

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Collaborative stepped care effectief bij angststoornissen

ONDERZOEK

Zelfmanagementsupport bij volwassenen met astma

NHG-STANDAARD

ADHD bij kinderen

THEMANUMMER SAMENWERKEN IN DE ZORG

566

ONDERZOEK**Collaborative stepped care is effectief bij angststoornissen***Anna Muntingh, Christina van der Feltz-Cornelis, Harm van Marwijk, Philip Spinhoven, Pim Assendelft, Margot de Waal, Anton van Balkom*

572

Zelfmanagementsupport bij volwassenen met astma*Jiska Snoeck-Stroband, Johanna van Gaalen, Thijs Beerthuizen, Victor van der Meer, Moira Bakker, Patricia van Reisen, Willemijn Redelijkheid, Jacob Sont***BESCHOUWING**

576

De eisen van moderne gezondheidszorg*Marcel Levi*

580

Re-thinking the role of general practice*Martin Marshall***COMMENTAAR**

582

Dokteren leer je niet alleen*Nynke Scherpbier, Anneke Kramer, Floris van de Laar, Karsten van Loon*

584

NHG-STANDAARD**ADHD bij kinderen***Freek Stijntjes, Lieke Hassink-Franke, Annemart Kruishoop, Martin Beeres, Harriet Eekhof, Sylvia van Manen, Reino Stoffelsen, Carry Wensing, Ellen Fliers, Marianne van der Zalm, Tjerk Wiersma, Monique Verduijn, Jako Burgers, Laura de Vries, Mariëlle van Avendonk*

579

PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE**Betrouwbaarheidsintervallen***Wim van Geldrop, Arie Knuistingh Neven*

595

HUISARTSENZORG IN CIJFERS**Meer kinderen met ADHD***Mariëlle van Avendonk, Irina Stirbu-Wagner, Joke Korevaar, Tjerk Wiersma*

596

IMPLEMENTATIE**De assistente als love-coach: een spreekuur seksuele gezondheid***Jan van Bergen*

601

(VER)STAND VAN ZAKEN**Chronische nierschade: lastig of uitdagend?***Saskia van Berkel*

602

SIGNAAL**Regionale samenwerking huisartsen en specialisten***Loes Meijer*

608

SPREEKUUR!**Telefonisch overleg met de specialist***Annette Berendsen, Jan Schuling*

609

Palliatieve zorg*Bèr Pleumeekers*

610

CATS**Vitamine C tegen bacteriële vaginose?***Lenneke Jobse, Dorien Beijderwellen*

611

PEARLS**Kortdurende behandeling van pyrosis***Jean Muris*

612

CASUÏSTIEK**Primum non nocere***Ingrid de Boer, Arie Knuistingh Neven*

563

JOURNAAL

607

KENNISTOETS

41

HET NHG

Samenwerken

Het NHG-congres van dit jaar is gewijd aan samenwerken. Velen van u zullen gedacht hebben: samen werken doe ik al jaren. Dat is natuurlijk ook zo. U werkt samen met de praktijkassistente, praktijkondersteuner, fysiotherapeut, medisch specialist, wijkverpleegkundige en ga zo maar door. Maar bij samenwerken (zonder spatie) komt er meer kijken dan overleg, telefoontjes of verwijzingen. Samenwerken gaat over verandering in de organisatie van de zorg – als reactie op de toegenomen complexiteit door multimorbiditeit, betere behandelingsmogelijkheden, toename van het aantal chronisch zieken en een toenemende specialisatie in de beroepsgroep. Die ontwikkeling vraagt om een nieuwe organisatievorm, bedoeld om de veranderingen in de gezondheidszorg in goede banen te leiden. Het is een uitdaging voor de hele gezondheidszorg en daar heeft het NHG bij de keuze van het congressthema tactisch goed op ingespeeld.

Samenwerken als medicijn



Vrijwel alle artikelen in deze H&W gaan over de effectiviteit van dezelfde interventie: samenwerken. Alleen zijn de uitkomstmaten verschillend. Anne Muntingh beschrijft in haar onderzoek de effectiviteit van de samenwerking tussen huisarts, POH-GGZ en psychiater bij patiënten met paniek- en angststoornissen. De collobarative stepped care-benadering werkte significant beter dan de gebruikelijke zorg. Maar niet alleen de samenwerking met andere zorgverleners is belangrijk, ook de patiënt dient steeds meer beschouwd te worden als een bondgenoot bij de behandeling van de aandoening. Jiska Snoeck laat in haar onderzoeksartikel zien dat zelfmanagement leidt tot een betere controle van astma en daardoor ook tot een verbetering van de kwaliteit van leven van astmapatiënten. Naast deze onderzoeksartikelen zijn er verschillende beschouwingen waarin een lans wordt gebroken voor projecten die de samenwerking tussen de disciplines verbeteren.

Samenwerken als opdracht

Werken aan samenwerken is een opdracht voor de zorgprofessional van de toekomst. Nynke Scherpbier is kritisch over de kwaliteit van de samenwerking in de zorg. Het moet beter! Zowel in het medisch onderwijs, de beroepsopleiding als tijdens de nascholing moet er meer aandacht komen voor disciplineoverstijgend onderwijs. Dat zal leiden tot een toename van vaardigheden, betere communicatie en meer teamwork. Ook Loes Meijer is kritisch. Ze vraagt zich af wat de implementatie van de bestaande richtlijnen vertraagt. Het antwoord is duidelijk: er moet meer gestructureerd overleg komen en de Landelijke Transmurale Afspraken die er al zijn, moeten in elke regio worden vastgelegd en uitgevoerd. Verder is er een kritische noot van de directeur van de patiëntenfederatie NPCF Wilna Wind. In een interview geeft ze aan hoe de samenwerking tussen patiënt en huisarts gestalte moet krijgen.

Samenwerken als visie

Tot slot geven twee keynote speakers van het NHG-Congres, Marcel Levi en Martin Marshall, in dit congresnummer een voorproefje van hun voordrachten. Zij stimuleren ons om onze rol als poortwachter verder te bedenken. Van grensbewaker tot sleutelfiguur in de zorg met een duidelijke verantwoordelijkheid om de regierol op zich te nemen. Over al deze onderwerpen kunt u deze maand, vooruitlopend op het NHG-Congres, al het nodige in H&W lezen. ■

Bèr Pleumeekers

Samenwerken voor kinderen met gedragsproblemen

De eerstelijnszorg voor kinderen met psychische problemen kan beter. Dat was het uitgangspunt van onderzoekers uit de Verenigde Staten. Zij toonden aan dat invoering van een collaborative care model effectief kan zijn om gedragsproblemen bij kinderen te verminderen. Collaborative care is een behandelmodel, waarbij hulpverleners van verschillende disciplines in de gezondheidszorg optimaal samenwerken.

Kolko et al. deden een clustergerandomiseerd onderzoek, waarbij 8 eerstelijnskinderpraktijken in Pittsburgh werden ingedeeld in twee groepen. De ene groep werkte volgens het *collaborative care model* (160 kinderen). De andere groep bood verbeterde routinezorg (161 kinderen). De deelnemende kinderen hadden gedragsproblemen, ADHD en/of een angststoornis. In de collaborative care-praktijken kregen kinderen

behandeling op locatie, gecoördineerd door een casemanager. De meeste behandelmodules volgden een specifieke methode (www.afcbt.org). Kinderen in de controlepraktijken werden na psycho-educatie verwezen naar de lokale geestelijke gezondheidszorg.

De onderzoekers keken naar procesuitkomsten (6 maanden) en ouders en zorgverleners vulden verschillende gestandaardiseerde vragenlijsten in (6, 12 en 18 maanden). Scores van vragenlijsten werden met modellen geanalyseerd. Kinderen in de collaborative care-groep startten vaker met behandeling (99% versus 54%; $p < 0,001$) en maakten deze ook vaker af (77% versus 12%; $p < 0,001$). De verbetering in scores (onder andere gedragsproblemen, hyperreactiviteit, stress van ouders) was groter in de collaborative care-groep en behandeldoelen werden hier vaker gehaald.

Uiteraard is de eerstelijnszorg in de Verenigde Staten, waar kinderen gezien worden in speciale eerstelijns-kinderpraktijken, niet zonder meer vergelijkbaar met het Nederlandse systeem. Maar ook hier worden collabo-

rative care-initiatieven ontwikkeld en onderzocht. De Amerikaanse resultaten stemmen hoopvol en laten zien dat coördinatie en samenwerking wel degelijk kan lonen. ■

Alma van de Pol

Kolko DJ, et al. Collaborative care outcomes for pediatric behavioral health problems: a cluster randomized trial. *Pediatrics* 2014;133:e981-92.



Foto: Cheryl Casey/Shutterstock

Laveren tussen betutteling en verwaarlozing

Kwesties als de 'vettaks', uithuisplaatsing van een kind dat alleen rauw voedsel krijgt, het verbod op roken in de kleine horeca en de verplichte fietshelm roepen verhitte discussies op. In een recent rapport bespreekt het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG) de rechtvaardiging van leefstijlbeïnvloeding. Is die altijd acceptabel met het oog op gezondheidswinst of juist per definitie onacceptabel vanwege bemoeienis met de vrijheid van het individu?

De eerste opvatting blijkt te kort door de bocht. Leefstijlinterventies gaan altijd gepaard met financiële en morele kosten (zoals vrijheidsbeperking van het individu) en hebben dus een rechtvaardiging nodig. Hetzelfde geldt voor

de tweede opvatting, want die sluit leefstijlbeïnvloeding uit die nodig is om schade aan andere mensen te voorkomen. Voordeel van deze opvatting is de onderkenning dat een gezondere leefstijl niet op voorhand in ieders belang is. Mensen hebben vaak meer belangen en niet iedereen geeft daarbij aan dat een gezond leven prioriteit heeft.

Het CEG houdt de waarheid in het midden: leefstijlinterventies die leiden tot gezondheidswinst zijn onder voorwaarden acceptabel. Men onderscheidt daarbij rechtvaardigingsgronden: het te beïnvloeden gedrag moet schadelijk zijn voor derden (zoals bij meerooken), er moeten sterke externe factoren spelen die ongezond gedrag stimuleren (denk aan de obesogene samenleving) en de interventie mag de autonomie van het individu niet te zeer bedreigen. Daarbij gaan de gedachten vooral uit naar *nudging*: het veranderen van gedrag in een voorspelbare richting door stimulering

van bepaalde keuzes, met behoud van een *opt-out*-mogelijkheid.

Een *nudge* kan het geven van een duwtje in de goede richting zijn of het verwijderen van drempels om een bepaalde stap te zetten. Nudging is eigenlijk heel gewoon omdat individueel gedrag altijd al gestuurd wordt. Denk aan de lift die makkelijker te vinden is dan de trap, of aan chocolade (in plaats van fruit) bij de kassa. Dat inzicht maakt van een interventie niet veel meer dan het met zachte hand bijsturen in een andere richting. ■

Tjerk Wiersma

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Leefstijlbeïnvloeding: tussen betuttelen en verwaarlozen. *Signalering Ethiek en Gezondheid* 2014/1. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2014. Ook te downloaden via www.ceg.nl.

Onderzoek naar onderzoek

De laatste decennia heeft het Nederlands wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenpraktijk zich sterk ontwikkeld. Het feit dat de middelen beperkt zijn, maakt het noodzakelijk deze efficiënt in te zetten voor relevante vragen rond aandoeningen die de huisarts regelmatig ziet. Een goede reden om eens op een rij te zetten waar het huisartsgeneeskundig onderzoek over gaat.

Om het lopend onderzoek te inventariseren, benaderde Marlous Kortekaas de acht afdelingen huisartsgeneeskunde en drie andere instellingen die veel onderzoek doen in de eerste lijn: het NIVEL, IQ Health Care, en het Trimbos-instituut. Van de 325 benaderde onderzoekers

reageerde 86%. Het leverde gegevens op over bijna 300 onderzoeksprojecten. Iets meer dan de helft van de onderzoekers is arts, tweederde is vrouw. De helft van de projecten heeft een klinische vraagstelling. Randomized trials en observationele cohorten zijn de meest gekozen onderzoeksopzetten.

De auteurs vergeleken de verdeling van de projecten over de ICPC-hoofdstukken met de verdeling van huisartscontacten. Voor de meeste hoofdstukken werden geen grote verschillen gevonden tussen beide verdelingen. Er zijn echter meer projecten op het gebied van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en psychische aandoeningen dan je op grond van de epidemiologie zou verwachten. Huidaandoeningen zijn daarentegen juist ondervertegenwoordigd.

De gerapporteerde lacunes in

NHG-Standaarden lijken nauwelijks aanleiding voor nieuw onderzoek, 39% van de onderzoekers was echter wel bekend met de 'lacunebak'. Een gezamenlijk initiatief van het NHG en onderzoekers heeft geresulteerd in een onlangs gelanceerde website waar zowel de kennislacunes als het lopend onderzoek zijn terug te vinden (www.nhg.org/lacunes). Het ZonMw-subsidieprogramma Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde zal bijdragen om onderzoek gedurende een aantal jaren (2013-2020) gericht te stimuleren. ■

Hans van der Wouden, Debby Keuken

Kortekaas MF, et al. Towards efficient use of research resources: a nationwide database of ongoing primary care research projects in The Netherlands. Fam Pract 2014;31:229-35.

Gezondheidscheck levert weinig op

Met de komst van de NHG-Standaard Het PreventieConsult speelt vroegtijdige opsporing van cardiometabole ziekten in de huisartsenpraktijk een grotere rol. Maar wat levert deze inspanning daadwerkelijk op? Onderzoek uit Groot-Brittannië laat zien dat het aantal opgespoorde ziekten niet toenam na introductie van gezondheidschecks.

In Groot-Brittannië werden *health checks* in 2009 geïntroduceerd in de huisartsenpraktijk, ondanks weinig wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit ervan. Britse onderzoekers wilden weten of er meer cardiometabole ziekten werden opgespoord na introductie van de gezondheidschecks. Van 2010 tot 2013 werd het aantal opgespoorde ziekten vergeleken tussen praktijken die de gezondheidscheck uitvoerden ($n = 38$) en praktijken die dat nog niet deden ($n = 41$). In de gezondheidscheckpraktijken werden in de bestudeerde periode 16.669 checks uitgevoerd door getrainde assistentes of verpleegkundigen. In totaal werden hiermee 1142 (6,8%) nieuwe ziektegevallen opgespoord, waarvan hypertensie het vaakst ($n = 635$). Er was geen verschil in toe- of afname van het aantal opgespoorde cardiometabole ziektegevallen tussen de praktijken die wel of geen gezondheidscheck uitvoerden.

Concluderend suggereert dit onderzoek dat er door de introductie van gezondheidschecks niet meer ziekten vroegtijdig worden opgespoord dan het geval is met 'normale zorg'. Wel steeg het aantal opgespoorde ziektegevallen sterker in praktijken met relatief lage

aantallen ziekten aan het begin van de onderzoeksperiode. Voor praktijken met relatief veel onontdekte risicopatiënten zou de invoering van een gezondheidscheck dus wel nuttig kunnen zijn. Opvallend is hoeveel checks er nodig zijn om één ziektegeval op te sporen. Dit staat nog los van de vraag over de effectiviteit van de eruit voortvloeiende interventies. De Nederlandse strategie, waarbij de patiënt zelf eerst online een vragenlijst invult en pas bij een verhoogd risico naar de huisarts gaat, lijkt vooralsnog een stuk praktischer en effectiever. Het onlangs gestarte Nederlandse INTEGRATE-onderzoek zal hierover meer duidelijkheid scheppen. ■

Tobias Bonten

Caley M, et al. The impact of NHS Health Checks on the prevalence of disease in general practices: a controlled study. Br J Gen Pract 2014;64:e516-e521.

Stol D. Effectiviteit van cardiometabole preventie. Huisarts Wet 2014;57:425.



Foto: Angellodeco/Shutterstock

Groepsconsult stemt tevredener

Groepsconsulten waarbij een of enkele hulpverleners tegelijkertijd verschillende patiënten met een chronische aandoening zien, gelden als een manier om onder meer de toegankelijkheid van de zorg te bevorderen, ziektemanagement te verbeteren en kosten te reduceren. Er is echter weinig literatuur over de ervaringen en opvattingen van patiënten met betrekking tot deze groepsconsulten, in vergelijking met individuele zorg. In een Amerikaans dwarsdoorsnedeonderzoek rapporteerden patiënten een grotere algemene tevredenheid dan patiënten die het gezondheidscentrum individueel bezochten.

Hayworth et al. onderzochten 14 eerstelijnspraktijken. Antwoorden op patiënt-tevredenheidsvragenlijsten van 921 patiënten, die gekozen hadden voor groepsconsulten (GC), werden vergeleken met de antwoorden van 921 patiënten, die individuele consulten (IC) hadden gekregen. De 2 groepen werden gematcht op basis van *propensity scores*. Dat wil zeggen dat de groepen gemiddeld genomen vergelijkbaar zijn ten aanzien van gemeten confounders. In dit onderzoek waren confounders verschillende patiëntkarakteristieken, zoals leeftijd, geslacht, aantal consulten in de 6 voorafgaande maanden, relevante comorbiditeit, BMI en karakteristieken van hun huisarts, te weten: geslacht en aantal jaren dienstverband.

De 'algemene tevredenheid' was

beter in de GC-groep dan in de IC-groep (OR = 1,26; 95%-BI 1,05 tot 1,52). Tevens rapporteerden GC-patiënten dat de mogelijkheid om een afspraak te krijgen beter was en dat de afspraak bovendien beter afgestemd was op hun behoeften. De patiënten die individuele consulten kregen, rapporteerden daarentegen een grotere mate van tevredenheid over de persoonlijke communicatie met hun arts, inclusief bestede tijd, uitleg over hun ziekte en medicatie, vergeleken met patiënten die groepsconsulten kregen. ■

Marloes Minnaard

Hayworth L, et al. Influence of shared medical appointments on patient satisfaction: a retrospective 3-year study. *Ann Fam Med* 2014;4:324-330.

Smartphone-diagnostiek

De smartphone is niet meer weg te denken uit ons leven, en dat geldt ook voor de spreekkamer. Er zijn niet alleen talloze apps die het werk van de medicus veraangename, maar ook patiënten maken meer en meer gebruik van de smartphone, in het bijzonder van de camerafunctie.

