 november 2015.

Monochloorazijnzuur als alternatief voor stikstoftherapie bij wratten

Samenvatting

Bruggink SC, Gussekloo J, Egberts PF, Bouwes Bavinck JN, De Waal MWM, Assendelft WJJ, et al. Monochloorazijnzuur als alternatief voor stikstoftherapie bij wratten. *Huisarts Wet* 2016;59(4):155-9.

ACHTERGROND De effectiviteit van stikstoftherapie en salicylzuur-zalf (SA) bij de behandeling van wratten valt vaak tegen. Wij hebben de effectiviteit van monochloorazijnzuur (MCA) bij de behandeling van handwratten en voetzoolwratten onderzocht.

METHODEN In deze pragmatische superioriteitstrial met twee parallelle groepen hebben we patiënten van vier jaar of ouder met een of meer nieuwe wratten uit 53 huisartsenpraktijken gerandomiseerd: voor handwratten tweewekelijkse behandeling met MCA versus stikstoftherapie ($n = 188$) en voor voetzoolwratten MCA versus stikstoftherapie gecombineerd met dagelijkse SA-thuisapplicatie ($n = 227$). De primaire uitkomstmaat was het percentage patiënten bij wie alle wratten na dertien weken waren genezen. Secundaire uitkomstmaten waren therapietrouw, bijwerkingen en hinder van de behandeling.

RESULTATEN In totaal waren 9 patiënten (2%) *lost to follow-up*. In de handwrattengroep waren de genezingspercentages voor MCA 43% (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 34 tot 54) en voor stikstoftherapie 54% (95%-BI 44 tot 64; verschil -10%, 95%-BI -25 tot 4,0; $p = 0,16$); in de voetzoolwrattengroep voor MCA 46% (95%-BI 37 tot 56) en voor stikstoftherapie gecombineerd met SA 39% (95%-BI 31 tot 48; verschil 7,1, 95%-BI 5,9 tot 20; $p = 0,29$). Pijn begint ongeveer een uur na MCA-behandeling, terwijl de pijn bij stikstoftherapie al tijdens het aanstippen begint en ernstiger is. Patiënten die een behandeling met stikstof gecombineerd met SA hadden gekregen, rapporteerden naast de bijwerkingen pijn en huidirritatie ook aanzienlijke hinder door de dagelijkse tijdsinvestering in de behandeling met SA en pleisters.

CONCLUSIE Voor handwratten is MCA een alternatief voor stikstoftherapie om pijn tijdens de behandeling te vermijden. Voor voetzoolwratten heeft monochloorazijnzuur de voorkeur boven stikstoftherapie gecombineerd met salicylzuurzalf op basis van een vergelijkbare effectiviteit, maar minder pijn en hinder van de behandeling.

INLEIDING

Jaarlijks consulteert 2% van de bevolking en 6% van de schoolgaande kinderen de huisartsenpraktijk voor wratten.¹ Stikstoftherapie en salicylzuurzalf zijn de meestgebruikte behandelingen,² maar de effectiviteit daarvan valt vaak tegen.^{3,4} Ons vorige gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek toont aan dat stikstoftherapie voor handwratten met ongeveer 50% genezing de effectiefste behandeling is, en dat zowel stikstoftherapie als salicylzuurzalf voor voetzoolwratten niet effectiever is dan een afwachtend beleid.⁵ In onderzoek naar grotere effectiviteit lijkt monochloorazijnzuur (MCA), een sterk etsend zuur dat sommige dermatologen en

podotherapeuten gebruiken, veelbelovend voor de eerste lijn vanwege het kleine aantal bijwerkingen.⁶⁻⁸

In deze multicenter, gerandomiseerde superioriteitstrial met twee parallelle groepen hebben we de effectiviteit van MCA vergeleken met de meest effectieve gangbare behandelingen: voor handwratten met stikstoftherapie en voor voetzoolwratten met stikstoftherapie in combinatie met salicylzuurzalf. Omdat het onderzoeksontwerp hetzelfde was konden we deze behandelgroepen ook vergelijken met die van onze vorige trial: stikstoftherapie, salicylzuurzalfbehandeling en een afwachtend beleid.⁵

METHODEN

Deelnemers

Tussen september 2009 en september 2010 nodigden 53 huisartsenpraktijken uit het Leids Eerstelijns Onderzoeksnetwerk (LEON) alle patiënten ouder dan vier jaar met een of meer nieuwe hand- of voetzoolwratten uit voor deelname. Getrainde onderzoeksverpleegkundigen bezochten de deelnemers thuis en verzamelden *informed consent* en patiëntkenmerken.

Opzet en randomisatie

De onderzoeksverpleegkundige wees op basis van aanwezige wratten deelnemers toe aan twee parallelle groepen: de groep

Wat is bekend?

- De effectiviteit van de gangbare behandelingen van wratten met stikstof en salicylzuur valt vaak tegen.
- Bij handwratten is behandelen met stikstof effectief, terwijl bij voetwratten geen van de behandelingen effectiever lijkt dan een afwachtend beleid.

Wat is nieuw?

- Voor handwratten is monochloorazijnzuur een effectief en veilig alternatief voor stikstoftherapie om pijn tijdens behandeling te vermijden.
- Voor voetzoolwratten heeft monochloorazijnzuur de voorkeur boven stikstoftherapie gecombineerd met salicylzuurzalf op basis van vergelijkbare effectiviteit, maar met minder pijn en minder hinder van de behandeling.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: dr. S.C. Bruggink, huisarts; prof.dr. J. Gussekloo, hoofd afdeling onderzoek; P.F. Egberts, huisarts; dr. M.W.M. de Waal, senior onderzoeker; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts, senior onderzoeker. LUMC, afdeling Huidziekten: dr. J.N. Bouwes Bavinck, dermatoloog, epidemioloog. Radboud Universitair Medisch Centrum Nijmegen, afdeling Eerstelijns geneeskunde: prof.dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Huisarts geneeskunde • Correspondentie: s.c.bruggink@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek is mogelijk gemaakt door een subsidie van het programma Alledaagse Ziekten van Zon-Mw.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Bruggink SC, Gussekloo J, Egberts PF, Bouwes Bavinck JN, De Waal MWM, Assendelft WJJ, et al. Monochloroacetic acid application is an effective alternative to cryotherapy for common and plantar warts in primary care: a randomised controlled trial. *J Invest Dermatol* 2015;135:1261-7. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Tabel 1 Patiëntkenmerken van patiënten met handwratten en patiënten met voetzoolwratten (n = 415)

	Handwratgroep				Voetzoolwratgroep			
	MCA	%	Stikstoftherapie	%	MCA	%	Stikstoftherapie met SA	%
	(n = 94)		(n = 94)		(n = 109)		(n = 118)	
Geslacht, vrouwelijk	54	57	43	46	69 (63)	63	76	64
Leeftijd								
■ Mediaan (IQR)	14 (9-44)		16 (8-42)		10 (7-29)		11 (6-38)	
■ 4-12 jaar	35	37	35	37	59 (54)	54	60	51
■ ≥ 12	59	63	59	63	50 (46)	46	58	49
Aantal wratten								
■ Mediaan (IQR)	2 (1-4)		1 (1-3)		1 (1-3)		2 (1-4)	
■ 1 tot en met 5	83	88	79	84	93 (85)	85	97	82
■ 6 of meer	11	12	15	16	16 (15)	15	21	18
Wratgrootte, mm								
■ Mediaan (IQR)	4 (3-6)		4 (3-6)		4 (3-5)		4 (3-5)	
Zowel hand- als voetzoolwratten	13	14	10	11	17 (16)	16	21	18
Duur, maanden								
■ Mediaan (IQR)	12 (6-24)		12 (4-24)		6 (3-24)		6 (3-24)	
■ < 6	20	21	30	32	47 (43)	43	52	44
■ ≥ 6	74	79	64	68	62 (57)	57	66	56
Hinder van wratten*	64	68	76	81	90 (83)	83	99	84

Getallen zijn aantallen (%), tenzij anders vermeld; IQR = interkwartielspanning, MCA = monochloorazijnzuur, SA = salicylzuurbehandeling.

* Aanwezigheid van pijn, irritatie of esthetische bezwaren.

voetzoolwratten of de groep handwratten. In de groep handwratten zaten ook patiënten met wratten op andere locaties dan voetzolen of handen. Patiënten die zowel voetzoolwratten als handwratten hadden deelden we in naar het type wrat waarvan de patiënt er het meeste had. Na stratificatie op aantal wratten (< zes wratten of ≥ zes wratten) hebben we patiënten gerandomiseerd in MCA-behandeling of stikstoftherapie voor de groep handwratten, en in MCA-behandeling of stikstoftherapie gecombineerd met salicylzuurzelf voor de groep voetzoolwratten. Voor de geblindeerde toewijzing gebruikten we ondoorzichtige, gesloten enveloppen die een onafhankelijke statisticus had aangeleverd na ze te hebben genummerd door middel van digitale randomisatie.

Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door de Medisch Ethische Commissie van het LUMC en is geregistreerd onder NTR1771.

Behandelprotocollen

MCA-behandeling vond iedere twee weken plaats, tot alle wratten waren verdwenen. Voordat de eigen huisarts of praktijkassistente alle wratten met een wattenstaafje met een verzadigde concentratie van 76% MCA aanstipte, verwijderde hij overtollig eelt met een mesje en beschermde hij de omliggende huid met vaseline. Als de wrat niet alle MCA absorbeerde, verwijderde hij het overtollige MCA met een gaasje. Hij plakte een pleister over de wrat en instrueerde de patiënt de wrat ten minste 12 uur droog te houden. Zie voor een instructiefilmpje <https://www.nhg.org/themas/publicaties/instructiefilms>.

Ook stikstoftherapie vond iedere twee weken plaats, tot alle wratten waren verdwenen. Tijdens elke behandeling stip-

ten de eigen huisarts of assistente elke wrat driemaal aan met een wattenpluk die met vloeibare stikstof was doordrenkt, totdat er rondom de wrat een bevroren kring van 2 mm verscheen (meestal 2 tot 10 seconden).

Voor de stikstoftherapie gecombineerd met salicylzuurzelf in de groep met voetzoolwratten gebruikten we het bovenstaande protocol voor de stikstoftherapie in combinatie met het dagelijks door de patiënt zelf aanbrengen van salicylzuur 40%, totdat alle wratten waren genezen. Patiënten kregen de instructie om dagelijks de verweekte oppervlakte van de wrat af te vijlen en de omliggende huid met tape te beschermen.

Uitkomstmaten

Onafhankelijk van de behandelend arts hebben de getrainde onderzoeksverpleegkundigen de uitkomsten na dertien weken tijdens huisbezoeken beoordeeld. De primaire uitkomstmaat was het percentage patiënten van wie alle wratten waren genezen. Volgens onze definitie was de wrat genezen als deze niet meer zichtbaar was (waarbij de huidskleur en huidlijnen waren hersteld) en men deze niet meer kon palperen.

Statistische analyse

In de primaire analyse vergeleken we de genezingspercentages met 95%-BI tussen de behandelgroepen op basis van *intention-to-treat*. Deze behandelgroepen vergeleken we ook direct met de drie behandelgroepen stikstoftherapie, SA en een afwachtend beleid uit onze vorige trial, die een identieke onderzoeksopzet had.^{5,9} Voorafgaand aan het onderzoek planden we subgroepanalyses voor leeftijdclusters (vier tot elf jaar versus

twalf jaar of ouder), aantal wratten per patiënt en duur van wratten (< zes maanden versus ≥ zes maanden).

Naast de primaire intention-to-treatanalyse hebben we diverse sensitiviteitsanalyses uitgevoerd, waaronder een per-protocolanalyse. Voor gedetailleerde informatie over onderzoeksopzet, uitkomstmaten, power-berekening en statistische analyse inclusief vergelijkbaarheid met de vorige trial verwijzen we naar de oorspronkelijke publicatie.

RESULTATEN

Patiëntkenmerken, follow-up en therapietrouw

De patiëntkenmerken in zowel de groep met handwratten (n = 188) als de groep met voetzoolwratten (n = 227) verschilden bij aanvang van de trial niet tussen de behandelgroepen [tabel 1]. In totaal bevatte het onderzoek 790 voetzoolwratten en 611 gewone wratten, waarvan 526 wratten (86%) op de handen zaten en 85 wratten (14%) op andere plekken op de huid.

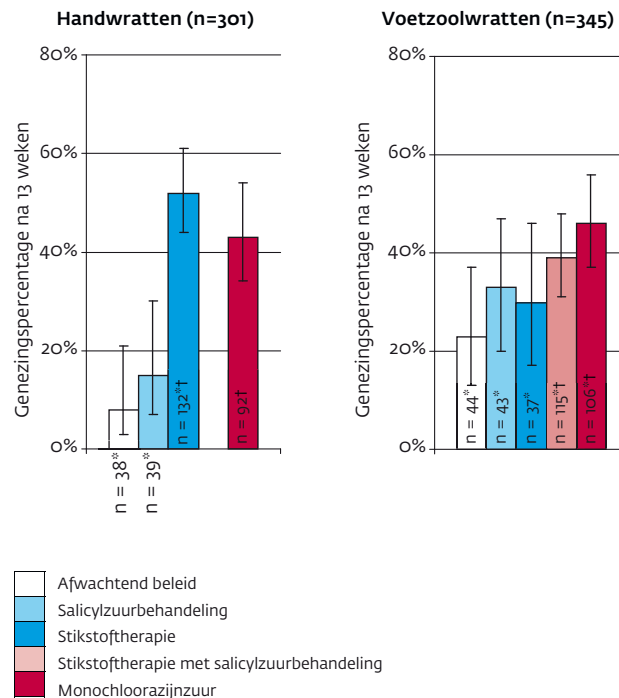
Na 13 weken konden we 3 patiënten uit de groep handwratten (1 uit MCA en 2 uit stikstoftherapie) en 6 patiënten uit de groep voetzoolwratten (3 uit MCA en 3 uit stikstoftherapie/SA) niet langer volgen, omdat ze verdere medewerking weigerden of omdat er geen contact meer mogelijk was. Van de deelnemers van wie de gegevens wel bekend waren (n = 406) stopte 26% met hun behandelprotocol. Dit percentage was het hoogst in de stikstoftherapiegroep gecombineerd met de SA-groep (47/115, 41%), met als belangrijkste reden de hinder ten gevolge van de dagelijkse tijdsinvestering met betrekking tot SA en pleisters.

Effectiviteit van de behandeling

In de groep handwratten was het genezingspercentage na 13 weken van MCA 43% (95%-BI 34 tot 54). Dit was vergelijkbaar met het genezingspercentage van stikstoftherapie van 54% (95%-BI 44 tot 64; verschil -10%; 95%-BI -25 tot -4,0; p = 0,16) [tabel 2]. Zowel MCA als stikstoftherapie was effectiever dan een afwachtend beleid of SA-behandeling (als monotherapie) van de vorige trial [figuur].

In de groep voetzoolwratten was na 13 weken het genezingspercentage van 46% bij MCA (95%-BI 37 tot 56) vergelijkbaar met het genezingspercentage van stikstoftherapie gecombineerd met SA van 39% (95%-BI 31 tot 48); verschil 7,1;

Figuur Effectiviteit van behandelingen met 95%-betrouwbaarheidsintervallen van de huidige trial en de vorige trial^a na 13 weken voor patiënten met handwratten en patiënten met voetzoolwratten (n = 646)



* Patiënten uit vorige trial † Patiënten uit huidige trial

95%-BI 5,9 tot 20; p = 0,29) [tabel 2]. In de vergelijking van deze behandelgroepen met de behandelgroepen van de vorige trial^a overlappen alle betrouwbaarheidsintervallen van de actieve behandelgroepen van MCA, stikstoftherapie gecombineerd met SA en stikstoftherapie en SA-monotherapieën [figuur]. MCA was de enige van deze actieve behandelingen die vergeleken met het afwachtend beleid het tevoren gestelde klinisch relevante verschil van 20% bereikte: risicoverschil 23%; 95%-BI 8 tot 39.

In de per-protocolanalyse bleek het genezingspercentage voor stikstoftherapie gecombineerd met SA voor de groep

Tabel 2 Effectiviteit van behandelingen voor patiënten met handwratten (n = 185) en patiënten met voetzoolwratten (n = 221)

	Handwratgroep					Voetzoolwratgroep				
	MCA		Stikstoftherapie		Verschil % (95%-BI)	MCA		Stikstoftherapie met SA		Verschil % (95%-BI)
	n/N	% (95%-BI)	n/N	% (95%-BI)		n/N	% (95%-BI)	n/N	% (95%-BI)	
Alle patiënten	40/92	43 (34-54)	50/93	54 (44-64)	-10 (-25 - 4,0)	49/106	46 (37-56)	45/115	39 (31-48)	7,1 (-5,9 - 20)
Leeftijd, jaren										
■ 4-12	15/34	44 (29-61)	20/35	57 (41-72)	-13 (-36 - 10)	39/57	68 (56-79)	34/59	58 (45-69)	11 (-6,7 - 28)
■ ≥ 12	25/58	43 (31-56)	30/58	52 (39-64)	-8,6 (-27 - 9,5)	10/49	20 (11-34)	11/56	20 (11-32)	0,7 (-15 - 16)
Duur wratten, maanden										
■ < 6	13/19	68 (46-85)	22/30	73 (56-86)	-4,9 (-31 - 21)	30/46	65 (51-77)	34/51	67 (53-78)	-1,4 (-20 - 17)
■ ≥ 6	27/73	37 (27-48)	28/63	44 (33-57)	-7,5 (-24 - 9,1)	19/60	32 (21-44)	11/64	17 (10-28)	14 (0,5 - 29)

Getallen zijn aantallen patiënten genezen/aantal patiënten in intention to treatanalyse op dertien weken en percentages patiënten van wie alle wratten waren genezen met 95%-BI. MCA = monochloorazijnzuur, SA = salicylzuurbehandeling, BI = betrouwbaarheidsinterval.

Tabel 3 Gerapporteerde bijwerkingen per behandelgroep (n = 406)

	Handwratgroep				Voetzoolwratgroep			
	MCA (n = 92)	%	Stikstoftherapie (n = 93)	%	MCA (n = 106)	%	Stikstoftherapie + SA (n = 115)	%
Pijn	70	76	85	91*	80	76	92	80
■ Tijdens behandeling	8	9	77	83*	17	16	85	74*
■ Na behandeling	69	75	74	80	77	73	76	66
■ Pijnscore, mediaan (IQR)	4 (2-6)		6 (4-7)	*	4 (2-6)		5 (3-7)	*
Andere bijwerkingen								
■ Aantal andere bijwerkingen								
– geen	33	36	26	28	43	41	55	48
– 1	24	26	43	46	38	36	40	35
– ≥ 2	35	38	24	26	25	24	20	17
■ Type andere bijwerking								
– Blaren	36	39	58	62*	36	34	33	29
– Wond	12	13	9	10	3	3	2	2
– Infectie	4	4	2	2	2	2	1	1
– Litteken	8	9	8	9	4	4	0	
– Pigmentatie	7	8	3	3	6	6	6	5
– Huidirritatie	25	27	12	13*	18	17	34	30*
– Brandend gevoel	12	13	2	2*	10	9	0	*
– Jeuk	12	13	1	1*	16	15	5	4*
– Korst	0		2	2	5	5	1	1
– Ontkleuring van kleding	0		0		0		1	1

Getallen zijn aantallen (%), tenzij anders vermeld; IQR = interkwartielspanning, MCA = monochloorazijnzuur, SA = salicylzuurbehandeling.

* p < 0,05.

voetzoolwratten hoger dan in de intention to treatanalyse (60%, 95%-BI 48 tot 71), maar bleef het vergelijkbaar met het genezingspercentage van MCA (53%, 95%-BI 43 tot 63).

Bijwerkingen en hinder van de behandeling

Pijn tijdens de behandeling kwam vaker voor tijdens stikstoftherapie dan tijdens MCA, voor zowel de groep gewone wratten als de groep voetzoolwratten [tabel 3]. MCA had een pijnvrije periode na het aanstippen (mediaan 1 uur, IQR 10 minuten tot 7 uur), terwijl de pijn in het geval van stikstoftherapie bij het aanstippen begint. De mediane duur van de pijn was voor alle behandelgroepen 1 dag (IQR 2 uur tot 3 dagen). De mediane totale pijnscore was voor MCA lager dan voor stikstoftherapie. Blaren en oppervlakkige wonden waren de ernstigste bijwerkingen voor alle behandelgroepen. Patiënten behandeld met stikstof gecombineerd met SA ondervonden naast de bijwerkingen pijn en huidirritatie ook aanzienlijke hinder ten gevolge van de dagelijkse tijdsinvestering bij SA en pleisters. In de groep voetzoolwratten was het percentage patiënten dat aangaf hinder van de behandeling te hebben gehad lager voor MCA (30%; 95%-BI 22 tot 39) dan voor stikstoftherapie gecombineerd met SA (47%; 95%-BI 38 tot 56; p = 0,009).

BESCHOUWING

Dit pragmatische gerandomiseerde onderzoek in de huisartsenpraktijk laat zien dat voor handwratten zowel MCA als

stikstoftherapie effectief is. Pijn begint ongeveer een uur na MCA-behandeling, terwijl pijn bij stikstoftherapie al tijdens het aanstippen begint en ernstiger is. Voor voetzoolwratten was MCA de enige behandeling die een klinisch relevant verschil liet zien (23%), vergeleken met een afwachtend beleid. Stikstoftherapie gecombineerd met SA lijkt ook effectief, in het bijzonder bij patiënten die therapietrouw zijn, maar veroorzaakt aanzienlijke pijn, huidirritatie en hinder ten gevolge van de dagelijkse tijdsinvestering met SA en pleisters.

In de literatuur vonden we naast een aantal beschrijvende onderzoeken over MCA^{10,11} een trial (n = 59) waarbij het vast tapen van een MCA-kristal op voetzoolwratten gedurende 1 week een genezingspercentage van 66% gaf, vergeleken met 16% voor placebo.⁶ Verder toonden twee ongepubliceerde pilot-onderzoeken aan dat het aanstippen met MCA effectiever was dan SA-behandeling en net zo effectief was als stikstoftherapie, maar met minder pijn.^{7,8} Het geringe effect van SA bij voetzoolwratten uit de Cochrane-review³ lijkt in onze resultaten groter wanneer men SA combineert met stikstoftherapie, maar de klinische relevantie hiervan blijft discutabel.

Met de pragmatische opzet in de huisartsenpraktijk, bijna volledige follow-up en intention-to-treatanalyse zijn onze resultaten meteen toepasbaar in de dagelijkse praktijk. De identieke onderzoeksontwerpen maken directe vergelijking tussen de behandelgroepen van de huidige en onze vorige trial mogelijk.⁹ Realistische blindering van patiënten en be-

handelaars was niet mogelijk door de verschillende aard van de behandelingen. Ook de onderzoeksverpleegkundigen waren niet geblindeerd tijdens de huisbezoeken, omdat ze naast genezing ook bijwerkingen en therapietrouw bespraken. Het risico op bias door de geprotocolleerde maar ongeblindeerde beoordelingen lijkt echter laag.

MCA-behandeling is eenvoudig en veilig bij zorgvuldig gebruik. De vervelendste bijwerkingen waren blaren (36%) en oppervlakkige wonden (8%), maar stikstoftherapie veroorzaakte vaker blaren en even vaak wonden. In casusbesprekingen heeft men bij onzorgvuldig gebruik diepe chemische wonden beschreven.^{12,13} Ernstige systemische bijwerkingen, zoals braken en cardiovasculaire complicaties, zijn mogelijk wanneer een totaal lichaamsoppervlakte van 5% is blootgesteld aan 80% oplossing van het zuur.¹⁴ Wegens de sterke erosieve eigenschappen achten wij MCA ongeschikt voor thuisgebruik en raden wij aan om MCA slechts in kleine hoeveelheden (flacons van max 5 ml) te bewaren, bij gebruik onderzoekshandschoenen te dragen, de omliggende huid met vaseline te beschermen en niet meer dan 5 wratten per patiënt (maximaal 0,3% van het totale huidoppervlak) te behandelen.¹⁵

CONCLUSIE

Bij de behandeling van handwratten is MCA een effectief alternatief voor stikstoftherapie om pijn tijdens aanstippen te voorkomen. In het geval van voetzoolwratten verdient MCA de voorkeur boven stikstoftherapie gecombineerd met SA op basis van vergelijkbare effectiviteit, maar minder pijn en hinder van de behandeling. Met een goedaardig natuurlijk beloop en een betrouwbare effectiviteit van behandeling met ongeveer 50% genezing blijft een afwachtend beleid echter altijd een optie.

Monochloorazijnzuur nu bij elke apotheek verkrijgbaar

Sinds augustus 2014 is monochloorazijnzuur (MCA) opgenomen in de G-standaard, de databank voor de in Nederland verkrijgbare zorgproducten. Apotheken kunnen de verzadigde oplossing van 80% bij groothandel Brocacef bestellen. Een flesje van 4 ml met een houdbaarheid van twee jaar bevat ongeveer twintig behandelingen en kost € 5,70 (naast € 20 order- en € 15 verzendkosten). MCA is ook zonder recept commercieel verkrijgbaar in een 50%-oplossing (bijvoorbeeld Derma Forte Wratweg®). De effectiviteit van deze lagere MCA-concentratie is niet onderzocht. Ook heeft men nog geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van behandeling met trichloorazijnzuur bij gewone wratten. Daarmee hebben deze twee laatste middelen geen plaats bij de behandeling van wratten.