Tan et al. laten met hun kwalitatieve onderzoek zien hoe Australische huisartsen worden geconfronteerd met en gebruikmaken van smartphone-opnames. Deze laat de patiënt meestal zien ter verduidelijking, bijvoorbeeld na een auto-ongeluk: 'Kijk, zo zag de auto eruit.' Of een foto van een medicijnflesje: 'Deze medicijnen kreeg ik van uw collega.' Vooral veranderende en tijdelijke huiduitslag werden veel getoond, net als filmpjes van snurkende kinderen en onwillekeurige bewegingen.

Het merendeel van de geïnterviewde huisartsen vond het zien van de opnamen nuttig, met name om het beloop van afwijkingen te zien. Hoewel foto's of filmpjes niet altijd noodzakelijk zijn voor de diagnose, hebben de huisartsen wel het idee dat de patiënt zich beter ge-

hoord voelt als ze naar de afbeeldingen kijken. De patiënt, op zijn beurt, krijgt daardoor het gevoel deel van het team te zijn.

De bezwaren beperken zich veelal tot vragen van praktische aard: hoe krijg je een foto in het EPD en hoe borg je de privacy van de patiënt? Totdat er goede richtlijnen voorhanden zijn, lossen de Australische huisartsen deze problemen op door de patiënt eigenaar van de foto te maken. ■

Jurgen Damen

Tan L, et al. Patient-initiated camera phone images in general practice: a qualitative study of illustrated narratives. *Br J Gen Pract* 2014;64:e290-4.

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).

Heert Dokterprijs 2014

Net als voorgaande jaren nomineert de jury van de Heert Dokterprijs de vijf beste onderzoeksartikelen uit het aanbod in Huisarts & Wetenschap. De jury bestaat wederom uit Patrick Bindels (voorzitter), Jacobijn Gussekloo en Marijke Labots. Tijdens het NHG-congres op vrijdag 21 november 2014 in Amsterdam maakt de voorzitter de winnaar bekend. Genomineerd zijn dit jaar:

- Sjoerd Bruggink, Just Eekhof, Paulette Egberts, Sophie van Blijswijk, Pim Assendelft, Jacobijn Gussekloo. Besmetting met wrattenvirus in gezin en schoolklas. *Huisarts Wet* 2014;57(3):110-3.
- Jochen Cals, Pieter-Jan Beckers, Leon de Bock, Nick Francis, Rogier Hopstaken, Kerenza Hood, Eefje de Bont, Christopher Butler, Geert-Jan Dinant. Praten en prikken bij luchtweginfecties: 3,5 jaar follow-up. *Huisarts Wet* 2014;57(1):6-9.
- Jeroen Lakerveld, Sandra Bot, Giel Nijpels. De effectiviteit van leefstijlinterventies in de eerste lijn. *Huisarts Wet* 2014;57(2):64-7.
- Sarah Robben, Marieke Perry, Mirjam Nijhuis-Huisjes, Leontien van Nieuwenhuizen, Henk Schers, Chris van Weel, Marcel Olde Rikkert, Theo van Achterberg, Maud Heinen, René Melis. Het ZWIP, een digitale overlegtafel voor ouderen en hulpverleners. *Huisarts Wet* 2014;57(2):58-62.
- Nynke Scherpbier-de Haan, Gerald Vervoort, Chris van Weel, Jozé Braspenning, Jan Mulder, Jack Wetzels, Wim de Grauw. Een samenwerkingsmodel voor patiënten met chronische nierschade. *Huisarts Wet* 2014;57(5):232-5. ■



Collaborative stepped care is effectief bij angststoornissen

Samenvatting

Muntingh ADT, Van der Feltz-Cornelis CM, Van Marwijk HWJ, Spinhoven Ph, Assendelft WJJ, De Waal MWM, Van Balkom AJLM. Collaborative stepped care is effectief bij angststoornissen. *Huisarts Wet* 2014;57(11):566-70.

ACHTERGROND Angststoornissen komen veel voor en zijn vaak chronisch. Er zijn effectieve, evidence-based behandelingen beschikbaar voor de basis-GGZ, maar binnen de huisartsenpraktijk blijkt het lastig om bij zo'n kortdurende behandeling rekening te houden met het chronische karakter van angststoornissen. Hier kan het 'collaborative stepped care model' uitkomst bieden.

METHODE In een clustergerandomiseerd onderzoek vergeleken we collaborative stepped care met de gebruikelijke zorg in de Nederlandse huisartsenpraktijk. We randomiseerden 31 praktijkondersteuners geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ), werkzaam in 43 praktijken. De helft van de POH's-GGZ en de huisartsen kreeg een training in collaborative stepped care, de andere helft leverde de gebruikelijke zorg. De interventie bestond uit drie behandelstappen: begeleide zelfhulp, kortdurende cognitieve gedragstherapie en antidepressiva. De POH-GGZ voerde de interventies uit in samenwerking met de huisarts en een consulent-psychiater die advies kon geven tijdens de behandeling. De POH-GGZ evalueerde de klachten van de patiënt regelmatig met behulp van een vragenlijst en verleende terugvalpreventie. De primaire uitkomstmaat was de ernst van de angstklachten, gemeten met de Beck Anxiety Inventory (BAI) gedurende één jaar.

RESULTATEN Aan het onderzoek namen 180 patiënten deel met een paniekstoornis of een gegeneraliseerde angststoornis, 114 in de interventiegroep en 66 in de controlegroep. Getuige de BAI-scores op 3, 6, 9 en 12 maanden na aanvang bleek collaborative stepped care significant effectiever dan de gebruikelijke huisartsenzorg. Het grootste verschil in de daling van deze score werd gevonden na 12 maanden (-6,85 punten; 95% BI -10,13 tot -3,55).

CONCLUSIE Collaborative stepped care is een effectieve methode om patiënten met paniekstoornis en/of gegeneraliseerde angststoornis te behandelen in de huisartsenpraktijk.

INLEIDING

De paniekstoornis en de gegeneraliseerde angststoornis zijn twee angststoornissen die geregeld voorkomen in de huisartsenpraktijk.¹ Beide stoornissen zijn invaliderend en bij ongeveer tweederde van de patiënten hebben ze een chronisch beloop.² De meeste patiënten met een chronische angststoornis worden behandeld in de huisartsenpraktijk,³ maar het blijkt lastig de daarvoor ontwikkelde evidence-based interventies goed toe te passen. Hier zijn verschillende redenen voor: huisartsen zijn vaak niet voldoende ervaren in cognitieve gedragstherapie of hebben te weinig tijd, patiënten hebben bezwaren tegen medicatie of tegen een doorverwijzing naar de psycholoog, en de samenwerking van de huisarts met andere hulpverleners of instellingen is niet altijd goed geregeld.^{4,7} Bovendien is het in de huidige behandelpraktijk niet gebruikelijk om een angststoornis te benaderen als een chronische aandoening, terwijl zij dat meestal wel is.

Collaborative care is een behandelmodel voor psychische stoornissen dat gebaseerd is op een model uit de chronische somatische zorg. In het collaborative-caremodel werken verschillende hulpverleners samen (huisarts, praktijkondersteuner, psychiater),⁸ met de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) in de rol van *care manager*. De POH-GGZ geeft de patiënt uitleg over de klachten en de behandeling, verleent psychologische zorg op basis van wetenschappelijk onderbouwde protocollen en evalueert de voortgang van de behandeling met de patiënt. De huisarts en de POH-GGZ kunnen aan een psychiater advies vragen over de patiënt of de behandeling.

Met collaborative care zijn goede resultaten geboekt in de behandeling van depressie,⁹ voornamelijk in de Verenig-

Wat is bekend?

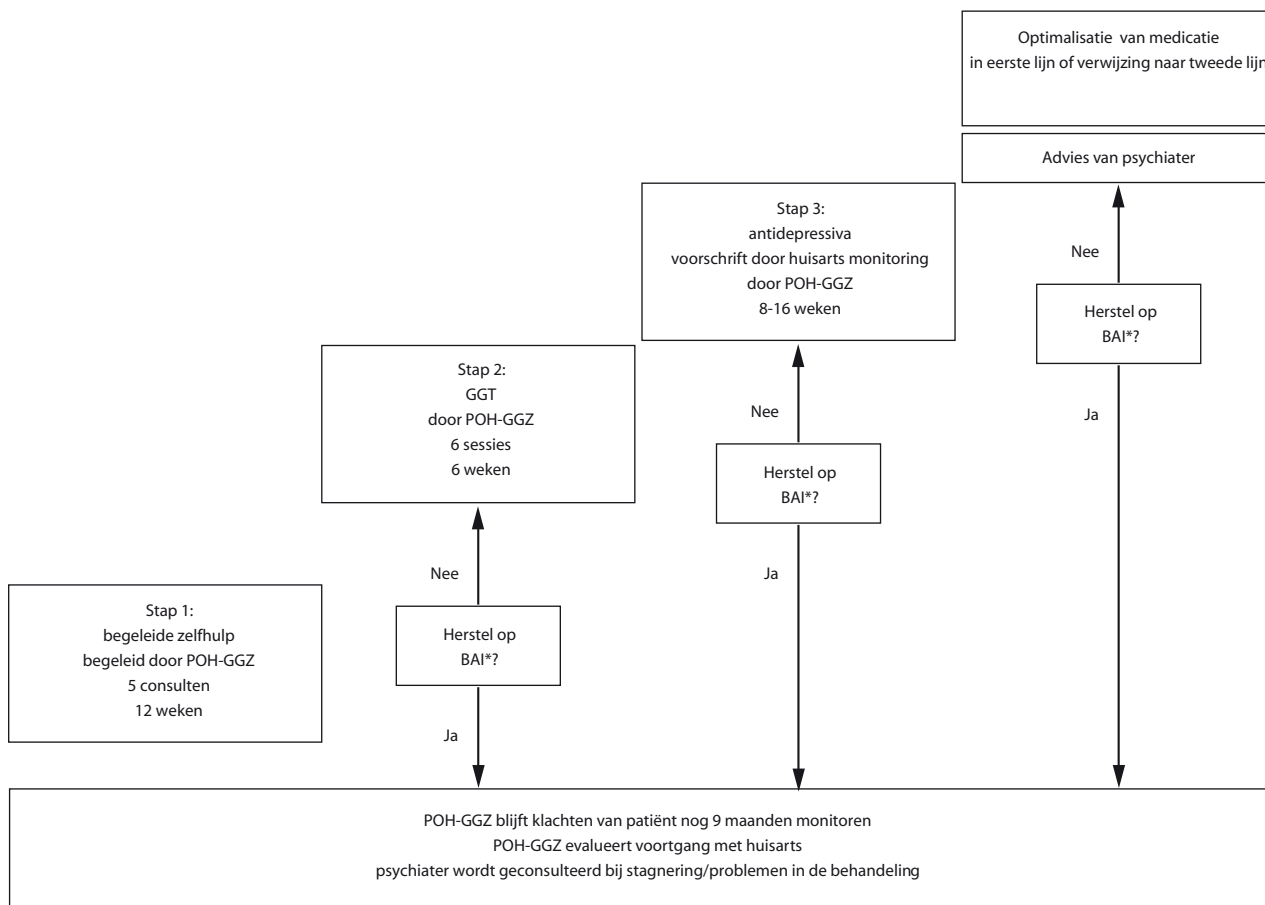
- Collaborative care is een effectieve methode voor de behandeling van depressie in de huisartsenpraktijk en lijkt ook veelbelovend bij angststoornissen.
- Stepped care is in de NHG-Standaard Angst opgenomen en kan een aanvulling zijn op collaborative care.
- Collaborative stepped care bestaat uit het stapsgewijs toepassen van wetenschappelijk onderbouwde interventies, het monitoren van klachten en terugvalpreventie door een team bestaande uit huisarts, POH-GGZ en psychiater.

Wat is nieuw?

- Na de goede ervaringen bij depressie blijkt collaborative care in de huisartsenpraktijk ook bij angststoornissen tot betere uitkomsten te leiden dan de gebruikelijke zorg.
- De combinatie van collaborative care met stepped care lijkt goed te werken.
- De POH-GGZ, mits goed getraind, kan een belangrijke rol spelen in het behandelen van patiënten met angststoornissen binnen de basis-GGZ.

GGZ inGeest, partner van VUmc, Postbus 74077, 1070 BB Amsterdam; dr. A.D.T. Muntingh, psycholoog en post-doc onderzoeker, Universiteit van Tilburg, afdeling Tranzo, Centrum voor Lichaam, Geest en Gezondheid, Tilburg; prof.dr. C.M. van der Feltz-Cornelis, psychiater, hoogleraar Sociale Psychiatrie (tevens GGZ Breburg, Tilburg en Trimbos-instituut, Utrecht); VUmc, afdeling Huisarts-geneeskunde en EMGO+-Instituut, Amsterdam; dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts, senior onderzoeker, LUMC, afdeling Psychiatrie, Leiden; prof.dr. Ph. Spinhoven, hoogleraar Klinische Psychologie (tevens Leiden Universiteit, faculteit Sociale Wetenschappen), Radboudumc, afdeling Eerstelijnsge-neeskunde, Nijmegen; prof.dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Huisarts-geneeskunde, LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeeneeskunde, Leiden; dr. M.W.M. de Waal, senior onderzoeker, VUmc, afdeling Psychiatrie en het EMGO+ Instituut, Amsterdam; prof.dr. A.J.L.M. van Balkom, psychiater en hoogleraar Evidence Based Psychiatrie • Correspondentie: a.muntingh@ggzingeest.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek werd gefinancierd door ZonMw (projectnummer: 170882701).

Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd als: Muntingh A, Van der Feltz-Cornelis C, Van Marwijk H, Spinhoven P, Assendelft W, De Waal M, et al. Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 2014;83:37-44. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Figuur 1 Het interventieprogramma: collaborative stepped care

BAI = Beck Anxiety Inventory; CGT = cognitieve gedragstherapie; POH-GGZ = praktijkondersteuner huisartsenpraktijk geestelijke gezondheidszorg.

* Herstel is gedefinieerd als een score ≤ 11 op de vragenlijst.

de Staten maar ook in Nederland.¹⁰ Het model lijkt ook voor angststoornissen veelbelovend,^{9,11} maar het aantal onderzoeken is beperkt. In een recent Nederlands onderzoek naar collaborative care voor depressie, angststoornissen en stress is een stapsgewijze aanpak gebruikt: *stepped care*, met goede resultaten op de korte termijn.¹² Stepped care kan de zorg voor patiënten met een angststoornis efficiënter maken en is opgenomen in de NHG-standaard Angst.¹³

Wij ontwikkelden een collaborative stepped care model dat bestaat uit drie opeenvolgende behandelstappen: begeleide zelfhulp, kortdurende cognitieve gedragstherapie en antidepressiva, interventies die op zichzelf al effectief gebleken zijn bij de behandeling van paniekstoornis en generaliseerde angststoornis in de huisartsenpraktijk.¹⁴⁻¹⁵ De POH-GGZ begeleidt de zelfhulp, geeft de cognitieve gedragstherapie, evalueert regelmatig de angstklachten en verleent terugvalpreventie tot negen maanden na het einde van de behandeling. Alle patiënten beginnen in principe bij stap één en krijgen de volgende stap alleen aangeboden als zij niet herstellen, al kunnen de hulpverleners hiervan afwijken indien zij daar aanleiding toe zien. Tijdens de behandeling houdt de

POH-GGZ nauw contact met de huisarts over de voortgang, en de huisarts schrijft indien nodig antidepressiva voor volgens de *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen*.¹⁶ De POH-GGZ en de huisarts beschikken over een consultant-psychiater aan wie zij advies kunnen vragen over de patiënt of de behandeling.

METHODE

Onderzoeksontwerp

Dit clustergerandomiseerde, gecontroleerde onderzoek vond plaats tussen september 2008 en maart 2011 in 43 huisartsenpraktijken in de regio Zuid-Holland-Noord. Aan het onderzoek namen 31 POH's-GGZ deel, allen verbonden aan één of twee huisartsenpraktijken en grotendeels geworven via het Leids Eerstelijns Onderzoeksnetwerk (LEON). De POH's-GGZ werden via loting ingedeeld in één van de twee onderzoeksgroepen: de interventiegroep (16 POH's-GGZ), die collaborative stepped care verleende, of de controlegroep (15 POH's-GGZ), die de gebruikelijke zorg verleende. De POH's-GGZ en de huisartsen in de interventiegroep kregen een training in collaborative stepped care, en daarnaast hadden zij de mogelijkheid advies te vragen aan een psychiater (zes psychiaters waren

Tabel 1 Kenmerken van de deelnemers in de interventiegroep (collaborative stepped care) en de controlegroep (gebruikelijke zorg) bij aanvang

	Collabora- tive stepped care (n = 114)	Gebruikelijke zorg (n = 66)	Totaal (n = 180)	p-waarde* χ^2
Leeftijd, gemiddelde (SD)	45,0 (15,1)	49,0 (16,0)	46,5 (15,5)	0,09
Sekse, % vrouw	72,8	60,6	68,3	0,09
Niet-Nederlandse afkomst, %	10,6	10,8	10,7	0,50
Opleidingsniveau hbo/wo, %	18,4	23,1	20,1	0,71
Getrouwd of samenlevend, %	57,5	63,1	59,6	0,23
BAI-score bij aanvang, gemiddelde (SD)†	24,6 (11,5)	20,0 (11,3)	22,1 (11,6)	0,01
Primaire diagnose, %				0,94
■ paniekstoornis	42,1	43,9	42,8	
■ gegeneraliseerde angststoornis	28,1	25,8	27,2	
■ paniekstoornis en gegeneraliseerde angststoornis	29,8	30,3	30,0	
Comorbide depressie, %	29,8	33,3	31,1	0,62
Al eerder psychologische behandeling gehad, %	56,9	70,5	61,8	0,08
Gebruik van antidepressiva bij aanvang, %	21,9	38,3	27,9	0,02
Aantal chronische ziekten, gemiddelde (SD)	1,4 (1,6)	1,6 (1,5)	1,4 (1,5)	0,35

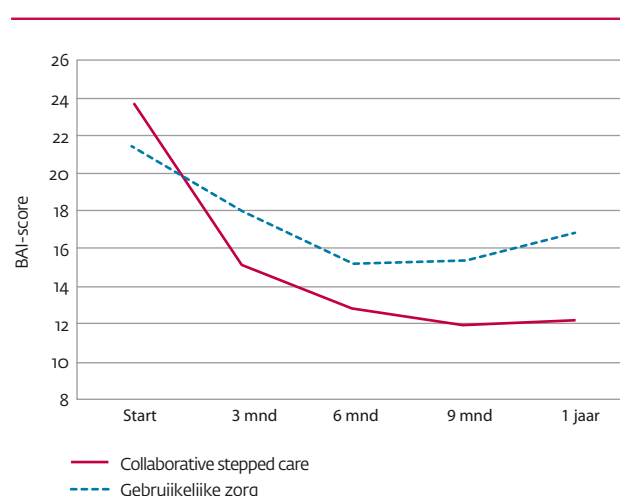
* Significante waarden (< 0,05) zijn vetgedrukt.

† Ongecorrigeerde score.

beschikbaar voor consultatie). Voor het uitgebreide onderzoeksdesign verwijzen we naar onze eerder verschenen artikelen over deze trial.¹⁷⁻¹⁸

Collaborative stepped care

De collaborative stepped care die in de interventiegroep gegeven werd, omvatte drie stappen [figuur 1]. Stap 1 bestond

Figuur 2 Verloop van de angstklachten (BAI-score) gedurende een jaar

uit begeleidde zelfhulp. Hierbij ontving de patiënt een zelfhulpboek met begeleiding door de POH-GGZ in vijf korte consulten van elk 20-30 minuten. Het zelfhulpboek bevatte achtergrondinformatie over angstklachten en oefeningen uit de cognitieve gedragstherapie.¹⁹ Stap 2 bestond uit zes sessies cognitieve gedragstherapie, gegeven door de POH-GGZ op basis van een protocol. In stap 3 schreef de huisarts antidepressiva voor, volgens een op wetenschappelijke richtlijnen gebaseerd algoritme voor het starten, ophogen en switchen van medicatie. Na elke stap evalueerde de POH-GGZ het effect van de behandeling met behulp van de Beck Anxiety Inventory (BAI).²⁰ Deze vragenlijst bestaat uit 21 vragen over symptomen van angst, met een totaalscore die kan variëren tussen 0 (geen angstklachten) en 63 (zeer ernstige angstklachten). Het doel van iedere stap was herstel, dat wil zeggen een 'normale' angstscores (BAI-score ≤ 11). Als een patiënt niet herstelde, werd de volgende stap ingezet. Was een patiënt eenmaal hersteld, dan belde de POH-GGZ in de negen maanden na de behandeling nog een aantal keren op om terugval te voorkomen.

Gebruikelijke zorg

De huisartsen in de controlegroep boden de gebruikelijke zorg, met alle opties die zij normaal gesproken ook hebben, zoals het zelf voeren van een aantal gesprekken, medicatie voorschrijven of verwijzen naar een eerstelijnspsycholoog of een GGZ-instelling. Ook konden zij patiënten verwijzen naar een POH-GGZ, die in alle controlepraktijken aanwezig was maar geen aanvullende training in collaborative stepped care had gekregen.

Deelnemers

Huisartsen konden patiënten van 18 jaar of ouder met een vermoedelijke angststoornis aanmelden voor het onderzoek. Daarnaast selecteerde een onderzoeksassistent patiënten uit het elektronisch dossier van de huisarts op basis van risicofactoren voor angststoornissen.²¹ Bij alle patiënten die aan de onderzoekscriteria voldeden en die wilden meewerken aan het onderzoek namen geblindeerde onderzoeksassistenten het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI) af,²² om vast te stellen of er sprake was van een paniekstoornis of een gegeneraliseerde angststoornis. Patiënten die een psychotische of bipolaire stoornis hadden, suïcidaal waren, afhankelijk waren van middelen of de Nederlandse taal onvoldoende beheersten, konden niet meedoen met het onderzoek. Alle andere (psychiatrische) comorbiditeit was toegestaan.

Metingen en analyse

De deelnemende patiënten werden twaalf maanden lang gevolgd, waarin zij in totaal vijf keer een BAI-vragenlijst invulden (bij aanvang en daarna iedere drie maanden). De primaire uitkomstmaat was de afname van angstklachten zoals gemeten met de BAI.²⁰

Wij berekenden de verschillen in BAI-scores tussen de beide onderzoeksgroepen met behulp van multilevel lineaire regressieanalyse, gecorrigeerd voor mogelijke bias die samen-

hangt met de clusterrandomisatie. Uitgebreide informatie over de analyses is te vinden in onze eerder verschenen artikelen.¹⁷⁻¹⁸

RESULTATEN

Wij includeerden 180 patiënten, 114 in de interventiegroep en 66 in de controlegroep. Dit verschil in aantal werd veroorzaakt doordat huisartsen in de interventiegroep meer patiënten aanmeldden voor het onderzoek. Bij aanvang waren er geen significante verschillen tussen de patiënten in de interventiegroep en die in de controlegroep, behalve op de BAI-score en het gebruik van antidepressiva [tabel 1]. Hiervoor is gecorrigeerd in de analyses.

In beide onderzoeksgroepen namen de angstklachten significant af bij de vervolgmetingen [figuur 2]. Bij collaborative stepped care was deze daling significant sterker dan bij de gebruikelijke zorg: de daling van de geschatte gemiddelde BAI-score ten opzichte van de aanvangsmeting was in de interventiegroep na drie maanden -5,11 punten sterker (95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) -8,28 tot -1,94), na zes maanden -4,65 punten (95% BI -7,93 tot -1,38), na negen maanden -5,67 punten (95% BI -8,97 tot -2,36) en na twaalf maanden -6,84 punten (95% BI -10,13 tot -3,55) [tabel 2].

Van de deelnemers die collaborative stepped care kregen, doorliep 50% alleen stap 1, 10% stap 1 en 2, en 18% stap 1 en 3. De overige 22% stopte vroegtijdig met de behandeling. Op basis van het herstelcriterium hadden meer patiënten (27%) moeten doorstromen naar stap 2.

Van de deelnemers die gebruikelijke zorg ontvingen, voerde 22% gesprekken met huisarts, POH-GGZ of psycholoog, kreeg 36% antidepressiva en werd 18% verwezen naar de specialistische GGZ. De overige 24% kreeg of wilde geen hulp voor de angstklachten.

DISCUSSIE

Ons onderzoek wijst uit dat collaborative stepped care in de huisartsenpraktijk effectiever is dan de gebruikelijke zorg. Dit resultaat komt redelijk overeen met de resultaten van Amerikaans en Nederlands onderzoek naar de effectiviteit van col-



Foto: Flickr

laborative care bij depressie, stress en angststoornissen.^{9-12,23-26}

In vergelijking met een Nederlands onderzoek naar stepped care in de huisartsenpraktijk²⁷ vonden wij een groter effect, wat verklaard zou kunnen worden door de grotere rol van de POH-GGZ en de samenwerking met een consultant-psychiater in ons onderzoek. Opvallend was dat in de groep die gebruikelijke zorg kreeg slechts enkele patiënten werden behandeld door de (niet voor het onderzoek getrainde) POH-GGZ.

Sterke en zwakke punten

Een sterk punt van dit onderzoek is dat de behandeling werd uitgevoerd door professionals die in de praktijk werken, waardoor de resultaten de dagelijkse praktijk goed benaderen. Een beperking is dat de clusterrandomisatie zorgde voor een scheve verdeling in het aantal aanmeldingen over beide onderzoeksarmen, en dat er sprake was van een significant verschil in angstscore en antidepressivagebruik bij aanvang. Voor deze verschillen is gecorrigeerd en in een analyse met alleen de patiënten die via screening waren geworven vonden we vergelijkbare resultaten. Selectiebias is echter niet volledig uit te sluiten. Een tweede beperking is dat het inter-

Tabel 2 Ontwikkeling van de geschatte gemiddelde BAI-score bij collaborative stepped care versus gebruikelijke zorg gedurende twaalf maanden

Meting	Collaborative stepped care (n = 114)		Gebruikelijke zorg (n = 66)		Collaborative stepped care versus gebruikelijke zorg				
	M*	95%-BI	M*	95%-BI	d†	95%-BI	Δ‡	95%-BI	p-waarde§
Aanvang	23,7	20,6 tot 26,7	21,4	18,7 tot 24,1					
3 maanden	15,1	12,1 tot 18,1	18,0	15,0 tot 20,9	0,23	0,01 tot 0,45	-5,1	-8,3 tot -1,9	0,001
6 maanden	12,8	9,8 tot 15,8	15,3	12,6 tot 17,8	0,20	-0,04 tot 0,44	-4,7	-7,9 tot -1,4	0,01
9 maanden	12,0	8,9 tot 15,0	15,4	12,7 tot 18,0	0,28	0,04 tot 0,52	-5,7	-9,0 tot -2,4	0,001
12 maanden	12,2	9,2 tot 15,2	16,8	14,2 tot 19,4	0,38	0,14 tot 0,62	-6,8	-10,1 tot -3,6	0,001

* M = gemiddelde score, geschat met multilevel regressieanalyse op basis van intention to treat, gecorrigeerd met propensity scores en voor de ernst van de angst bij aanvang.

† d = effectgrootte, berekend door het verschil in gemiddelde scores te delen door de gepoolde standaarddeviatie.

‡ Δ = verschil in afname van de BAI-score.

§ De p-waarde voor Δ is berekend met de Wald-test; een waarde < 0,05 duidt op een significant verschil.

ventieprogramma van collaborative stepped care niet altijd gevolgd werd zoals het bedoeld was. Vooral de overgangen naar stap 2 en stap 3 waren niet altijd conform de instructie. Bij goede adherentie aan het behandelmodel zouden de effecten misschien nog beter geweest zijn. Het is belangrijk de voortgang van de patiënten actief te volgen en hen te motiveren tot een vervolgenterventie volgens het behandelmodel wanneer nodig.

Aanbevelingen voor praktijk en beleid

Collaborative stepped care is een veelbelovende, effectieve interventie die meerwaarde kan hebben voor de Nederlandse huisartsenpraktijk. De inzet van een POH-GGZ en de mogelijkheid tot consultatie van een psychiater maken dat de in dit onderzoek gebruikte methode van collaborative stepped care zeer goed past binnen de kaders van de huisartsenzorg. Wel is het belangrijk dat de POH-GGZ in staat is de interventie op de juiste manier uit te voeren en dat er goede praktische en financiële mogelijkheden zijn om een psychiater te consulteren.

DANKBETUIGING

Wij danken Rivierduinen en hun professionals, het LEON-netwerk van het LUMC en alle deelnemende huisartsenpraktijken en patiënten voor hun inzet. Tevens danken we Joske Vink, Daniëlle Volker, Tessa Bouman, Tessa Bouwmeester, Eric de Heer, Paul Bras en Berdien Palland voor hun ondersteuning bij de gegevensverzameling. Tot slot danken we Herman Adèr voor zijn ondersteuning bij de data-analyse. ■

LITERATUUR

- Donker, T, Comijs, H, Cuijpers, P, Terluin, B, Nolen, W, Zitman F, et al. The validity of the Dutch K10 and extended K10 screening scales for depressive and anxiety disorders. *Psychiatry Res* 2010;176:45-50.
- Yonkers KA, Bruce SE, Dyck IR, Keller MB. Chronicity, relapse, and illness-course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depress Anxiety* 2003;17:173-9.
- Verhaak PF, Prins MA, Spreeuwenberg P, Draisma S, Van Balkom TJ, Bensing JM, et al. Receiving treatment for common mental disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31:46-55.
- Van Marwijk, H. How to improve mental health competency in general practice training? A SWOT analysis. *Eur J Gen Pract* 2004;10:61-5.
- Prins MA, Verhaak PF, Van der Meer K, Penninx BW, Bensing JM. Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective. *J Affect Disord* 2009;119:163-71.
- Van Rijswijk E, Van Hout H, Van de Lisdonk E, Zitman F, Van Weel C. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. *BMC Fam Pract* 2009;10:52.
- Muntingh A, Hermens M, Franx G, Van Splunteren P, Nuijen J. Werkelijke en wenselijke eerstelijns depressiezorg: Resultaten van een verkennend onderzoek. *Trendrapportage GGZ 2012 Deel 3B*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
- Katon W, Unützer J, Wells K, Jones L. Collaborative depression care: history, evolution and ways to enhance dissemination and sustainability. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32:456-64.
- Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;10:CD006525.
- Huibregts KM, De Jong FJ, Van Marwijk HWJ, Beekman ATF, Hakkaart-Roijen L, Van der Feltz-Cornelis CM. Collaborative care voor depressieve patiënten. *Huisarts Wet* 2013;56:210-3.
- Smolders M, Laurant M, Roberge P, Van Balkom A, Van Rijswijk E, Bower P, et al. Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care for patients with anxiety. *Can J Psychiatry* 2008; 53:277-93.
- Oosterbaan DN, Verbraak MJPM, Terluin B, Hoogendoorn AW, Peyrot, WJ, Muntingh ADT, et al. Collaborative stepped care versus care as usual in patients with common mental disorders: an 8-month, cluster-randomised controlled trial in primary care and specialised mental healthcare. *Br J Psychiatry* 2013;203:132-9.
- Hassink-Franke LJA, Terluin B, Van Heest FB, Hekman J, Van Marwijk HWJ, Van Avendonk MJP. NHG-Standaard Angst (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;2:68-77.
- Van Boeijen CA, Van Oppen P, Van Balkom AJ, Visser S, Kempe PT, Blankenstein N, et al. Treatment of anxiety disorders in primary care practice: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2005;55:763-9.
- Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Adèr H, Van Dyck R. Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychother Psychosom* 2006;75:282-9.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (tweede revisie). Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- Muntingh AD, Van der Feltz-Cornelis CM, Van Marwijk HW, Spinhoven P, Assendelft WJ, De Waal MW, et al. Collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: aims and design of a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research* 2009;9:159.
- Muntingh A, Van der Feltz-Cornelis C, Van Marwijk H, Spinhoven P, Assendelft W, De Waal M, Adèr H, Van Balkom A. Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 2014;83:37-44.
- Van Boeijen, CA. Handboek begeleidde zelfhulp: Overwinnen van angstklachten. Apeldoorn: Van Boeijen, 2007.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-7.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Linzer M, Hahn SR, deGruy FV 3rd, et al. Physical symptoms in primary care: Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994;3:774-9.
- Van Vliet IM, Leroy H, Van Megen HJM. Het Mini Internationaal Neuro-psychiatrisch Interview (MINI): een kort gestructureerd diagnostisch interview voor DSM-IV en ICD-10 psychiatrische stoornissen. Leiden: LUMC, 2000.
- Roy-Byrne PP, Katon W, Cowley DS, Russo J. A randomized effectiveness trial of collaborative care for patients with panic disorder in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:869-76.
- Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, Sullivan G, Bystritsky A, Katon W, et al. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:290-8.
- Rollman BL, Belnap BH, Mazumdar S, Houck PR, Zhu F, Gardner W, et al. A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1332-41.
- Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, Lang AJ, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2010;303:1921-8.
- Seekles W, Van Straten A, Beekman A, Van Marwijk H, Cuijpers P. Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care: a randomized controlled trial. *Trials* 2011;12:171.

Wetenschappers, perswetenschap

Over samenwerking gesproken – vraag niet wat de pers voor u kan doen, vraag wat u voor de pers kunt doen. Vrijwel alle onderzoekers zien de gang naar de pers als een soort eenrichtingsverkeer: zij hebben iets bedacht, uitgevonden of ontdekt, en het is aan de massamedia deze prachtvondst wereldkundig te maken. En als de journalist belt, weren ze zich kranig door het allemaal nog eens op dicteersnelheid uit te leggen.

Een mooie gelegenheid om het hier te hebben over de mogelijkheid tegen die stroom in te gaan – of in ieder geval over manieren om andere kanalen uit die diepen in de communicatie met de pers.

De meeste onderzoekers erkennen dat er ook verkeer mogelijk is van pers naar wetenschap. Zelfs op hun eigen vakgebied willen ze nog wel eens nieuwtjes en wetenswaardigheden uit de krant halen. Een aardig ‘natuurlijk experiment’ deed zich voor in 1978, toen de *New York Times* twaalf weken niet verscheen door een staking in de drukkerij. De journalisten maakten trouwhartig wel elke dag een ‘*edition of record*’, maar die werd niet verspreid. Oorspronkelijke artikelen die tijdens de staking in de *New England Journal of Medicine* werden gepubliceerd en waarvan dus weinig ruchtbaarheid werd gegeven, kregen nog tot tien jaar na dato beduidend minder citaties dan soortgelijke artikelen uit de rest van de jaargang. Een jaar na de staking scheelde het 73 procent.¹

Kranten zijn belangrijk, ook voor huisarts en wetenschapper. Maar in het kader van het thema, samenwerking, is het wellicht goed erop te wijzen dat die wisselwerking meer kan omvatten dan alleen het op het juiste moment op de juiste hoogte brengen van de pers.

Laten we eerlijk zijn: aan nieuws hebben we, ten eerste, geen gebrek. Wij wetenschapsjournalisten worden werkelijk doodgegooid met persberichten van universiteiten, tijdschriften,

instanties en belangengroepen – onze *embarras du choix* blijkt wel uit het feit dat de *Volkskrant* en *NRC Handelsblad* zelden hetzelfde wetenschapsnieuws op de pagina’s hebben. Dat keuze probleem biedt echter ook mogelijkheden tot samenwerking. Waar wij hulp bij zouden kunnen gebruiken, is het bepalen van de portee van het nieuws: is dit nu echt belangrijk, of is het meer een aardigheidje of, erger nog, een beetje nep? De kwaliteit van wetenschappelijk nieuws (is het wat, waar is het gepubliceerd, door welke groep, wat ging eraan vooraf) is vaak moeilijker te bepalen dan de bruto nieuws waarde. Ervaren journalisten hebben wel een netwerk van deskundigen bij wie ze hun licht even kunnen opsteken, maar dat kan nooit groot en deskundig genoeg zijn. Ideaal zou het zijn als we wetenschappers wat vaker zouden kunnen inschakelen voor de eerste *post-publication peerreview* – desnoods, zoals tegenwoordig ook in de wetenschap gebruikelijk wordt, anoniem. Nog idealer zou het zijn als wetenschappers zelf wat vaker waarschuwen dat er echt mooi of raar nieuws zit aan te komen.

Een tweede communicatiekanaal dat kan worden geopend, is de kritiek. Journalisten vinden zichzelf redelijk accuraat, maar dat komt omdat ze zelden gecorrigeerd worden. Ik kan mijzelf bijvoorbeeld erg opwinden over het feit dat niemand de moeite heeft genomen mij te wijzen op blunders in mijn vorige columns. Zo blijf ik steeds dezelfde fouten maken. Ik zou ervoor willen pleiten dat wetenschappers vaker de pen ter hand nemen om journalisten op de vingers te tikken (discreet en niet te hard, uiteraard) om ze even de juiste stand van de wetenschap of de correcte medische term bij te brengen. Nog idealer zou het weer zijn als wetenschappers aanbieden een knoop in het netwerk te worden: ‘Als je nog eens vragen hebt, kun je me altijd bellen.’ Nogmaals, er zijn wel onderzoekers die al zo boud zijn, maar een journalist wil altijd meer betrouwbare bronnen.