DANKBETUIGING

We danken alle deelnemers en huisartsenpraktijken uit het Leidse Eerstelijns Onderzoeks Netwerk (LEON) voor hun enthousiaste medewerking; de onderzoeksverpleegkundigen Corrie Vlieland en Irene Barnhoorn-Bakker voor de gegevensverzameling tijdens huisbezoeken; Anita Pannekoek voor haar administratieve ondersteuning; Jan Meulenbelt[†], hoogleraar klinische toxicologie Universiteit Utrecht, voor zijn beoordeling van MCA-toxiciteit; en Bram Mertens, apotheker in Leiden, voor zijn informatie over de beschikbaarheid van MCA. ■

LITERATUUR

- 1 <https://www.nivel.nl/NZR/inci> (geraadpleegd op 16/11/2015).
- 2 Bruggink SC, Waagmeester SC, Gussekloo J, Assendelft WJ, Eekhof JA. Current choices in the treatment of cutaneous warts: a survey among Dutch GP. *Fam Pract* 2010;27:549-53.
- 3 Kwok CS, Gibbs S, Bennett C, Holland R, Abbott R. Topical treatments for cutaneous warts. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD001781.
- 4 Bouwes Bavinck JN, Eekhof JA, Bruggink SC. Treatments for common and plantar warts. *BMJ* 2011;342:d3119.
- 5 Bruggink SC, Gussekloo J, Berger MY, Zaaijer K, Assendelft WJ, De Waal MW, et al. Cryotherapy with liquid nitrogen versus topical salicylic acid application for cutaneous warts in primary care: randomized controlled trial. *CMAJ* 2010;182:1624-30.
- 6 Steele K, Shirodaria P, O'Hare M, Merrett JD, Irwin WC, Simpson DI, et al. Monochloroacetic acid and 60% salicylic acid as a treatment for simple plantar warts: effectiveness and mode of action. *Br J Dermatol* 1988;118:537-43.
- 7 Altena G, Blomsma E, Grotenhuis A. Behandeling van wratten in de huisartsenpraktijk: monochloorazijnzuur versus salicylzuur. Rapport van de afdeling Huisartsengeneeskunde van het Medisch Centrum Groningen, 2004.
- 8 Boot-ten Damme HW, Van der Ploeg TJ, Van Til RF. Behandeling van voetwratten in de eerste lijn: cryotherapie versus monochloorazijnzuur. Rapport van de afdeling Huisartsengeneeskunde van het Medisch Centrum Groningen, 2004.
- 9 Donegan S, Williamson P, Gamble C, Tudur-Smith C. Indirect comparisons: a review of reporting and methodological quality. *PLoS One* 2010;5:e11054.
- 10 Colin Dagnall JMS. Monochloroacetic acid and verrucae. *Br J Chiropr* 1976;41:105-7.
- 11 Benton EC. Therapy of cutaneous warts. *Clin Dermatol* 1997;15:449-55.
- 12 Chapman T, Mahadevan D, Mahajan A, Perez-Temprano A, McDiarmid J. Iatrogenic full-thickness chemical burns from monochloroacetic acid. *J Burn Care Res* 2006;27:545-47.
- 13 Baser NT, Yalaz B, Yilmaz AC, Tuncali D, Aslan G. An unusual and serious complication of topical wart treatment with monochloroacetic acid. *Int J Dermatol* 2008;47:1295-97.
- 14 Pirson J, Toussaint P, Segers N. An unusual cause of burn injury: skin exposure to monochloroacetic acid. *J Burn Care Rehabil* 2003;24:407-9.
- 15 Rogers DR. Accidental fatal monochloroacetic acid poisoning. *Am J Forensic Med Pathol* 1995;16:115-6.



Longfoto: nut van aanvraag doorgelicht

Samenvatting

Harmans LM, Hopstaken RM. Longfoto: nut van aanvraag doorgelicht. *Huisarts Wet* 2016;59(4):160-1.

Nederlandse huisartsen zijn tamelijk selectief in het aanvragen van longfoto's (x-thorax), maar vermoedelijk nog niet selectief genoeg. De 'standaard' X-thorax, bestaande uit een posterior-anterior en een laterale opname, voegt veelal weinig toe omdat de sensitiviteit niet erg hoog is en anamnese en lichamelijk onderzoek vaak al een grote negatief voorspellende waarde hebben. Bij COPD en pneumonie heeft een longfoto alleen in specifieke situaties toegevoegde waarde. Een longfoto kan zinvol zijn bij pneumothorax, (beginnend) hartfalen en longcarcinoom, maar ook dan is de negatief voorspellende waarde beperkt. CT-scans zijn veel sensitiever, maar de hoge kosten en de grote stralingsbelasting maken toepassing in de eerste lijn minder vanzelfsprekend.

INLEIDING

Volgens de gegevens van zorgverzekeraar VGZ over 2013 vroegen huisartsen in dat jaar gemiddeld 37 keer een beeldvormend onderzoek aan van thorax en longen. In bijna alle gevallen ging het om een 'standaard' longfoto (x-thorax), bestaande uit een posterior-anterior en een laterale opname. De twee alternatieven, echografie van thorax of hart en CT-scan van de thorax, vormden respectievelijk slechts 1,6% en 0,8% van het totaal.

Er zijn geen absolute contra-indicaties voor röntgenonderzoek in de eerste lijn; de enige relatieve contra-indicatie is zwangerschap. Een röntgenfoto moet worden beoordeeld door een geregistreerd radioloog, die de vraagstelling beantwoordt en eventuele bijkomende pathologie vermeldt.¹ De huisarts moet die vraagstelling dus altijd meesturen met de aanvraag. Gebruikelijke indicaties voor een X-thorax zijn pneumonie, longcarcinoom, pneumothorax en hartfalen. De vraag is: is dat nuttig en kan het (nog) zinniger en zuiniger?

HET NUT VAN DE LONGFOTO VOOR DE HUISARTS

Pneumonie

In de meeste gevallen is geen thoraxfoto nodig voor de diagnose pneumonie. De NHG-Standaard Acute hoesten stelt dat alleen bij blijvende onzekerheid over de diagnose of het beleid, bij geen of onvoldoende snel herstel en bij vermoeden van andere aandoeningen dan pneumonie een standaard X-thorax gemaakt moet worden. Als op de foto een infiltraat te zien is, volgt de waarschijnlijkheidsdiagnose 'pneumonie',² maar het onderscheid tussen virale en bacteriële infecties is op een longfoto niet te zien.³ Bovendien is de overeenstemming tus-

sen radiologen in de beoordeling van longfoto's matig, zelfs als het gaat om de geselecteerde groep patiënten met een verhoogde (vooraf)kans op pneumonie die de huisarts instuurt.⁴ Ook ter controle is een X-thorax nauwelijks zinvol, omdat de klinische genezing van patiënten met een pneumonie, zoals beoordeeld door de huisarts, veelal voorloopt op het verdwijnen van de abnormaliteiten op de foto.⁵ Alleen als de klachten na zes weken onvoldoende verdwenen zijn, is een (herhaling van de) longfoto wel aangewezen, met name om maligniteit uit te sluiten.³

COPD

Bij patiënten met (vermoedelijk) COPD is spirometrie het meestgebruikte en meest zinvolle aanvullende diagnostische onderzoek, ook om de behandeling te monitoren. Een X-thorax wordt wel aanbevolen om comorbiditeit aan te tonen, zoals pneumonie of longcarcinoom, wanneer er een discrepantie is tussen de klachten en de longfunctieafwijkingen.⁶

Longcarcinoom

De diagnostiek en het beleid rondom longcarcinomen valt buiten het bestek van de NHG-Standaarden. De richtlijn van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) acht een standaard X-thorax wel zinvol om maligniteit uit te sluiten bij patiënten met een relatief lage voorafkans.⁷ Het is niet gebruikelijk om een patiënt zonder longfoto door te verwijzen, maar rechtstreeks doorverwijzen kan (zeker bij een hoge voorafkans) op zijn plaats zijn. De longarts zal doorgaans een CT-thorax maken. In een Brits retrospectief onderzoek onder patiënten met bewezen longcarcinoom in de huisartsenpraktijk bleek dat bij 38 van de 164 deelnemers (23%) bij wie in het voorafgaande jaar een X-thorax was gemaakt geen maligniteit op die X-thorax was gevonden.⁸ Een kleincellig longcarcinoom is op een longfoto pas te herkennen als de tumor minimaal 1 cm groot is.

De CT-scan is in staat kleinere haarden te detecteren en is dus sensitiever,⁸ maar voorzover ons bekend is hiernaar in de huisartsenpraktijk geen onderzoek gedaan. Niet-kleincellige

De kern

- Huisartsen vragen regelmatig een longfoto (x-thorax) aan. Over de waarde hiervan is opvallend weinig bekend.
- Een longfoto wordt met name aanbevolen bij vermoeden van pneumothorax en om hartfalen en longcarcinoom uit te sluiten, maar de negatief voorspellende waarde bij longcarcinoom lijkt matig en bij COPD en pneumonie is een longfoto meestal niet nodig.
- Een CT-thorax is sensitiever, maar is voor de huisarts geen alternatief aangezien de stralingsdosis ruim honderd keer hoger is en het onderzoek vele malen duurder.

Saltro, Postbus 9300, 3506 GH Utrecht: L.M. Harmans, MSc, wetenschappelijk onderzoeker; dr. R.M. Hopstaken, huisarts • Correspondentie: l.harmans@saltro.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

longcarcinomen worden vaak al eerder ontdekt op longfoto's die door de huisarts zijn aangevraagd in verband met bijvoorbeeld COPD of vermoedelijke pneumonie.

Een CT-thorax heeft dus meer diagnostische waarde dan een X-thorax. Alleen is de stralingsbelasting tijdens een CT-scan meer dan honderd keer groter dan bij een X-thorax: de gemiddelde hoeveelheid straling per onderzoek is 0,04 mSv bij een X-thorax tegenover 5,5 mSv bij een CT-thorax.⁹ Ter vergelijking: de gemiddelde stralingsbelasting in Nederland bedraagt per hoofd van de bevolking ongeveer 2,4 mSv per jaar.¹⁰ Daarbij komt dat een CT-scan ongeveer viermaal zoveel kost als een standaard longfoto.¹¹ *Ultra-low-dose-CT* wordt als gulden middenweg gezien, met veel minder stralingsbelasting dan de standaard CT-scan en een veel betere resolutie dan de longfoto. Voorlopig zijn er echter nog weinig centra die over deze scanners beschikken.

Pneumothorax

Bij een vermoedelijke pneumothorax wordt aanbevolen een staande inspiratielongfoto aan te vragen. In een ziekenhuispopulatie heeft deze foto een specificiteit van ongeveer 99%, maar een sensitiviteit van slechts 40%.¹² Een longfoto zonder afwijkingen sluit een pneumothorax dus niet uit, zeker als de voorafkants op basis van anamnese en onderzoek relatief hoog is. Insturen naar de longarts is dan aangewezen. Echografie heeft geen plaats bij een primaire spontane pneumothorax en ook een CT-scan heeft zelden toegevoegde waarde. Voor het aantonen van pneumothorax bij liggende (beademde) traumapatiënten lijken echografie en CT wél meerwaarde te hebben boven een longfoto, omdat de lucht zich ventraal verzamelt. Maar de huisarts krijgt zulke patiënten uiteraard niet vaak te zien.¹³

Hartfalen

De NHC-Standaard Hartfalen adviseert bij vermoeden van (beginnend) hartfalen en/of een abnormaal ECG of een verhoogd (NT-pro)BNP een longfoto aan te vragen, om hartfalen uit te sluiten en te differentiëren van eventuele pulmonale oorzaken. Een longfoto heeft echter slechts beperkte waarde bij beginnend hartfalen, want een longfoto zonder afwijkingen sluit hartfalen niet uit.¹⁴ Wel geven bijvoorbeeld een vergrote cardiothoracale ratio, toename van de redistributie, Kerley-B-lijntjes en de aanwezigheid van pleuravocht aanwijzingen voor de ernst, de oorzaak en de prognose van de aandoening.

In de tweede lijn heeft een toegenomen cardiothoracale ratio op de X-thorax een sensitiviteit van 79% en een specificiteit van 80% voor het aantonen van hartfalen.¹⁵ Als diagnostisch criterium voor hartfalen is de cardiothoracale ratio echter niet geschikt, want bij minstens eenderde van de patiënten met systolische disfunctie van de linkerventrikel is het hart niet vergroot.¹⁶ Om hartfalen aan te tonen wordt dan ook echocardiografie geadviseerd.¹⁷

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Longfoto's hebben voor de huisarts slechts beperkte waarde, veelal omdat anamnese en lichamelijk onderzoek vaak al een grote negatief voorspellende waarde hebben en de longfoto daaraan niet veel bijdraagt. Als er bijvoorbeeld bij de klacht benauwdheid geen aanwijzingen zijn gevonden voor een specifieke oorzaak, kan aanvullend onderzoek in de vorm van een longfoto daaraan weinig toevoegen.¹⁸ Ook voor de diagnose COPD en pneumonie heeft een longfoto over het algemeen geen toegevoegde waarde. Daarentegen wordt een X-thorax wel aanbevolen bij primaire vermoeden van longcarcinoom, bij (beginnend) hartfalen en bij pneumothorax, en als de huisarts het van belang acht om comorbiditeit – met name longcarcinoom – uit te sluiten. De aanvrager moet er daarbij wel rekening mee houden dat haarden kleiner dan 1 cm niet kunnen worden onderscheiden op een X-thorax.

Het lijkt erop dat Nederlandse huisartsen al tamelijk selectief zijn in het aanvragen van een longfoto, maar gezien het beperkte indicatiegebied doen ze dat vermoedelijk nog altijd vaker dan nodig. Wetenschappelijk onderzoek naar de meerwaarde en de doelmatigheid van de longfoto is er echter bijna niet, en ook zijn er bijna geen betrouwbare gegevens om het aanvraaggedrag in Nederland nader te kunnen specificeren per indicatie of aandoening. De longfoto heeft nog de meeste waarde voor het uitsluiten van pneumothorax, (beginnend) hartfalen en longcarcinoom, maar met name de negatief voorspellende waarde is zelfs dan beperkt. ■

Dit is het eerste artikel in de serie 'Zinnig en zuinig: kritisch over diagnostiek'.

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Beschouwing.

Abstract

Harmans LM, Hopstaken RM. Chest X-ray: its value. *Huisarts Wet* 2016;59(4):160-1.

Although Dutch general practitioners are selective in ordering chest X-rays, they might not be selective enough. The 'standard' chest X-ray, with posterior-anterior and lateral views, is of little added value because of its limited sensitivity and the patient history and physical examination often have a large negative predictive value. Nor is a chest X-ray usually needed to diagnose chronic obstructive disease or pneumonia. The chest X-ray is of most value for ruling out pneumothorax, early heart failure, and lung cancer, but even then its negative predictive value is low. Computed tomography scans are more sensitive, but their high cost and radiation burden make their use in primary care far from routine.

Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken

In de *Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken* vindt u aanbevelingen voor de samenwerking met de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz bij de zorgverlening aan volwassenen met psychische problematiek. Hieronder zijn de afspraken die relevant zijn voor de huisarts voor u samengevat.

In opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ maakte het NHG samen met de betreffende patiëntenvereniging en behandelaren de *Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken*. Deze bevatten aanbevelingen voor verwijzing en terugverwijzing, en vorm en inhoud van de consultatie bij de hulpverlening aan volwassenen met psychische problematiek. Aan de orde komen ook de afbakening van taken en verantwoordelijkheden, de coördinatie en de monitoring bij gedeelde zorg door de huisartsenpraktijk, de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz. Tot slot is er aandacht voor het maken van regionale en lokale samenwerkingsafspraken.

De Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken bieden hulpverleners houvast, maar het eigen professionele inzicht blijft altijd van belang. Soms is het gewenst om, in samenspraak met de patiënt, beargumenteerd af te wijken van de afspraken.

ZORG BIJ PSYCHISCHE PROBLEMATIEK

Psychische problematiek behelst zowel stoornissen volgens de DSM-classificatie als niet classificeerbare psychische, psychosociale en psychosomatische klachten. Het streven is dat de patiënt zo snel mogelijk hulp krijgt geboden door de juiste zorgverlener op de juiste plek. Drie vragen komen daarbij altijd aan de orde:

- Kunnen we tijdelijk afwachten?
- Kunnen we effectief ingrijpen?
- Kunnen we zinvol overdragen?

De hulpverlener verstrekt gerichte informatie, zodat de patiënt een weloverwogen keuze kan maken aangaande de gewenste soort zorg en ondersteuning. Voor de patiënt spelen drie vragen over de behandeling een rol:

- Wat zijn mijn (keuze)mogelijkheden?
- Wat zijn de voor- en nadelen van deze mogelijkheden?
- Wat betekent dit in mijn situatie?

Als hulpverlener en patiënt in het gesprek over deze vragen tot overeenstemming komen, volgt eventueel een consultatievraag of indicatie voor verwijzing.

LANGDURIGE BEGELEIDING

Mensen die langdurige begeleiding nodig hebben, nemen een speciale positie in. Hun zorgbehoefte wordt bepaald door de ernst en complexiteit van hun problematiek, goede of slechte ervaringen van eerdere behandelingen, de inbreng van andere maatschappelijke partners en van eventuele steunende naasten. De zorgbehoeften van mantelzorgers bepalen mede de ernst en complexiteit van de zorgvraag. In gevaarlijke situaties kan – ook als de patiënt geen zorgbehoefte heeft – een gedwongen behandeling nodig zijn.

VERWIJZING

De huisarts beoordeelt welke patiënten in aanmerking komen voor verwijzing naar generalistische basis-ggz (gb-ggz) of gespecialiseerde ggz (s-ggz). De overheid formuleerde hiertoe criteria:

- (het vermoeden van) een stoornis volgens de DSM-classificatie;
- de ernst van de problematiek;
- het risico, de complexiteit en het beloop van de klachten.

Deze criteria zijn meegenomen in de afspraken over verwijzing. De werk-

De huisartsenpraktijk kan zelf patiënten begeleiden met:

- psychische problematiek, al dan niet conform de DSM-classificatie, met licht tot matige lijdensdruk en disfunctioneren én een relatief korte ziekte duur;
- verlies-, aanpassings-, werk- en relatieproblemen;
- stabiele chronische problematiek die niet crisisgevoelig is en een laag risico op terugval heeft;
- de noodzaak voor geïndiceerde of zorggerelateerde preventie (bijvoorbeeld mensen die kwetsbaar zijn voor terugval in een depressie);
- een (chronische) somatische ziekte waarbij psychische ondersteuning nodig is;
- een eigen voorkeur voor begeleiding in de huisartsenpraktijk en bij wie motiveren tot behandeling in de ggz vooralsnog niet succesvol is, tenzij er een ernstig gevaarscriterium is.

De huisartsenpraktijk verwijst patiënten naar de generalistische basis-ggz bij:

- psychische problematiek (vermoedelijk) conform de DSM-classificatie met:
 - een matige tot ernstige lijdensdruk en disfunctioneren;
 - (somatische) comorbiditeit of problemen in het persoonlijk of psychosociaal functioneren die *niet* met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren;
 - enig risico op gevaar maar met beschermende factoren, zoals adequate coping, werk, structurele daginvulling of een systeem van dagelijkse ondersteuning;
- uitblijven van verbetering bij behandeling in de huisartsenpraktijk (indicatie: na twee maanden);
- een stoornis in het gebruik van middelen met gering disfunctioneren en weinig lijdensdruk, of gebruik dat is gestart op jonge leeftijd;
- stabiele chronische problematiek met risico op terugval (bijvoorbeeld een depressie of angststoornis in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen).

groep maakt hierbij de kanttekening dat een op de patiënt en naasten gericht verwijzingsadvies nodig is voor een weloverwogen keuze tussen geschikte behandelingen en behandelaren. Verder spelen een rol:

- deskundigheid van de huisarts;
- wensen van de patiënt en diens naasten;
- behandelingsvoorgeschiedenis;
- beschikbaarheid en toegankelijkheid;
- contextuele factoren van de patiënt, zoals motivatie, comorbiditeit, zelfmanagementvaardigheden en financiële situatie.

De huisarts formuleert bij elke verwijzing een verwijsbrief conform het format in de herziene richtlijn *Informatie-uitwisseling huisarts-ggz* (www.nhg.org > hasp ggz).

OVERLEG

De huisarts neemt op indicatie contact op met de s-ggz over patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen die daar langdurig in zorg zijn bij:

- signalen van crisis, psychiatrische ontregeling of het niet opvolgen van leefstijl- en medische adviezen om ontregeling te voorkomen;
- belangrijke levensgebeurtenissen, bij-

De huisartsenpraktijk verwijst patiënten naar de gespecialiseerde ggz bij:

- psychische problematiek (vermoedelijk conform de DSM-classificatie met:
 - ernstige lijdensdruk en sterk disfunctioneren;
 - recidiverende ernstige problematiek;
 - (somatische) comorbiditeit en problemen in persoonlijkheid of psychosociaal functioneren die met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren;
 - complexe problematiek die behandeling in een multidisciplinair professioneel netwerk vergt;
 - een hoog risico op (zelf)verwaarlozing, (huiselijk) geweld, suicide, automutilatie of (kinder)mishandeling;
- een ernstige of langdurige stoornis in het gebruik van middelen in combinatie met een psychische stoornis of inzet van medicatie voor terugvalpreventie;
- een indicatie voor bemoeizorg (bijvoorbeeld F-ACT);
- uitblijven van verbetering bij behandeling in gb-ggz (indicatie: na drie tot vier maanden);
- uitblijven van verbetering bij behandeling in de huisartsenpraktijk (indicatie: na twee maanden), waarbij de ernst en complexiteit van de problematiek behandeling in de gb-ggz ongeschikt maakt;
- instabiele chronische problematiek;
- noodzaak tot onvrijwillige behandeling.

voorbeeld zwangerschap;

- interfererende somatische aandoeningen;
- afwijkende laboratoriumuitslagen, zoals bloedspiegels van geneesmiddelen (als is afgesproken dat de huisarts controleert).

De huisarts kan dit ook periodiek doen als dit is afgesproken in overleg met de s-ggz.

De huisarts neemt op indicatie contact op met de gb-ggz over patiënten die daar langdurig in zorg zijn bij:

- signalen van crisis, psychiatrische ontregeling of het niet opvolgen van leefstijl- en medische adviezen om ontregeling te voorkomen;
- voorschrijven of wijzigen van psychofarmaca.

CONSULTATIE

Als de patiënt hiervoor toestemming geeft, kan de huisarts ggz-behandelaars consulteren in de vorm van een schriftelijke casusbespreking, een gezamenlijk gesprek (eventueel samen met de patiënt en naasten) of een nabespreking met de huisarts van een consult door de ggz-behandelaar.

Voor intercollegiaal overleg (een korte vraag over bijvoorbeeld medicatie of verwijzingsnoodzaak) is geen toestemming van de patiënt nodig, mits geanonimiseerd verwoord.

De huisarts overweegt consultatie van de gb-ggz of s-ggz bij:

- diagnostische vragen;
- adviesbehoefte over terugvalpreventie of vervolgtraject;
- adviesbehoefte over omgang met de patiënt;
- adviesbehoefte over de aanpak bij (stagnatie van) de behandeling in de huisartsenpraktijk.

De huisarts overweegt consultatie van de s-ggz bij:

- vragen over indicatie voor of gebruik van psychofarmaca;
- somatische of psychiatrische comorbiditeit die van invloed is op de behandeling;
- twijfel over wilsbekwaamheid;
- vragen over een stoornis in het gebruik van middelen met een fysiek afhankelijkheidsbeeld;
- inzet van medicatie voor terugvalpreventie als verwijzing niet haalbaar is.

REGIONALE ZORGAFSTEMMING

In regionaal of lokaal overleg kunnen de volgende aandachtspunten worden uitgewerkt tot concrete werkafspraken:

- Welke begeleidings-, ondersteunings- en behandelingsmogelijkheden zijn er?
- Wat zijn de bestaande afspraken?

- Zijn de betrokken hulpverleners bereikbaar voor overleg?
- Hoe zijn de consultatiemogelijkheden georganiseerd?
- Welk hulpaanbod is er op het gebied van preventie?
- Zijn eventuele wachtlijsten bekend?
- Welke controle is er dat de patiënt daadwerkelijk is verschenen na doorverwijzing in crisissituaties? Wie is hiervoor verantwoordelijk?
- Heeft de huisarts voldoende kennis en expertise om patiënten met chronische problematiek op te vangen?
- Wie doet de somatische controles bij een patiënt die onder behandeling is van de s-ggz?
- Wie is verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie in een traject waarbij iedere betrokken behandelaar verantwoordelijk is voor de eigen inhoudelijke inbreng?
- Is er een regelmatige uitwisseling en afstemming tussen de patiënt, diens naasten, de huisarts, gb-ggz en s-ggz?

Over het inschakelen van crisisdiensten kunnen de volgende afspraken worden gemaakt:

- In welke situaties is de crisisdienst beschikbaar?
- Wanneer kan een patiënt zelf de crisisdienst bellen?
- Wanneer kan een arts naar de crisisdienst verwijzen zonder eerst de patiënt te zien?
- Wie is tijdens wachttijden verantwoordelijk voor de zorg na verwijzing?
- Welke eisen gelden voor verwijzing door en terugrapportage aan de huisarts?
- Wie is verantwoordelijk voor de zorg na een crisisinterventie, terugverwijzing naar de huisartsenpraktijk en doorverwijzing naar de reguliere ggz?
- Zijn afspraken over een maximale wachttijd mogelijk?

Variatie in behandeling na acuut myocardiinfarct

Een acuut myocardiinfarct (AMI) is een veelvoorkomend gezondheidsprobleem in de huisartsenpraktijk met jaarlijks 3,5 nieuwe gevallen per 1000 patiënten. De afgelopen dertig jaar is de sterfte aan AMI drastisch afgenomen door de steeds beter wordende zorg. Omdat de incidentie van AMI stijgt met de leeftijd, valt door de vergrijzing te verwachten dat de zorg voor patiënten met AMI in de toekomst toeneemt. De huisarts heeft, na de initiële behandeling door de cardioloog, een belangrijke taak hierin door middel van cardiovasculair risicomangement.

WELKE ZORG LEVERT DE HUISARTS?

De zorg na een doorgemaakt AMI bestaat in het eerste jaar voor een belangrijk deel uit medicamenteuze behandeling. De NHG-Standaard Acuut coronair syndroom adviseert naast aspirine cardioprotectieve geneesmiddelen voor te schrijven uit elk van de volgende groepen: lipidenverlagende medicatie, bètablokkers, ACE-remmers en antitrombotica. Voor 8544 patiënten is in het eerste jaar na een AMI onderzocht hoeveel van deze middelen werden voorgeschreven.