En helemaal ideaal zou het wat mij betreft zijn als onderzoekers hun kritiek op wetenschap in het nieuws vaker

met journalisten delen. Het gebeurt nogal eens dat ik pas als het grote nieuws geen nieuws meer is in veilige wandelgangen verneem dat iedereen behalve de pers wist dat er toch wel een en ander schortte aan het protocol, aan de interimanalyse of aan de keuze van de eindpunten. Het zou direct de lucht uit veel hypes hebben gehaald als wij wat eerder op dat soort dingen geattendeerd waren geweest.

Wetenschap en journalistiek zijn intermenselijke processen, waarin samenwerking (en concurrentie, en wantrouwen) een grote rol spelen. Wie werkelijk vindt dat de wetenschapsjournalistiek wel wat beter kan, moet niet afwachten tot er een journalist belt. Die gaat actief de samenwerking en de confrontatie aan. Het is een investering, het kost tijd en vrienden,² maar het is het waard. Al was het maar omdat, tegen de tijd dat uw eigen artikel klaar is, u voor uw journalist geen volslagen onbekende onderzoeker met weer een nieuwe prachtvondst bent. ■

Hans van Maanen

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.

LITERATUUR

- 1 Phillips DP, Kanter EJ, Bednarczyk B, Tastad PL. Importance of the lay press in the transmission of medical knowledge to the scientific community. *N Engl J Med* 1991;325:1180-3.
- 2 Sackett DL, Brian Haynes R, Guyatt GH, Tugwell P. Dealing with the media. *J Clin Epidemiol* 2006;59:907-13.





Zelfmanagementsupport bij volwassenen met astma

Samenvatting

Snoeck-Stroband JB, Van Gaalen JL, Beerthuizen T, Van der Meer V, Bakker MJ, Van Reisen PAJ, et al., voor de SMASHING (Self-Management in Asthma Supported by Hospitals, ICT, Nurses and General practitioners) Studiegroep. Zelfmanagementsupport bij volwassenen met astma. *Huisarts Wet* 2014;57(11):572-5.

ACHTERGROND Langetermijnmanagement van astma blijft in de praktijk achter bij de doelen die de internationale richtlijnen daarvoor stellen. Het gebruik van internet lijkt aantrekkelijk als ondersteuning van zelfmanagement bij astma. In een recent multicentrumonderzoek met een pragmatische gecontroleerde parallelle opzet en een follow-upduur van een jaar hebben we patiënten gerandomiseerd voor zelfmanagement via internetondersteuning (ZIN-groep) of alleen gebruikelijke zorg (GZ). ZIN-ondersteuning stopte na twaalf maanden follow-up automatisch. Dit onderzoek liet zien dat met ZIN-ondersteuning de astmagerelateerde kwaliteit van leven verbeterde, evenals de astmacontrole, de longfunctie en het aantal symptoomvrije dagen, vergeleken met de gebruikelijke zorg. ZIN-ondersteuning was gebaseerd op belangrijke onderdelen voor effectief zelfmanagement en omvatte wekelijkse monitoring van astmacontrole en behandeladviezen, diverse modules voor online-informatievoorziening en communicatie met een longverpleegkundige. Het doel van het huidige onderzoek is om het langetermijneffect te bepalen van het eenjarige zelfmanagementprogramma via internet en dat te vergelijken met dat van de gebruikelijke zorg.

METHODE We hebben in 2009 tweehonderd volwassenen met de diagnose astma (minimaal drie maanden inhalatiecorticosteroiden in het voorafgaande jaar) van 37 huisartsenpraktijken en 1 academisch centrum uitgenodigd voor deelname aan een vervolgonderzoek gedurende 1,5 jaar na het beëindigen van het onderzoek. Honderdzeven patiënten (60 GZ- en 47 ZIN-groep) hebben de Asthma Control Questionnaire (ACQ) en de Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) ingevuld.

RESULTATEN Dertig maanden na baseline vonden we in de ZIN-groep een persisterende en significante verbetering van astmagerelateerde kwaliteit van leven van 0,29 (95%-BI 0,01 tot 0,57) en astmacontrole van -0,33 (95%-BI -0,61 tot -0,05), vergeleken met gebruikelijke zorg. We vonden geen verschillen voor de dosering van inhalatiecorticosteroiden en longfunctie (geforceerd expiratoir volume in 1 seconde (FEV₁)).

CONCLUSIE Verbeteringen in astmagerelateerde kwaliteit van leven en astmacontrole blijven behouden bij patiënten die gedurende een jaar gebruik hebben gemaakt van zelfmanagementondersteuning via internet, zelfs tot anderhalf jaar nadat ze de ondersteuning hadden beëindigd. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op het op brede schaal implementeren van zelfmanagementondersteuning binnen de huidige astmazorg.

INLEIDING

Astma is een veelvoorkomende chronische aandoening met een prevalentie van rond de 6% bij volwassenen.¹ Ze wordt gekenmerkt door een chronische ontsteking en/of structurele veranderingen van de luchtwegen, resulterend in herhaalde perioden van piepen, hoesten en kortademigheid.^{2,3} Volgens richtlijnen zou de behandeling zich moeten richten op het minimaliseren van luchtwegklachten, optimaliseren van de longfunctie en voorkomen van exacerbaties.^{2,3} Hoewel effectieve behandeling op grote schaal beschikbaar is, zijn er toch veel patiënten bij wie de behandeldoelen niet worden gehaald.^{1,4} Een proactief beleid waarbij de patiënt centraal staat en dat gericht is op educatie, behandeldoelen, zelfmonitoring en een actieplan voor exacerbaties zou astmacontrole kunnen verbeteren.⁵ Zelfmanagement wordt in de praktijk echter nog maar weinig ondersteund.

Internettechnologie zou de implementatie van astmazelfmanagement kunnen vergemakkelijken.⁶⁻⁸ Uit onderzoek bij patiënten met mild tot matig persisterend astma blijkt dat een ondersteuningsprogramma voor Zelfmanagement via INternet (ZIN) gedurende één jaar de astmagerelateerde kwaliteit van leven verbeterde, evenals de astmacontrole, de longfunctie en het aantal symptoomvrije dagen, vergeleken met gebruikelijke zorg.⁹ Wij wilden de langetermijneffecten onderzoeken van een één jaar durend programma voor zelfmanagementondersteuning via internet en deze vergelijken met die van de gebruikelijke zorg. De hypothese is dat de positieve effecten van één jaar ZIN-ondersteuning voor een lange periode behouden blijven.

Wat is bekend?

■ Zelfmanagementondersteuning via internet verbetert de astmagerelateerde kwaliteit van leven, de astmacontrole, de longfunctie en het aantal symptoomvrije dagen, vergeleken met de gebruikelijke zorg.

Wat is nieuw?

■ Verbeteringen in de kwaliteit van leven en astmacontrole blijven behouden bij patiënten die gedurende een jaar gebruik hebben gemaakt van zelfmanagementondersteuning via internet, zelfs tot anderhalf jaar nadat ze de ondersteuning hadden beëindigd.

LUMC, afdeling Medische Besliskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: dr. J.B. Snoeck-Stroband, huisarts; J.L. van Gaalen, arts; dr. T. Beerthuizen, arts; M.J. Bakker, longverpleegkundige afdeling Longziekten; P.A.J. van Reisen, student; W.G. Redelijkheid, student; J.K. Sont, associate professor. Zorggroep PoZoB, Veldhoven: dr. V. van der Meer, huisarts • Correspondentie: j.b.snoeck-stroband@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: JBS, JvG, TB, VvdM, MB, PR, WR, JS en VM hebben geen belangenverstrengeling. JKS. was verantwoordelijk voor de ontwikkeling van het programma, maar heeft geen commerciële interesse en subsidies gekregen van het Nederlandse Longfonds, het samenwerkingsverband van Zorg-onderzoek Nederland (ZonMW), het Fonds NutsOhra, GlaxoSmithKline NL en studiemateriaal van AstraZeneca NL en Aerocrine Sweden.

Dit artikel is een bewerking van: Van Gaalen JL, Beerthuizen T, Van der Meer V, Van Reisen P, Redelijkheid GM, Snoeck-Stroband JB, et al. Long-term outcomes of internet-based self-management support in adults with asthma: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2013;15:e188. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

METHODE

We vroegen tweehonderd patiënten, die net hadden deelgenomen aan een 12 maanden durend multicentrum, niet-geblindeerd, pragmatisch gerandomiseerd parallel onderzoek (Self-Management of Asthma Supported by Hospitals, ICT, Nurses and General practitioners; SMASHING), om mee te werken aan een additioneel follow-uponderzoek (langetermijn-SMASHING), 1,5 jaar na beëindiging van het SMASHING-onderzoek. Uitgebreide details over de methoden en deelnemers van het SMASHING-onderzoek zijn elders gepubliceerd.⁹ Bij 37 huisartsenpraktijken in de regio Leiden en Den Haag, en de polikliniek van de afdeling Longziekten van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) werden patiënten geworven (18-50 jaar, astma, minimaal 3 maanden inhalatiecorticosteroiden in het afgelopen jaar, internet thuis, geen onderhoudsbehandeling met orale corticosteroiden). De patiënten in het SMASHING-onderzoek hebben gedurende twee weken hun longfunctie gemonitord met het geforceerde expiratoire volume in 1 seconde (FEV₁) met een handmatige elektronische spirometer (PiKo-1, nSpire Health, Inc., Longmont, CO, VS) en luchtwegklachten gemonitord met de Asthma Control Questionnaire (ACQ) via een speciaal ontwikkelde webapplicatie.¹⁰ De ACQ is een gevalideerde vragenlijst met 7 items (6 vragen en een longfunctiemeting) om de mate van astmacontrole te meten. De optimale grenswaarde voor een 'goede controle' is $\leq 0,75$ en een waarde van $\geq 1,50$ wijst op 'matig tot slecht gecontroleerd astma'.¹¹ Hierna hebben de onderzoekers patiënten gerandomiseerd voor ZIN-ondersteuning of gebruikelijke zorg (GZ).

Zelfmanagement via Internet (ZIN) ondersteuningsprogramma

Het ZIN-ondersteuningsprogramma is gebaseerd op focusgroepen,¹² het 'Chronic Care Model'¹³ en bekende kernonderdelen van effectief zelfmanagement.⁵ Gedurende 12 maanden hadden patiënten (SMASHING) de mogelijkheid hun astmacontrole te monitoren (wekelijks ACQ en longfunctie), toegang

tot een persoonlijk actieplan, communicatie met een longverpleegkundige en educatie [figuur 1]. Men heeft een 'stoplicht-codering' volgens een behandelalgoritme gebruikt om de mate van astmacontrole aan te geven: groen (goede controle, $ACQ \leq 0,5$), geel (voldoende controle, $0,5 < ACQ$), oranje (matige controle, $1 < ACQ$) en rood (slechte controle, $ACQ \geq 1,5$). Na 12 maanden was het internetprogramma niet meer beschikbaar.

Gebruikelijke zorg (GZ)

In de GZ-groep kregen patiënten reguliere begeleiding zonder bijzondere instructie aan de huisarts. Volgens de NHG-Standaard moet men patiënten regelmatig zien als het astma niet goed onder controle is.¹⁴

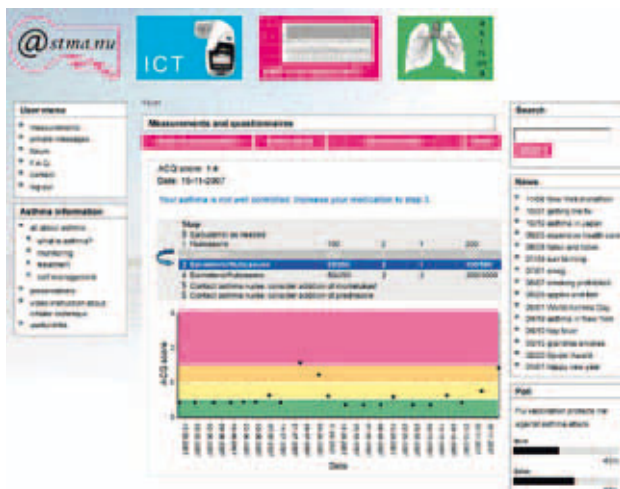
Additionele follow-up 30 maanden na baseline

Op 30 maanden na baseline hebben we deelnemers aan het SMASHING-onderzoek voor follow-upmetingen uitgenodigd in het LUMC. Patiënten hebben voor aanvang van het onderzoek schriftelijk toestemming gegeven. We registreerden de huidige dosering van de medicatie en de patiënten vulden een ACQ (inclusief FEV₁) in en een gevalideerde Asthma Quality of Life Questionnaire met 21 vragen (AQLQ).¹⁵ Het minimaal klinisch relevante verschil voor de ACQ is -0,5 en voor de AQLQ 0,5.

Statistische analyse

Met ongepaarde t-tests hebben we van beide groepen (ZIN en GZ) verschillen geanalyseerd in kenmerken van deelnemers en niet-deelnemers, op baseline van het langetermijn-SMASHING-onderzoek. Met behulp van het lineair mixed-effect-model hebben we ACQ- en AQLQ-scores, FEV₁, dagelijkse inhalatiecorticosteroid (ICS)-doses vergeleken tussen deelnemers van beide groepen. De ICS-dosering hebben we gerapporteerd als fluticasone-equivalenten. De statistische analyse hebben we uitgevoerd op een intention-to-treat-model. Voor de analyse hebben we Stata 9.2 (StataCorp, College Station TX, VS) gebruikt. Voor goed gecontroleerde astma ($ACQ \leq 0,75$) en niet-goed gecontroleerd astma ($ACQ > 0,75$) hebben we op baseline subgroepanalyses verricht.¹⁰

Figuur 1 Astmacontrole met 'stoplichtcodering'



RESULTATEN

Anderhalf jaar na het beëindigen van het SMASHING-onderzoek namen in totaal 107 van de 200 patiënten (54%) deel aan het follow-uponderzoek, van wie 47 in de IG- en 60 in de GZ-groep.

Patiënten in de IG-groep verschilden in baseline-ACQ-scores (0,93 versus 1,29; $p = 0,009$) vergeleken met patiënten in de GZ-groep. [Tabel 1] geeft een overzicht van de patiëntkenmerken in beide groepen.

Klinische uitkomsten

Twaalf maanden na baseline hadden patiënten in de IG-groep een verbetering van astmagerelateerde kwaliteit van leven (AQLQ) 0,37 (95%-BI 0,14 tot 0,61) en astmacontrole -0,57 (95%-BI -0,88 tot -0,26), vergeleken met patiënten uit de GZ-groep. Bij de patiënten die deelnamen aan het follow-uponderzoek was er na 12 maanden een verbetering van 0,43 (95%-BI 0,21 tot

Tabel 1 Baseline-kenmerken

Kenmerken	Internetgroep (ZIN) (n = 47)	Gebruikelijke zorggroep (GZ) (n = 60)
Leeftijd, gemiddelde (sd)	36 (8,7)	37 (8,0)
Geslacht, n (%)		
Man	12 (26%)	19 (32%)
Vrouw	35 (74%)	41 (68%)
Rokers, n (%)	25 (53%)	27 (45%)
Dagelijkse dosering inhalatiecorticosteroiden (µg), gemiddelde (sd)	455 (279)	476 (338)
AQLQ-score, gemiddelde (sd)*	5,88 (0,74)	5,84 (0,82)
ACQ-score, gemiddelde (sd)†	0,93 (0,60)	0,97 (0,65)
Pre-luchtwegverwijder FEV ₁ , gemiddelde (sd)‡	3,26 (0,80)	3,41 (0,96)
Pre-luchtwegverwijder FEV ₁ (% van voorspeld), gemiddelde (sd)‡	96,8 (20)	95,5 (18)

* Scorebereik (slechtste-beste), 1-7; minimaal klinisch relevant verschil (MCID): 0,5.

† Scorebereik (slechtste-beste), 6-0; MCID: 0,5.

‡ Aantal beschikbare observaties in de internetgroep is 26 en in de gebruikelijke zorggroep 37.

0,66) van de ACQ-score. Bij de patiënten die niet deelnamen aan het follow-uponderzoek was er na 12 maanden een verbetering van 0,34 (95%-BI 0,065 tot 0,61) van de ACQ-score in de IG-groep. Er was geen significant verschil tussen deelnemers en niet-deelnemers na 30 maanden.

Dertig maanden na baseline was er een significante persisterende verbetering van zowel de astmagerelateerde kwaliteit van leven (AQLQ; gecorrigeerd verschil tussen beide groepen van 0,29 (95%-BI 0,01 tot 0,57)), als de astmacontrole (gecorrigeerd verschil van -0,33 (95%-BI -0,61 tot -0,05) in de IG-groep, vergeleken met de GZ-groep [figuur 2]. Er waren geen verschillen in de gemiddelde dosering van de inhalatiecorticosteroiden en de longfunctie gemeten met FEV₁. Patiënten met slecht gecontroleerd astma op baseline (ACQ ≤ 0,75) hadden in de IG-groep significant betere uitkomsten na dertig maanden voor de astmagerelateerde kwaliteit van leven AQLQ (gecorrigeerd binnensgroepsverschil van 0,52 (95%-BI 0,10 tot 0,95) en astmacontrole (gecorrigeerd verschil -0,44 (95%-BI 0,04 tot 0,85)), vergeleken met de GZ-groep.

BESCHOUWING

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat ZIN-ondersteuning gedurende één jaar leidt tot een langdurige verbetering van astmacontrole en astmagerelateerde kwaliteit van leven vergeleken met gebruikelijke zorg, zelfs tot anderhalf jaar na het beëindigen van de ondersteuning. Internetondersteuning was additioneel ten opzichte van gebruikelijke zorg en bestond uit educatie, een actieplan, zelfmonitoring en regelmatige medische controle via internet. Dit laat zien dat aanhoudende verbeteringen van gezondheid kunnen worden bereikt door een gestructureerde aanpak en zelfmanagementondersteuning, zoals aangegeven door het Chronic Care Model. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat zelfmanagement met papieren dagboeken en geschreven actieplannen bij astmapa-

tiënten gedurende twee jaar tot een verbetering leidde van astmacontrole en astmagerelateerde kwaliteit van leven.¹⁶ Ons onderzoek laat voor het eerst zien dat zelfmanagement via internet ook op de lange termijn de astmacontrole en kwaliteit van leven van patiënten met astma verbetert.

Beperkingen

Het originele SMASHING-onderzoek had veel sterke punten, zoals men elders heeft beschreven.⁹ Desondanks moeten we de resultaten van het follow-uponderzoek voorzichtig interpreteren. Ten eerste was het aantal deelnemers relatief laag vergeleken met andere follow-uponderzoeken,¹⁷ wat de generaliseerbaarheid zou kunnen beperken. Ten tweede liet de ZIN-groep weliswaar significante verbeteringen zien vergeleken met de GZ-groep, maar dit verschil was kleiner dan wat men als klinisch relevant beschouwt. Bij een subgroep van patiënten met slecht gecontroleerd astma vonden we wel een klinisch relevante verbetering vergeleken met de GZ-groep. Deze subgroep heeft wellicht meer ruimte voor verbetering.

CONCLUSIE

Patiënten vragen steeds meer om het gebruik van moderne technologie bij management van chronische aandoeningen. Voor astma is er inmiddels een groeiend aantal apps beschikbaar voor zelfmanagement,¹⁸ hoewel deze veelal essentiële onderdelen voor adequate zelfmanagementondersteuning missen.

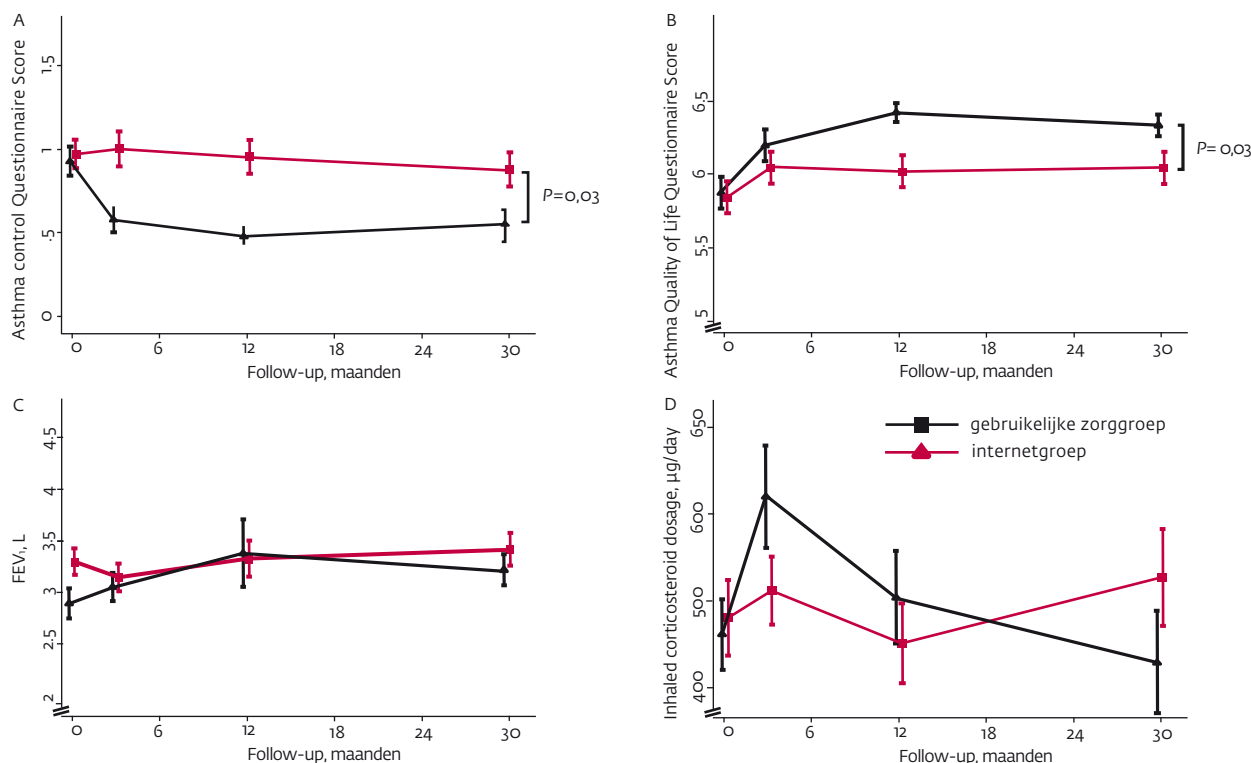
Ons onderzoek laat zien dat ZIN op de lange termijn positieve effecten heeft, wat een gunstige invloed heeft op de kosteneffectiviteit in de dagelijkse praktijk, aangezien de meeste kosten (trainingen en uitleg) voor dit soort middelen bij aanvang worden gemaakt. Als men ZIN wil implementeren moet men aan een aantal voorwaarden voldoen. ZIN moet worden toegespitst op de dagelijkse routine van de patiënt, zoals de frequentie van de monitoring. Ook moet men ZIN met de reguliere zorg integreren. Ten slotte is het belangrijk dat eventuele kosten die met ZIN gepaard gaan worden gefinancierd, zoals adequaat gebruik van longfunctiemeters.

Zelfmanagementondersteuning via internet leidt tot langdurige verbetering van astmagerelateerde kwaliteit van leven en astmacontrole. Deze houdt zelfs aan tot anderhalf jaar na beëindiging van de ondersteuning en geldt in het bijzonder voor patiënten met slecht gecontroleerd astma.

DANKWOORD

Dit onderzoek werd ondersteund door het samenwerkingsverband van Zorg-onderzoek Nederland (ZonMW) en het Longfonds Nederland. Het werd gesponsord door de Netherlands Organization for Scientific Research (NWO) Incentive fund Open Access publications. De SMASHING (Self-Management of Asthma Support by Hospitals, ICT, Nurses and General practitioners) Studiegroep: W.J.J. Assendelft, MD, PhD; M.J. Bakker, RN; E.H. Bel, MD, PhD; S.B. Detmar, PhD; J.C. de Jongste, MD, PhD; A.A. Kaptein, PhD; V. van der Meer, MD, PhD; K.F. Rabe, MD, PhD; E.R.V.M. Rijkers-Mutsaerts, MD; J.K. Sont, PhD;

Figuur 2 Tussengroepsverschillen in gemiddelde Asthma Control Questionnaire-score (A), Asthma Quality of Life Questionnaire-score (B), FEV₁ (C) en dosering inhalatiecorticosteroïden (D) gedurende een jaar follow-up en 30 maanden na baseline



Alle waarden zijn gebaseerd op complete casussen. Error bars tonen 95%-BI. P-waarden voor tussengroepsverschillen in scores op 30 maanden en van linear mixed-effect-modellen.

* Het minimaal klinisch relevante verschil voor de Asthma Control Questionnaire is 0,5, waarbij lagere scores wijzen op een betere astmacontrole.

† Het minimaal klinisch relevante verschil voor de Asthma Quality of Life Questionnaire is 0,5, waarbij hogere scores wijzen op betere kwaliteit van leven.

‡ Van 38 patiënten uit de GZ en 28 patiënten uit de ZIN is de FEV₁ verkregen.

H.F. van Stel, PhD; P.J. Sterk, PhD; H.A. Thiadens, MD, PhD; P.J. Toussaint, PhD. Wij danken professor E.F. Juniper voor haar toestemming voor het gebruik van de Asthma Control Questionnaire. ■

LITERATUUR

- Demoly P, Paggiaro P, Plaza V, Bolge SC, Kannan H, Sohler B, et al. Prevalence of asthma control among adults in France, Germany, Italy, Spain and the UK. *Eur Respir Rev* 2009;18:105-12.
- British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British guideline on the management of asthma. 2008. <http://www.brit-thoracic.org.uk/guidelines-and-quality-standards/asthma-guideline>.
- Global Initiative for asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. 2012. <http://www.ginasthma.org/documents/4>.
- Rabe KF, Adachi M, Lai CK, Soriano JB, Vermeire PA, Weiss KB, et al. Worldwide severity and control of asthma in children and adults: the global asthma insights and reality surveys. *J Allergy Clin Immunol* 2004;114:40-7.
- Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;CD001117.
- Hashimoto S, Brinke AT, Roldaan AC, Van Veen IH, Moller GM, Sont JK, et al. Internet-based tapering of oral corticosteroids in severe asthma: a pragmatic randomised controlled trial. *Thorax* 2011;66:514-20.
- Liu WT, Huang CD, Wang CH, Lee KY, Lin SM, Kuo HP. A mobile telephone-based interactive self-care system improves asthma control. *Eur Respir J* 2011;37:310-7.
- McLean S, Chandler D, Nurmatov U, Liu J, Pagliari C, Car J, et al. Telehealth-care for asthma: a Cochrane review. *CMAJ* 2011;183:E733-42.
- Van der Meer V, Bakker MJ, Van den Hout WB, Rabe KF, Sterk PJ, Kievit J, et al. Internet-based self-management plus education compared with usual care in asthma: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2009;151:110-20.
- Juniper EF. Assessing asthma control. *Curr Allergy Asthma Rep* 2007;7:390-4.
- Juniper EF, Bousquet J, Abetz L, Bateman ED, Committee G. Identifying 'well-controlled' and 'not well-controlled' asthma using the Asthma Control Questionnaire. *Respir Med* 2006;100:616-21.
- Van der Meer V, Van Stel HF, Detmar SB, Otten W, Sterk PJ, Sont JK. Internet-based self-management offers an opportunity to achieve better asthma control in adolescents. *Chest* 2007;132:112-9.
- Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)* 2009;28:75-85.
- Geijer RMM, Chavannes NH, Muris JWM, Sachs APE, Schermer T, Smeele I, et al. NHG-Standaard Astma bij volwassenen (tweede herziening). Utrecht: Nederlands Huisartsengenootschap, 2007. <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/astma-bij-volwassenen>.
- Juniper EF, Buist AS, Cox FM, Ferrie PJ, King DR. Validation of a standardized version of the Asthma Quality of Life Questionnaire. *Chest* 1999;115:1265-70.
- Thoonen BP, Schermer TR, Van Den Boom G, Molema J, Folgering H, Akkermans RP, et al. Self-management of asthma in general practice, asthma control and quality of life: a randomised controlled trial. *Thorax* 2003;58:30-6.
- Khunti K, Gray LJ, Skinner T, Carey ME, Realf K, Dallosso H, et al. Effectiveness of a diabetes education and self management programme (DESMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: three year follow-up of a cluster randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2012;344:e2333.
- Huckvale K, Car M, Morrison C, Car J. Apps for asthma self-management: a systematic assessment of content and tools. *BMC Med* 2012;10:144.



De eisen van moderne gezondheidszorg

Samenvatting

Levi M. *De eisen van moderne gezondheidszorg. Huisarts Wet* 2014;57(11):576-8.

De geneeskunde maakt in de eenentwintigste eeuw razendsnelle veranderingen door, met als belangrijk resultaat een langere levensverwachting, hoewel de extra jaren niet noodzakelijkerwijs ook gezonde jaren zijn. Overlijden door ziekte wordt dikwijls inge-ruild voor overleven met ziekte. De geneeskunde wordt ook steeds complexer, met toenemende subspecialisatie in alle echelons. Wij zullen in de komende jaren niet alleen onze manier van werken, maar ook de organisatie van de gezondheidszorg moeten aanpassen om te kunnen blijven aansluiten bij de zorgvraag van patiënten en de behoeften van de samenleving. Die veranderingen raken aan de manier van werken van (sub)specialisten, aan de rol van de huisarts ten opzichte van die (sub)specialisten en aan de opzet van ziekenhuizen en eerstelijnscentra.

MODERNE GENEESKUNDE

De geneeskunde maakt momenteel snelle veranderingen door, onder invloed van ontwikkelingen in de biotechnologie, imaging, techniek en moleculaire genetica. Beeldvormende technieken maken de binnenkant van ons lichaam steeds beter zichtbaar, zodat ingewikkelde diagnoses en vroege detectie van ziekte binnen bereik komen. Genetische analyse houdt een belofte in voor geïndividualiseerde diagnostiek en behandeling. Het ontrafelen van intracellulaire moleculaire interacties in kankercellen of bij hart- en vaatziekten biedt kennis en inspiratie voor nieuwe behandelingen. Aandoeningen waar nog maar vijf of tien jaar geleden geen effectieve behandeling voor bestond, zijn nu in sommige gevallen te genezen of langdurig te onderdrukken. Zo zijn veel vormen van hemato-oncologische aandoeningen die kort geleden binnen enkele maanden tot de dood leidden, tegenwoordig langdurig te behandelen, soms met eenvoudige pilletjes. Zo heeft betere beheersing van het immuunsysteem ertoe geleid dat tegenwoordig bijna iedereen een niertransplantatie kan ondergaan, ook al verschilt de donor immunologisch sterk van de ontvanger. En zo kunnen endoscopisten en interventieradiologen steeds complexere niet-invasieve procedures uitvoeren waarvoor kort geleden nog grote chirurgie noodzakelijk zou zijn geweest.

Betere behandelingsmogelijkheden leidden de afgelopen twintig jaar tot een spectaculaire toename van de levensverwachting.¹ Optimistische demografen becijferden recentelijk dat een baby die nu wordt geboren 50% kans heeft om 100 jaar te worden. En interessant genoeg lijkt de gemiddelde levensverwachting voor het eerst in de geschiedenis toe te nemen

doordat de gezondheidszorg beter wordt. Al eeuwen worden we telkens iets ouder, maar dat kwam vooral door minder oorlog, een veiliger leefomgeving of betere leefomstandigheden door de aanleg van drinkwaterleidingen en riolen. De snelle toename van onze levensverwachting in de meest recente jaren is echter vrijwel geheel toe te schrijven aan een betere bestrijding van ziekte.

Helaas zijn de gewonnen levensjaren in heel veel gevallen geen gezonde jaren. Overlijden door ziekte wordt dikwijls inge-ruild voor overleven met ziekte. In plaats van te sterven aan een acuut hartinfarct leeft de patiënt voortaan met chronisch hartfalen. De behandeling van een chronische ziekte kan zeer complex zijn, zowel voor de patiënt als voor de dokter. Chronische ziekten, die weliswaar niet direct tot de dood leiden maar een grote impact op de kwaliteit van leven hebben, komen steeds meer voor en vaak in combinaties. De stapeling van op zichzelf nog niet eens zo lastige aandoeningen leidt tot multimorbide en daarom weer complexe patiënten die ingewikkelde, soms tegenstrijdige behandelingen nodig hebben. Het gevoel dringt zich op dat het snel toenemende medische geweld niet in alle gevallen zoveel voordeel biedt (en wel heel veel last), vooral voor kwetsbare patiënten met een chronisch zwakke gezondheid of voor patiënten die al een lang behandeltraject hebben doorgemaakt.

Het is de vraag of de manier waarop wij ons als gezondheidszorgprofessionals in de vorige eeuw hebben georganiseerd nog wel houdbaar is tegenover de nieuwe uitdagingen waarvoor de geneeskunde ons stelt. En het is ronduit discutabel of de organisatie van onze gezondheidszorg nog wel toegesneden is op de moderne tijd. Op beide vragen zal ik in de volgende paragrafen iets nader ingaan.

TOENEMENDE SUBSPECIALISATIE

Bij de toenemende complexiteit van de geneeskunde is het geen wonder dat zich binnen vrijwel alle medische specialismen in hoog tempo subspecialismen hebben ontwikkeld of aan het ontwikkelen zijn.² De subspecialisten (afhankelijk van hun ego noemen zij zich ook wel superspecialisten) hebben zich door

De kern

- Technische ontwikkelingen werken steeds verdere specialisatie in de hand, maar in de moderne gezondheidszorg blijven generalisten onontbeerlijk.
- Specialisatie binnen de huisartsgeneeskunde is een contradictio in terminis. De huisartsgeneeskunde moet zich niet verliezen in specialisaties, maar blijvend investeren in de breedte.
- De zozeer gewenste herverdeling van taken en functies binnen de gezondheidszorg is goed mogelijk, mits een aantal barrières wordt weggeruimd op het gebied van (vooral) mededingsbeleid en tarifiering.

aanvullende opleiding en training toegelegd op een specifiek deel van hun vakgebied. Zo kent de interne geneeskunde al jaren een stuk of tien aandachtsgebieden, zoals endocrinologie, nefrologie, hematologie of ouderengeneeskunde, en kent ook de chirurgie al jaren subspecialisaties zoals vaatchirurgie, traumatologie, oncologische heelkunde en gastro-intestinale heelkunde. En ook kinderhematologen, voorste-oogkamerspecialisten, longoncologen, flebodermatologen, elektrocardiologen en fertiliteitgynaecologen hebben zich definitief gevestigd in de geneeskunde. Op zichzelf is dat geen probleem, want de snel uitdijende kennis op alle terreinen vraagt om goed gespecialiseerde en ruim ervaren specialisten die een specifiek terrein tot in het kleinste detail kunnen overzien. Wat er echter misgaat, is dat veel subspecialisten vervolgens de rest van hun vak – laat staan de geneeskunde in bredere zin – niet meer kunnen of willen uitoefenen. Dat heeft tot gevolg dat een patiënt die meer dan één ziekte heeft, zich als een soort nomade door het ziekenhuis begeeft van (sub)specialist naar (sub)specialist, met alle communicatieproblemen van dien. Bij die patiënt ontstaat het gevoel dat er niet één dokter is die het geheel overziet. Aangetoond is dat de kwaliteit van de in dit systeem geleverde geneeskunde niet optimaal is.³ Bij goede geneeskunde zou leidend moeten zijn dat het geheel (lees: de patiënt) meer is dan de som der delen (lees: zijn organen). Subspecialisatie leidt tot kokerzien, tot het behandelen van de ziekte en niet van de zieke, en dikwijls tot overschatting van de mogelijkheden die de geneeskunde biedt.^{4,5}

IS DE HUISARTS DAN NOG DE ENIGE GENERALIST?