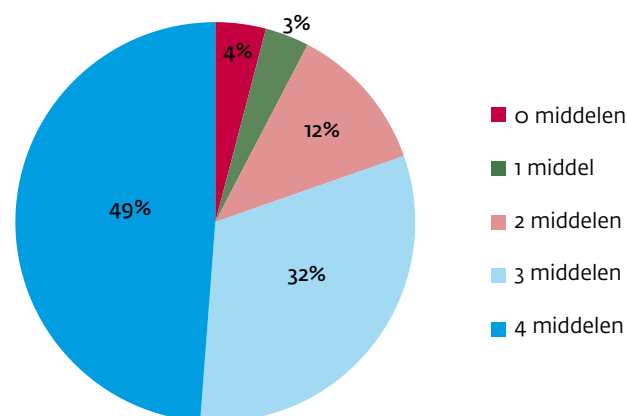
VOORGESCHREVEN MIDDELEN

Bijna alle patiënten (92%) kregen antitrombotica voorgeschreven. Statines en bètablokkers werden bij respectievelijk 85% en 76% voorgeschreven, gevolgd door ACE-remmers bij 66% van de patiënten. Meer dan driekwart van de patiënten kreeg geneesmiddelen uit minimaal drie van de hierboven genoemde vier groepen. Slechts 4% kreeg niets voorgeschreven [figuur 1].

IN HOEVERRE WORDT DE STANDAARD GEVOLGD?

Huisartsen schreven bij ongeveer de helft van de patiënten, na het infarct, conform de standaard alle vier de soorten cardioprotectieve geneesmiddelen voor. Huisartspraktijken ver-

Figuur 1 Aantal voorgeschreven soorten cardioprotectieve geneesmiddelen na een doorgemaakt myocardiinfarct

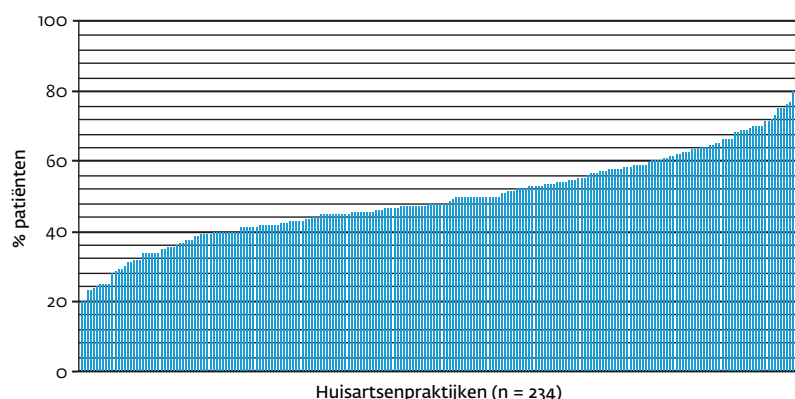


schillen aanzienlijk in het volgen van de NHG-Standaard: het aantal patiënten met een behandeling conform de standaard varieert van 20% tot 90% [figuur 2]. Ook op patiëntniveau zijn er verschillen: de behandeling van mannen was vaker conform de standaard dan die van vrouwen (49% versus 47%) en het percentage conform standaard behandelde patiënten was met 43% het laagst in de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder.

CONCLUSIE

De NHG-Standaard adviseert om na een doorgemaakt AMI, naast aspirine, vier verschillende soorten cardioprotectieve geneesmiddelen voor te schrijven. Meer dan driekwart van de onderzochte patiënten kreeg geneesmiddelen uit minimaal drie van de vier groepen, zodat dit advies goed gevolgd lijkt te worden. Er is echter een grote variatie tussen huisartsenpraktijken en tussen patiëntgroepen. Meer aandacht voor het volledig volgen van de richtlijn is met name gewenst bij oudere patiënten. Dit onderzoek laat zien dat er nog ruimte voor verbetering is. ■

Figuur 2 Het percentage patiënten per huisartsenpraktijk met een voorschrift van alle vier de soorten cardioprotectieve medicatie na een doorgemaakt myocardiinfarct



Analyses zijn uitgevoerd met gegevens uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Deze registratie maakt gebruik van gegevens uit de elektronische patiëntdossiers van huisartsen en verzamelt constant gegevens over aandoeningen, verrichtingen, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen (www.nivel.nl/zorgregistraties). Voor dit onderzoek zijn patiënten geselecteerd met de volgende kenmerken: 1) een AMI tussen 2006 en 2013; 2) minimaal 1 jaar follow-up na het infarct en 3) beschikbare gegevens over voorgeschreven geneesmiddelen in zowel het jaar van het infarct als het jaar erna. Praktijkvariëaties zijn alleen beschreven over de groep praktijken met minimaal 10 patiënten met een doorgemaakt AMI.



Welke behandeling willen ouderen met kanker?

In de rubriek (Ver)Stand van zaken geeft de aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) een korte samenvatting van de literatuur die heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag, waarop hij/zij aan het promoveren is. De coördinatie van de rubriek is in handen van N. Rasenberg, Erasmus MC, huisarts-in-opleiding en redactielid H&W • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl.

PRAKTIJKVRAAG

Meneer Pieters is een 79-jarige boer die zijn land heeft verkocht maar in de boerderij is blijven wonen. Hij is gesteld op zijn zelfstandigheid en is het liefst de hele dag buiten. Hij belandt via zijn huisarts in het ziekenhuis met een longontsteking en op de röntgenfoto worden afwijkingen gezien die mogelijk maligne zijn. Nadere diagnostiek bevestigt de diagnose stadium-IV longkanker. Er wordt chemotherapie gestart en hoewel de patiënt hier aanvankelijk baat bij lijkt te hebben, krijgt hij na de tweede kuur koorts. Hij neemt direct contact op met het ziekenhuis, wordt opgenomen en overlijdt binnen enkele dagen. Alles is gegaan volgens de richtlijnen en de familie is niet ontevreden. Toch knaagt er iets bij de huisarts: wilde de patiënt deze chemotherapie wel echt?

HUIDIG BELEID

Tussen een verwijzing naar de specialist vanwege een vermoeden van een maligniteit en het starten van de behandeling hebben huisarts en patiënt vaak geen contact. De specialist doet de diagnostiek en bespreekt de behandelopties met de patiënt. Het NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk¹ adviseert echter een actieve rol voor de huisarts in deze tussenperiode, omdat dit de continuïteit van de zorg ten goede komt.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

In Nederland wordt per jaar bij ongeveer 100.000 personen kanker gediagnosticeerd. Van hen is 40% tussen de 60 en 75 jaar en 30% is 75 jaar of ouder.

Er is de laatste jaren steeds meer aandacht voor gezamenlijke besluitvorming. De meeste patiënten stellen het op prijs om betrokken te worden bij de besluitvorming rondom behandeling. Hierbij prefereren patiënten met kanker over het algemeen een actievere rol dan andere patiënten.² Bij patiënten met een gemetastaseerde maligniteit verschilt de gewenste rol in de besluitvorming per soort beslissing. Als kwaliteit van leven belangrijker wordt, willen patiënten een grotere rol hebben.

Bovendien is de huisarts vaak verantwoordelijk voor zorg in de laatste levensfase, het is dan belangrijk om te weten wat voorafging in het ziekteproces en welke afwegingen zijn gemaakt.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Het belang van goede besluitvorming bij gemetastaseerde maligniteiten neemt toe doordat er steeds meer behandelingen komen. De aandacht voor potentiële negatieve gevolgen

van sommige behandelingen is ook toegenomen. Zo wordt chemotherapie in de laatste maanden van het leven als indicator voor slechte zorg gezien. Een recente review onderzocht redenen die ouderen hebben voor het wel of niet accepteren van een behandeling.³ De factoren verschillen sterk in verschillende onderzoeken, maar een belangrijke factor lijkt de aanbeveling van de behandelend arts te zijn. Om verwarring bij de patiënt te voorkomen, is het dan ook van belang dat verschillende behandelaars onderling goed communiceren. Ook benoemen oudere kankerpatiënten de effectiviteit van de behandeling van de ziekte, verbetering en behoud van fysieke functie, het bewaren van onafhankelijkheid en vermindering van de belasting voor zorgverleners als belangrijkste doelen. Lage prioriteit werd gegeven aan het in leven blijven, vermindering van pijn en het vermijden van ziekenhuisopname.⁴ Om gedeelde besluitvorming te waarborgen, is het dan ook essentieel dat een arts goed op de hoogte is van de wensen en waarden van zijn patiënt.

CONCLUSIE

Hoewel patiënten met kanker gedeelde besluitvorming belangrijk vinden, is de aanbeveling van een arts de belangrijkste factor in het wel of niet accepteren van een behandeling. Uit verschillende onderzoeken naar welke doelen ouderen met gemetastaseerde kanker belangrijk vinden, blijkt dat levensverlenging vaak niet bovenaan staat. Expliciteren van de voorkeuren van de patiënt lijkt van wezenlijk belang om de optimale behandeling voor ongeneeslijke kanker bij de oudere patiënt vast te stellen.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAGEN

Welke doelen van de behandeling vinden ouderen met niet (meer) curatief behandelbare kanker het belangrijkste en welk effect heeft het systematisch verhelderen van deze voorkeuren voorafgaand aan de behandeling? ■

LITERATUUR

- 1 NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk. www.nhg.org.
- 2 Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions. A systematic review. *Patient Education and Counseling* 2012;86:9-18.
- 3 Puts MTE, Tapscott B, Fitch M, Howell D, Monette J, Wan-Chow-Wah D, et al. A systematic review of factors influencing older adults' decision to accept or decline cancer treatment. *Cancer Treatment Reviews* 2015;41:197-215.
- 4 Akishita M, Ishii S, Kojima T, Kozaki K, Kuzuya M, Arai H, et al. Priorities of health care outcomes for the elderly. *JAMDA* 2013;14:479-84.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde (HPC FA21), Postbus 196, 9700 AD Groningen: M.E. Stegmann, aiotho bij het OPTion-onderzoek; J. Schuling, oud-huisarts; A.J. Berendsen, huisarts en projectleider OPTion • Correspondentie: m.e.stegmann@umcg.nl

ECG 10⁺: Systematisch ECG's beoordelen

INTRODUCTIE

Eerder beschreven we in *Huisarts en Wetenschap* bij welke klachten een electrocardiogram (ECG) in de huisartsenpraktijk nuttig is en in welke situaties een ECG geen meerwaarde heeft.¹ Daarnaast benoemden we verbeterpunten van ECG-beoordeling in de huisartsenpraktijk.² In dit artikel introduceren we de systematische beoordeling van ECG's met een checklist op tien punten: de ECG 10⁺.³ Wanneer de beoordelaar constateert dat elk van de tien punten binnen de normaalwaarden valt, is er sprake van een niet-afwijkend ECG. Deze checklist stelt huisartsen in staat een ECG veilig als normaal te beoordelen.

De ECG 10⁺ helpt bij het efficiënt en volledig beoordelen van ieder ECG dat wordt gemaakt in de huisartsenpraktijk, maar is niet bruikbaar zonder voldoende kennis van de (patho)fysiologie van het hart. Dit artikel is dan ook geen alternatief voor een ECG-cursus. De ECG 10⁺ is wel een werkbaar instrument om ECG's veilig te beoordelen nadat een huisarts het benodigde ECG-onderwijs heeft gekregen. Dit artikel kan ook helpen om ECG-kennis 'op te frissen'.

OPZET

We beschrijven voor elk van de tien te beoordelen onderdelen van het ECG hoe dit onderdeel er normaal uitziet en hoe het wordt beoordeeld. Vervolgens beschrijven we per ECG-onderdeel de afwijkingen die het meest voorkomen. Binnen dit artikel kunnen we deze afwijkingen niet volledig beschrijven,

maar in de casuïstiek die in latere nummers van *Huisarts en Wetenschap* volgt, zullen we bij verschillende afwijkingen stilstaan. De [webtabel] vat de systematische beoordeling met de ECG 10⁺ samen, zie www.henw.org.

1. REGELMAAT EN FREQUENTIE

Achtergrond, normaalwaarden, wijze van beoordelen

De hartfrequentie is normaal wanneer deze 60 tot 100 slagen/minuut bedraagt en is eigenlijk nooit problematisch of pathologisch bij frequenties van 50-60 slagen/minuut. Daaronder is er sprake van bradycardie, bij een frequentie boven de 100/minuut is er sprake van tachycardie. Normaal gesproken is het hartritme regelmatig.

Het hele ECG wordt van links naar rechts in tien seconden geschreven. Vermenigvuldiging van het aantal QRS-complexen met zes geeft dus de hartfrequentie per minuut. Bepaal verder of de QRS-complexen regelmatig of onregelmatig zijn. Bij volledige onregelmatigheid is de afstand tussen de R-toppen telkens wisselend [figuur 1a]. Bij sommige andere ritmes is er wel een regelmaat te herkennen, maar vallen één of enkele QRS-complexen daarbuiten [figuur 1b].

Veelvoorkomende afwijkingen

Bradycardie treedt op bij jonge, actieve mensen, bij AV-geleidingsvertraging (denk aan AV-blokken) en bij sick sinus syndroom. Tachycardie komt veel voor bij sinustachycardieën (bijvoorbeeld door koorts), maar ook bij atriumfibrilleren. Minder vaak voorkomende tachycardieën zijn in volgorde van aflopende incidentie bij de westerse bevolking: AV-nodale re-entrytachycardie, atriumflutter, atriale tachycardie, ventrikeltachycardie, cirkeltachycardie over een accessoire verbinding bij het Wolff-Parkinson-Whitesyndroom (WPW), torsades des pointes en ventrikelfibrilleren. Een normaal sinusritme is regelmatig. Wel kan er een lichte variatie in het RR-interval optreden onder invloed van de ademhaling. Een volledig irregulair ritme is feitelijk altijd te wijten aan atriumfibrilleren [figuur 1a]. Daarnaast zijn er diverse 'regelmatige onregelmatigheden', zoals een ventriculaire extrasystole [figuur 1b].

Samenvatting

Konings KTS, Willemsen RTA. ECG 10⁺: Systematisch ECG's beoordelen. *Huisarts Wet* 2016;59(4):166-70.

Huisartsen hebben behoefte aan een hulpmiddel voor begrip van de systematiek en interpretatie van ECG's. Bij ECG-onderwijs aan huisartsen en andere niet-cardiologen is de ECG 10⁺ een bruikbaar instrument gebleken, dat ook daarna beklijft en in de praktijk bruikbaar blijft. Met de ECG 10⁺ kunnen ECG's veilig als normaal worden afgegeven, wanneer op geen van de tien punten afwijkingen te zien zijn. Wanneer er wel afwijkingen zijn, helpt de ECG 10⁺ de beoordelaar om deze met de klinische bevindingen te integreren en tot een diagnose te komen (de '+' in de ECG 10⁺). In dit artikel geven we een samenvatting van deze methode. Bij ieder van de tien te beoordelen punten beschrijven we kort de achtergrond, normaalwaarden en meestvoorkomende afwijkingen.

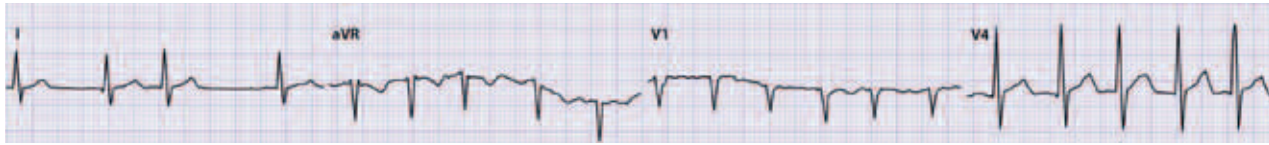
Universiteit Maastricht, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; dr. K.T.S. Konings, huisarts, kaderhuisarts hart- en vaatziekten en co-ördinator kaderopleiding hart- en vaatziekten; R.T.A. Willemsen, huisarts, huisarts-onderzoeker en kaderhuisarts hart- en vaatziekten • Correspondentie: karen_konings@hotmail.com; robert.willemsen@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Disclaimer: dit artikel over de systematische beoordeling van het ECG is niet bedoeld ter vervanging van een nascholing of cursus. Het is een opfrisser voor hen die een cursus hebben gevolgd of een stimulans voor hen die zich in dit onderwerp willen verdiepen.

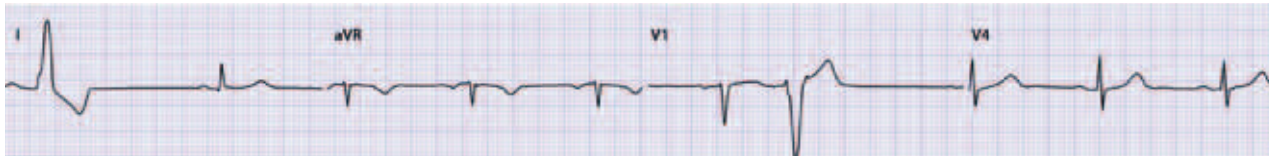
De kern

- Er is een aantal goede indicaties voor het maken van ECG's in de eerste lijn.
- De ECG 10⁺ -methode helpt bij het beoordelen van tien elementaire onderdelen van het ECG.
- Na het beoordelen van de tien punten volgt een samenvatting van de bevindingen. Deze samenvatting leidt – in combinatie met de klinische bevindingen – tot een eindoordeel. Dit eindoordeel is de '+' in de ECG 10⁺.

Figuur 1 Twee voorbeelden van afwijkingen in frequentie en/of regelmaat



1a Afleiding I. Hier zijn 20 QRS-complexen te zien, de hartfrequentie bedraagt dus $6 \times 20 = 120/\text{min}$. De RR-intervallen zijn telkens verschillend, er is hier dus sprake van een onregelmatige tachycardie (bij atriumfibrilleren).



1b Afleiding I. Hier zijn 10 QRS-complexen te zien, de hartfrequentie bedraagt dus 60/min. De RR-intervallen zijn telkens gelijk met uitzondering van 2 QRS-complexen die buiten het ritme vallen en een andere vorm hebben. Hier is dus een regelmatig ritme, met een af en toe optredende onregelmatigheid. De twee afwijkende QRS-complexen zijn ventriculaire extrasystoles.

2. HARTAS

Achtergrond, normaalwaarden, wijze van beoordelen

Hoewel de elektrische stroom driedimensionaal door het hart loopt, geldt bij een normaal sinusritme dat de stroom grofweg van rechtsboven (sinusknoop) naar linksonder (linkerkamer) loopt. Deze sterke versimpeling van de stroom door het hart heet de hartas. De hartas wordt beoordeeld in de extremitetsafleidingen en is normaal wanneer die tussen de -30° en de $+90^\circ$ graden ligt (zie [figuur 2] waarin ook de afwijkende linker- en rechteras worden gedefinieerd). De hartas wordt bepaald door de afleiding met de hoogste R-top. De hartas loopt min of meer

in dezelfde richting als die afleiding. De as is zeker normaal wanneer de R-toppen in afleiding I enerzijds en avF of II anderzijds de hoogste zijn van alle extremitetsafleidingen.

Veelvoorkomende afwijkingen

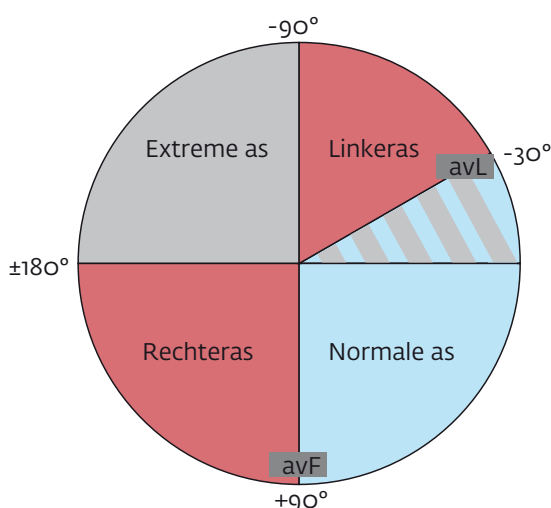
Fors weefselverlies of forse weefseltoename veroorzaakt een asdeviatie. Zowel een forse linkerventrikelhypertrofie als een groot oud rechterventrikelfarct leidt tot een te ver naar links gedraaide as, terwijl een forse rechterventrikelhypertrofie of een groot linkerventrikelfarct de as naar rechts doet draaien. Let wel: ook foutieve elektrodeplaatsing leidt tot asafwijkingen!

3. P-TOP

Achtergrond, normaalwaarden, wijze van beoordelen

De P-top is een weergave van de depolarisatie van het atrium (dus niet alleen van de sinusknoop!). De P-top is het best te beoordelen in afleiding II en V1. De P-top is niet afwijkend wanneer de hoogte in afleiding II maximaal 2,5 mm is, en de

Figuur 2 De normaalwaarden voor de hartas (-30° tot $+90^\circ$ graden) en de afwijkende hartas (links, rechts en extreem) in beeld. Het gearceerde gebied is de zone die 'horizontale as' wordt genoemd; dit valt binnen het normale gebied

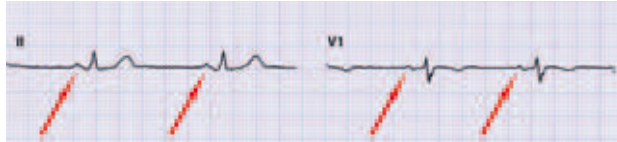


Abstract

Konings KTS, Willemsen RTA. ECG 10+: Systematic assessment of ECGs by general practitioners. Huisarts Wet 2016;59(4):166-70.

General practitioners need a tool to help them assess and interpret ECGs. The ECG 10+ has proven a useful tool during ECG training for GPs and non-cardiologists and can be used in daily practice. With this tool, ECGs can safely be considered normal if there are no abnormalities at any of the 10 points. If there are abnormalities, the tool helps the assessor to integrate these with clinical findings so as to come to a diagnosis (the 'plus' point of the tool). In this article, the method is described, giving the background, normal values, and most common abnormalities of each of the 10 points assessed.

Figuur 3 Een detail uit een twaalfafleidingen-ECG met niet-afwijkende P-toppen



breedte maximaal 3 mm. P-toppen horen een glooiende vorm te hebben die bóven de basislijn uitsteekt (alles wat boven de basislijn uitsteekt wordt een positieve uitslag genoemd). Alleen in afleiding avR (die stroom richting de rechterschouder registreert) is een negatieve P-top normaal. Afleiding V1 registreert als enige stroom uit het hart vlak boven het rechteratrium. Hierdoor toont V1 de meeste details van de sinusknoop. In V1 mag er een bifasische P-top zijn, maar het negatieve deel hoort smaller en ondieper dan 1 mm te zijn [figuur 3].

Veelvoorkomende afwijkingen

Een te hoge of verbrede P-top is het gevolg van atriumdilatie bij bijvoorbeeld COPD of mitralisklepstenose. Behalve in avR mag de P-top niet negatief zijn en alleen in V1 mag de P-top bifasisch zijn. Negatieve P-toppen in andere afleidingen wijzen op een ectopische, atriale (dus niet sinusale) bron voor de atriale activiteit. Afwezige P-toppen passen bij een gebrek aan georganiseerde atriale activiteit, en wijzen daarmee meestal op atriumfibrilleren [figuur 1a].

4. PQ-TIJD

Achtergrond, normaalwaarden, wijze van beoordelen

De PQ-tijd wordt gemeten van het begin van de P-top tot het begin van het QRS-complex en geeft daarmee de duur van de hele atriale depolarisatie en de geleidingstijd door de AV-knoop weer. Normaal is de PQ-tijd 120 tot 200 ms (3 tot 5 mm).

Veelvoorkomende afwijkingen

Een verlengde PQ-tijd (meer dan 5 mm) met een normale, niet verbrede P-top wijst op een vertraagde geleiding over de AV-knoop; dit wordt (eigenlijk ten onrechte) een eerstegraads AV-blok genoemd. De aandoening komt veel voor bij ouderdom en/of bepaalde medicatie (met name bètablokkers) [figuur 4]. Bij het tweedegraads AV-blok valt er zo nu en dan een QRS-complex weg (intermitterend blok). Bij een derdegraads AV-blok (of AV-dissociatie) is er geen enkele relatie tussen de atriale en ventriculaire activiteit; atria en ventrikels hebben hun eigen ritme.

5. Q-GOLF

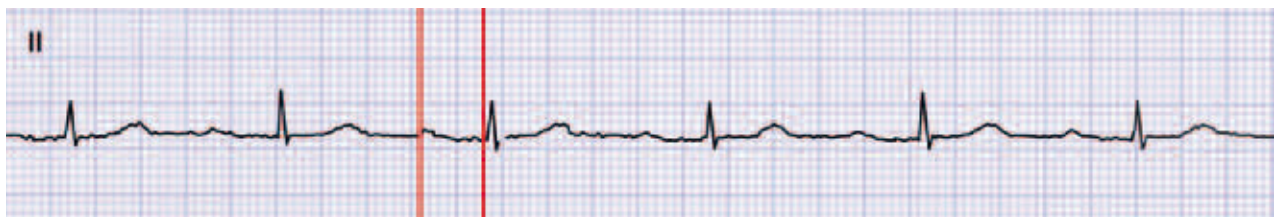
Achtergrond, normaalwaarden, wijze van beoordelen

Q-golven zijn negatieve uitslagen vóór de R-top. In een gezond hart wordt het ventrikelseptum van links naar rechts gedepolariseerd en tonen alle linksegelegen afleidingen daardoor een ondiepe smalle Q. Dit zijn dus fysiologische Q's [figuur 5]. Een te diepe (dieper dan eenvierde van de hoogte van de eropvolgende R-top) of een te brede (breder dan 1 mm) Q suggereert een doorgemaakt infarct.

Veelvoorkomende afwijkingen

Wanneer in het hart weefselschade optreedt, loopt op de plek van de schade geen stroom meer. In afleidingen die het

Figuur 4 Het begin (= begin van de P-top) en het einde (= begin van het QRS-complex) van de PQ-tijd zijn weergegeven met verticale streepjes. De PQ-tijd is hier te lang (7 mm), in dit geval door een eerstegraads AV-blok



Figuur 5 Fysiologische Q-golven in I en avL tonen de normale depolarisatie van het ventrikelseptum



aangedane gebied goed in beeld brengen (afleiding II, III en avF brengen bijvoorbeeld de onderzijde van het hart goed in beeld), valt de R-activiteit hierdoor weg. De betreffende afleiding toont dan in plaats daarvan alleen nog stroom die in het tegenoverliggende deel van het hart van de elektrode áfloopt. Pathologische Q-golven wijzen dus op doorgemaakte infarcten en kunnen circa zes uur na het infarct zichtbaar worden.