Het vak dat per definitie optimaal geschikt is om geneeskunde in de breedste zin uit te oefenen, is de huisartsgeneeskunde. De huisarts is bij uitstek degene die de patiënt die dreigt te verdwalen in de doolhof van subspecialistische geneeskunde de weg kan wijzen en langs de valkuilen en barrières kan loodsen van multimorbiditeit, paradoxale polyfarmacie en miscommunicatie tussen verschillende gezondheidszorgprofessionals. De toenemende complexiteit van vooral chronische aandoeningen maakt het voor de huisarts echter steeds moeilijker om adequate zorg te blijven leveren, op het gewenste niveau en in de volle breedte van de geneeskunde. Dat lijkt alleen te gaan lukken als de huisarts zich (nog) veel krachtiger profileert als spil in de zorg van ook de complexe patiënt, als anker en coördinatiepunt van alle medische zorg, medicatie, behandelopties en beslissingen rondom ingrepen en interventies. De huisarts zal zich veel nadrukkelijker moeten aanbieden als de regisseur rondom de integrale patiënt, de organisator van multidisciplinair overleg, de brugfunctionaris tussen het huis van de patiënt en het ziekenhuis. Zo zou het moeten: de huisarts legt als vanzelfsprekend contact tussen de verschillende bij de patiënt betrokken specialisten, bezoekt de patiënt die in het ziekenhuis is opgenomen en overlegt met de behandelend arts en aldaar, coördineert het aanstaande ontslag naar huis en is degene die het medicatiedossier beheert en van tijd tot tijd kritisch saneert.

Helaas lijkt de hier geschetste beweging nog maar weinig



Foto: Marc de Haan/Hollandse Hoogte

van de grond te komen. Integendeel, sommige huisartsen zijn de laatste jaren precies de andere kant op aan het bewegen: zij zijn paradoxaal genoeg begonnen zich óók te specialiseren.⁶ Zo kunnen huisartsen zich, onder de ietwat verhullende term 'kaderopleiding', nader bekwamen in bijvoorbeeld ouderengeneeskunde, COPD/astma of diabetes mellitus. Met de beste bedoelingen, maar het is een eerste stapje op een spiegelglad hellend vlak. Het gevaar bestaat dat huisartsen, in plaats van zich te profileren als de moderne generalisten naar wie de patiënt van de eenentwintigste eeuw lijkt te snakken, hun vak gaan opknippen. Binnenkort is 'huisarts-specialist' geen contradictio in terminis meer en het is een kwestie van tijd voordat huisartsen hun patiënten binnen de groepspraktijk gaan verwijzen naar een collega voor diabetes, longaandoeningen of psychiatrische problematiek. Niet lang geleden waarschuwde de scheidend voorzitter van de Amsterdamse huisartsenkring voor het gevaar dat huisartsen zich ontwikkelen tot managers van verschillende praktijkondersteuners en zelf nog maar weinig chronische patiënten zien.

Abstract

Levi M. *The demands of modern healthcare. Huisarts Wet* 2014;57(11):576-8.

Medicine is changing rapidly in the 21st century, a major consequence of which is that life expectancy is increasing, although the extra years are not necessarily healthy years. Death due to disease is often being replaced by life with disease. Medicine is becoming more and more complex, with increasing specialization and even sub-specialization. In the coming years, not only the manner of work but also the organization of healthcare will have to adapt to the health requirements of patients and the needs of society. These changes will affect the work practices of specialists, the role of general practitioners relative to specialists, and the organization of hospitals and primary care centres.

De echte uitdaging voor de huisarts in de eenentwintigste eeuw is niet; meer de diepte in gaan, maar vooral: meer blijven investeren in de breedte, in de rol als betrouwbare, altijd aanspreekbare en altijd bereikbare medische gids bij grote en kleine problemen betreffende gezondheid en ziekte.

NAAR EEN NIEUWE ORGANISATIE

Meermalen is aangetoond dat concentratie van het zorgaanbod onontkoombaar is als je complexe behandelingen van ingewikkelde aandoeningen met goed resultaat wilt uitvoeren.^{7,8} Maar voor een adequate aanpak van chronische aandoeningen hebben we juist een niet-geconcentreerde zorgvoorziening nodig, die dicht bij de mensen staat en laagdrempelig is. Verschillende soorten geneeskunde vragen verschillende vormen van zorgaanbod.

Maar zo is onze gezondheidszorg momenteel helemaal niet georganiseerd. Er zijn in Nederland ongeveer tachtig ziekenhuizen, sommige groot en andere wat kleiner, maar allemaal zijn ze kopieën van elkaar, gebaseerd op een indelingsprincipe uit de vorige eeuw. Geen enkel ziekenhuis ligt op meer dan een half uur rijden van het volgende ziekenhuis, elk ziekenhuis heeft zoveel mogelijk specialismen in huis. Ze hebben allemaal een 24-uurs spoedeisende hulp, een intensive care, een CT-scanner en een MRI, en ze willen allemaal een PET-scanner en een Da Vinci operatierobot (waarvan overigens de nutteloosheid is aangetoond). Met een dergelijke organisatie gaan we in de moderne geneeskunde de slag niet winnen, en bovendien zorgt het voor onnodige kosten in een tijd waarin kostenbeheersing ieders aandacht heeft.

Kortom, we moeten het anders aanpakken. Het lijkt nuttig en noodzakelijk het zorglandschap anders in te richten. Bijvoorbeeld door hoogcomplexere zorg te concentreren in een kleiner aantal slim over het land verdeelde ziekenhuizen die ingewikkelde zorg bieden, met een intensive care, een goed geoutilleerde spoedeisende hulp en dure scanapparatuur. Laagcomplexere, planbare zorg wordt dan niet aangeboden in die ingewikkelde ziekenhuizen maar in goed gespreide, kleinere algemene centra zonder intensive care of spoedeisende hulp maar wel met een perfecte huisartsenpost die basic life support kan bieden in afwachting van transport naar een groter centrum. In gemeentes en stadwijken zouden centra kunnen komen die eerstelijnszorg en consultatieve tweedelijnszorg voor chronische ziekten leveren. Onder regie van de huisarts kan daar specialistische kennis ingebracht worden, bijvoorbeeld door een aantal specialisten uit te nodigen die een dagdeel in de week tegelijk aanwezig zijn om ingewikkelde patiënten multidisciplinair te zien. Met het aldus geformuleerde beleid kan de huisarts dan weer maanden vooruit in de dagelijkse begeleiding van die patiënt.

KANSEN EN BARRIÈRES

Er zijn meer dan voldoende kansen om de gewenste heroriëntatie van dokters en van de gezondheidszorgorganisatie te realiseren. Centraal daarin staan de opleidingen tot arts, tot huisarts en tot medisch specialist. In de (vervolg)opleiding moet meer dan ooit ruimte zijn voor generalistisch denken, het primaat van de specialismen moet minder dominant worden.⁹

Er zijn barrières voor een vlotte introductie van deze reorganisatie. Het grootste obstakel is het overheidsbeleid in de gezondheidszorg, dat meer uitgaat van marktwerking dan van samenwerking. Dit beleid werkt regionale concurrentie in de hand ten koste van een goed op elkaar afgestemd aanbod van zorgvoorzieningen; mededingingsautoriteiten beschouwen samenwerken en ketenzorg als het verdelen van de 'markt'. Een andere hinderpaal is dat de tarieven voor de verschillende verrichtingen in ziekenhuizen niet matchen met de werkelijke kosten, waardoor de kruissubsidiëring van complexe, onderbetaalde activiteiten door laagcomplexere, overbetaalde activiteiten in stand gehouden wordt. Een derde probleem is dat de huisartsenzorg plotseling ook via verrichtingen wordt gefinancierd, waardoor zinloze en verspillende activiteiten beloond kunnen worden. En tot slot kan het simpelweg zijn dat bestuurders en professionals om redenen van prestige de huidige organisatie niet willen loslaten.

Toch tonen steeds meer betrokkenen een grote bereidheid om de gezondheidszorg anders in te richten. In dat licht zijn de genoemde hinderpalen slechts relatief: al deze problemen zijn op te lossen. Plannen en ideeën genoeg, nu moeten we de komende jaren maar eens echt doorzetten en dit alles daadwerkelijk, in de praktijk, realiseren. ■

LITERATUUR

- 1 Health expectancy; since 1981 [internet]. Rijswijk: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012.
- 2 Levi M. De generalist in de moderne gespecialiseerde geneeskunde: uitstervend ras of nog steeds de moeite waard? Ned Tijdschr Geneesk 2009;153:B47.
- 3 Redelmeier DA, Tan SH, Booth GL. The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases. N Engl J Med 1998;338:1516-20.
- 4 Van der Meer J. Ziekten bestaan niet [afscheidsrede]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2000.
- 5 McCormick J. Death of the personal doctor. Lancet 1996;348:667-8.
- 6 Dielissen PW, Van der Jagt L, Lagro-Jansen ALM. Kaderhuisarts bouwt bruggen. Medisch Contact 2009;64:1593-5.
- 7 Van Heek NT, Kuhlmann KF, Scholten RJ, De Castro SM, Busch OR, Van Gulik TM, et al. Hospital volume and mortality after pancreatic resection: a systematic review and an evaluation of intervention in the Netherlands. Ann Surg 2005;242:781-8.
- 8 Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. N Engl J Med 2002;346:1128-37.
- 9 Plochg T, Keijsers JF, Levi M. De 'multimorbiditeitsdokter' heeft de toekomst. Ned Tijdschr Geneesk 2012;156:A5515.



Betrouwbaarheidsintervallen

PRAKTIJKPROBLEEM

Veel artikelen geven bij de uitkomstmaat ook betrouwbaarheidsintervallen weer. 'De prevalentie van ECG-afwijkingen was 17,6% (95%-BI 15,0 tot 20,1).'¹ Betrouwbaarheidsintervallen worden niet alleen gebruikt om schattingen weer te geven, maar bieden ook resultaten van toetsend onderzoek zoals in een randomized controlled trial. Wat is nu de betekenis van deze betrouwbaarheidsintervallen en wat geven ze eigenlijk weer?

ACHTERGROND

Bij onderzoek naar bijvoorbeeld de gemiddelde diastolische bloeddruk in een populatie (schatten) is het ondoenlijk om bij alle leden van die populatie de bloeddruk te meten. Men beperkt zich tot een steekproef die idealiter zo wordt getrokken dat ieder lid van de populatie evenveel kans heeft om erin te komen. De gemiddelde diastolische bloeddruk van die steekproef geeft een schatting van de gemiddelde diastolische bloeddruk in de hele populatie. De kans is echter groot dat een andere steekproef een andere schatting van het populatiegemiddelde zal geven. Uit een steekproef kan men een interval rondom het steekproefgemiddelde bepalen waarin met een bepaalde mate van waarschijnlijkheid het populatiegemiddelde ligt. Meestal hanteert men het 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) rond een steekproefgemiddelde, wat aangeeft dat met een waarschijnlijkheid van 95% het ware populatiegemiddelde zich in dit interval bevindt.

Bij toetsen wordt het 95%-BI gebruikt om te bezien of een onderzoeksresultaat statistisch significant is met als drempelwaarde 5% (p-waarde < 0,05).

Als in een onderzoek wordt gevonden dat de verhouding in risico's op coronaire hartziekte (relatieve risico) van een diureticum ten opzichte van een placebo gelijk is aan 0,79 (95%-BI 0,69 tot 0,92), dan is dit statistisch significant omdat de waarde 1 (risico in diureticumgroep is gelijk aan die in de placebo-groep) niet binnen het betrouwbaarheidsinterval valt.

UITWERKING

Hoe wordt nu zo'n betrouwbaarheidsinterval bepaald? Een gedachte-experiment kan dit duidelijk maken. Stel: we zijn geïnteresseerd in de gemiddelde diastolische bloeddruk in een

Voorbeeld

De gemiddelde diastolische bloeddruk van een steekproef van 60 personen (n) bedraagt 85 mmHg met een standaarddeviatie van 5 mmHg. In de door het gedachte-experiment verkregen verdeling van alle steekproefgemiddelden ligt 95% van deze steekproefgemiddelden in het interval rond het populatiegemiddelde plus en min 1,3 mmHg. Natuurlijk zijn we niet zozeer geïnteresseerd in welk interval ons steekproefgemiddelde ligt, maar in welk interval het onbekende, te schatten, populatiegemiddelde ligt. Dit interval wordt het 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) genoemd. Bij een steekproefgemiddelde van 85 mmHg is dit dus gelijk aan $[85 \pm 1,3] = [83,7 - 86,3]$.

Ook bij toetsen kunnen we een verschil in effect van een interventie versus controle schatten. Ligt de waarde die behoort bij de nulhypothese (H_0 , de veronderstelling dat het effect niet bestaat) in dit interval, dan wordt deze niet verworpen.

omschreven populatie. We nemen nu een steekproef in deze populatie en bepalen de gemiddelde bloeddruk en de standaarddeviatie als maat voor spreiding van de waarnemingen rond het gemiddelde (de standaarddeviatie is de rekenkundige wortel uit de variantie).

Nu gaan we in gedachten talloze malen zo'n steekproef trekken en bepalen het gemiddelde van al deze steekproefgemiddelden. De standaarddeviatie van deze gemiddelden noemt men de standaardfout (standard error, SE).² De standaarddeviatie zegt iets over de variabiliteit (de spreiding) in de populatie; de standaardfout (SE) geeft de onzekerheid aan van de schatting van het (onbekende) populatiegemiddelde. Bij een voldoende grote steekproef (30 of meer) ligt 95% van de steekproefgemiddelden in het interval rond het populatiegemiddelde.

BETEKENIS

Het 95%-BI wordt smaller en de schatting van het populatiegemiddelde dus nauwkeuriger naarmate de steekproefgrootte groter en/of de standaarddeviatie kleiner is. ■

LITERATUUR

- 1 Scheltens T, De Beus MF, Hoes AW, Rutten FH, Numans ME, Mosterd A, et al. Een elektrocardiogram bij elke patiënt met hypertensie. *Huisarts Wet* 2011;54:122-7.
- 2 Swinscow TDV. *Statistics at Square One*. London: British Medical Association, 1991.

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

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog, ex-CWO-lid. Huisartsenpraktijk 't Heelhuis, Ameidepark 21, 5701 ZZ Helmond: W. van Geldrop, huisarts, ex-CWO-lid • Correspondentie: a.knuistingh-neven@upcmail.com



Re-thinking the role of general practice

Samenvatting

Marshall M. *Re-thinking the role of general practice/De huisarts moet zichzelf opnieuw uitvinden. Huisarts Wet 2014;57(11):580-1.*

Ingrijpende veranderingen in de financiering en inrichting van het zorgstelsel zorgen ervoor dat de huisarts, die tot nog toe vaak onder de radar kon opereren, een opvallender maatschappelijk profiel krijgt. Dat profiel steunt van oudsher op vier essentiële functies: als verwijzers die de gezondheidsrisico's van een klacht beoordelen, als begeleiders die de zelfzorg van (chronische) patiënten managen, als hoeders van zorgvoorzieningen en als bewakers van het – soms precaire – evenwicht tussen kwaliteit en kosten. Alle vier deze functies worden uitgedaagd, niet alleen door de hooggespannen verwachtingen van patiënten en politici, maar ook fundamenteeler, door de depersonalisering van de huisartsengeneeskunde. De grote nadruk op techniek en evidence-based procedures zorgt voor betere gezondheidsuitkomsten, maar het veronachtzamen van de 'zachte' kanten van het vak leidt steeds vaker tot ongelukkige patiënten en zorgverleners, én tot aantoonbaar slechtere gezondheidsuitkomsten. Er is behoefte aan een nieuwe vorm van samenwerking tussen de huisarts, de patiënt en de andere behandelaars waarin meer plaats is voor persoonlijk contact en menselijke interactie.

INTRODUCTION

The contribution that general practice makes to individual patients and to their communities has long been recognized, and the trust and respect expressed by patients for their family doctor suggest that this contribution is highly valued. But the contribution that general practice makes to the health system as a whole, and to well-being in wider society, has been less well recognized. As politicians, policy makers, and professional leaders attempt to address the very significant challenges facing their health systems, this role needs to be better understood and actively preserved. If our health systems are to survive the financial and quality challenges that they currently face, all of its parts – primary care, secondary care and the public – must recognize the roles they have to play and work together.

GENERAL PRACTICE AND WIDER HEALTH SYSTEM

General practice has four fundamental roles that allow the health system to operate effectively and efficiently. First, GPs acknowledge uncertainty and manage risk. In contrast to hospital practice, there is a low probability of disease in patients seen in general practice. It has been estimated that more than 60 per cent of presentations in general practice cannot be ex-

plained in terms of recognized disease processes, although the attention of policy makers has focused on the 40 per cent that can. This does not mean that GPs are doing something unimportant. From a patient perspective, excluding cancer and providing reassurance is as important as diagnosing and treating cancer. So too is using clinical judgement to decide that a child with a fever probably does not have meningitis. If GPs referred all people with potentially dangerous symptoms and signs to hospital, hospitals would implode in weeks. Cooperation between generalists and specialists ensures that risk is managed appropriately for the patient.

Second, GPs manage the interface between professionalized care and self-care. Self-care of the symptoms and signs of ill health is infinitely more common than care provided by health professionals. Minor changes in people's help-seeking behaviours can have a massive impact on the use of scarce health care resources. There are therefore practical as well as philosophical reasons for encouraging a high level of co-operation between patients and their GPs, promoting shared care and informed self-management, particularly for people with long term conditions. Promoting self-care effectively requires the deep understanding that GPs have of patient's health beliefs and the environment that they live in, as well technical expertise in encouraging behaviour change. GPs are essential if policies promoting shared and self-care are to be delivered.

Third, GPs recognize and manage the up-stream determinants of health, whilst specialists focus primarily on the consequences of those determinants. The environmental and behavioural determinants of ill-health, such as poor housing, unemployment, diet, exercise, and stress, are widely recognized but highly resistant to remedial action. As members of the communities that they serve, GPs have a deep understanding of what needs to be done as well as having the trust of patients to lead change. General practice is public health with a personal touch and, again, cooperation lies at the heart of effective and efficient care.

Lastly, GPs manage the tensions inherent in the multi-

De kern

- Door de veranderingen in het zorgstelsel krijgt de huisarts een groter maatschappelijk profiel.
- Vier essentiële functies waarborgen het profiel van de huisarts als schakel in de zorg: verwijzer, begeleider van patiënten, hoeder van de volksgezondheid en bewaker van kosten en kwaliteit.
- Deze functies worden bedreigd door depersonalisering van de (huisarts)geneeskunde: er is grote behoefte aan nieuwe samenwerkingsmodellen waarin menselijke interactie meer op de voorgrond staat.



Foto: Peter Hilz/Hollandse Hoogte

dimensional approach to quality. Hospital specialists rightly focus on the clinical effectiveness and safety of the care that they provide – this is what patients want and need when they go to hospital. But someone in the health system needs to maintain a balanced view of quality, managing what are sometimes trade-offs between good clinical outcomes and waiting times, between providing safe care and containing the costs of minimizing risk, between meeting the preferences of individuals and ensuring fairness to everyone. Taking responsibility for these trade-offs is neither easy nor popular, but GPs do it effectively every day on behalf of the wider health system.

A ROLE UNDER THREAT

These roles are essential but under increasing pressure. This is not just because general practice has to respond to rising expectations on the part of the public and policy makers, nor just because the sheer complexity and intensity of providing front-line care is increasing year on year. There is a more fundamental challenge that needs to be addressed, the depersonalization of medicine.

Each of the four roles requires GPs to have a close working relationship with their patients and with their specialist colleagues. But general practice has become increasingly technical in its orientation over recent decades and commu-

nication with specialists increasingly difficult. Many of the policy drivers for this, such as the emphasis on access, clinical effectiveness, and efficiency, have made an important contribution to the delivery of evidence-based care and in many cases are likely to result in better clinical outcomes. But at the same time they have resulted in an increasingly impersonal health system in which emphasis is on disease and technology, rather than on the patient and humanity. The growing body of research evidence which tells us that the ‘softer’ elements of providing care – relationships, trust, continuity – are associated with better health outcomes, experience, and use of resources, is being ignored.

The result is increasingly unhappy patients and health professionals. Patients want good biomedical outcomes but they want more than this. They even want more than easy access and choice, though this is often how their dissatisfaction with current services is manifest. Patients want to be treated as whole people, not as a cog in the system, a blood pressure or cholesterol that has to be managed. And professionals want to be able to work with colleagues that they know and that they trust, not to have to make ‘To whom it may concern’ referrals. People are now asking for a different kind of interaction, one that re-emphasizes the human side of medicine and builds a new kind of partnership. ■

Dokters leer je niet alleen

‘Dokters doe je niet alleen’ is het congressthema van dit jaar. Daar zijn wij het hartgrondig mee eens. Maar zijn onze jonge dokters wel voldoende voorbereid om hieraan goed vorm te geven? Wij denken dat daarin nog een weg te gaan is.

OPLEIDEN IN COMPETENTIES

De gezondheidszorg verandert snel en wordt steeds complexer. Voorbeelden hiervan liggen voor het oprapen: multimorbiditeit, verplaatsing van zorg van tweede naar eerste lijn, taakdelegatie, ketenzorg, verandering in financiering, parttime werken en verregaande specialisering. Dit vraagt om professionals die meer kunnen dan het louter verrichten van medisch inhoudelijke taken. Zij moeten ook goed kunnen samenwerken en communiceren met andere disciplines, en rekening houden met maatschappelijke aspecten.¹ Bovendien moeten ze – naast samenwerken binnen de bestaande setting – ook veranderingen binnen de zorg kunnen sturen.² Deze ‘algemene competenties’ worden voor (para)medische professionals in de eerste en de tweede lijn steeds belangrijker.

Jonge zorgprofessionals, verenigd in het platform medisch leiderschap, hebben met een krachtige toekomstvisie laten zien dat verschillende professionals elkaar kunnen en moeten vinden om het zorglandschap vorm te geven.³ Zo stelt hun disciplineoverstijgende toekomstvisie voor 2025: ‘Het coördineren van ketenzorg en grotere groepen patiëntenstromen is een nieuw element binnen de gevraagde competenties van de zorgprofessional. Ook voor het uitvoeren van het dagelijkse werk van iedere medische professional dienen “algemene competenties” beheerst te worden. Denk aan samenwerking en communicatie met collega’s of het leiden van zorgteams. Deze competenties worden beschouwd als een vast en volwaardig onderdeel van het artsen- en apothekersvak.’

Juist de jonge generatie kan een krachtige impuls geven aan de veranderingen in de zorg. Het is goed denkbaar dat aios en studenten de drijvende kracht (‘change agent’) zullen zijn om veranderingen in praktijkvoering in gang te zetten.⁴ Daarom is het van groot belang deze aanjagers te scholen in algemene competenties, zodat zij leren de veranderingen in de zorg te laten aansluiten bij de wensen uit de maatschappij.

Hoe leid je op in die algemene competenties? Heeft het zin om studenten uit verschillende beroepsgroepen hieraan samen te laten werken? Het heeft iets kunstmatigs om met elkaar in een zaaltje te gaan zitten en dan interprofessioneel te gaan leren. Achtergrond en leerbehoefte van de verschillende disciplines lopen vaak uiteen. Daarom moet er duidelijkheid

zijn over het gemeenschappelijk belang (‘common ground’): wat delen de verschillende disciplines met elkaar en welke aspecten lenen zich voor gezamenlijk onderwijs? Interprofessioneel leren en opleiden gebeurt bij voorkeur niet in een zaaltje, maar in de dynamische context van de praktijk; juist in de dagelijkse gang van zaken rond de patiënt en de organisatie van die zorg komen verschillende disciplines elkaar tegen.^{4,5} De kunst is om bestaande situaties onder een vergrootglas te leggen en er een leerzame situatie van te maken. In het ziekenhuis blijkt het multidisciplinair overleg een zeer leerrijke omgeving te zijn. De aios kan hier gaandeweg een steeds actievere rol (tot voorzitter toe) in nemen. Het ‘Canbetter project’, dat zich ten doel heeft gesteld de algemene competenties tot bloei te brengen, heeft hiervan praktische voorbeelden verzameld.⁶ Hieruit blijkt dat de algemene competenties in het dagelijks werk aanwezig zijn. Door ze expliciet te benoemen krijgen ze ook in de opleiding een prominentere rol. In het Verenigd Koninkrijk heeft het Centre for the Advancement of Interprofessional Education vier competentiegebieden geformuleerd die nodig zijn voor goede interprofessionele samenwerking:⁷

1. omgaan met waarden en ethiek voor de interprofessionele praktijk
2. het definiëren van rollen en verantwoordelijkheden
3. toegespitste communicatie vaardigheden
4. werken in teams

INTERPROFESSIEEL LEREN

Bij de herziening van de Canmeds (2015) wordt één van de thema’s ‘a greater emphasis on teams and interprofessionalism’.⁸ Ook dit is een stimulans om interprofessioneel opleiden op de kaart te zetten.

De wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van interprofessioneel opleiden is helaas nog beperkt – wat overigens niet impliceert dat er geen plaats voor is! Een recente Cochrane-review laat een aantal positieve effecten zien, maar het ontbreekt aan goede methodologische onderzoeken.⁹ Dat is te begrijpen want het meten van uitkomsten van interprofessioneel opleiden op het niveau van patiëntuitkomsten is erg lastig. Een recente systematische review laat zien dat de kennis over de effectiviteit van interprofessioneel opleiden grotendeels voortkomt uit evaluatieonderzoek.¹⁰ Er bestaat enige kennis over uitkomsten op het niveau van studenttevredenheid en realisatie van onderwijsdoelen. Idealiter zou je willen meten of de zorg op patiëntniveau verbetert door interprofessioneel onderwijs. Zo ver is de wetenschappelijke stand van zaken nog niet, maar beweging in die richting is zeer wenselijk. Vragen die nog beantwoord moeten worden, zijn bijvoorbeeld: wat is het juiste moment om gezamenlijk onderwijs aan te bieden? Hoe vroeger in het curriculum hoe beter, omdat de student dan nog niet is aangepast aan de disciplinecultuur? Of is het noodzakelijk dat de student al enige

Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9101, huispost 166, 6500 HB Nijmegen: dr. N.D. Scherpbier-de Haan, huisarts, hoofd Eerstelijnsvervolgopleidingen; A. Kramer, huisarts en onderzoeker; dr. F.A. van de Laar, huisarts en onderzoeker; K. van Loon, onderwijskundige, onderzoeker • Correspondentie: Nynke.scherpbier-dehaan@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

praktijkervaring heeft om te weten waar de schoen wringt? Is gezamenlijk theoretisch onderwijs zinvol of is het beter om alleen in de context van de praktijk te leren?

Ondanks het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing wordt de noodzaak tot interprofessioneel leren gevoeld. In het continuüm van 'levenslang leren' noemen wij een aantal voorbeelden.

Basiscurriculum

Geneeskundestudenten die in de dagelijkse patiëntenzorg samenwerken met paramedici en verpleegkundigen in opleiding groeien in samenwerkingscompetenties.¹¹ Dit werd onderzocht onder 116 studenten die met elkaar samenwerkten op een ziekenhuisafdeling. Vooral de geneeskundestudenten bleken te profiteren van deze manier van leren: zij meldden een groei in vaardigheden op het gebied van communicatie, teamwork en kennis van elkaars beroep en kwaliteit. Een mooi voorbeeld van deze manier van werken is het gezamenlijk farmacologieonderwijs aan studenten geneeskunde en farmacie in Utrecht.

In Groesbeek runnen studenten van paramedische en verpleegkundige opleidingen een geriatrische revalidatieafdeling in het 'Herstelhotel'. Dit is vormgegeven als een academische leerwerkplaats: een plek waar onderwijs, onderzoek en het veld elkaar versterken. De authentieke context van 'community of practice' biedt de gelegenheid om zowel professionele kennis te verwerven als gezamenlijk de zorg vorm te geven.¹² Een goed voorbeeld van het fenomeen 'change agents'.

In Lent is in het academisch gezondheidscentrum Thermi een academische leerwerkplaats opgericht waar studenten van de Hogeschool Arnhem Nijmegen uit paramedische en verpleegkundige disciplines onderzoek- en praktijkstages volgen in een interdisciplinaire setting. De bedoeling is om ook geneeskundestudenten en aios huisartsgeneeskunde te laten aansluiten.

Vervolgopleidingen

Specialisten in opleiding, in de eerste of tweede lijn, kunnen en willen veel van elkaar leren. In Nijmegen volgen aios ouderengeneeskunde en aios huisartsgeneeskunde gezamenlijk onderwijs over onderlinge samenwerking. Daarbij worden aios in duo's gekoppeld waarbij ze elkaar kunnen consulteren in de praktijk. Zij krijgen ook gezamenlijk medisch inhoudelijk onderwijs (probleemgedrag, polyfarmacie, palliatieve zorg).

In Maastricht volgen eerste- en tweedelijnsaios gezamenlijk het EBM-onderwijs.

In het najaar 2014 start in Nijmegen een consultatieproject tussen aios huisartsgeneeskunde en aios interne geneeskunde. De consultatie gebeurt rond de dagelijkse patiëntenzorg. Flankerend onderwijs richt zich op vaardigheden rond consult geven en vragen, en praktijkbezoek om elkaars context beter te begrijpen.

Voor professionals

In het Verenigd Koninkrijk is ervaring opgedaan met het scholen van diverse disciplines 'on and off the job' om veranderingen in de zorg in gang te zetten.¹³ In Nederland plannen de organisaties voor ketenzorg hun scholing steeds vaker voor zowel assistentes, praktijkondersteuners als huisartsen. NHG, Verenso en V&VN (beroepsorganisaties van specialisten ouderengeneeskunde respectievelijk verpleegkundigen) hebben gezamenlijk e-learning over dementie ontwikkeld voor elke beroepsgroep. In het verlengde hiervan worden gemeenschappelijke trainingen voor huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundigen in de regio gegeven voor het bevorderen van samenwerking in de praktijk.

Wie belangstelling heeft voor interprofessioneel leren wijzen wij graag op de LinkedIn-groep Netwerk Interprofessionele Educatie en Samenwerking (IPES) Zorg en Welzijn. In augustus 2015 zal in Nijmegen de Europese EIPEN-conferentie over interprofessional education plaatsvinden.¹⁴

Deze voorbeelden laten zien dat het kan, maar er is meer nodig. De gezondheidszorg van de toekomst vraagt professionals die efficiënt kunnen samenwerken. Dat betekent dat het medisch onderwijs van nú niet om interprofessioneel leren heen kan. Laten we met elkaar de handschoen oppakken en aan de slag gaan om bij te dragen aan een toekomstbestendige zorg en opleiding. ■

LITERATUUR

- 1 http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/the_7_canmeds_roles_e.pdf.
- 2 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010;376:1923-58.
- 3 REF Coach, cure and care 2025. Een gezamenlijke toekomstvisie van de nieuwe generatie zorgprofessionals op het zorglandschap in Nederland: gezamenlijke discipline overstijgende visie van jonge zorgprofessionals.
- 4 Kuipers P, Ehrlich C, Brownie S. Responding to health care complexity: suggestions for integrated and interprofessional workplace learning. *J Interprof Care* 2014;28:246-8.
- 5 Hean S, Craddock D, Hammick M, Hammick M. Theoretical insights into interprofessional education: AMEE Guide No. 62. *Medical teacher* 2012;34:e78-101.
- 6 <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-herregistratie/Project-MMV-Home/Over-MMV/CanBetter.htm>.
- 7 <http://caipe.org.uk/silo/files/corecompetencies.pdf>.
- 8 http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/canmeds2015_draft_milestones_e.pdf#page=0.
- 9 Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev* 2013;3:CD002213.
- 10 Olson R, Bialocerkowski A. Interprofessional education in allied health: a systematic review. *Med Educ* 2014;48:236-46.
- 11 Hallin K, Kiessling A, Waldner A, Henriksson P. Active interprofessional education in a patient based setting increases perceived collaborative and professional competence. *Medical teacher* 2009;31:151-7.
- 12 Ranmuthugala G, Plumb JJ, Cunningham FC, Georgiou A, Westbrook JL, Braithwaite J. How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature. *BMC health services research* 2011;11:273.
- 13 Miller R, Combes G, Brown H, Harwood A. Interprofessional workplace learning: a catalyst for strategic change? *J Interprof Care* 2014;28:186-93.
- 14 http://www.eipen.eu/conferences_4.html.

Freek Stijntjes, Lieke Hassink-Franke, Annemart Kruishoop, Martin Beeres, Harriet Eekhof, Sylvia van Manen, Reino Stoffelsen, Carry Wensing, Ellen Fliers, Marianne van der Zalm, Tjerk Wiersma, Monique Verduijn, Jako Burgers, Laura de Vries, Mariëlle van Avendonk

Kernboodschappen

- De huisarts overweegt ADHD bij een kind dat overmatig druk, impulsief of onoplettend is en bij wie dit gedrag leidt tot duidelijke beperkingen in het functioneren in meerdere omgevingen (thuis, op school en onder leeftijdsgenoten).
- Veel kinderen met druk, impulsief of onoplettend gedrag met lichte beperkingen in het functioneren voldoen niet aan de criteria voor ADHD, maar zij kunnen wel baat hebben bij dezelfde voorlichting, opvoedingsadviezen en opvoedingsondersteuning.
- Diagnostiek en begeleiding van kinderen met ADHD kan in de huisartsenvoorziening worden aangeboden vanaf de leeftijd van zes jaar. Voorwaarden hiervoor zijn voldoende kennis en expertise, samenwerking met andere hulpverleners en periodieke evaluatie van de zorg en samenwerking.
- De behandeling van een kind ouder dan 6 jaar met ADHD zonder een comorbide psychiatrische aandoening volgt een stappenplan waarbij wordt begonnen met voorlichting, ouder- en leerkrachtbegeleiding en eventueel gedragstherapie voor het kind.
- Bij onvoldoende effect van gedragsmatige interventies kan de huisarts methylfenidaat voorschrijven in overleg met ouders, kind en andere behandelaren.
- De huisarts controleert kinderen met ADHD periodiek. Daarbij wordt aandacht besteed aan de klachten, aan het effect van medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling en aan bijwerkingen van de medicatie.

INLEIDING

De NHG-Standaard ADHD bij kinderen geeft richtlijnen voor de herkenning, diagnostiek en behandeling van de aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (*attention-deficit/hyperactivity disorder*, ADHD) bij kinderen tot 18 jaar.

De standaard is niet van toepassing op volwassenen.

De huisarts wordt vaak geconfronteerd met vragen rondom gedragingen van kinderen in verband met ADHD: ouders, leerkrachten of kinderen zelf vragen om diagnostiek en behandeling, (ortho)pedagogen of psychologen verzoeken ADHD-medicatie te initiëren, psychiaters en kinderartsen verzoeken deze medicatie te continueren. Er is veel maatschappelijke aandacht voor ADHD, vooral omdat er zorgen zijn over mogelijke overdiagnostiek en overbehandeling van ADHD bij kinderen en over de mogelijke schade (op lange termijn) van medicatie. Anderzijds zijn er ook zorgen dat huisartsen ADHD niet (tijdig) herkennen, waardoor kinderen onnodig lijden en hun functioneren negatief wordt beïnvloed.

Deze standaard geeft de huisarts handvatten voor het herkennen van gedrag dat past bij ADHD, voor het in

kaart brengen van de ernst van de gedragsproblematiek en voor het starten en controleren van de behandeling. Ook geeft zij aanbevelingen wanneer naar welke behandelaar verwezen moet worden. Samenwerking en afstemming met andere behandelaren is onontbeerlijk bij de diagnostiek en de behandeling van kinderen met gedragsproblemen in het kader van ADHD.

Uitgangspunt van de standaard is dat ADHD een beschrijvende diagnose is, die berust op de aanwezigheid van een combinatie van gedragskenmerken. Er is geen bekend mechanisme dat het afwijkende gedrag veroorzaakt of verklaart en waarbij het gedrag symptoom van een ziekte is. De behandeling richt zich primair op beïnvloeding van gedragskenmerken, niet op genezing van een onderliggende ziekte. Medicatie kan ondersteunend zijn, maar is nooit de enige vorm van behandeling. De stan-

Diagnostische criteria voor ADHD in DSM-5

A Voor een persisterend patroon van onoplettendheid en hyperactiviteit-impulsiviteit moeten minimaal zes van de negen kenmerken aanwezig zijn geweest gedurende minstens zes maanden, in een mate die niet in overeenstemming is met het ontwikkelingsniveau en die een negatieve invloed heeft op sociale, schoolse of beroepsmatige activiteiten.

1 Kenmerken van onoplettendheid

- Vaak niet voldoende aandacht geven aan details en achteloze fouten maken.
- Vaak moeite om de aandacht bij het spel of de taak te houden.
- Lijkt vaak niet te luisteren bij direct aanspreken.
- Volgt aanwijzingen vaak niet op en slaagt er niet in taken af te maken.
- Heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten.
- Vermijdt vaak of heeft een afkeer van zich bezig te houden met taken die langdurige geestelijke inspanning vereisen.
- Raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of activiteiten.
- Wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels.
- Is vaak vergeetachtig tijdens dagelijkse bezigheden.