6. QRS-COMPLEX

Achtergrond, normaalwaarden, wijze van beoordelen

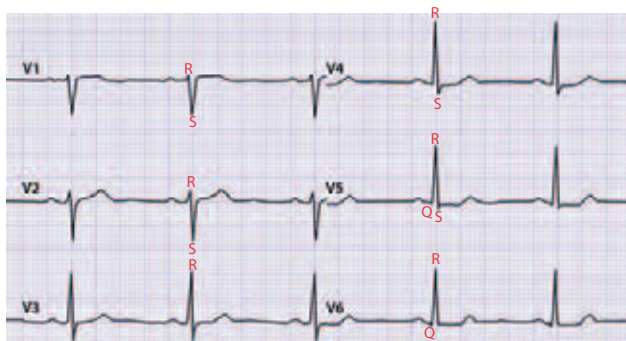
Het QRS-complex toont de depolarisatie van linker- en rechterventrikel. De breedte van het QRS-complex geeft de tijd weer die nodig is voor de ventrikeldepolarisatie. De hoogte van de R- en S-toppen geven de voltages weer en geven informatie over de hoeveelheid weefsel die actief is in het gebied waarover de betreffende afleiding informatie geeft. De drie essentiële kenmerken van een normaal QRS-complex zijn [figuur 6]:

- Breedte: maximaal 3 mm (0,12 seconde).
- R-progressie: de R-S-verhouding in de voorwandaafleidingen loopt geleidelijk op van voornamelijk S in V1 naar voornamelijk R in V5 en V6.
- Hoogte: minimaal één van de afleidingen heeft een QRS-complex > 5 mm (in de extremitetsafleidingen), respectievelijk > 10 mm (in de voorwandaafleidingen). In V1 is de R < S. De R < 10 mm. In V5 en V6 is de R > S. De R < 25 mm.

Veelvoorkomende afwijkingen

Wanneer het QRS-complex *te breed* is, wijst dat op een vertraagde geleiding in de ventrikels. Vaak is er sprake van een bundeltakblok. Wanneer er *te lage of geen R-toppen* te zien zijn in V1-4, wijst dat op een doorgemaakt infarct in de regio van het septum en/of de voorwand van de linkerventrikel. Wanneer er *te veel* activiteit is (te hoge R, te diepe S), wijst dit op hypertrofie van de linker- of rechterventrikel, afhankelijk van de locatie van de afwijkende QRS-complexen.

Figuur 6 QRS-complexen geven de ventrikelactivatie weer. Er hoeft niet altijd daadwerkelijk een Q of een S zichtbaar te zijn in iedere afleiding. Deze figuur toont normale QRS-complexen in V1-6: de R-top wordt van afleiding V1 naar afleiding V5 steeds hoger, er is geen sprake van uitzonderlijk hoge of diepe R- en S-toppen en er is geen QRS-verbreding



7. ST-SEGMENT

Achtergrond, normaalwaarden, wijze van beoordelen

Tussen depolarisatie van de ventrikel (QRS-complex) en repolarisatie (T-top) trekken de ventrikels samen, maar is er geen elektrische activiteit. Het ST-segment hoort dan ook op de iso-elektrische lijn te liggen.

Veelvoorkomende afwijkingen

Er is sprake van ST-elevatie wanneer het ST-segment meer dan 1 mm boven de iso-elektrische lijn ligt. De bekendste oorzaak van een ST-elevatie is het acute myocardinfarct. Wanneer het ST-segment 1 mm of meer onder de iso-elektrische lijn ligt, is er ST-depressie. Dit kan wijzen op allerlei afwijkingen (myocardischemie, linkerbundeltakblok, linkerventrikelhypertrofie), maar kan ook een specifieke bevinding zijn [figuur 7].

8. T-TOP

Achtergrond, normaalwaarden, wijze van beoordelen

De T-top geeft de linkerventrikelrepolarisatie weer. Deze verloopt normaal gesproken in dezelfde richting als de depolarisatie. In afleidingen met een voornamelijk positief QRS-complex zal de T-top dus ook positief zijn [figuur 8].

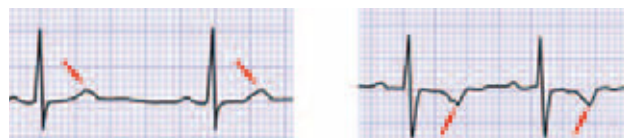
Veelvoorkomende afwijkingen

T-top inversie betekent een negatieve T-top bij een overwegend positief QRS-complex, of een positieve T bij een negatief QRS. Als het QRS-complex vrijwel evenveel R als S heeft (bifasisch QRS) hoort de T-top vrij vlak te zijn. T-top inversie komt bij veel afwijkingen voor, maar is ook vaak zonder betekenis. De differentiaaldiagnose hierbij is (met afnemende incidentie en niet volledig): normaalvariant, bundeltakblok, hypertrofie

Figuur 7 Voorbeelden (van links naar rechts) van een normaal ST-segment, een ST-elevatie en een ST-depressie



Figuur 8 Beeld van twee normale (links) en twee afwijkende (rechts) T-toppen



met 'strain', myocardiinfarct, acute neurologische aandoeningen, longembolie, pericardvocht. Hoge, spitse T's treden op bij hyperkaliëmie. Vlakke T-toppen treden op bij hypokaliëmie of pericardvocht.

9. QT-TIJD

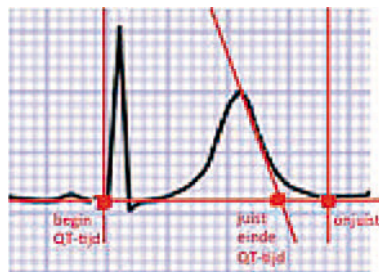
Achtergrond, normaalwaarden, wijze van beoordelen

De QT-tijd begint bij het begin van het QRS-complex en eindigt waar een lijn door het steilste gedeelte van het dalende been van de T-top de iso-elektrische lijn snijdt [figuur 9]. De QT-tijd is de tijd die verstrijkt tussen start depolarisatie en einde repolarisatie van de ventrikels. Wanneer dit interval te groot wordt, bestaat er een verhoogd risico op dodelijke ritmestoornissen ('torsades des pointes'). De normaalwaarde van de QT-tijd is frequentieafhankelijk. Een QT-tijd van minder dan 500 msec (12,5 mm) is zelden afwijkend.

Veelvoorkomende afwijkingen

Een QT-tijdverlenging kan het gevolg zijn van (combinaties van) QT-verlengende medicijnen óf van een aangeboren afwijking. Bij een medicamenteuze oorzaak dient de betreffende medicatie gestaakt te worden. In andere gevallen is verwijzing naar de cardioloog geïndiceerd.

Figuur 9 Meting van de QT-tijd. Het begin van de QT-tijd valt samen met het begin van het QRS-complex, in deze figuur gemarkeerd met het eerste verticale streepje. Het einde van het QT-interval valt niet per definitie samen met het einde van de T-top, maar met de plek waar een lijn door het sterkst dalende stuk van het dalende deel van de T-top, de iso-elektrische lijn snijdt. De QT-tijd in dit voorbeeld is 14 mm, ofwel 560 msec en dat is bij een frequentie > 50 slagen/minuut verlengd



10. RITME

De huisarts ziet vooral sinusritme, sinustachycardie, (supra-) ventriculaire extrasystoles en atriumfibrilleren. Atriumfibrilleren wordt gekenmerkt door afwezigheid van P-toppen en volstrekt onregelmatige QRS-activiteit. Het diagnosticeren van andere ritmes dan sinusritme en atriumfibrilleren behandelen we als casuïstiek in toekomstige nummers van H&W.

DE 'PLUS' VAN ECG 10+: INTERPRETATIE

In dit artikel hebben wij een kort, systematisch overzicht gegeven van de beoordeling van ECG's.

Indien de huisarts bij de tien te beoordelen onderdelen geen afwijkingen vindt, is er sprake van een normaal ECG. Bij afwijkingen op één of meer punten moet hij de bevindingen koppelen aan de klinische bevindingen. Alleen op die manier kan hij een conclusie en beleidsvoorstel formuleren. De 'plus' van ECG 10+ heeft dan ook betrekking op dit eindoordeel. Het oefenen hiermee komt nog uitgebreid aan bod als casuïstiek.

DANK

De auteurs danken Guusje Bertholet voor het maken van de afbeeldingen. ■

Deze nascholing is een bijdrage in de serie Elektrocadiografie.

LITERATUUR

- 1 Chan CM, Willemsen RTA, Konings KTS. Elektrocadiografie in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2014;57:196-200.
- 2 Konings KTS, Willemsen RTA. Leer- en oefenboek ECG 10+. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2016 (in druk).

Een bijzondere keelpijn

Casus

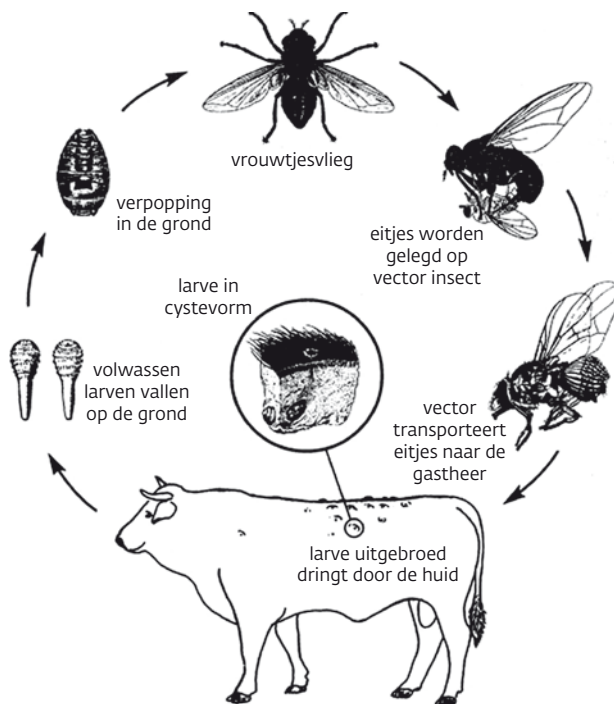
Na een vakantie van drie weken in Midden-Amerika bemerkte een 34-jarige patiënte enkele dagen na thuiskomst keelpijn en opgezette klieren in de hals. Een week later bezocht zij het spreekuur omdat het slikken pijnlijk bleef. Bij onderzoek had zij geen koorts, er waren geen opvallende klieren en in de keel was de farynx rood. Voor deze faryngitis kreeg zij ibuprofen driemaal daags 600 mg. Drie weken later kwam zij terug met het gevoel dat er iets in haar keel zat en het slikken was weer hevig pijnlijk. Zij had flink getranspireerd. Bij onderzoek opnieuw geen koorts, wel opgezette klieren in de hals, maar in de keel geen specifieke afwijkingen. Er werd lab aangevraagd en de ibuprofen werd voortgezet. Het lab vertoonde leucocytose met normale differentiatie, CRP en BSE.

Drie weken later nam zij telefonisch contact op. Zij hield periodelijk keelpijn met het gevoel van koorts, maar de thermometer gaf dit niet aan. Zij kreeg op proef een kuur fenoxymethylpenicilline driemaal daags 500 mg. Diezelfde avond bezocht zij de huisartsenpost, omdat zij een levende larve uit haar keel had opgehoest. De huisarts noteerde dat het leek op een vliegenlarve van ruim 1,5 cm en adviseerde deze te bewaren en een afspraak te maken op het spreekuur. Na contact met de afdeling Tropische ziekten van het AMC werd er diagnostiek verricht via parasitologie. De patiënte bleek een dermatobia hominis larve te hebben opgehoest. Daarna herstelde zij vlot.

BESCHOUWING

Dermatobia hominis (human botfly) behoort tot de myiasis verwekkende vliegen (Diptera), de oestridae of horzels, wier larven het lichaam infesteren. Zij leven in Midden- en Zuid-Amerika. De volwassen vlieg leeft voornamelijk in de bossen en parasiteert op dieren (vee, huisdieren) en soms op de mens. De cyclus is beschreven in de [figuur]. Klinisch is de gebruikelijkste manifestatie de cutane of furunculair myiasis,^{1,2} een etterende wond in de huid, die pas geneest als de larve er uitkomt, vaak na afdekken van de wond met vaseline zodat de larve afgesneden wordt van zuurstof en zich een weg baant naar de oppervlakte. In slijmvliesen komt de infectie veel minder vaak voor.³ Deze vorm, waarbij het eitje in de orofarynx terechtkomt, is niet eerder beschreven. Het eitje komt mogelijk binnen via het invliegen van een besmette mug of via besmet voedsel. Kennelijk was dit bij onze patiënte het geval. Het veroorzaakte een lokale wondinfectie in de orofarynx van lange duur; de ontwikkelingstijd van de larve is 5-10 weken. Dit past bij de in de anamnese naar voren gekomen periode van verblijf en het tijdstip van de eerste verschijnselen tot het ophoesten van de larve. Met recht een bijzondere vorm van keelpijn, een tropische verrassing! Diagnose: orofaryngeale myiasis van de dermatobia hominis. ■

Figuur Levenscyclus Dermatobia hominis



De volwassen vrouwelijke vlieg (zo'n 15 mm lang) grijpt een vector, vaak hematofage muggen of teken, en kleeft al meeliftend 15-30 eitjes op diens abdomen. Eventueel worden de eitjes op planten gelegd. Als de eitjes via de vector of de plant in contact komen met een warmbloedige gastheer, begint het larvestadium, dat 5-10 weken duurt. In 5 tot 60 minuten penetreert de larve ongemerkt door de intacte huid, door een haarfollikel, een insectensteekopening of een ander huid- of slijmvliesdefect. De uitgerijpte larven verlaten de gastheer en vallen op de grond, waar ze zich in zo'n 30 dagen verpoppen tot een vlieg. De totale levenscyclus van deze geelbruine vlieg duurt 100-120 dagen.

LITERATUUR

- 1 Westendorp C, Van der Meijden A. Een hardnekkige insectenbeet uit Costa Rica. Ned Tijdschr Geneesk 2012;156:A5522.
- 2 Mahal J, Sperling JD. Furuncular myiasis. J Emerg Med 2012;43:618-21.
- 3 Messahel A, Sen P, Wilson A, Patel M. An unusual case of myiasis. J Infect Public Health 2010;3:43-5.

Niet-westerse allochtonen met SOLK

Casus

Een 38-jarige vrouw van Marokkaanse afkomst presenteert zich op het spreekuur van de aios met buikpijn en vermoeidheid. Uit het dossier wordt duidelijk dat mevrouw in het afgelopen jaar zesmaal eerder bij de huisarts en de huisartsenpost geweest is met deze klachten. Ook in de jaren daarvoor heeft zij de huisarts veelvuldig bezocht vanwege buikpijn, vermoeidheid en klachten van het bewegingsapparaat. Een somatische verklaring voor deze klachten is tot nu toe niet gevonden.

INLEIDING

Men spreekt van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) indien lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en er bij adequaat medisch onderzoek geen of onvoldoende verklaring voor wordt gevonden. In de Nederlandse huisartsenpraktijk komt SOLK veel voor: de in 2013 verschenen NHG-Standaard meldt dat 40% van de consulten bij de huisarts over dergelijke klachten gaat. De prevalen-

Samenvatting

Los AM, Cents RAM, Harmsen JAM, Bindels PJE. Niet-westerse allochtonen met SOLK. *Huisarts Wet* 2016;59(4):172-5.

Somatisch onvoldoende verklaarde klachten (SOLK) zijn vaak complex. Soms aarzelt de arts om eventuele psychische factoren ter sprake te brengen, omdat hij denkt dat de patiënt daar weinig inzicht in heeft. Als het gaat om patiënten van niet-westerse afkomst, kan de situatie nog complexer worden door communicatieproblemen en verschillen in opvattingen over ziekte. Veel huisartsen nemen aan dat er in niet-westerse culturen een stigma rust op psychische klachten, maar dit stigma is minder sterk dan men denkt. Als niet-westerse allochtonen een klacht als somatisch presenteren, betekent dat niet per se dat zij de psychische oorzaken ontkennen: in veel culturen is de scheiding van lichaam en geest niet zo sterk als in de westerse cultuur. Het is dan ook zeker mogelijk, en zelfs aan te bevelen, om psychische factoren ter sprake te brengen in het consult. De NHG-Standaard SOLK bevat bruikbare adviezen en geeft een model om de anamnese te structureren: SCEGS (somatisch-cognitief-emotioneel-gedragsmatig-sociaal). Bij niet-westerse allochtonen is het beter de volgorde te veranderen naar SGSCS, waardoor de gedragsmatige en sociale consequenties van de klacht voorop komen te staan. Het is belangrijk een vertrouwensrelatie op te bouwen met de patiënt, zo nodig met behulp van het cultureel interview. Bij het aan de orde stellen van psychische klachten kan het helpen te beginnen bij de basale emoties (boos-bang-blij-bedroefd), metaforen te gebruiken en waar mogelijk het probleem te omschrijven in de eigen woorden van de patiënt. Van belang is ook het beroepsgeheim te benadrukken.

tie van langdurige, ernstige SOLK is in de huisartsenpraktijk overigens veel lager: 2,5%.¹

Op dit moment wonen er in Nederland 1,9 miljoen niet-westerse allochtonen, dat is 11,9% van de bevolking.² De zorgconsumptie in deze groep – met name bij Nederlanders van Turkse herkomst – is hoger dan gemiddeld,³ dus de kans is reeel dat de huisarts regelmatig ook niet-westerse allochtonen met SOLK op consult krijgt.

Daarmee komen twee lastige aspecten samen. Ten eerste is SOLK een complexe en voor de huisarts vaak lastige klacht: zowel huisartsen als patiënten zijn over SOLK-consulten gemiddeld minder tevreden.^{4,5} Ten tweede kunnen er in het contact met patiënten van niet-westerse afkomst communicatieproblemen ontstaan door een taalbarrière, en kan er onbegrip zijn doordat arts en patiënt afwijkende, cultureel bepaalde opvattingen hebben over ziekte.⁶⁻⁸ Een consult met een SOLK-patiënt van niet-westerse afkomst is daarom vaak extra moeilijk en kan vooral bij jonge artsen aanleiding geven tot onzekerheid en frustratie.⁹

Veel artsen hebben de indruk dat SOLK vaker voorkomt bij niet-westerse allochtonen.¹⁰ Een verklaring die wel genoemd wordt, is dat deze patiënten hun emotionele stress somatiseren omdat er een stigma rust op psychische symptomen.¹¹ Deze redenatie kan ertoe leiden dat de arts schroomt om psychische factoren bij SOLK met de patiënt te bespreken.

SOMATISATIE BIJ NIET-WESTERSE ALLOCHTONEN

De prevalentie van SOLK onder niet-westerse huisartspatiënten in Nederland is niet bekend. Een aantal risicofactoren voor SOLK, zoals beperkte gezondheidsvaardigheden en de ingrijpende ervaring van migratie, komt binnen deze groep inderdaad vaker voor, dus het is mogelijk dat de prevalentie re-

De kern

- SOLK-consulten bij niet-westerse allochtonen worden als moeilijk ervaren door de huisarts.
- Wanneer de huisarts vermoedt dat er een stigma rust op psychische klachten, kan dat een rem zijn op het bespreken van mogelijke psychische oorzaken. Dit stigma is minder sterk dan gedacht.
- Vaak ontkent de patiënt het belang van psychische factoren niet zozeer, maar is hij gewend psychische klachten op een somatisch georiënteerde manier uit te drukken.
- Het is van belang een vertrouwensrelatie op te bouwen en het beroepsgeheim te benadrukken
- Bespreek psychische factoren bij niet-westerse SOLK-patiënten 'van buiten naar binnen': somatisch-gedragsmatig-sociaal-cognitief-emotioneel.
- Benoem psychische factoren in termen van basale emoties, gebruik metaforen en de eigen bewoordingen van de patiënt.

latief hoog is. Somatisatie, psychische klachten presenteren in de vorm van lichamelijke klachten, kan een oorzaak zijn van SOLK. Of somatisatie meer voorkomt onder niet-westerse allochtonen in Nederland is minder duidelijk. Onderzoek in verschillende etnische groepen heeft aanwijzingen opgeleverd dat somatisatie in niet-westerse culturen vaker voorkomt,¹² maar anderzijds laat een wereldwijd onderzoek van de World Health Organization zien dat de prevalentie van somatisatie alleen in Zuid-Amerika significant hoger is.^{13,14}

Onderzoeken naar somatisatie onder migranten geven een wisselend beeld. Somatisatie komt vaker voor bij migranten uit Zuid-Amerika en bij migranten met postmigratieproblemen (verminderde toegang tot gezondheidszorg, werkproblemen, discriminatie, sociale problemen).^{15,16} Turkse migranten zijn geneigd om gevoelens van angst te uiten als 'benauwdheid' en uiten bij de dokter ook vaker somatische, psychische en stressklachten dan de autochtone bevolking.¹⁷ Toch lijkt er bij hen geen sprake van verhoogde somatisatie, want zij zijn zich bewust van hun psychische klachten en zijn ook in staat emoties psychologisch te duiden.¹⁸⁻²⁰ In de onderzoeken onder migranten is geen onderscheid gemaakt tussen verschillende redenen van migratie. Die redenen zijn relevant omdat onder vluchtelingen meer onverklaarde lichamelijke klachten voorkomen – met name gerelateerd aan posttraumatische stressstoornissen – dan onder arbeidsmigranten.^{16,21} Dit artikel gaat hier niet verder op in, aangezien de grootste groep niet-westerse allochtonen in Nederland arbeidsmigrant is.²

Kortom, er zijn aanwijzingen dat SOLK meer voorkomt bij niet-westerse vluchtelingen, en dat somatisatie vaker voorkomt bij Zuid-Amerikaanse migranten en migranten met postmigratieproblemen. De prevalentie van somatisatie is bij andere niet-westerse allochtonen niet aantoonbaar hoger dan in de autochtone bevolking.

Casus (vervolg)

Nadat bij anamnese en lichamelijk onderzoek geen afwijkingen zijn gevonden, probeert de aios de patiënte ervan te overtuigen dat de buikpijn gelukkig geen ernstige oorzaak heeft. De aios benoemt dat het baarmoederonderzoek en het urineonderzoek goed is. De patiënte geeft aan dat ze gerustgesteld is, maar diezelfde week gaat zij naar de huisartsenpost vanwege de buikpijn en bezoekt een collega-arts die een echo van de bovenbuik laat verrichten (geen afwijkingen). Daarna komt zij opnieuw bij de aios met dezelfde bezorgdheid om haar buikpijn. De aios denkt aan maagklachten en start pantoprazol.

Vier maanden later komt de patiënte opnieuw bij de aios met buikpijn, vermoeidheid, misselijkheid en pijnlijke handen en voeten. De aios verricht uitgebreid lichamelijk onderzoek en laat bloedonderzoek verrichten. Een week later komt de patiënte voor de uitslagen, die goed zijn. De aios bespreekt de uitslagen en neemt de aspecten van de klacht door volgens het SCEGS-model [tabel 1], maar vindt daarbij geen aanknopingspunten. De aios heeft het idee dat er een spanningscomponent meespeelt, maar aarzelt deze te benoemen gezien de Marokkaanse achtergrond van de patiënte. Het consult levert een advies op (meer bewegen), waarvan de patiënte al bij voorbaat zegt dat ze dat niet gaat doen.

Vier maanden later komt de patiënte wederom op het spreekuur van de aios met dezelfde klachten. Ze heeft gehoord over schildklierproblemen en vraagt of haar schildklierfunctie nagekeken kan

worden. Recent bloedonderzoek laat een goede schildklierfunctie zien. Bij verdere exploratie zegt de patiënte dat zij soms denkt dat het 'allemaal alleen maar stress is'. Nadat mevrouw zelf het ijs gebroken heeft, kan de aios met haar doorpraten over de spanning en over het verband met de klachten. De patiënte blijkt haar klachten goed in het perspectief van spanning te kunnen plaatsen. Ze bespreekt met de aios hoe die haar lichamelijke klacht beïnvloedt en mogelijk in stand houdt.

BESPREKEN VAN PSYCHISCHE FACTOREN

In de casus worstelt de aios met het bespreekbaar maken van een mogelijke spanningscomponent in de klachten van patiënte. Bij SOLK is het juist van belang psychische factoren bespreekbaar te maken, om in kaart te kunnen brengen welke factoren de klachten initiëren of het herstel belemmeren, en om een eventuele psychiatrische stoornis te kunnen uitsluiten.¹ Dat artsen terughoudend zijn in het ter sprake brengen van psychische factoren, met name bij niet-westerse allochtonen met SOLK, kan verschillende redenen hebben.

Stigma

Artsen vermoeden weleens dat er voor niet-westerse allochtonen een stigma rust op psychische klachten.¹¹ Dat stigma bestaat wereldwijd en is bijvoorbeeld sterk aanwezig bij Chinezen in de Verenigde Staten en in Taiwan.^{22,23} Er zijn echter aanwijzingen dat het minder sterk is dan men denkt. In een onderzoek naar het gebruik van ggz-voorzieningen door Chinezen in Nederland bleek dat zij zonder schroom over psy-

Abstract

Los AM, Cents RAM, Harmsen JAM, Bindels PJE. Non-western migrants with medically unexplained physical symptoms. *Huisarts Wet* 2016;59(4):172-5.

Medically unexplained physical symptoms (MUPS) are often complex, and general practitioners may be reluctant to discuss possible psychological factors, because they think that patients have little insight into these factors and their relevance. The situation is even more difficult with patients of non-western origin, because of possible communication problems and differences in ideas and concepts regarding ill health. Many GPs assume that there is a stigma about mental health problems in non-western cultures, but this is less strong than thought. Although non-western migrants may present with physical complaints, this does not necessarily mean that they are unaware that their complaints may have a psychological basis – in many cultures the distinction between mind and body is not so clear-cut as in western culture. It is possible, and even advised, to discuss psychological factors during the consultation. The Dutch College of General Practitioners' guideline on MUPS is helpful and provides a model for structuring the patient's history, by asking about somatic, cognitive, emotional, and social, behavioural aspects in this order. However, with non-western migrants it is better to use a different sequence, focusing on social, behavioural, somatic, cognitive, and emotional aspects, so that the behavioural and social consequences of the problems are given prominence. It is important to build a relationship of trust with patients, for example, by using the 'cultural interview'. When discussing mental health symptoms, it may help to begin with basic emotions (anger, fear, happiness, sadness), to use metaphors, and, where possible, to describe the problem in the patient's own words. It is also important to emphasize the confidentiality of the patient-doctor relationship.

chische problemen praten.²⁴ In een Duits onderzoek naar het verband tussen lichamelijke klachten, stigma en depressie bij 63 Turkse vrouwelijke migranten met depressieve klachten vond men geen relatie tussen ervaren stigma en somatisatie.¹¹ Wel zijn er verschillen gevonden tussen etnische groepen: Amerikaanse onderzoekers vonden dat het stigma op psychische klachten minder groot is voor Afro-Amerikanen en hispanics dan voor Aziatische en blanke Amerikanen.²⁵

Kortom, in de beschikbare literatuur zijn geen aanwijzingen te vinden dat somatisatie een gevolg is van een stigma op psychische klachten.

Ziekte-inzicht

Een andere reden om de mogelijke invloed van psychische factoren niet te bespreken, kan zijn dat de arts aanneemt dat de patiënt zelf die invloed niet ziet. Huisartsen blijken echter slecht te kunnen inschatten hoe de patiënt zijn probleem definieert: somatisch, psychologisch of beide. Deens onderzoek onder huisartspatiënten van Scandinavische afkomst liet zien dat artsen dit in 99% van de gevallen goed inschatten wanneer de patiënt een fysieke oorzaak ziet, maar slechts in 26% wanneer de patiënt zowel een fysieke als een psychische oorzaak ziet. Artsen zijn dus geneigd de mate waarin de patiënt zelf een psychische component aan de klacht toekent, te onderschatten.⁴ Het is aannemelijk dat dit ook opgaat voor patiënten van niet-westerse afkomst, omdat in die contacten doorgaans meer communicatieproblemen optreden en het identificeren van de reden van komst vaak moeilijker is.^{8,26}

Presentatie van de klachten

Het vermoeden dat er een stigma rust op psychische factoren of dat de patiënt daar weinig zicht op heeft, wordt onder andere gevoed door de manier waarop de patiënt de klachten presenteert. Een Nederlands onderzoek laat zien dat patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst in eerste instantie meer lijken te somatiseren dan autochtone patiënten, maar dat dit verschil wegvalt bij systematisch uitvragen.²⁷ Dit suggereert dat vooral de uitdrukking van psychische klachten somatisch georiënteerd is: de patiënt gebruikt een andere *language of distress*. Deze bevinding wordt in andere onderzoeken bevestigd.

Tabel 1 Anamnese bij SOLK: het SCEGS-model

Standaard klachtexploratie		Niet-westerse allochtoon		
S	somatisch	S	somatisch	aspecten van de klacht, medicatiegebruik
C	cognitief	G	gedragmatig	gevolgen van de klacht: werkverzuim, vermijdingsgedrag, hulpzoekgedrag
E	emotioneel	S	sociaal	gevolgen voor sociale omgeving, reacties van naaste relaties
G	gedragmatig	C	cognitief	ideeën over de klacht, eigen invloed op herstel, verwachting van hulpverleners
S	sociaal	E	emotioneel	gevoelens, ongerustheid

tigd.^{17,18,28,29} In culturen waarin de scheiding tussen lichaam en geest minder sterk is dan in de westerse cultuur, is het onderscheid tussen somatische en psychische klachten minder duidelijk.¹² Dat een patiënt het alleen maar over somatische klachten heeft, sluit niet uit dat hij inzicht heeft in psychische factoren: bij doorvragen blijkt dit inzicht vaak wel degelijk aanwezig.²⁷ Hierbij kan ook meespelen dat niet-westerse allochtonen het niet gewend zijn om psychische klachten met de huisarts te bespreken.

Het is dus van belang alert te blijven op onderliggende psychische klachten bij niet-westerse allochtonen met SOLK. De patiënt ziet de factoren die bijdragen aan de klachten óók, en waarschijnlijk beter dan de arts denkt.

ADVIEZEN

Structuur van de anamnese

De NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende Verklaarde Klachten (SOLK) biedt handvatten voor het exploreren van psychische factoren die bijdragen aan de klachten van SOLK-patiënten.¹ Een bruikbaar hulpmiddel is met name het SCEGS-model [tabel 1], waarbij de standaard adviseert de vraagvolgorde in de anamnese aan te passen voor patiënten van niet-westerse afkomst: ‘van buiten naar binnen’. De meerderheid van de niet-westerse allochtonen in Nederland is afkomstig uit collectivistische culturen, waarin het uiten van de eigen mening of gevoelens van minder belang geacht wordt. Vraag daarom eerst naar sociale reacties en consequenties, en pas daarna naar cognities en emoties. SCEGS wordt dan SGSCE: somatisch-gedrag-sociaal-cognitie-emotie: eerst de feiten, daarna de meningen en als laatste de gevoelens. De huisarts kan na anamnese en lichamelijk onderzoek bijvoorbeeld bespreken wat de patiënt doet als er klachten zijn, en vragen wat de invloed is van de klachten op de thuissituatie: ‘Hoe reageert uw omgeving op de klachten?’ of: ‘Wat is volgens uw familie de oorzaak van uw klachten?’ Voortbordurend op de cognities en gevoelens van de omgeving kunnen dan de cognities en emoties van de patiënt zelf aan de orde komen.

Psychische factoren ter sprake brengen

Pharos, het expertisecentrum inzake de (gezondheids)zorg voor migranten en laagopgeleiden, heeft in 2015 het boekje *Onzichtbare pijn – Adviezen voor de implementatie van de NHG-Standaard SOLK bij patiënten met een migrantenachtergrond* uitgegeven. Dit boekje benadrukt het belang van een vertrouwensrelatie met de patiënt. Het cultureel interview kan behulpzaam zijn bij het opbouwen van zo’n vertrouwensrelatie, door met de patiënt in gesprek te gaan over diens culturele achtergrond. Aangeraden wordt ook psychische klachten niet onmiddellijk ter sprake te brengen, maar eerst te vragen naar basale gevoelens (bang, boos, bedroefd, blij), metaforen te gebruiken [tabel 2] en minder direct te communiceren. De huisarts kan daarbij uitgaan van de woorden die de patiënt zelf gebruikte bij de exploratie van de andere dimensies van de klachten, zoals bijvoorbeeld ‘spanning’ of ‘stress’. Ook moet de arts benadrukken dat hij een beroepsgeheim heeft: veel niet-westerse

Tabel 2 Metaforen

Stress	Lichaam en geest zijn verweven: je hebt 'vlinders in je buik' bij verliefdheid, een probleem ligt soms 'zwaar op de maag'. Je lichaam kan pijn doen als je geest lijdt. Als je een fietsband heel hard oppompt, zal hij knappen als je over een hobbel rijdt. Demonstreer: als je langdurig je spieren spant (vuist maken), gaat het pijn doen. Demonstreer: een elastiekje knapt als er veel spanning op staat
Draagkracht-draaglast	Een fit persoon kan goed een berg op fietsen. Als deze persoon een zware rugzak draagt, zal het moeizamer gaan. Als deze persoon niet goed getraind is en ook nog een zware rugzak draagt, komt hij de berg niet op. De wortels van een boom dringen diep door in de grond. Wanneer ze tegenstand ondervinden, zoals een grote kei of een rotsblok, groeien ze om dat obstakel heen. Het gaat erom dat de boom kan doorgroeien. Zo gaat het ook met mensen. Leer omgaan met de klachten, 'groeie eromheen' zoals boomwortels doen.
Fight-flight	Bij stress reageert het lichaam alsof het moet vechten of weggrennen. Hierdoor gaat je hart sneller kloppen en spannen de spieren zich aan. Als je aanhoudende stress hebt, raakt het lichaam uitgeput. Het lijkt dan alsof je in een auto tegelijk op de rem en op het gaspedaal trapt.
Trauma	Uw hoofd zit vol met nare en pijnlijke herinneringen, dan is er geen plaats meer om dingen te onthouden. Het verdriet neemt alle plaats in uw hoofd in en kost veel energie.

allochtonen zijn daarvan niet op de hoogte. Het boekje is te downloaden via www.pharos.nl.³⁰

TOT SLOT

Huisartsen moeten niet schromen psychische factoren ter sprake te brengen bij patiënten met SOLK, ook als de patiënt een niet-westerse allochtoon is. Uit onderzoek blijkt dat patiënten meestal meer inzicht hebben in de psychische component van lichamelijke klachten dan hun arts denkt, en ook dat het stigma op psychische klachten bij niet-westerse allochtonen minder groot is dan men vaak denkt.

De groep 'niet-westerse allochtonen' in Nederland is divers. Ga daarom in gesprek met uw patiënt en schuw het bespreken van psychische factoren niet. Het onderkennen van die psychische component kan u en uw patiënt helpen tot een gezamenlijke probleemdefinitie te komen en zo te gaan werken aan herstel. ■

LITERATUUR

- 1 Olde Hartman T, Blankenstein A, Molenaar A, Bentz van den Berg D, Van der Horst H, Arnold I, et al. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende Verklaarde Klachten (SOLK). Huisarts Wet 2013;56:2-18.
- 2 www.cbs.nl. Bevolking naar herkomstgroepering. Voorburg: CBS StatLine, 2014.
- 3 Van der Lucht F, Verweij A. Etniciteit en zorggebruik. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2010.
- 4 Frostholt L, Ornbøl E, Hansen H, Olesen F, Weinman J, Fink P. Which is more important for outcome: the physician's or the patient's understand-

- ing of a health problem? A 2-year follow-up study in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32:1-8.
- 5 Hartz A, Noyes R, Bentler S, Damiano P, Willard J, Momany E. Unexplained symptoms in primary care: perspectives of doctors and patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000;22:144-52.
 - 6 Papic O, Malak Z, Rosenberg E. Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: attitudes, barriers, strategies, and training needs. *Patient Educ Couns* 2012;86:205-9.
 - 7 Manna DR, Bruijnzeels MA, Mookink HGA, Berg M. Minder etnische kennis in de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap over diabetes mellitus type 2, hypertensie en over astma bij volwassenen dan in de onderbouwende literatuur. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:1691-6.
 - 8 Van Wieringen J, Harmsen J, Bruijnzeels M. Intercultural communication in general practice. *Eur J Public Health* 2002;12:63-8.
 - 9 Junod Perron N, Hudelson P. How do junior doctors working in a multicultural context make sense of somatisation? *Swiss Med Wkly* 2005;135:475-9.
 - 10 Seeleman C, Suurmond K. Een arts van de wereld: etnische diversiteit in de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
 - 11 Heredia Montesinos A, Rapp M, Temur-Erman S, Heinz A, Hegerl U, Schouler-Ocak M. The influence of stigma on depression, overall psychological distress, and somatization among female Turkish migrants. *Eur Psychiatry* 2012;27 Suppl 2:22-6.
 - 12 Kortman F. Transculturele psychiatrie: van praktijk naar theorie. 2e dr. Assen: Van Gorcum, 2010.
 - 13 Gureje O, Simon G, Ustun T, Goldberg D. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry* 1997;154:989-95.
 - 14 Gureje O. What can we learn from a cross-national study of somatic distress? *J Psychosom Res* 2004;56:409-12.
 - 15 Aragona M, Rovetta E, Pucci D, Spoto J, Villa A. Somatization in a primary care service for immigrants. *Ethn Health* 2012;17:477-91.
 - 16 Aragona M, Pucci D, Carrer S, Catino E, Tomaselli A, Colosimo F, et al. The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service. *Ann Ist Super Sanita* 2011;47:207-13.
 - 17 Bengi-Arslan L, Verhulst F, Crijnen A. Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in The Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:118-24.
 - 18 Small R, Lumley J, Yelland J. How useful is the concept of somatization in cross-cultural studies of maternal depression? A contribution from the Mothers in a New Country (MINC) study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003;24:45-52.
 - 19 Bekker M, Schepman R. Somatization and psychological awareness of ethnic minority clients in Western-European mental health care: a pilot study. *Eur J Psychiatry* 2009;23:135-9.
 - 20 Beirens K, Fontaine J. Somatic complaint differences between Turkish immigrants and Belgians: do all roads lead to Rome? *Ethn Health* 2011;16:73-88.
 - 21 Rohlf H, Knipscheer J, Kleber R. Somatization in refugees: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:1793-804.
 - 22 Ahmedani B, Kubiak S, Kessler R, de Graaf R, Alonso J, Bruffaerts R, et al. Embarrassment when illness strikes a close relative: a world mental health survey consortium multi-site study. *Psychol Med* 2013;43:2191-202.
 - 23 Kleinman A. Depression, somatization and the 'new cross-cultural psychiatry'. *Soc Sci Med* 1977;11:3-10.
 - 24 Liu C, Ingleby D, Meeuwesen L. Barriers to health care for chinese in the Netherlands. *Int J Family Med* 2011;2011:635853.
 - 25 Stickney S, Yanosky D, Black D, Stickney N. Socio-demographic variables and perceptual moderators related to mental health stigma. *J Ment Health* 2012;21:244-56.
 - 26 El Haddouchi M, Aouaj Y, Brouwer HJ, Stronks K. Marokkanen bij de huisarts aan het woord: de mate waarin de huisarts de reden van komst achterhaalt. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000 144:219-24.
 - 27 Knipscheer J, Kleber R. Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschr Psychiatr* 2005;47:753-9.
 - 28 Simon G, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999;341:1329-35.
 - 29 Kirmayer L, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosom Med* 1998;60:420-30.
 - 30 Vintges M, Hosper K, Kamiseti S. Onzichtbare pijn: Adviezen voor de implementatie van de NHG-Standaard SOLK bij patiënten met een migrant-enachtergrond. Utrecht: Pharos, 2015.

De dokter als medicijn: zeventig jaar timmeren aan de arts-patiëntrelatie

Dit is deel 3 van de serie Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde. Deze serie is ontwikkeld door de NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde en werd geschreven door Esther van Osselen, huisarts en wetenschapsjournalist. De werkgroep bestaat uit: prof.dr. E. Schadé (voorzitter), R.S.M. Helsloot (secretaris), M.J.J. Bergevoet, prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, dr. J.A.M. van Eijck, dr. F.J. Meijman, prof.dr. C. van Weel, dr. G.Th. van der Werf en dr. E.A.B. van Zalinge. Corresponderende leden: dr. B.J.M. Aulbers, prof.dr. H.J. Dokter, prof.dr. J. Heyrman, S.F.J. Kleijkers, H. Pellicaan en dr. H. Vink. De financiële middelen werden ter beschikking gesteld door de SBOH.

De arts-patiëntrelatie heeft vanaf het begin een bijzondere plaats ingenomen in de huisartsgeneeskunde. De overtuiging dat een patiënt meer is dan een verzameling ziekteverschijnselen en dat de huisarts met continue, integrale en persoonlijke zorg meer te bieden heeft dan alleen biomedische kennis was een centraal thema voor de pioniers na de Tweede Wereldoorlog. En het zou een centraal thema blijven, al verschoof het accent van 'de dokter als medicijn' naar communicatieschema's als 'methodisch werken' en kwam er steeds meer aandacht voor de vraag wat patiënten zelf van de dokter verwachten. Ook in de hiërarchie tussen arts en patiënt verschoof van alles. Wat bleef is de aandacht voor de patiënt – en de dokter – als mens.

DE PATIËNT IS MEER DAN ZIJN LICHAAM

Het verhaal over de arts-patiëntrelatie begint met een nieuwe blik op de patiënt. De grondleggers van de moderne huisartsgeneeskunde delen een integrale blik: de patiënt is meer dan zijn lichaam.¹ De term 'integrale geneeskunde' werd bedacht door Arie Querido, die in 1955

in *Inleiding tot een integrale geneeskunde* bevestigde dat niet alleen biologische, maar ook psychische en sociale factoren de gezondheid beïnvloeden.² De huisartsen van de jaren vijftig, die zochten naar bestaansrecht, eigenden zich de slotzin van het boek toe: 'Integrale geneeskunde is het specialisme van de algemene arts.'^{3,4} Querido was niet de eerste of enige die schreef over de beperkingen van de biomedische blik. De Zwolse huisarts Hein Hogerzeil, de eerste voorzitter van het NHG, noemde naast de terreinen van Querido ook nog het 'metasociale vlak', waarmee hij religie bedoelde.⁵

De andere blik op de patiënt kwam deels ook voort uit een verandering in het klachtenpatroon waarmee patiënten hun huisarts bezochten. Just Buma beschreef dat 32% van de klachten in zijn Ridderkerkse praktijk 'symptomatisch' was:

*'Alleen een analyse van de reacties van de patiënt op zijn milieu, inzicht in zijn leefwijze, zijn beroep, zijn gezin, zijn economische omstandigheden, huwelijk, huisvesting, psyche, constitutie, vermag hier uitkomst te brengen.'*⁵

Het proefschrift waarin hij deze visie optekende, kreeg een warme ontvangst: het won een prijs van de KNMG en werd in 1950 in boekvorm uitgegeven.

Het pleidooi voor een bredere blik op de patiënt en diens klacht was dus niet aan dovemansoren gericht. Alleen was de volgende vraag hoe de huisarts die psychologische en sociale factoren dan zou moeten duiden en behandelen; daar leidde de studie *Geneeskunde* immers niet voor op. Dit bracht bij veel beginnende huisartsen een crisis teweeg.⁶ Daarover kan de Amsterdamse huisarts Courant meepraten. Hij begon in de jaren vijftig een praktijk in de wijk Sloterveer, toen volop in aanbouw.

'Ik kwam als eerste huisarts in een lege wijk, en binnen drie maanden had ik 2000 patiënten. Ik had er geen notie van wat ik voor patiënten kon betekenen. Ik had een grote praktijk in de schoot geworpen gekregen, maar

*was een deel ook snel weer kwijt. Ging snauwen tegen de mensen. Werd er bijna depressief van. Ik dacht: "Ik zie de mensen niet meer terug, ik ben geen goede dokter." Later was het een openbaring toen ik erachter kwam dat ze niet terugkwamen juist omdat ze waren genezen.'*⁷

DE DOKTER ALS MEDICIJN

In deze context maakte het verschijnen van het boek *The doctor, his patient and the illness* van de psychiater Michael Balint in 1957 diepe indruk.⁸ 'By far the most frequently used drug in general practice is the doctor himself', schreef Balint, die zelf de zoon van een huisarts was.⁹ Volgens Balint konden specialisten iets van huisartsen leren.¹⁰ Het zelfvertrouwen van de Nederlandse huisartsen kon zo'n zetje wel gebruiken.

Leden van de NHG-Subcommissie Medische Psychologie legden contact

Huisartsenzoon Balint leerde de Nederlandse huisartsen hoe ze de heilzame werking van hun dokter-zijn het beste konden inzetten. Nog altijd zijn er ruim 50 Balint-groepen in Nederland actief.



Balint
Nederland

met Balint, die in Londen nascholingen organiseerde rond de arts-patiëntrelatie. In 1957 startten in Nederland de eerste Balint-groepen (officieel Studiegroepen Medische Psychologie). De Boerhaave-cursus *Trainingsmethoden in de medische psychologie*, die in 1960 in Leiden werd georganiseerd, maakte Balint wereldberoemd in Nederland.^{11,12}

Hoe ze de heilzame werking van hun dokter-zijn het beste konden inzetten, konden huisartsen prima van elkaar leren, onder leiding van een psychiater en een ervaren collega.^{8,10} Courant nam deel aan de eerste Balint-groep in Nederland. 'Je bracht patiënten in, bijvoorbeeld mensen met wat je nu somatisch onverklaarde lichamelijke klachten zou noemen. Mensen die ik niet begreep.' Vaak kreeg de huisarts het advies lastige patiënten een biografische of psychosociale anamnese af te nemen. Daarmee zou zowel voor de dokter als voor de patiënt de context inzichtelijk worden. Courant:

'Dan liet ik ze maandagavond terugkomen en spraken we een uur. Soms langer, of vaker. Zo herinner ik me een man die iets lijzigs, iets eisends over zich had. Vóór die gesprekken kon ik hem niet goed hebben, erna veel beter. Hij mij ook, trouwens.'

Deze lange gesprekken raakten overigens al snel weer uit de mode: 'Het was veel te tijdrovend. Bovendien bleek het ook in een paar minuten te kunnen, goed

Het NHG-Congres 1999 was getiteld *Kijk naar je eige...! Huisartsen in gesprek over communicatie en attitude*. Het NHG gaf ter gelegenheid daarvan 10 cahiers *Huisarts & Patiënt* uit, over allerlei aspecten van communicatie en attitude.



contact maken.'

Niet alleen de patiënt moest beter worden begrepen, ook de dokter kon wel enig zelfinzicht gebruiken. Om beter te leren luisteren was een verandering in de persoonlijkheid van de dokter nodig, vond Balint, en daarvoor was het herkennen van eigen gevoelens zoals irritatie, onmacht, angst en boosheid van groot belang.¹⁰

Bij de tiende verjaardag van het NHG in 1966 waren er vijftig Balint-groepen – één op de tien huisartsen nam eraan deel.¹³ Nog altijd zijn er ruim vijftig Balint-groepen actief.¹⁴ Honderden huisartsen hebben eraan deelgenomen, maar welke invloed de Balint-beweging nu precies had op de arts-patiëntrelatie is eigenlijk niet duidelijk. Zo was het de vraag – schreef een betrokkene later – in hoeverre de achterban zich herkende in wat een kleine groep voortrekkers in woord en geschrift verkondigde.⁸ Voor andere huisartsen bleef die niet-medische hulpvraag vooral ergerlijk. De Groningse hoogleraar Geert Bremer schrijft in een terugblik:

'Problemen traden (...) op bij al die mensen met lichamelijke klachten zonder dat er bij hen een lichamelijke afwijking werd gevonden, bij al die mensen die treurig, verdrietig, ongelukkig en overspannen waren, die zich miserabel

*voelden en die dachten dat de geneeskunde wel op een of andere manier uitkomst kon brengen.'*¹⁵

WITTE JASSEN

Duidelijk is dat de arts-patiëntrelatie ongelijkwaardiger was dan tegenwoordig. Jozien Bensing, hoogleraar Klinische en gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht en oud-directeur van het NIVEL, tekende de huisarts uit die jaren als volgt:

*'In de jaren vijftig droeg de huisarts een witte jas en een stethoscoop om zijn nek. Hij was een notabele en tijdens het consult was "U" de aanspreekvorm. Hij straalde autoriteit uit en de afstand tot de patiënt was groot.'*¹⁶

Het denken van sommige NHG-oprichters was ook ronduit elitair. Just Buma:

De huisarts in een doktersjas: Hendrik Wiegersma, huisarts te Deurne van 1917 tot 1969 (zelfportret in olieverf op board, 1957). Hendriks vader Jacob Wiegersma stond model voor de dorpsdokter in *Dorp aan de rivier* (1934) van Antoon Coolen. Hendrik zelf voor de dokter in Toon Kortooms *Help de dokter verzuip!* (1968).



Trainingsmethoden

De Balint-methode was niet de enige trainingsmethode in de medische psychologie. Eind jaren zestig waren er bijvoorbeeld ook studiegroepen die werkten met de Systematische Biografische Anamnese van Groen, counselinggroepen die oefenden met rollenspellen, cursussen gesprekstechniek en gemengde groepen. Vaak waren bij dit soort studiegroepen psychiaters betrokken, al was de inbreng van huisartsen steeds groot. Voor Balint was het belangrijk dat de leraar-leerlingrelatie tussen specialist/psychiater en huisarts werd doorbroken. In zijn visie waren immers juist huisartsen het best in staat de oorzaken en behandeling van klachten met een psychologische achtergrond te onderzoeken.

*'Niemand kan iets geven dat hij niet zelf bezit. Niemand kan een medemens verder brengen dan hij zelf is. Om de samenleving te kunnen dienen is het noodzakelijk dat de arts tot die geestelijke elite behoort, welke uitmunt door idealisme, persoonlijkheid en verantwoordelijkheidsbesef.'*⁵

Het paternalisme ging ver: in de jaren vijftig werd huisartsen nog geadviseerd patiënten niet lastig te vallen met hun diagnose, tenzij die zou leiden tot invaliditeit.¹⁷

HET KWAAD VAN DE MEDICALISERING

Dat de witte jas uiteindelijk uitging, kan niet los worden gezien van de democratiseringsbeweging die in de jaren zestig en zeventig het aanzien van Nederland veranderde. Overal in de westerse wereld kwamen emancipatie- en democratiseringsbewegingen op, maar in geen ander land legde de elite zo snel het hoofd in de schoot als in Nederland.¹⁸ Sterker nog, vaak waren het artsen zelf die pleitten voor de emancipatie van de patiënt. Uit een terugblik in 2007:

*'Het was dus in de jaren zestig en zeventig niet zo dat grote massa's patiënten serieus wilden worden genomen, terwijl hun ouderwetse, paternalistische artsen hen graag klein en inschikkelijk wilden houden.'*¹⁹

Drijvende krachten achter de democratisering waren indertijd jonge artsen zoals Rudi van den Hoofdakker – als dichter bekend onder het pseudoniem Rutger Kopland – met zijn pamflet *Het bolwerk van de beterweters*.¹⁹ De geldende medische ethiek weerspiegelde volgens hem de conservatieve moraal van het 'establishment'. Het boekje werd welwillend gerecenseerd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* – voorwaar geen tegendraads instituut.²⁰

Voorals sociologen zoals Irving Zola en Eliot Freidson, en filosofen zoals Michel Foucault, hadden kritiek op de machtsverhoudingen tussen arts en patiënt.²¹ De extreemste kritiek kwam van de Oostenrijkse filosoof en theoloog Ivan Illich, die

het medisch bedrijf in het boek *Grenzen aan de geneeskunde* zelfs onomwonden een bedreiging voor de gezondheid noemde.²² Door medicalisering oefent de medische stand macht uit en daarmee maakt zij de bevolking tot patiënt, afhankelijk en onmondig.^{17,21} Soortgelijke kritiek kwam begin jaren zeventig ook van vrouwen. Er werden zwartboeken gepubliceerd over de manier waarop vooral gynaecologen fysiologische processen van vrouwen als ziekten benaderden. Feministen bekritiseerden ook de technologisering van de geneeskunde en de discriminerende beeldvorming over mannen en vrouwen.²³

Een bijzondere vorm van medicalisering was het versterken van 'somatische fixatie'. De Nijmeegse hoogleraar Frans Huygen bedacht het begrip en startte er in 1973 een onderzoek naar. Daarvan werd in 1983 verslag gedaan door zijn medewerker, de jurist en psycholoog Richard Grol.²⁴ Sommige mensen raakten te afhankelijk – doordat ze zelf verkeerd

Een van de drijvende krachten in de democratiseringsbeweging in de jaren zestig en zeventig was de psychiater Rudi van Hoofdakker (dichter Rutger Kopland). De geldende medische ethiek weerspiegelde volgens hem de opvattingen van het 'establishment', met zijn conservatieve moraal.



omgingen met klachten en problemen, maar ook door druk uit hun omgeving en door een verkeerde aanpak van dokters. Zo konden ze 'vastlopen in het medisch kanaal'.^{24,25} Röntgenfoto's en laboratoriumonderzoek werkten somatische fixatie het meest in de hand, maar ook het lichamelijk onderzoek was niet zonder risico, vreesde men. Dokter en Verhage, twee pioniers van de Balint-beweging, schreven nog in 1991: 'Of men na het luisteren naar de klacht lichamelijk onderzoek moet laten volgen of niet, blijft een moeilijke kwestie.' Ze voegden eraan toe dat dokters deze vraag vaker met 'ja' zouden beantwoorden dan psychologen.¹⁰

Niet alle patiënten wilden overigens emanciperen. Ze bleven met hun bezorgdheid en verdriet de huisarts bezoeken. Luc van Berkestijn – huisarts in Utrecht en later adjunct-hoofd van de Utrechtse huisartsopleiding – vertelt hoe hij begin jaren zeventig, in opleiding tot chirurg, de overstap maakte naar de huisartsgeneeskunde. Daar zat hij dan in zijn spreekkamer tegenover huilende patiënten:

*'Er was zoveel leed. En het enige wat ik kon doen was luisteren. Ik dacht: "Ik heb niets te bieden, ik zit met lege handen."'*²⁶

Van Berkestijn stond niet alleen. De psycholoog Peter Verhaak, in de jaren zeventig onderzoeksassistent bij Jozien Bensing en sinds 2010 in Groningen bijzonder hoogleraar Geestelijke Gezondheidszorg binnen de huisartsvoorziening, zag het in video-opnamen van spreekkamer gesprekken uit de jaren zeventig: 'Er ging veel compassie over tafel. Gesprekken waren oeverloos. Dokters kregen de problemen wel boven tafel, maar zaten vervolgens met de handen in het haar.' En dat waren dan de moderne dokters. Ouderwetse dokters werkten volgens het stereotype 'vier gesloten vragen, recept, klaar'.²⁷

METHODE VAN HULPVERLENING

Voor Van Berkestijn kwam het antwoord in de vorm van het 'methodisch werken' van de Amsterdamse hoogleraar Huisartsgeneeskunde Herman van Aalde-

ren. Van Berkestijn bewaart nog altijd diens syllabus *Methode van hulpverlening in de eerste lijn*, die vanaf 1976 aan de VU (en aan andere huisartsinstituten) werd gebruikt.²⁸ Aangezien lang niet alle klachten volgens de geneeskundige methode konden worden verholpen, moesten arts en patiënt samen achterhalen wat precies de hulpvraag was en volgens welke methode – en door welke hulpverlener – die zou kunnen worden opgelost.²⁶ De vraagverheldering deed zijn intrede. Voor Van Berkestijn was dit een verademing: ‘Het kreeg een naam, structuur.’ In het methodisch werken kwamen de kritiek op de medicalisering en de non-directieve therapie van de Amerikaanse psychiater Carl Rogers samen:

‘Die schreef in 1940 al dat de meest deskundige op het gebied van psychosociale problemen degene is die het probleem zelf heeft. Het enige dat je als hulpverlener hoeft te doen is goed luisteren, en op het juiste moment spiegelen.’²⁶

Duidelijk is dat de arts of hulpverlener dan niet boven, maar op gelijke hoogte staat met de patiënt. Dat betekent niet dat arts en patiënt het altijd vanaf het begin van het consult eens hoeven te zijn over de hulpvraag. Ook volgens Van Aalderen konden patiënten zonder dit zelf te weten psychische en sociale problemen lichamelijk tot uitdrukking brengen.^{8,26} En dan was de arts toch weer de deskundige, die als een detective op zoek moest naar de ‘klacht achter de klacht’. Van Berkestijn: ‘De heersende mening was dat achter lichamelijke klachten psychosociale problemen schuil konden gaan.’ Of persoonlijkheidsproblemen. Zo zagen de jaren zeventig de nadagen van de psychosomatiek, een historische stroming in de psychiatrie van de jaren vijftig die psychische conflicten benoemde als oorzaak voor aandoeningen zoals maagzweer of hartinfarct.²⁹ Ook in de huisartsgeneeskunde werkte de psychosomatiek in de jaren zeventig nog door.⁸ Van Berkestijn: ‘Het ging om ziekten als astma, hypertensie. Als je in harmonie met jezelf zou leven, zou astma vanzelf overgaan.’ Hij kijkt er niet met trots op terug. ‘We hebben met zijn allen gedwaald.’^{26,30}

De Amsterdamse hoogleraar Huisartsgeneeskunde Herman van Aalderen schreef in 1976 een syllabus voor de opleiding over methodisch werken in de eerste lijn. De vraagverheldering deed zijn intrede.



GELIJKE, OF TOCH OPVOEDER?

Het ideaal achter de ideeën van de jaren zeventig en tachtig was een autonome en mondige patiënt.^{17,31} Dokter en Verhage maakten in 1991 het mensbeeld expliciet dat in veel teksten impliciet blijft:

‘Voor ons is het een ideaal wanneer een mens als zelfstandig individu mondig in staat is te kiezen tussen de hem geboden en eventueel zelf gecreëerde alternatieven en in vrijheid kan leven.’¹⁰

Maatschappelijk vond dit ideaal ingang: gelijkwaardigheid is het uitgangspunt van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) van 1994. Ook de NHG-richtlijnen voor de relatie tussen huisarts en patiënt hadden in 1996 als uitgangspunt dat de patiënt in principe competent en autonoom was.³² De vraag of patiënten aan dit ideaalbeeld kunnen of willen beantwoorden, werd nauwelijks gesteld.

Achteraf denkt Van Berkestijn dat de ideologie achter methodisch werken wel erg hoge eisen aan patiënten stelde. Het model gold voor mensen die überhaupt in staat zijn tot emancipatie, en dat was wat hem betreft niet iedereen: ‘Vergeet

niet dat zo’n 20% van de mensen functioneel analfabeet is. Dan moet je niet aankomen met: “Wat is uw vraag”, en al zeker niet aan het begin van het consult.’ Verheldering van de hulpvraag blijft belangrijk, maar het kan ook op een andere manier of op een ander moment.²⁶

Na de jaren zeventig is er veel onderzoek gedaan naar de arts-patiëntrelatie.^{17,33} Al was het maar omdat gebrekkige communicatie bleek samen te hangen met gebrekkige therapietrouw en een goede arts-patiëntrelatie leek bij te dragen aan het placebo-effect van het spreekuurbezoek – de dokter als medicijn.³⁴ Veel onderzoek werd verricht door het Nederlands Huisartsen Instituut, dat in 1985 opging in het NIVEL. Bensing was één van de pioniers. ‘Het was haar idee om consulten op video op te nemen’, vertelt Verhaak. Inmiddels is er een database opgebouwd met duizenden consulten uit vier decennia. Een vergelijking van de consulten uit begin jaren tachtig met die uit 2000-2001 was verhelderend: de huisarts uit 2000 was zakelijker, meer gericht op het uitvragen van symptomen en het gestructureerd uitleggen van diagnose en behandeling, en de patiënten volgden over het algemeen gedwee.^{35,36} Verhaak:

‘We denken wel dat patiënten mondiger zijn geworden, en actiever, maar dat zien we dus niet terug in het aantal vragen dat ze stellen aan de arts.’³⁷

NIVEL-onderzoekster Ligaya Butalid denkt dat beter aansluiten bij de vraag van de patiënt nog steeds het antwoord is:

‘We moeten meer maatwerk bieden: wat heeft deze patiënt nu nodig? Wat is zijn of haar behoefte aan autonomie? Je kunt niet iedereen volgens hetzelfde recept behandelen. Daar ligt nu de grootste uitdaging.’³⁷

**Esther van Osselen, Ron Helsloot,
Ger van der Werf, Emma van Zalinge**

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Geschiedenis huisartsgeneeskunde.

Zika

Casus

Een 35-jarige vrouw krijgt vijf dagen na een vakantie in Suriname last van extreme vermoeidheid en lymfadenopathie in de hals. Een dag later ontstaat er een rash op het gelaat en de romp die zich snel uitbreidt over haar gehele lichaam. Er is sprake van een niet-pussende conjunctivitis. Vier dagen na het begin van de klachten worden de polsen dik en pijnlijk, een dag later gebeurt hetzelfde met haar enkels en knieën. Inmiddels blijkt dat verschillende mensen die op hetzelfde adres verbleven tijdens haar vakantie vergelijkbare klachten hebben en wordt aanvullend laboratoriumonderzoek ingezet naar zika, dengue en chikungunya. Uit de PCR van bloed en urine blijkt dat er sprake is van een besmetting met het zikavirus. Op dag 9, wanneer ook de heupgewrichten pijnlijk worden, besluit de patiënt zich ziek te melden op haar werk. Ongeveer twee weken na het ontstaan van de eerste klachten is zij weer hersteld.

BESCHOUWING

Sinds mei 2015 is er een uitbraak van het zikavirus in Zuid-Amerika, vooral in Brazilië. De afgelopen weken is het zikavirus een dagelijks onderwerp in de kranten. De WHO spreekt sinds 1 februari 2016 over een medische noodsituatie van internationale zorg.^{1,2} Aanleiding hiervoor is vooral de mogelijke relatie met een toegenomen incidentie van microcefalie.³

Op 12 februari 2016 waren in Nederland 23 patiënten besmet met het zikavirus, allen na een verblijf in Suriname. Verspreiding van het zikavirus binnen Nederland is zeer onwaarschijnlijk, omdat de verantwoordelijke steekmuggen in Nederland niet voorkomen. Inmiddels is echter ook besmetting na seksueel contact beschreven,⁴ net als perinatale transmissie bij een viremische moeder of transmissie via bloedtransfusie bij een asymptomatische donor. Deze laatste drie zijn uiteraard zeer zeldzaam.

Het zikavirus hoort tot de familie Flaviviridae en wordt overgebracht door Aedes steekmuggen. Het is een arbovirus dat gerelateerd is aan de virussen die dengue, St. Louis-encefalitis, West-Nijlziekte en Japanse encefalitis veroorzaken. De pathogenese is nog niet goed bekend, maar er wordt verondersteld dat het vergelijkbaar is met dengue- en chikungunyavirusinfecties waarbij de virusreproductie vooral plaatsvindt in de mononucleaire fagocyten. Ziekteverschijnselen ontstaan meestal drie tot twaalf dagen na een beet van een besmette mug. Slechts een op de vier mensen krijgt klachten. De meeste mensen herstellen na twee tot zeven dagen volledig zonder ernstige problemen. Mogelijke symptomen zijn: acute koorts, niet-purulente conjunctivitis, hoofdpijn, gevoelloosheid, spier- en gewrichtspijn (vooral van handen en voeten), en huiduitslag. Anorexie, braken, diarree en buikpijn komen minder vaak voor. Diagnostiek wordt gedaan door het aantonen van het virus in het bloed middels PCR.

Figuur Bij zika is een rash zichtbaar over het hele lichaam



Hoewel complicaties zeldzaam zijn, zijn het Guillain-Barré-syndroom en neuropathie beschreven als complicatie bij zika.⁵ Het is nog niet bekend hoe vaak dit precies voorkomt. Daarnaast zijn er aanwijzingen voor een verband tussen besmetting tijdens de zwangerschap en het ontstaan van microcefalie. Verder onderzoek hiernaar loopt.

Preventie van besmetting is met name gericht op het voorkomen van muggenbeten. Adviezen hierbij zijn het dragen van bedekkende kleding, gebruik van een klamboe, en onbedekte huid insmeren met het muggenwerende middel DEET.

Bij patiënten die binnen twee weken na terugkeer uit endemisch gebied klachten hebben die kunnen passen bij zika, dengue of chikungunya, is het advies om diagnostiek naar deze drie virussen in te zetten. Alle zwangeren die terugkeren uit endemisch gebied wordt ook geadviseerd zich te laten testen, zodat eventueel extra controles tijdens de zwangerschap kunnen plaatsvinden. Er is geen formele meldingsplicht, maar gezien de mogelijk ernstige complicaties is er een vrijwillige anonieme melding door laboratoria ingesteld. Tot een maand na terugkeer wordt het gebruik van een condoom bij seksueel contact geadviseerd. Borstvoeding kan veilig worden gegeven. ■

Huisartsen die meer willen weten over het zikavirus kunnen informatie vinden op de website van het RIVM: <http://www.rivm.nl/Onderwerpen/Z/Zikavirus>.

LITERATUUR

- 1 <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/emergency-committee-zika-microcephaly/en>.
- 2 Concept LCI richtlijn Zikavirus. RIVM: <http://www.rivm.nl/Onderwerpen/Z/Zikavirus>.
- 3 Schuler-Faccini L, Ribeiro EM, Feitosa IM, Horovitz DD, Cavalcanti DP, Pessoa A, et al. Possible association between zika virus infection and microcephaly - Brazil, 2015. Brazilian Medical Genetics Society - Zika Embryopathy Task Force. Morb Mortal Wkly Rep 2016;65:59-62.
- 4 McCarthy M. Zika virus was transmitted by sexual contact in Texas, health officials report. BMJ 2016;352:i720.
- 5 Oehler E, Watrin L, Larre P. Zika virus infection complicated by Guillain-Barré syndrome - case report, French Polynesia, december 2013. Eurosurveillance 2014;19:06 March 2014.

KENNISTOETS: VRAGEN

Met ingang van het januarinummer van 2016 gaat de kennistoets niet meer over drie artikelen, maar over één artikel in H&W. Het artikel van de maand april is: Harmans LM, Hopstaken RM. Longfoto: nut van aanvraag doorgelicht. Huisarts Wet 2016;59(4):160-1.

De kennistoets is opgebouwd volgens de leerfasen van Kolb: concreet ervaren, overdenken, verbinden en toepassen.

1. Huisartsen willen in de praktijk vaker aandoeningen 'uitsluiten' dan 'aantonen'. Het artikel vermeldt dat anamnese en lichamelijk onderzoek vaak al een grote negatief voorspellende waarde hebben en dat de x-thorax daar weinig aan toevoegt. Welke testeigenschap maakt dat de x-thorax weinig bijdraagt aan het 'uitsluiten'?
 - a. De relatief lage sensitiviteit.
 - b. De relatief lage specificiteit.
2. Volgens Harmans et al. is er een indicatie voor een x-thorax als er een vermoeden is van een bepaalde aandoening. Om welke aandoening gaat het hier?
 - a. COPD.
 - b. Longembolie.
 - c. Pneumonie.
 - d. Pneumothorax.
3. De huisarts wil bij een matig zieke patiënt met eenzijdige auscultatoire afwijkingen, onderscheid maken tussen een pneumonie en een milde ondersteluchtweginfectie. Welk aanvullend onderzoek is hiervoor het meest geschikt?
 - a. BSE.
 - b. CRP.
 - c. Leukocytenaantal en differentiatie.
 - d. X-thorax.
4. De x-thorax krijgt in de NHG-Standaard Hartfalen een bepaalde plaats toebedeeld. Voor welk doel is de x-thorax bij hartfalen het meest geschikt?
 - a. Om aanwijzingen te krijgen over oorzaak en ernst van hartfalen.
 - b. Om hartfalen aan te tonen.
 - c. Om hartfalen uit te sluiten.
 - d. Om het effect van behandeling van hartfalen te monitoren.
5. De huisarts krijgt de uitslag van de longfoto terug van de 62-jarige heer Van der Windt. De heer Van der Windt is een stevige roker die op het spreekuur komt vanwege hoesten en verlies aan eetlust. Bij auscultatie is sprake van een piepend expirium. De huisarts heeft een niet-pluisgevoel en vraagt een longfoto aan. De foto blijkt zonder afwijkingen. Wat is nu het aangewezen beleid?
 - a. Geruststelling.
 - b. Herhalen longfoto over een maand.
 - c. Verwijzen naar de longarts.
6. De huisarts heeft bij mevrouw De Ruyter de diagnose vermoedelijke pneumonie gesteld. Mevrouw De Ruyter kwam met koorts en hoesten op het spreekuur en de huisarts vond eenzijdige afwijkingen bij auscultatie. De huisarts vraagt zich af hij nog een x-thorax moet laten maken. Wanneer is het tijdens het ziekteproces zinvol om bij mevrouw De Ruyter een x-thorax te maken?
 - a. Direct, om de diagnose te bevestigen.
 - b. Na twee weken om te controleren of de longen schoon zijn op de foto.
 - c. Na zes weken, als blijkt dat haar klachten niet verdwijnen.
7. Mevrouw Huizinga is 26 jaar en bezoekt het spreekuur omdat ze kortademig is. Ze vertelt dat ze vanmorgen plotseling kortademig werd en pijn in haar linkerschouder kreeg. De kortademigheid en de pijn zijn sindsdien niet meer verdwenen. Mevrouw Huizinga gebruikt de anticonceptiepil. Bij onderzoek vindt de huisarts links verminderd ademgeruis en hypertympanie bij percussie. Bij welke diagnose passen de symptomen en bevindingen in dit geval het best?
 - a. Longembolie.
 - b. Pneumonie.
 - c. Pneumothorax.
8. Mevrouw Van Dijk is 24 jaar en heeft een blanco voor geschiedenis. Zij kreeg twee uur geleden plotseling pijn links boven in de thorax. De pijn zit vast aan de ademhaling. Ze is ook vanaf het begin benauwd. Ze heeft een droge hoest, maar voelt zich niet ziek. Bij onderzoek vindt de huisarts een ademhaling van 24/minuut en de hartfrequentie is 105 slagen/minuut, de zuurstofsaturatie is 94%. Over de longen hoort zij linksboven verminderd ademgeruis; percussie is normaal. Mevrouw Van Dijk is gisteren teruggekeerd uit Zuid-Afrika. Welk diagnostisch onderzoek is het meest aangewezen?
 - a. CRP.
 - b. D-dimeer.
 - c. X-thorax.

De toetsvragen zijn gebaseerd op één artikel in dit nummer van Huisarts en Wetenschap. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas en CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 188.

Diabetes en cardiovasculaire sterfte

INLEIDING

De laatste jaren zijn nieuwe klassen geneesmiddelen beschikbaar gekomen om diabetes type-2 te behandelen. Deze middelen hebben volgens de NHG-Standaard Diabetes mellitus vooralsnog geen plaats in de behandeling. Naast de DPP-IV-remmers en de GLP-1-analogen is er een derde nieuwe klasse oraal bloedglucoseverlagend geneesmiddel (OBGVM) op de Nederlandse markt geïntroduceerd, de zogenaamde natrium 'sodium'-glucose-cotransporter-2-remmer (SGLT-2-remmer). De SGLT-2-remmers verminderen de terugresorptie van de glucose in de niertubulus. Dit veroorzaakt glucosurie en vermindert de hyperglykemie bij DM2. Deze groep geneesmiddelen is iets minder effectief in het verlagen van het HbA1c dan de in de NHG-Standaard geadviseerde OBGVM. Onderzoeken naar deze nieuwe groep geneesmiddelen op cardiovasculaire eindpunten waren er vooralsnog niet. Het EMPA-REG OUTCOME is het eerste gepubliceerde onderzoek dat zich hierop richt.

ONDERZOEK

Design Het EMPA-REG OUTCOME onderzoek is een gerandomiseerd dubbelblind, placebogecontroleerd multicenter onderzoek. De vraagstelling betrof het effect van empagliflozin in vergelijking met placebo in combinatie met de standaard zorg bij cardiovasculaire hoogrisico diabetes type-2 patiënten (met in de voorgeschiedenis MI, CVA of PAF). Primaire eindpunten waren: cardiovasculaire dood of een niet-fataal myocardinfarct of beroerte; secundaire eindpunten waren ziekenhuisopname met hartfalen of instabiele angina pectoris. In 590 centra uit 42 landen werden 7020 patiënten geïncludeerd (2333 placebo, 2345 met empagliflozin 10mg en 2342 met empagliflozin 25mg). Er werd gekozen voor twee doseringen empagliflozin, omdat het verschil in dosiseffect-respons op de metabole en cardiovasculaire eindpunten nog niet bekend was. De onderzoeksduur bedroeg 3 jaar. De inclusiecriteria waren: cardiovasculaire hoogrisico diabetes type-2 patiënten met een redelijke glykemische instelling (HbA1c tussen de 7% en 10%), geen slechte nierfunctie (MDRD > 30 ml/min/1,73 m²) en een BMI < 45 kg/m².

Resultaten Kenmerken van de geïncludeerde patiënten waren: 71% mannen, 57% > 10 jaar DM type-2, gemiddelde leeftijd 63,2 jaar, HbA1c 8,1%, BMI 30,5 kg/m², bloeddruk systolisch 135 mmHg en diastolisch 77 mmHg, 26% met een eGFR tussen de 30-60 ml/min/1,73m². Van de geïncludeerde patiënten gebruikte 87% een statine, 81% een ACE-remmer en 83% ASA bij aanvang. Bij inclusie had 10% van de populatie hartfalen. Van de geïncludeerde patiënten voltooidde 97% het onderzoek. Er was geen verschil in cardiovasculaire eindpunten tussen

de beide empagliflozin-groepen. Het aantal cardiovasculaire doden nam ten opzichte van de placebogroep af met 38% (5,9% versus 3,7%). De empagliflozin-populatie liet ten opzichte van de placebogroep een reductie van ziekenhuisopname voor hartfalen zien van 35% (4,1% versus 2,7%). De totale mortaliteit nam met 32% (8,3% versus 5,7%) af. De NNT om in drie jaar een overlijden te besparen bij cardiovasculaire hoogrisico diabetes type-2 patiënten bedroeg 39. Het aantal gerapporteerde hypoglykemieën was vergelijkbaar in alle groepen (25% met gemiddeld 1,5% ernstige hypo's). De kans op acute nierinsufficiëntie, keto-acidose, een trombo-embolisch event en fracturen was in alle groepen klein en niet verschillend. Het aantal urogenitale infecties was bij de empagliflozin-groepen groter dan bij de placebogroep (6,4% versus 1,8%).

INTERPRETATIE

EMPA-REG OUTCOME is een methodologisch correct uitgevoerd onderzoek met een relevante en heldere vraagstelling, een goed protocol, lage uitval en verrassende cardiovasculaire resultaten. Opvallend is de vermelding dat de farmaceutische industrie die het onderzoek sponsorde ook de publicatie voor zijn rekening nam ('with the review and approval of the academic participants'). De NNT van de empagliflozin is 39 in een onderzoeksduur van 3 jaar, aanzienlijk minder dan eerdere 'landmark-trials' naar ACE-remmers en statines. De opvallende resultaten zijn niet te verklaren vanuit de daling van de glucose of de bloeddruk of het gewicht. Daarvoor traden de verschillen in primaire en secundaire eindpunten tussen de placebogroep en empagliflozingroep te snel op. Mogelijk is het diuretisch effect van empagliflozin hiervoor verantwoordelijk. Immers, 10% van de geïncludeerde diabetespatiënten had hartfalen, mogelijk waren deze bij inclusie onderbehandeld. Of is er sprake van een combinatie van meerdere effecten op glucose, gewicht, bloeddruk, urinezuur en HDL die, op zichzelf niet significant verschillend, tezamen de resultaten verklaren? Het mogelijk cardioprotectieve effect van SGLT2-remmers moet nader onderzocht worden. Meer duidelijkheid komt als de resultaten van de andere onderzoeken naar SGLT2-remmers gepubliceerd worden. De uitkomsten van het CANVAS-onderzoek met canagliflozin en de DECLARE TIMI 58 met dapagliflozin worden eind 2017 verwacht. Dan wordt ook duidelijk of deze groep OBGVM de standaarden zullen beïnvloeden. ■

LITERATUUR

- 1 Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes and mortality in type 2 diabetes; N Engl J Med 2015;373:2117-28.

Effectiviteit van proactieve ouderenzorg

INLEIDING

De toenemende vergrijzing is een uitdaging voor de gezondheidszorg: met minder mensen en minder geld moet een groeiende groep ouderen goede, betaalbare zorg houden. In het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) zijn er afgelopen jaren zo'n tien onderzoeken naar de effectiviteit van proactieve ouderenzorg uitgevoerd, maar de resultaten daarvan zijn bescheiden. In Zwitserland heeft onlangs een vergelijkbaar onderzoek plaatsgevonden naar de langetermijneffecten van *Health Risk Assessment* (HRA) en *health counseling*. Wat betekent dit onderzoek voor Nederland?

ONDERZOEK

Design Stuck et al. voerden een pragmatisch gerandomiseerd onderzoek uit in 19 Zwitserse huisartsenpraktijken.¹ Deelnemende ouderen werden vanaf november 2000 tot en met januari 2002 at random (ratio 1:1,6) toegewezen aan de interventiegroep ($n = 874$) of controlegroep ($n = 1410$). Om de gezondheidsrisico's in kaart te brengen, vulden ouderen in de interventiegroep een schriftelijke vragenlijst in (HRA). Op basis daarvan heeft een softwareprogramma een rapport met adviezen gegenereerd, dat vervolgens door huisartsen en verpleegkundigen werd gebruikt om gezondheidsbevorderend gedrag en proactief zorggebruik te stimuleren. De verpleegkundigen hebben de ouderen via regelmatig huisbezoek en telefonische consultaties twee jaar lang begeleid. Bovendien stemden ze hun bevindingen jaarlijks af met de geriater. De primaire uitkomst van het onderzoek na twee jaar was gezondheidsbevorderend gedrag (bijvoorbeeld fysieke activiteit, voeding) en proactief zorggebruik (bijvoorbeeld bloeddrukmeting, borstkankerscreening). De primaire uitkomst na acht jaar betrof mortaliteit.

Resultaten Op baseline hadden ouderen in de interventiegroep gemiddeld 7 van de 18 in kaart gebrachte risicofactoren en 4 tot 5 van de 11 mogelijke tekorten van proactief zorggebruik. Na twee jaar was gezondheidsbevorderend gedrag en proactief zorggebruik significant meer aanwezig in de interventiegroep dan in de controlegroep (reguliere zorg). Zo was 70% van de ouderen in de interventiegroep fysiek actief vergeleken met 62% in de controlegroep ($p = 0,001$). Ook de jaarlijkse griepvaccinatie werd in de interventiegroep vaker toegediend dan in de controlegroep (66% versus 59%; $p = 0,005$). Na 8 jaar was het absolute verschil in mortaliteit 5% ten gunste van de interventiegroep ($p = 0,009$).

Conclusie van de auteurs Het onderzoek heeft laten zien dat HRA en health counseling leiden tot meer gezondheidsbevorderend gedrag en proactief zorggebruik. Bovendien heeft deze aanpak op lange termijn een gunstig effect op mortaliteit.

INTERPRETATIE

De NPO-onderzoeken waren – net als het onderzoek van Stuck et al. – gericht op het tijdig opsporen en behandelen

van thuiswonende ouderen die een verhoogd risico hebben op functionele achteruitgang. De onderzoekers vonden de kwetsbare ouderen met verschillende opsporingsmethodieken. Na uitgebreid onderzoek heeft een interdisciplinair eerstelijnssteam een opmaat zorgplan opgesteld en uitgevoerd, gevolgd door regelmatige evaluaties en afspraken over nazorg. Ofschoon zorgverleners en ouderen erg tevreden waren over de veranderingen in de zorg, hebben de NPO-onderzoeken tot nu toe geen of weinig effecten op gezondheidsuitkomsten en zorggebruik laten zien. Dit is gedeeltelijk in lijn met het onderzoek van Stuck. Ofschoon HRA en health counseling een positief effect hebben op gezondheidsbevorderend gedrag en proactief zorggebruik (na twee jaar) en mortaliteit (na acht jaar), was er na twee jaar geen significant verschil tussen de groepen voor wat betreft dagelijks functioneren en verpleeghuisopname. Wellicht dat ook voor deze uitkomstmaten een langere follow-upperiode nodig is om significante effecten te kunnen aantonen.

Toch biedt het onderzoek van Stuck ook aanknopingspunten voor ons. Terwijl de NPO-onderzoeken gericht waren op uiteenlopende problemen heeft Stuck ingezoomd op een beperkt aantal risicofactoren en adviezen. Verder was bij de ouderen in de NPO-onderzoeken vaak al sprake van functionele achteruitgang, terwijl het Zwitserse onderzoek was gericht op ouderen die (nog) geen ernstige gezondheidsproblemen en functionele beperkingen hadden. Of dit het verschil in effect verklaart, is niet met zekerheid te zeggen. Bovendien is er weinig bekend over de praktische toepasbaarheid en kosteneffectiviteit van deze aanpak. Daarvoor zouden we de inhoud en uitvoering van de Zwitserse aanpak eerst aan de Nederlandse context moeten aanpassen en het onderzoek vervolgens opnieuw moeten uitvoeren. Hierbij zouden we dan ook andere werkwijzen kunnen overwegen, zoals aanbieden van health counseling in de huisartsenpraktijk (in plaats van thuis), gebruik van technologie voor monitoring en advies of aanbieden van groepsbijeenkomsten (in plaats van slechts individuele contacten). Bovendien verdient de doelmatige inzet van gedragsveranderingstechnieken aandacht, want een opvallende bevinding in het onderzoek van Stuck was dat ouderen weinig animo toonden om op korte termijn hun gedrag te veranderen (0,2 tot 14%, afhankelijk van het gezondheidsbevorderend gedrag). Kortom, het onderzoek van Stuck heeft potentie om ook in Nederland de proactieve ouderenzorg te verbeteren. ■

LITERATUUR

- 1 Stuck AE, Moser A, Morf U, Wirz U, Wyser J, Gillmann G, et al. Effect of health risk assessment and counseling on health behaviour and survival in older people: a pragmatic randomised trial. *PLoS Med* 2015;12:e1001889.

Universiteit Maastricht, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Department of Health Services Research, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: S. Metzelthin, postdoc onderzoeker • Correspondentie: s.metzelthin@maastrichtuniversity.nl



Ulipristal als noodanticonceptie?

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. J.A.H. Eekhof • Correspondentie: j.eekhof@nhg.org.

Vraagstelling Vorig jaar kwam er op het spreekuur een 18-jarige patiënte nadat ze vier dagen daarvoor onbeschermd gemeenschap had gehad. Op thuisarts.nl stond (destijds) dat ze kon kiezen uit een koperspiraal of een nieuw soort morning-afterpil. Deze pil is tot vijf dagen na gemeenschap alleen op recept verkrijgbaar en kost rond de € 20. Naslag in de NHG-Standaard Anticonceptie over noodanticonceptie leverde geen verdere informatie op. Navraag bij de apotheek leverde de naam ulipristal (EllaOne) op. In het *Farmacotherapeutisch Kompas* is bij deze pil geen advies vastgesteld over de plaats in het gebruik als noodanticonceptie. Daarop stelden we de volgende onderzoeksvraag: Is ulipristal een betere optie dan een koperspiraal als ik te laat ben voor de morning-afterpil, maar nog wel binnen vijf dagen na onbeschermd gemeenschap?

Zoekstructuur In november 2015 zochten we in PubMed met de volgende zoektermen (“Intrauterine Devices, Copper”[Mesh] OR copper releasing IUD* OR Copper Intrauterine Device*) AND (ulipristal).

Resultaten Met bovengenoemde zoekstrategie kwamen we uit op 19 artikelen. Wij vonden een Cochrane-review uit 2012 en één RCT van na de zoekdatum van de Cochrane-review. De RCT van Baird uit 2013 kijkt met name naar de veranderingen op het gebied van noodanticonceptie. We konden dus alleen de Cochrane-review gebruiken voor onze vraagstelling.¹

In de Cochrane-review werden alle vormen van noodanticonceptie vergeleken. Er werd gekeken naar: wel of geen zwangerschap, aantal zwangerschappen, ectopische zwangerschappen, bijwerkingen en de menstruatie. Daarnaast zijn de tijd tussen onbeschermd gemeenschap en inname bekeken en de risico-score: hoeveel keer er gemeenschap is geweest in dezelfde cyclus. Veel van de vergeleken methodes worden in Nederland niet gebruikt. De twee relevantste uitkomsten voor onze vraagstelling waren: koperhoudend IUD versus afwachtend beleid en ulipristal versus levonorgestrel (huidige morning-afterpil). Het koperhoudend IUD werd niet vergeleken met levonorgestrel.

Koperhoudend IUD versus afwachtend beleid: in de groep patiënten die een koperhoudend spiraaltje kregen, kwamen 4 zwangerschappen voor op 200 patiënten. In de afwachtende groep kwamen 22 zwangerschappen voor op 100 patiënten (RR 0,09; 95%-BI 0,03 tot 0,26).

Ulipristal versus levonorgestrel: er zijn twee onderzoeken verge-

leken in een meta-analyse. Eén van de onderzoeken includeerde ook vrouwen 72-120 uur na onbeschermd gemeenschap.² Wanneer de gegevens van de twee onderzoeken werden gecombineerd, was de kans op zwangerschap statistisch significant lager bij de vrouwen die ulipristal hadden gebruikt (22 op de 1716) dan bij de vrouwen die levonorgestrel hadden gebruikt (38 op de 1732; RR 0,59; 95%-BI 0,35 tot 0,99). In de groep die 72-120 uur na onbeschermd gemeenschap werd behandeld, was het verschil niet statistisch significant.

Bespreking Deze resultaten zijn niet goed toepasbaar op de Nederlandse situatie omdat ulipristal vooral vergeleken wordt met de morning-afterpil en niet direct met de koperspiraal. De koperspiraal wordt niet in alle landen gebruikt als noodanticonceptie. De koperspiraal wordt wel vergeleken met afwachtend beleid, maar dat geeft geen antwoord op onze onderzoeksvraag. Daarnaast zijn 86 van de 100 onderzoeken in China uitgevoerd en is ulipristal pas sinds 2009 beschikbaar op de markt. Ulipristal is tot op heden alleen op recept verkrijgbaar in Europa en de Verenigde Staten.

Conclusie In deze Cochrane-review blijft de koperspiraal eerste keus als noodanticonceptie vanwege de hoge effectiviteit tot een periode van vijf dagen na onbeschermd gemeenschap. Voor vrouwen die geen koperspiraal willen, heeft ulipristal de voorkeur boven levonorgestrel gezien de iets hogere beschermingsgraad. Echter, levonorgestrel is zonder recept verkrijgbaar en voor ulipristal moet een afspraak bij een arts worden gemaakt. Daarnaast was de groep die 72-120 uur na onbeschermd gemeenschap was behandeld klein en worden ook de twee gevraagde interventies niet direct met elkaar vergeleken.

Betekenis Ulipristal is nog te weinig onderzocht als noodanticonceptie om het als middel van eerste keus te gebruiken boven de koperspiraal als een vrouw te laat is voor de morning-afterpil. De commissie van het *Farmacotherapeutisch Kompas* heeft de plaats van ulipristal voor noodanticonceptie nog niet vastgesteld. Ook in de NHG-Standaard Anticonceptie is het gebruik van ulipristal nog niet opgenomen. Mede hierdoor is de tekst over ulipristal inmiddels verwijderd van thuisarts.nl totdat er meer bekend is over plaats van ulipristal als noodanticonceptie.

Voorlopig zit ulipristal op de reservebank. Het middel komt alleen in aanmerking als de kans op zwangerschap reëel is, onbeschermd geslachtsgemeenschap 72 tot 120 uur geleden heeft plaatsgevonden en het gebruik van een koperhoudend spiraaltje op bezwaren stuit. ■

LITERATUUR

- Cheng L, Che Y, Gülmezoglu AM. Interventions for emergency contraception. Cochrane Database Syst Rev 2012;8: CD001324.
- Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. Lancet 2010;375:555-62.

Beperkt nut rivastigmine bij behandeling van Alzheimer

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, Radboudumc Nijmegen • Correspondentie: floris.vandelaar@radboudumc.nl.

Context De ziekte van Alzheimer is de meestvoorkomende vorm van dementie (50-70%). Aangenomen wordt dat amyloïde neerslag neurale celdood geeft met als gevolg een tekort aan acetylcholine in de hersenen. Acetylcholinaseremmers zouden dit tekort aan acetylcholine kunnen opheffen en de cognitieve achteruitgang beperken. Rivastigmine is een relatief nieuwe en veelbelovende acetylcholinaseremmer.

Klinische vraag Wat is de effectiviteit en de veiligheid van rivastigmine bij patiënten met de ziekte van Alzheimer?

Conclusie auteurs Er werden 7 geschikte RCT's geïncludeerd ($n = 3450$). De patiënten waren gemiddeld 75 jaar en hadden licht of matig-ernstig Alzheimer; eindpunt was 6 maanden na behandeling met rivastigmine of placebo. Rivastigmine (per dag 6 of 12 mg oraal of 9,5 mg transdermaal) gaf in vergelijking met placebo een minder snelle achteruitgang van cognitieve functies (MMSE 1 punt verschil op een schaal van 0-30; 95%-BI 0,52 tot 0,97) en ook voor de ADL (SMD van 0,20; 95%-BI 0,13 tot 0,27). Rivastigmine gaf een verbetering van de algemene klinische indruk zoals vastgesteld met een semigestructureerd interview (CIBIC en ADCS-CGIC) (OR 0,68; 95%-BI 0,58 tot 0,80). Er waren geen verschillen tussen de interventiegroep en de placebogroep wat betreft gedragsproblemen (NPI) en invloed op de mantelzorger (NPI-D). Rivastigmine gaf in vergelijking met placebo meer kans op bijwerkingen (87% versus 76%; OR 2,14; 95%-BI 1,80 tot 2,53) en op uitval (26% versus 15%; OR 2,06; 95%-BI 1,74 tot 2,45). Bij vergelijkbare doseringen zijn de effecten van orale toediening gelijk aan die van pleisters, maar pleisters geven minder kans op bijwerkingen. Ernstige bijwerkingen deden zich niet voor.

Beperkingen De bewijskracht van alle onderzoeken is gemiddeld. Er was een grote uitval van deelnemers. Patiënten werden niet langer dan 6 maanden gevolgd, waardoor het onduidelijk is wat de werking van rivastigmine op de lange termijn is. Alle onderzoeken zijn gesponsord door de farmaceutische industrie.

COMMENTAAR

Deze review laat enige positieve effecten zien van rivastigmine bij patiënten met de ziekte van Alzheimer. Toch is het de vraag of het daarom meteen een aantrekkelijk middel is in de eerste lijn. Ten eerste hebben in de huisartsenpraktijk de meeste ouderen met dementie een combinatie van Alzheimer en vasculaire dementie. Het is dus de vraag of de resultaten in deze review wel te generaliseren zijn naar de eerste lijn. Verder waren de effecten op de cognitieve functies weliswaar

statistisch significant, maar klein, en de klinische relevantie lijkt dus gering. Daarbij komt dat de gebruikte instrumenten MMSE en ADAS-Cog screeningsinstrumenten zijn en niet gevalideerd zijn om de ziekte ook te vervolgen. Ook is de verminderde achteruitgang in ADL in de rivastigminegroep marginaal: een Standaard Mean Difference van 0,20 wordt doorgaans als klinisch niet relevant beschouwd. Gedragsstoornissen zoals dwalen, agressie, en roepen komen veel voor bij patiënten met Alzheimer en zijn een groot probleem voor de mantelzorger. Vaak bepalen deze gedragsstoornissen of een patiënt thuis kan blijven wonen of opgenomen moet worden in een instelling. Maar in de drie onderzoeken waarin gedragsstoornissen werden bekeken, bleek rivastigmine geen invloed te hebben op het probleemgedrag. Slechts één onderzoek heeft het effect van rivastigmine op de mantelzorger onderzocht en ook daar kon geen effect aangetoond worden. Bijwerkingen zoals misselijkheid, braken, duizeligheid en asthenie traden wel vaak op.

De NHG-Standaard Dementie raadt het voorschrijven van rivastigmine door de huisarts af omdat de balans tussen effectiviteit en veiligheid dusdanig is, dat geen voordeel te verwachten is. Deze Cochrane-review maakt geen aanpassing van dit advies noodzakelijk. Als een patiënt of mantelzorger toch vraagt om behandeling, dan kan rivastigmine geprobeerd worden. Het is dan wel van belang om duidelijk te krijgen of het daadwerkelijk om de ziekte van Alzheimer gaat. Vervolgens moet met de mantelzorger bepaald worden wat het doel van de behandeling is en dit dient na zes maanden geëvalueerd te worden. Indien het doel niet behaald wordt, dan kan rivastigmine gestopt worden. In de tussentijd moet de huisarts alert blijven op bijwerkingen.

Hoewel de NHG-Standaard Dementie stelt dat een proefbehandeling gestart zou moeten worden door een specialist, mag de huisarts goed in staat geacht worden om dit in eigen beheer te houden, eventueel met behulp van een praktijkondersteuner, verpleegkundig specialist ouderenzorg of een casemanager dementie. Echter, gezien het ontbreken van resultaten op gedrag en opname van Alzheimer-patiënten, lijkt de behandeling met rivastigmine van beperkte waarde te zijn. ■

LITERATUUR

- 1 Birks JS, Chong LY, Grimley Evans J. Rivastigmine for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev 2015;9:CD001191.

Dyspareunie bij oudere vrouwen (1)

Dyspareunie bij oudere vrouwen is een belangrijk onderwerp met duidelijk huisartsgeneeskundige elementen.¹ De auteurs slagen er echter in noch de NHG-Standaard De overgang, noch de juiste seksuologische concepten goed te integreren in hun louter urogynaecologische benadering van het probleem.

In de NHG-Standaard De overgang staat in de hoofdttekst duidelijk: 'Deze klachten [van vaginale atrofie] beïnvloeden de seksualiteit, maar ook andere, leeftijdsgebonden, factoren spelen daarbij een rol: de verslechtering van de eigen gezondheid en die van de partner en voorafgaande seksualiteitsbeleving. Bij postmenopauzale vrouwen duurt het bij seksuele opwinding langer voor er lubricatie optreedt. Een adequate seksuele stimulatie verhoogt de vaginale doorbloeding, waardoor de lubricatie voldoende kan zijn en er geen dyspareunie hoeft op te treden.' In de dan aangegeven verwijzing naar noot 13 volgt: 'Ofschoon

alle postmenopauzale vrouwen in meerdere of mindere mate vaginale atrofie hebben, heeft slechts 20 tot 30% van deze vrouwen klachten van vaginale droogheid en dyspareunie. Dit suggereert dat oestrogeendeficiëntie niet de directe oorzaak is van seksuele problematiek, maar dat deze deficiëntie postmenopauzale vrouwen kwetsbaarder maakt voor bij deze levensfase passende seksuele problematiek.' Dit biopsychosociale karakter van seksualiteit wordt goed geïllustreerd door een onderzoek onder 182 postmenopauzale vrouwen bij wie het concept 'vaginale atrofie' onvoldoende bleek om de klachten van dyspareunie goed te verklaren.² Zowel cognitieve, emotionele als relationele factoren speelden een rol. Postmenopauzale dyspareunie bleek een net zo heterogene aandoening als premenopauzale dyspareunie.³

De in het artikel gedane beweringen 'het libido is bij oudere vrouwen vermindert' en 'regelmatige seksuele activiteit is belangrijk voor de vaginale gezondheid' zijn wellicht goed bedoeld maar snijden geen hout. Het gaat om de seksuele opwinding die geacht wordt plaats

te vinden. Dat heeft niets van doen met libido (wat is dat?) noch met regelmaat (hoe vaak?), maar alles met stimulatie die in de juiste context moet plaatsvinden. Dit bespreken is de eerste stap die de huisarts moet nemen.⁴ Is er toch behoefte aan meer lubricatie, dan is het gebruikelijk om bij een dergelijke niet-levensbedreigende aandoening eerst eens een lokale bevochtiger te proberen en pas in laatste instantie een lokaal oestrogeen. Zo robuust waren de genoemde reviews nu ook weer niet. Ik zou de conclusie van de auteurs in precies de omgekeerde volgorde willen formuleren. ■

Peter Leusink

LITERATUUR

- 1 Jonkers S, Knuistingh Neven A, Eekhof JAH. Dyspareunie bij oudere vrouwen. Huisarts Wet 2016;59:28-9.
- 2 Kao A, Binik YM, Amsel R, Funaro D, Leroux N, Khalifé S. Biopsychosocial predictors of postmenopausal dyspareunia: the role of steroid hormones, vulvovaginal atrophy, cognitive-emotional factors, and dyadic adjustment. J Sex Med 2012;9:2066-76.
- 3 Kao A, Binik YM, Amsel R, Funaro D, Leroux N, Khalifé S. Challenging atrophied perspectives on postmenopausal dyspareunia: a systematic description and synthesis of clinical pain characteristics. J Sex Marital Ther 2012;38:128-50.
- 4 NHG-Standaard Seksuele klachten (eerste herziening). www.henw.org.

Dyspareunie bij oudere vrouwen (2)

Dyspareunie bij oudere vrouwen is zeker de moeite waard om onder de aandacht te houden.¹ Seksueel actief kunnen zijn is onder andere een zinvolle vorm van CVRM.

Herhaald een potje plas aan de balie vanwege uwi-klachten is inderdaad een reden om de dames op het spreekuur uit te nodigen (NHG-Congres 2015). Regelmatig speelt er dan ook incontinentie- of prolapsproblematiek. De incontinentie mis ik in deze klinische les als een belangrijke boosdoener voor de verminderde zin in seksueel contact (zowel bij hem als haar kunt u zich wellicht voorstellen). Doorvragen naar mogelijke incontinentie is van belang om het seksleven weer leuker te kunnen maken en om, erg bevredigende, zorg te kunnen leveren: de vrouw zal u dank-

baar zijn dit taboe te doorbreken en voor geboden hulp.

Gezien het frequent voorkomen van prolaps in deze leeftijdscategorie, wat atrofie ook in de hand kan werken, is goede zorg daarin inderdaad van belang. Voor deze leeftijd is verwijzing naar een gynaecoloog zelden nodig. Als huisarts kunnen we het grootste deel van de dames bij klachten van prolaps goed helpen door een pessarium aan te meten. Daarbij hoort ook advies over bekkenbodemoefeningen (via thuisarts.nl) of verwijzing naar een bekkenfysiotherapeut. Mocht u twijfelen of u een pessarium goed kunt aanmeten, dan kan een kaderarts urogynaecologie bij u in de buurt hulp bieden (<https://ugynhag.nhg.org/chbb-geregistreerde-kaderartsen-uro-en-gynaecologie>). Met een pessarium is seksueel contact doorgaans goed mogelijk. Ook kan het pessarium een gunstige invloed hebben op de reeds aangegeven incontinentieklach-

ten of op de herhaalde blaasontsteking.

In de praktijk blijken vrouwen die de voordelen ervaren van vaginale oestrogenen, het gebruik niet altijd te willen beperken tot drie maanden. Praktisch is het advies om slechts twee weken dagelijks te gebruiken en daarna hooguit twee keer per week, met uiteindelijk één keer per week of 'on-demand'-gebruik. Ook kan ze na drie maanden doorgaan met hyaluronzuurcrème, deze komt echter altijd voor eigen rekening. Als de vrouw langer dan drie maanden lokaal oestrogeen wil gebruiken, zoek dan naar een zo laag mogelijke dosis (wellicht is de halve dosering vaginale crème een à twee keer per week ook voldoende) en wijs op alarmsymptomen zoals palpabele afwijking in de borst of vaginaal bloedverlies. Gebruik moet jaarlijks geëvalueerd worden. Soms geven de ovules veel irritatie, wat met de crème een stuk minder is. Bij veel zorgen over hormonale middelen kan in aanvang al gekozen

worden voor hyaluronzuur bevattende bevochtigingsgel. ■

Margriet Folkeringa-de Wijs, Kaderhuisarts urogynaecologie

LITERATUUR

- 1 Jonkers S, Knuistingh Neven A, Eekhof JAH. Dyspareunie bij oudere vrouwen. Huisarts Wet 2016;59:28-9.

ANTWOORD

Wij danken de brieftschrijvers voor hun reactie. Wij zien hun opmerkingen dan ook als nuttig en aanvullend op onze benadering.

Ad 1. Ons uitgangspunt is dat dyspareunie bij oudere vrouwen een typisch huisartsgeneeskundig probleem is. Natuurlijk is het bekend dat het uiteten van de klacht 'pijn bij de coïtus' voor vrouwen niet altijd even gemakkelijk is. In onze ogen is het wel dat de klacht dyspareunie, vaak in combinatie met

andere klachten zoals frequente urine-weginfecties en vulvaire jeuk en irritatie, sterk wijst op vulvovaginale atrofie. In combinatie met de bevindingen bij het onderzoek is de 'urogynaecologische' benadering van de huisarts naar onze mening zeker niet onjuist. Hier is geen seksuologische aanpak voor nodig. Lokale behandeling van het probleem, overigens nadrukkelijk gecombineerd met uitleg en informatie, is derhalve een geschikte, herkenbare huisartsgeneeskundige behandeling van dyspareunie bij oudere vrouwen. Het is tenslotte in verreweg de meeste gevallen een lokaal probleem, waarvoor een lokale behandeling op zijn plaats is. Wij denken dat als wij de patiënte weer naar huis sturen met het advies 'op de juiste manier stimuleren, dan komt de lubricatie vanzelf wel', dit voor de meerderheid van de vrouwen die altijd een bevredigend seksleven gehad

hebben, niet voldoende en derhalve niet des huisarts is. Het is immers een 'kleine kwaal'. Verwijzing naar de seksuoloog is overigens in een beperkt aantal gevallen ongetwijfeld een nuttige overweging, zeker als er ook andere zaken een rol spelen. Wellicht kan Peter Leusink in een 'biopsychosociale' verhandeling duidelijk maken dat dyspareunie bij oudere vrouwen geen 'kleine kwaal' is.

Ad 2. Collega Folkeringa-de Wijs stelt incontinentie aan de orde. Ook dit is natuurlijk terecht een probleem. Het is in onze ogen echter een apart probleem samenhangend met gynaecologische problematiek en niet specifiek gekoppeld aan dyspareunie. In de laatste opmerkingen over de duur van het gebruik van lokale oestrogenen kunnen wij ons natuurlijk geheel vinden. ■

Selma Jonkers, Arie Knuistingh Neven, Just Eekhof

Saturatiemeting bij koolstofmonoxide intoxicatie

Goed dat er in de rubriek Casuïstiek aandacht is voor het voorkomen en behandelen van een koolstofmonoxide(CO)-intoxicatie.¹ In de beschreven casuïstiek werd er bij een 60-jarige onwel geworden vrouw gedacht aan een CO-vergiftiging vanwege de bijpassende symptomen en het afgaan van de CO-melder. Patiënte werd onderzocht, waarbij onder andere een saturatiemeting werd verricht. Dit kan bij de lezer onterecht de suggestie gewekt hebben dat deze saturatie, gemeten met een pulse-oximeter, betrouwbaar is. Een niet-afwijkende saturatie sluit een relevante CO-vergiftiging niet uit. De saturatiemeter kan het HbCO en O₂Hb niet goed onderscheiden, waardoor er vaak hogere saturaties gemeten worden.² Om zekerheid te krijgen of er sprake is van een CO-vergiftiging is een arterieelbloedgas (zoals in de casus werd verricht) nodig. ■

Patricia Hordijk, werkzaam bij SBOH, Huisartsopleiding Utrecht

LITERATUUR

- 1 Van Orden R. Koolstofmonoxide intoxicatie. Huisarts wet 2015;58:554.
- 2 Bozeman WP, Myers RA, Barish RA. Confirmation of the pulse oximetry gap in carbon monoxide poisoning. Ann Emerg Med 1997;30:608.

ANTWOORD

Het klopt inderdaad dat een goede saturatie allerminst een CO-vergiftiging uitsluit. Deze casus illustreert dat ook.

Een HbCO-bepaling is noodzakelijk om de diagnose te kunnen bevestigen en de ernst van de CO-intoxicatie vast te stellen. De belangrijkste reden om deze casus te publiceren was om te illustreren dat het niet altijd voor de hand ligt aan een CO-vergiftiging te denken en dat een CO-meter in de koffer hierbij behulpzaam kan zijn. ■

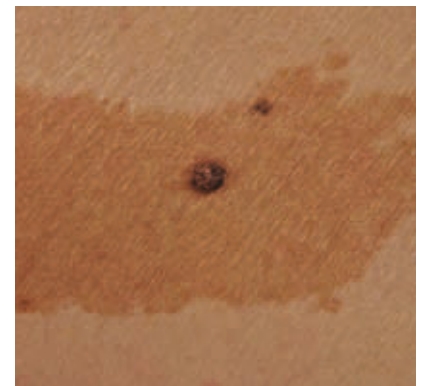
Rutgerjan van Orden

Uw diagnose

Een man, 55 jaar, heeft al jaren een café-au-laitvlek op zijn linkerflank. Recent zijn er twee donkere vlekjes bijgekomen. Wat is uw diagnose?



- a Verruca seborroica
- b Keratoacanthoma
- c Naevus naevocellularis
- d Maligne melanoma



Fotoquiz van de maand april

Wilt u het goede antwoord weten? Kijk op www.henw.org.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1 a

Harmans LM, Hopstaken RM. Longfoto: nut van aanvraag doorgeïllustreerd.
Huisarts Wet 2016;59(4):160-1.

2 d

Harmans LM, Hopstaken RM. Longfoto: nut van aanvraag doorgeïllustreerd.
Huisarts Wet 2016;59(4):160-1.

3 b

Verheij ThJM, Hopstaken RM, Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP, Sachs APE, et al. NHG-Standaard Acuut hoesten. Huisarts Wet 2011;54:68-92.

4 a

Hoes AW, Voors AA, Rutten FH, Van Lieshout J, Janssen PGH, Walma EP. NHG-Standaard Hartfalen (tweede herziening). Huisarts Wet 2010;53:368-89.

5 c

Harmans LM, Hopstaken RM. Longfoto: nut van aanvraag doorgeïllustreerd.
Huisarts Wet 2016;59(4):160-1.

6 c

Verheij ThJM, Hopstaken RM, Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP, Sachs APE, et al. NHG-Standaard Acuut hoesten. Huisarts Wet 2011;54:68-92.

7 c

Primaire spontane pneumothorax. Richtlijn van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose: Alphen aan den Rijn, 2002. <http://www.nvalt.nl/uploads/kk/1g/kK1gx8eluo-ng7j35hsO3Q/Primaire-Spontane-Pneumothorax.pdf>.

8 b

NHG-Werkgroep Diepe veneuze trombose en longembolie. NHG-Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie (eerste herziening). Huisarts Wet 2015;58:26-35.

De vragen van deze kennistoets zijn gemaakt door Henk Folkers. Hij is werkzaam bij Huisartsenopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

Gevraagd: foto's huisartsenpraktijk uit de jaren 1950-1980

Voor een boek over de geschiedenis van de huisartsgeneeskunde zijn wij op zoek naar oude foto's van de huisartsenpraktijk, de praktijkomgeving en de praktijkvoering, als aanvulling op onze collectie. We hebben vooral belangstelling voor tijdsbepalende beelden uit de jaren 1950-1980 van het werk van huisartsen en medewerkers in de praktijk, eigen voorlichtingsmateriaal en dergelijke. Wij zullen een selectie maken uit de foto's die we krijgen toegestuurd.

Beeldmateriaal moet voldoen aan de volgende voorwaarden, zodat het in druk goed overkomt:

- omvang minimaal 1 MB (of 300 dpi) per afbeelding;
- sla beeld op als jpg-bestand;
- sla iedere afbeelding op als los bestand.

Mail uw foto(s) naar: redactie@nhg.org.
Bij voorbaat dank!

Huisarts en Wetenschap

wordt uitgegeven onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).
www.henw.org

Redactie

Just Eekhof, hoofdredacteur, Lidewij Broekhuizen, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Bèr Pleumeekers, Nadine Rasenberg, Annet Sollie, Wim Verstappen, 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.
Auteursinformatie: www.henw.org/voor auteurs

Redactiesecretariaat

Henny Helsloot, Susan Umans
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550,
fax 030-2823501, redactie@nhg.org

Uitgever: Paul Dijkstra, Bohn Stafleu van Loghum,
Postbus 246, 3990 GA Houten

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Tel. 030-2823500, fax 030-2823501

Advertenties

Advertentieverkoop: advertieren@bsl.nl, tel. 030-6383603
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij: media.marketing@bsl.nl, Roos de Bie, tel. 030-6383874

Abonnementen

H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl of door contact op te nemen met de abonnementenadministratie.
Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 231,00, online-only abonnement (enkel online toegang) € 138,60. Studenten ontvangen 50% korting.

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.
Abonnementenadministratie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten.
Telefoon: 030-6383736. Bij wijziging van de tennaamstelling en/of adres verzoeken wij u de adresdrager met de

gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klantenservice of wijzigingen door te geven via het formulier op www.bsl.nl/contact

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing, tevens raadpleegbaar op www.springermedia.nl. De voorwaarden worden op verzoek toegezonden.
Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Springer Media B.V., gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 3210/635, van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden voor tijdschriften zijn in te zien op www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd.
www.bsl.nl

© 2016
ISSN 0018-7070



Uw zorg, of niet?

Het NHG werd de laatste jaren steeds meer in het maatschappelijk debat betrokken. Kwaliteit was niet langer een zaak van de huisarts zelf, maar ook van zorgverzekeraars, overheid en patiënten. 'Laat maar zien wat je doet', was vaak het credo, waarbij de zorg als product werd gezien.

Maar kwaliteit is meer dan het tonen van meetbare gegevens. Er is internationaal overeenstemming dat patiëntgerichtheid, veiligheid, tijdigheid, doelmatigheid en gelijkheid van zeker zo grote betekenis zijn als effectiviteit en efficiency. 'Niet alles wat meetbaar is, is relevant. En niet alles wat relevant is, is



meetbaar', zei Einstein. Probeer onze kernwaarden - generalistische, persoonsgerichte en continue zorg - maar eens te meten.

Hoewel het NHG actief deelneemt aan het maatschappelijk debat, blijven we ons focussen op onze kerntaak: het voor huisartsen toepasbaar maken van wetenschap. Dat was heel concreet bij de discussies over de overtijdbehandeling, waarbij politieke, wettelijke, ethische en randvoorwaardelijke dilemma's spelen. Maar eerst moest de vraag worden beantwoord of huisartsen deze behandeling veilig en effectief kunnen geven. En dat is de taak van het NHG. Na uitgebreid literatuuronderzoek denken wij die vraag positief te kunnen beantwoorden, waarbij het aan de patiënte is te beslissen door wie zij behandeld wil worden.

We hebben de wetenschap op een rij gezet en geen norm willen stellen. Want al moeten de betrokken partijen nog de wetten aanpassen, randvoorwaarden regelen en deskundigheidsbevordering bieden, uiteindelijk bepaalt de huisarts zelf of hij de overtijdbehandeling in zijn zorgarsenaal opneemt.

Rob Dijkstra

NHG-Wetenschapsdag 2016:

Wat kan beslissingsondersteuning voor ú betekenen?

Tijdens de Wetenschapsdag kunt u in één dag weer helemaal op de hoogte zijn van het jongste huisartsgeneeskundig onderzoek. Allerlei onderzoek wordt gepresenteerd, maar de focus ligt op besluitvorming door de huisarts, onder de titel: *De beslisregel... hulp of hindernis?* Er was in een vroeg stadium al een recordaantal aanmeldingen, dus wacht niet te lang met uw inschrijving!

Beslisregels en predictiemodellen

Is een aandoening wel of niet aanwezig? En zo ja, wat zal het beloop dan zijn? Het zijn voor de patiënt uiterst belangrijke vragen en u als huisarts wilt graag de goede antwoorden kunnen geven. Maar zijn de ontwikkelde beslisregels en pre-

dictiemodellen wel geschikt voor de huisartsenpraktijk? En hoe kunnen ze het best worden ingezet? Zijn er nog veel te weinig, of dreigen er juist te veel te komen? Tijdens de NHG-Wetenschapsdag verkent u samen de stand van zaken rond diagnostische en klinische beslisregels en beslissingsondersteuning, en werpt u ook een blik op de toekomst.

Meer informatie

De NHG-Wetenschapsdag 2016 wordt georganiseerd in samenwerking met het AMC-UvA en vindt plaats op **27 mei** in **Amsterdam**. Op www.nhgwetenschapsdag.nl vindt u meer informatie over het programma. U kunt zich daar ook inschrijven.

Nieuwe mogelijkheden met NHGDoc

Sinds kort beschikt NHGDoc over enkele nieuwe mogelijkheden die aansluiten bij de actualiteit en u het werken nóg gemakkelijker maken. Het betreft:

- **Het kindcheck-alert.** Als in een dossier een ICPC-code voorkomt die erop wijst dat de veiligheid van een kind mogelijk in het gedrang komt, krijgt u een alert om een 'kindcheck' uit te voeren conform het stappenplan van de KNMG-Meldcode.

- **Bijwerkingen melden.** Met één druk op de knop kunt u nu geneesmiddelenbijwerkingen melden bij Lareb. Relevante informatie uit het patiëntendossier (episoden, labwaarden) en over geneesmiddelen zijn zelfs al voor u ingevuld.
- **Arbeidsgerelateerde problemen.** U krijgt nu een alert bij mogelijk werkgerelateerde problematiek. Er is een arbeidsanamnese ontwikkeld en een speciaal ingerichte helpdesk faciliteert de afstemming met de bedrijfsarts.

Kijk op www.nhg.org > nieuws voor een uitgebreide beschrijving van de nieuwe mogelijkheden.

Het NHG bestaat 60 jaar:

Maak ons blij met uw oude foto's!

Eind december 1956. Terwijl sneeuw en ijzel het land geselden, richtte in Utrecht een groepje pionierende huisartsen een nieuwe vereniging op die zich moest gaan richten op de wetenschappelijke onderbouwing van het vak. En zo werd het NHG geboren.

We zijn er trots op dat we mede dankzij u in de afgelopen zestig jaar zijn uitgegroeid tot een vereniging met aanzien

en gezag. Wat er in die zestig jaar allemaal is veranderd zouden we graag illustreren met foto's en ander beeldmateriaal. Heeft u nog iets op zolder liggen? U kunt ons daar bijzonder blij mee maken! Wat u niet wilt missen, kunt u natuurlijk ook aan ons lenen; u krijgt uw bijdragen gegarandeerd retour.

Stuur uw oude beeldmateriaal t.a.v. de directie naar Postbus 3231, 3502 GE Utrecht. Alvast bedankt!

Vervolg ledenraadpleging over de NHG-Standaarden:

Tussen 'er is te veel' en 'er is niet genoeg'...

Vorig jaar zomer hielden we een ledenraadpleging om te beoordelen of het NHG nog 'in de pas loopt' met de behoeften van zijn leden. Over de uitkomsten hiervan berichtten we al in september en december, waarbij we een vervolgonderzoek naar uw wensen over de NHG-Standaarden aankondigden. Dit heeft inmiddels plaatsgevonden. Hieronder leest u over de uitkomsten.

Fijne complimenten...

Het is natuurlijk erg verheugend om te zien hoe groot de waardering voor de standaarden is. 'Ik ben razend trots op "onze" richtlijnen', schrijft een van de respondenten zelfs en de beoordeling in cijfers levert een 8,1 op. Vooral jongere huisartsen (< 40 jaar) zijn zeer tevreden; ze vinden de standaarden goed begrijpelijk, toegankelijk en toepasbaar. Niet minder dan 97% van de respondenten geeft aan dat de standaarden hen helpen bij de uitoefening van hun vak. Slechts 3% vindt dat de richtlijnen niet voldoende rekening houden met de dagelijkse praktijk. U raadpleegt de standaarden meestal digitaal tijdens het spreekuur of tijdens de visites, maar ze worden ook veelvuldig gebruikt bij (na)scholing en onderwijs. Toch willen we niet alleen tevreden achterover leunen!

... en nuttige kritiek

Hoe prettig het ook is om complimenten te krijgen, uw kritiek levert ons nuttige informatie op als het erom gaat onze producten dichterbij uw behoeften te brengen. Bij een bundeling van de diverse kritiekpunten wordt al snel duidelijk dat de belangrijkste aanmerkingen gaan over de toegankelijkheid van de informatie. In plaats van ellenlange lappen tekst ziet u liever opsommingen, tabellen, stroomschema's, beslismomen en illustraties. Maar als het gaat om de volledige teksten van de standaarden heeft een meerderheid toch voorkeur voor 'compleet en uitgebreid'. Een citaat: 'De volledige tekst lees ik als ik iets precies wil weten. Dan wil ik dus ook alle informatie kunnen vinden.'

Verder heeft u een voorkeur voor een digitale verschijningsvorm: 97% wil de standaarden kunnen raadplegen op de NHG-website; 40% wil de samenvattingen in een app. Van veranderingen wilt u echter het liefst op de hoogte worden gesteld



Foto: Shutterstock

via een samenvatting in H&W. Een verbetering van de toegankelijkheid via apps is gewenst.

Overige opmerkingen

De respondenten geven opvallend vaak blijk van beduchtheid voor 'misbruik' van de standaarden. Ze zijn bang dat hun de maat wordt genomen met de richtlijnen en dat zorgverzekeraars en het tuchtrecht hen daarop gaan 'afrekenen'. Gevraagd naar nieuwe onderwerpen waarover een standaard wenselijk zou zijn, lopen de reacties heel sterk uiteen. Een minderheid vindt dat het aantal standaarden toereikend of zelfs te groot is ('Soms weet ik niet eens dat er een standaard over een bepaald onderwerp is!'). Anderen geven wel degelijk (een fors aantal) suggesties. De meest gehoorde wens is een standaard over huidaandoeningen en dan vooral huidmaligniteiten. Ook gaan er geluiden op voor een paragraaf 'Ouderen' in alle relevante standaarden.

Hoe nu verder?

Op dit moment bekijkt de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap hoe zij tegemoet kunnen komen aan uw wens om de richtlijnen bondiger te formuleren. Omdat een meerderheid van de respondenten aangeeft de standaarden het liefst op de NHG-website te raadplegen, moeten we er misschien voor kiezen de primaire verschijningsvorm niet in H&W maar digitaal te laten zijn. Bijkomend voordeel is dat 'schrijven voor beeldscherm' een benadering vergt die meteen al mooi aansluit bij uw wensen: kortere tekstblokken, meer tussenkopjes, veel opsommingen.

In het kader van *Het roer moet om* is er al aandacht voor het aspect dat standaarden niet moeten worden gebruikt om er huisartsen mee af te rekenen op hun zorg. Wat betreft de standaarden in apps is de techniek niet altijd ver genoeg om alles te realiseren wat u wenst. Dat houden we echter voor u in de gaten.

Voor het overige gaan we bekijken in hoeverre uit de vele tegengestelde meningen toch wensen naar voren komen waaraan wij kunnen voldoen. We houden u daarvan op de hoogte! (AS)

NHG-AGENDA 2016 data

- NHG-Wetenschapsdag 27 mei
- LOVAH-Congres 10 juni
- Algemene Ledenvergadering 23 juni
- NHG-Congres Van Alledaags tot Zeldzaam 18 november
- Algemene Ledenvergadering 1 december



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

Landelijke samenwerking rond kindermishandeling:

Goede hulp voor ouders en kind staat voorop

Het is van belang dat huisartsen bij huiselijk geweld en kindermishandeling goede hulp kunnen inzetten. Daarvoor is goede signalering van kindermishandeling van belang en dit staat dit jaar dan ook hoog op de agenda van huisartsen. Die signalering is wettelijk verankerd. Bij zorgelijke signalen van ouders of vanuit het patiëntendossier tijdens het consult dient de huisarts door te vragen naar (de veiligheid van) de eventuele kinderen. Om de signalering en tijdige hulpverlening te ondersteunen hebben diverse betrokken partijen (NHG, LHV, InEen, het ministerie van VWS en Augeo) de handen ineengeslagen en diverse ondersteuningsmaatregelen geïntroduceerd.

Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraken bijgesteld

Bij kindermishandeling zijn vaak meerdere hulpverleners betrokken, zoals jeugdgezondheidszorg, kinderartsen etc. Hoe er wordt samengewerkt, wat de taken en verantwoordelijkheden zijn en wat de rol is van Veilig Thuis is in de LESA beschreven. Naar verwachting wordt de LESA gepubliceerd in de zomer van 2016.

Een kindcheck-Alert in uw HIS

Om te ondersteunen bij tijdig signaleren is in verschillende HIS'en een digitale alert ingebouwd, ondersteund door NHG-Doc. Deze kindcheck-Alert attendeert u er tijdens het consult op om bij signalen zoals alcohol- en middelenmisbruik door te vragen naar eventuele kinderen en hun veiligheid. Ook is in de Alert informatie opgenomen over het Stappenplan Kindermishandeling van de KNMG en het telefoonnummer van Veilig Thuis. U heeft de benodigde informatie dus altijd bij de hand en weet welke stappen u kunt volgen bij een vermoeden van kindermishandeling.

Scholing over de kindcheck

Het ministerie van VWS onderzocht vorig jaar het gebruik van de KNMG-meldcode. Daaruit bleek dat de Meldcode op zich goed bekend is, maar dat veel huisartsen de toepassing ervan lastig vinden. Veel minder bekend was de kindcheck. Daarom hebben de samenwerkende organisaties afgesproken dat zij dit jaar meer huisartsen willen bereiken met (online) scholing over de kindcheck en de aanpak van kindermishandeling. Bestaande trainingen en e-learnings worden hiertoe geactualiseerd. Ook worden speciale korte 'leerberichten' ontwikkeld die huisartsen in vijftien minuten digitaal bijpraten over kindermishandeling en actuele ontwikkelingen op dit gebied.

Overige activiteiten

- De PraktijkWijzer *Kwaliteit en veiligheid* en de patiënteninformatie op Thuisarts.nl worden geactualiseerd op de thema's kindermishandeling.
- Dit jaar zal de voorlichting op het gebied van kindermishandeling en huiselijk geweld regelmatig onder de aandacht worden gebracht.



Foto: Shutterstock

deling en huiselijk geweld regelmatig onder de aandacht worden gebracht.

Hoe verder in 2016?



De samenwerkende partijen zetten zich in om huisartsen te informeren en ondersteunen bij het signaleren van problematiek en het organiseren van tijdige en passende hulp. Het logo 'Huisartsen tegen kindermishandeling', ontwikkeld door de LHV, wordt breed ingezet. In de communicatie spelen 'huisartsenambassadeurs' en leden van de Jongerentaskforce – een initiatief van Augeo – een belangrijke rol. We houden u op de hoogte!

Ivo Smeele, hoofd NHG-afdeling Implementie

Helpdesks Palliatieve zorg en Praktijkteam

Het ministerie van VWS heeft een tweetal loketten ingericht:

- De helpdesk Palliatieve zorg. Deze is toegankelijk voor hulpverleners die op onduidelijkheden of obstakels stuiten bij het organiseren van deze zorg. Denk hierbij aan opname in een hospice of een palliatieve unit, of de begeleiding van patiënten die thuis willen overlijden. De helpdesk is toegankelijk via 030-273 99 00, <http://hervorminglangdurigezorg.nl/helpdesk/>
- Het Praktijkteam *Zorg op de juiste plek*. Hier is informatie te krijgen over de mogelijkheden die er zijn bij de overdracht van kwetsbare patiënten (vaak ouderen) en de bijbehorende regelgeving. Het Praktijkteam regelt zelf geen zorg, maar adviseert en brengt mensen met elkaar in gesprek. Het is bereikbaar via 06-155 293 36, juistezorgplek@minvws.nl.



Veertien jaar geleden trad Hans Witmer in dienst van het NHG als projectleider Praktijkaccreditering en stond hij aan de wieg van dit systeem van toetsing en certificering van huisartsenpraktijken. Bij de oprichting in 2005 van NHG Praktijk Accreditering bv, werd hij daarvan directeur. Wegens pensionering legt hij die functie nu neer. In een interview kijkt hij terug én vooruit.

Waarom vond jij destijds praktijkaccreditering zo interessant?

‘Het stelde ons voor de vraag hoe

je kunt bewerkstelligen dat de beroepsgroep voor het eigen kwaliteitsbeleid gaat zorgen. Voor de patiënten is dat kwaliteitsbeleid belangrijk, maar dan moeten huisartsen dat ook leuk gaan vinden en het beschouwen als onderdeel van hun vak. Sterker nog, als een kerntaak, zelfs al ben je in loondienst of waarnemer. Bovendien ontstond destijds de eis dat huisartsen de kwaliteit van hun zorg konden aantonen en andere partijen in de zorg wilden daartoe een eigen certificeringssystemen gaan opzetten. Wij vonden dat we ons dat als huisartsen niet moesten laten opleggen en wilden dat zelf oppakken.’

Hoe ontwikkelde de praktijkaccreditering zich vervolgens?

‘Eerst ging het vooral om het beperken van risico’s, bijvoorbeeld het instellen van een spoedlijn en hygiënisch werken. We richtten ons op de teamcultuur en methoden van kwaliteitsverbetering, zoals de kwaliteitscirkel en SMART-formulering van het verbeteringsplan. En we kozen chronische ziekten om te bekijken waar je de zorg kon verbeteren. In die tijd ging het om eisen waaraan je zorg minimaal moest voldoen en om resultaatgericht verbeteren. Later vonden deelnemers dat het wel wat minder patriarchaal en gedetailleerd mocht, met meer ruimte voor eigen invulling. Dit resulteerde in versie 2011. En de afgelopen twee jaar ontstond de vraag om minder administratieve druk en een duidelijke vertaling van de kwaliteitsnormen voor de patiënt. Ook de nieuwste

versie 2.1 is dus met inbreng van de deelnemers ontstaan. Dat vind ik leuk: we stoppen er een peilstok in en bekijken samen waar we naartoe willen.’

Lopen de wensen van de beroepsgroep dan niet erg uiteen?

‘Ja, aanvankelijk was accreditering een soort APK-keuring en sommige huisartsen wensen dat nog steeds. Maar anderen willen juist dat we meer normen stellen, zodat zij ernaartoe kunnen werken om daaraan te voldoen. Daarom hebben we dat in de loop van de jaren gesplitst: enerzijds zijn er vastgestelde normen, maar anderzijds is er nu de “kwaliteitscarrousel”. Daarvan kun je gebruikmaken als je je ergens in wilt verdiepen, bijvoorbeeld de palliatieve zorg. Dat is dus op vrijwillige basis. Ik vind het fijn om te zien dat de beroepsgroep zich blijft vernieuwen. Dat er huisartsen zijn die zeggen: “Ik ga me nu vervelen, ga iets anders van me vragen.” En dat anderen dat juist niet willen.’

Zijn die uiteenlopende meningen niet lastig?

‘Nee, dat is juist goed; mensen moeten doen wat bij ze past. Je zou met protocollen en kwaliteitsmaatregelen hetzelfde moeten doen als met standaarden. Daarbij bedenk je ook steeds of je ze in een bepaalde situatie wel of niet toepast. Bij de ISO-certificering gaat het min of meer om een invuloefening, bij ons is dat anders. Wij hebben zelf een “kleurplaat” getekend, maar toch past ons systeem wel degelijk bij de ISO en die erkenning hebben we inmiddels ook gekregen. Ik ben er trots op dat wij destijds niet naar erkenning toe hebben geschreven, maar onze eigenheid hebben weten te bewaren. We onderbouwen wat we vragen altijd met argumenten en de normen van de beroepsgroep zijn

het uitgangspunt. En we zeggen erbij dat als je het ergens niet mee eens bent, je dat moet laten weten, zodat wij kunnen kijken wat de mogelijkheden zijn.’

Hoe ziet volgens jou de toekomst van de praktijkaccreditering eruit?

‘Er is nu een heel evenwichtig kwaliteitssysteem vastgesteld: niet te veel en niet te weinig. Maar in de toekomst zouden we nog meer naar de medisch-inhoudelijke zorg moeten kijken, dichter op het proces tussen zorgverlener en patiënt. Daarvoor is nodig dat de HIS’en een flinke sprong gaan maken, want die zijn hopeloos verouderd. HIS’en zijn een soort notitieboekje: het lukt niet om met een druk op de knop zichtbaar te maken hoe je je zorg vormgeeft. Jammer, want daarmee zou je werk leuker worden en kun je met je team een visie ontwikkelen waar je naartoe wilt. Als praktijk wil je niet afwachten wat er over je heen komt, je wilt daar zelf de regie over hebben. Nu moeten andere partijen ons informatie aanleveren die wij zelf wel in onze HIS hebben vastgelegd maar er niet uit krijgen, bijvoorbeeld de medicatieoverzichten van apothekers. Soms moet je daar zelfs voor betalen! Ik hoop in elk geval dat mijn opvolger, Marc Eyck, net zoveel plezier zal hebben in het werk als ik. We hebben nu 80 mensen onder contract en ik ben er trots op dat we dit jaar meer dan 2000 audits gaan uitvoeren en dat we het enige non-profit keurmerkinstituut voor de huisartsenzorg zijn. En ik hoop vooral ook dat de deelnemers de praktijkaccreditering blijven beschouwen als iets van zichzelf.’ (AS)

Redactie NHG-nieuws

Anke ter Brugge
Yvonne Buitenhuis, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef

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.

Voor het colofon van het wetenschappelijk deel van H&W: blader 4 pagina's terug

Colofon