2 Kenmerken van hyperactiviteit en impulsiviteit

- Beweegt vaak onrustig met handen of

voeten, of draait in zijn stoel.

- Staat vaak op in situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten.
- Rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (bij adolescenten kan dit beperkt zijn tot gevoelens van rusteloosheid).
- Kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten.
- Is vaak 'in de weer' of 'draaft maar door'.
- Praat vaak excessief veel.
- Gooit het antwoord er vaak al uit voordat de vraag afgemaakt is.
- Heeft vaak moeite op zijn beurt te wachten.
- Stoort vaak anderen of dringt zich op.

B Verscheidene kenmerken van onoplettendheid of hyperactiviteit-impulsiviteit waren voor het twaalfde jaar aanwezig.

C Verscheidene kenmerken zijn aanwezig op twee of meer terreinen (thuis, school, club, werk).

D Er zijn duidelijke aanwijzingen dat de kenmerken interfereren met of de kwaliteit verminderen van het sociale, schoolse of beroepsmatige functioneren.

E De kenmerken treden niet uitsluitend op in het beloop van schizofrenie of een andere psychotische stoornis en kunnen niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis.

Inbreng van de patiënt

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

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd

afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Delegeren van taken

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

daard adviseert uitsluitend medicatie in te zetten bij kinderen met ADHD bij wie het probleemgedrag leidt tot duidelijke beperkingen in het functioneren en bij wie met gedragsmatige interventies onvoldoende verbetering is bereikt.

De standaard is ontwikkeld in samenspraak met andere relevante beroepsgroepen: jeugdartsen, kinder- en jeugdpsychiaters, kinderartsen, psychologen en orthopedagogen. Zij is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn voor ADHD en op de richtlijn ADHD in de Jeugdgezondheidszorg.¹

ACHTERGRONDEN**Gedragskenmerken**

ADHD is een beschrijvende diagnose op basis van een combinatie van gedragskenmerken die meestal naar voren komt in de kindertijd, maar soms pas op latere leeftijd zodanig op de voorgrond treedt dat ze herkend wordt. De belangrijkste gedragskenmerken zijn onoplettendheid en hyperactiviteit-impulsiviteit (zie het [kader Diagnostische criteria voor ADHD in DSM-5]).² De DSM onderscheidt drie vormen van ADHD, naar gelang van de mate waarin deze kenmerken aanwezig zijn. De meestvoorkomende vorm is het gecombineerde beeld, waarbij zowel sprake is van onoplettendheid als van hyperactiviteit-impulsiviteit. Minder vaak gediagnosticeerd wordt het overwegend onoplettende beeld (ook

wel ADD genoemd), en het overwegend hyperactieve-impulsieve beeld komt het minst vaak voor.

Om te kunnen spreken van ADHD moet het gedrag een duidelijke negatieve invloed hebben op het functioneren van het kind in twee of meer omgevin-

gen (thuis, op school, in de omgang met leeftijdsgenoten of in clubverband).

Gedragskenmerken die bij kinderen met ADHD vaak voorkomen maar die niet tot de DSM-criteria behoren, zijn prikkelbaarheid, opstandigheid, agressief gedrag, motorische onhandigheid, angst- of stemmingsklachten en leerproblemen. Deze kenmerken kunnen wijzen op andere (comorbide) psychiatrische aandoeningen. Ook bij ADHD passende gedragingen komen dikwijls voor in het kader van andere problematiek, waarbij het onderscheid tussen de normale variatie in gedrag en een stoornis vaak niet eenvoudig te maken is. Een signaal kan zijn dat ouders of verzorgers met verhalen komen dat vriendjes afhalen, dat hun kind storend is in de klas of in clubjes, of dat ze niet meer op visite durven met hun kind. Slaapproblemen (inslaapmoeilijkheden, onrustig slapen) komen vaak voor. Ook problemen in de puberteit, zoals criminaliteit, alcohol- en middelenmisbruik, ongeplande zwangerschap en voortijdig schoolverlaten, kunnen signalen van ADHD zijn.

Abstract

Stijntjes F, Hassink-Franke L, Kruishoop A, Beeres MPJ, Eekhof H, Van Manen S, Stoffelsen R, Wensing CL, Fliers EA, Van der Zalm M, Wiersma TJ, Verduijn MM, Burgers JS, De Vries L, Van Avendonk MJP. Dutch College of General Practitioners' guideline ADHD in children. Huisarts Wet 2014;57(11):584-94.

The Dutch College of General Practitioners' (NHG) Guideline ADHD in children provides recommendations about the recognition, diagnosis, and treatment of ADHD in children and adolescents (< 18 years) in general practice.

The diagnosis ADHD is based on a combination of the behavioural characteristics of inattention and hyperactivity/impulsivity. Several of these characteristics have to be present before the age of 12 and in two or more settings (at home, school, club). There has to be clear evidence that the behaviour adversely influences social and academic functioning. Information from the child's medical record, parents, school, and youth health organizations provides insight into the possible causes of the child's behaviour, such as: a) suspicion of ADHD, b) psychological or social circumstances, c) somatic problems, d) psychiatric disease, or e) a combination of these possibilities.

If there is problem behaviour with only mild dysfunctioning, further diagnostic investigations are unnecessary and the GP should give the parents information and, if relevant, advise them to follow an educational programme. If the GP suspects ADHD with clear dysfunctioning, further diagnostic investigations are required. These can be done by the GP if he has sufficient knowledge and expertise in this area and collaborates with other professionals; otherwise the child should be referred to a psychologist or a specialist in children with special educational needs. If the child appears to meet the criteria for ADHD, the parents and teachers should be provided with information and support and the child should be given behavioural therapy, if appropriate. If there is insufficient improvement, the prescription of methylphenidate can be considered. The effects of treatment should be monitored, and in the case of treatment with methylphenidate additional monitoring of blood pressure, heart rate, height, and weight is recommended every 6 months. If ADHD is diagnosed in combination with psychiatric comorbidity or severe dysfunctioning or if ADHD is diagnosed in a child younger than 6 years, the child should be referred to a child psychiatrist for treatment and follow-up.

De diagnose ADHD is gebaseerd op gedragskenmerken die in meerdere omgevingen zijn waargenomen, en is moeilijker te stellen naarmate het kind jonger is. De gedragskenmerken zijn er vaak al wel op jongere leeftijd, maar passen dan bij het ontwikkelingsniveau zonder dat er sprake is van ADHD. Gedragskenmerken moeten daarom altijd beoordeeld worden in relatie tot de huidige ontwikkelingsfase van het kind.

Epidemiologie

Van de kinderen onder de 16 jaar voldoet naar schatting 3 tot 5% aan de criteria voor ADHD; bij jongvolwassenen is dit 2%.³ Het gebruik van medicatie voor ADHD is de laatste jaren fors toegenomen. Naar schatting gebruikt 5% van alle schoolkinderen een geneesmiddel voor ADHD.⁴ Hulpverleners, leerkrachten en ouders brengen probleemgedrag vaker in verband met ADHD. Daarnaast lijkt een toegenomen maatschappelijke druk om te presteren en het financiële voordeel van het labelen van gedrags- en leerproblemen bijgedragen te hebben aan de sterke stijging van het aantal gediagnosticeerde kinderen.⁵ ADHD wordt vaker gediagnosticeerd bij jongens dan bij meisjes.⁶ Bij meisjes gaat de diagnose vaker gepaard met kenmerken van onoplettendheid dan met hyperactiviteit-impulsiviteit. Er is in Nederland geen verschil in prevalentie tussen kinderen van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Nederlandse afkomst.⁷

Gedrag dat voldoet aan de criteria voor ADHD gaat bij ongeveer twee op de drie kinderen samen met psychiatrische comorbiditeit, zoals de oppositionele-opstandige stoornis (*oppositional defiant disorder*, ODD) en de normoverschrijdend-gedragsstoornis (*conduct disorder*, CD).⁸ Kenmerkend voor ODD is negatief, driftig en opstandig gedrag; kenmerken van CD zijn agressie, liegen en vandalisme. Andere comorbide aandoeningen zijn depressie, angststoornis, bipolaire stoornis, ticstoornis, autismespectrumstoornis, algehele of specifieke leerstoornis (dyslexie, dyscalculie), motorische stoornis zoals *developmental coordination disorder* (DCD)⁹ en slaapproblemen.¹⁰ Vanaf de puber-

leeftijd komt middelenmisbruik (roken, alcohol, drugs) vaak voor in combinatie met ADHD.¹¹

Etiologie

ADHD wordt beschouwd als uiting van een verstoorde ontwikkeling. Veelal is er sprake van een genetische en familiale predispositie, die tot uiting kan komen onder invloed van ongunstige omgevingsfactoren. Zulke omgevingsfactoren kunnen prenataal, perinataal (prematuriteit, laag geboortegewicht) of postnataal (misbruik, lage sociaal-economische status) een rol spelen.¹²

Beloop

Naar schatting 70% van de kinderen die voldoen aan de criteria voor ADHD houdt in de volwassenheid kenmerken van ADHD.¹³ Meestal verschuiven daarbij de problemen die op de voorgrond staan. In de vroege kinderjaren zijn de gedragsproblemen het opvallendst, in de basisschoolleeftijd komen de problemen met taakgerichtheid meer naar voren. Bij kinderen met ADHD wordt ook vaker een leerstoornis (bijvoorbeeld dyslexie) aangetroffen. In de adolescentie zal de hyperactiviteit vaak plaatsmaken voor innerlijke rusteloosheid en risicogedrag, wat tot uiting komt in drugsgebruik en criminaliteit, en sociale problemen door onhandigheid in de interactie met leeftijdsgenoten. Als de gedragskenmerken op volwassen leeftijd blijven bestaan, leiden ze soms tot minder beperkingen in het functioneren dan voorheen. Een deel van de betrokkenen lukt het zich in de volwassenheid een adequate coping eigen te maken, zodat zij beter kunnen omgaan met hun mogelijkheden en beperkingen. In het dagelijks leven van volwassenen met ADHD is een gebrek aan organisatie, planning, beheer van geld en administratie vaak opvallend, maar meestal zorgen psychiatrische comorbiditeit, verslaving en kwesties rond scholing, werk, relaties of ouderschap voor grotere problemen dan de ADHD-gedragskenmerken als zodanig.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Gedragsproblemen bij kinderen worden meestal gemeld door de ouders of ver-

zorgers, en niet door het kind zelf. Soms ervaren de ouders weinig problemen, maar komen ze naar het spreekuur op instigatie van school, kinderopvang of anderen. De huisarts vormt zich een beeld van de herkomst van de hulpvraag en gaat na of er al onderzoek is uitgevoerd of interventies zijn toegepast (door bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg of een orthopedagoog op school).

Als ouders, kind of anderen vermoeden dat er sprake is van ADHD of hulp vragen voor gedrags- of concentratieproblemen, neemt de huisarts de anamnese af bij voorkeur met kind en ouder(s) samen en observeert hij de kind-ouderinteractie in de spreekkamer. Daarbij houdt hij rekening met de ontwikkeling van het kind, de ontwikkelingsfase en eventuele gezins-, omgevings- en risicofactoren.

Anamnese

De huisarts maakt een algemene inschatting van het functioneren van het kind in meerdere omgevingen door vragen te stellen als de volgende:¹⁴

- Hoe gaat het thuis?
- Hoe gaat het op school?
- Heb je vriendjes of vriendinnetjes?
- Wat doe je in je vrije tijd, zit je op een club en hoe gaat dat?

De huisarts informeert naar specifieke gedragskenmerken, klachten en problemen en naar de gevolgen ervan:

- tekenen van onoplettendheid, hyperactiviteit en impulsiviteit (zie het **[kader Diagnostische criteria voor ADHD in DSM-5]**) door bijvoorbeeld de volgende vragen aan het kind te stellen:
 - *organiseren*: wie ruimt je kamer op, moet een van je ouders daarbij helpen?
 - *vergeetachtigheid*: wie denkt er aan de gymspullen?
 - *onrust*: ben je een wiebelaar, kun je aan tafel blijven zitten bij het eten?
 - *moeite met wachten*: kun je wachten met iets vertellen als een van je ouders telefoneert?
- wanneer en waar (thuis, school, anders) de problemen optreden en waaruit die bestaan;

- de leeftijd waarop de problemen zijn begonnen;
- de frequentie en de duur van de problemen;
- de invloed die de problemen hebben op het functioneren thuis, met vrienden en op clubs en op school (doubleren, onderpresteren, te laat komen, spijbelen). Betrek hierbij ook de geboortemaand (wie in zomer of herfst jarig is, hoort bij de jongsten van de klas);¹⁵
- de ontwikkeling van het kind;
- specifieke zorgen geuit door de school, de jeugdgezondheidszorg of anderen (bijvoorbeeld: schoolprestaties of schoolniveau lager dan advies, moeite met sociale interactie met klas- of clubgenoten, algehele leerachterstand), specifieke beperkingen (bijvoorbeeld met lezen, schrijven of rekenen), en in geval van schoolproblemen de eventueel reeds genomen maatregelen op school (bijvoorbeeld extra begeleiding);
- ADHD of andere psychiatrische aandoeningen in de familie ("Herkent u of uw partner iets van het gedrag van uw kind in uzelf of andere familieleden?");
- motorische problemen;
- roken, alcohol- en middelengebruik (ook energiedrankjes);
- gebruik van bèta-2-sympathicomimetica;
- gehoor- of visusproblemen;
- slaappatroon (onrustig slapen, inslaapproblemen);
- psychosociale omstandigheden (pestten, scheiding van de ouders, overlijden van een familielid, misbruik).

Om een indruk te krijgen van de invloed van psychosociale problemen op het dagelijks functioneren, kan de huisarts de jeugdgezondheidszorg (JGZ) consulteren over de resultaten van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). De JGZ gebruikt de SDQ op de vaste contactmomenten en op indicatie om problemen in kaart te brengen.¹⁶ Bij de JGZ kunnen ook aanvullende gegevens over de ontwikkeling van het kind en het functioneren op school worden opgevraagd. Het functioneren op school kan ook rechtstreeks bij school nagegaan worden.

Voor het inwinnen van deze inlich-

tingen is schriftelijke toestemming van de ouders noodzakelijk, en vanaf de leeftijd van twaalf jaar ook die van het kind zelf.

Lichamelijk onderzoek

De huisarts is alert op dysmorphe trekken die passen bij een congenitaal syndroom.¹⁷ Als de anamnese daartoe aanleiding geeft, onderzoekt de huisarts het gehoor of de visus, of wint daarover informatie in bij de JGZ (zie de NHG-Standaard Slechthorendheid, de NHG-Standaard Refractieafwijkingen en de LESA Visuele stoornissen bij kinderen en jongeren).¹⁸

Overwegingen

De huisarts maakt onderscheid tussen de volgende situaties of problemen.

- a) Er is een vermoeden van gedrag passend bij ADHD wanneer wordt voldaan aan de volgende criteria:
 1. tekenen van onoplettendheid, hyperactiviteit en/of impulsiviteit (zie Anamnese);
 2. het gedrag doet zich voor in twee of meer omgevingen (thuis, school, omgang met leeftijdsgenoten, clubverband);
 3. het gedrag leidt tot duidelijke beperkingen in het functioneren (bijvoorbeeld slechte sfeer in het gezin, lagere schoolprestaties, minder sociale contacten);
 4. het gedrag is voor het twaalfde levensjaar aanwezig.
- b) Het gedrag kan passen bij psychiatrische, pedagogische of sociale omstandigheden:
 - normale leeftijdsgebonden sociaal-emotionele ontwikkeling;
 - complexe psychosociale omstandigheden;
 - verminderde pedagogische draagkracht van ouders, verzorgers of school;
 - leerstoornis (algemene of specifieke beperkingen);¹⁹
 - verstandelijke beperking.
- c) Het gedrag kan het gevolg zijn van somatische problematiek:
 - somatische aandoening (bijvoorbeeld gehoor- of visusprobleem);
 - bijwerking van een (genees)middel

(bijvoorbeeld bèta-2-sympathicomimetica);

- slaapprobleem (weinig slaap kan druk gedrag en concentratieproblemen veroorzaken).
- d) Het gedrag kan passen bij een psychiatrische aandoening:
- *oppositieel-opstandige stoornis*: het kind ruziet met volwassenen en daagt uit, verliest vaak zijn kalmte, heeft grote moeite met gehoorzamen, heeft altijd de neiging tegen te zijn en iets anders te willen en heeft moeite om de spelregels van andere kinderen op te volgen;
 - *normoverschrijdend-gedragsstoornis*: het kind is gewelddadig of gemeen naar mensen of dieren, vernielt bewust andermans bezittingen, steelt of is betrokken bij delinquent gedrag;
 - *angst- of stemmingsstoornis*: het kind maakt zich veel zorgen of huult vaak, heeft terugkerende gedachten aan de dood of suicide, is snel angstig en durft weinig;
 - *ticstoornis*: plotselinge, snelle, herhaalde, niet-ritmische motorische bewegingen of vocale uitingen die langer dan een jaar aanwezig zijn;
 - *autismespectrumstoornis*: het kind heeft moeite met verbale en non-verbale communicatie, heeft repetitieve patronen in gedrag of interesses, heeft moeite om met veranderingen om te gaan;
 - middelenmisbruik.

De genoemde situaties of aandoeningen kunnen ook in combinatie voorkomen.

Aanvullend onderzoek naar ADHD

In samenspraak met het kind en de ouders wordt besloten of uitbreiding van de diagnostiek naar ADHD gewenst is.²⁰ Als er lichte beperkingen in het functioneren van kind en omgeving zijn, heeft het stellen van de diagnose ADHD geen consequenties voor het beleid. Aanvullend onderzoek is vooral zinvol als het gedrag leidt tot duidelijke beperkingen in het functioneren en als gedragstherapeutische interventies, al dan niet met medicatie, nodig zullen zijn om de problemen te verminderen. Het aanvullend onderzoek naar ADHD omvat een ontwikkelingsanamnese, afname

Tabel 1 Beleid bij ADHD, per diagnose

Diagnose	Aanvankelijk beleid	Vervolgbeleid bij onvoldoende effect
Probleemgedrag met lichte beperkingen in het functioneren	voorlichting, opvoedingsadviezen	opvoedingsondersteuning, eventueel aanvullend onderzoek naar ADHD
ADHD zonder psychiatrische comorbiditeit	voorlichting, begeleiding van ouder of leerkracht, eventueel gedragstherapie voor het kind binnen de huisartsen-voorziening of basis-GGZ	behandeling met methylfenidaat door huisarts of kinder- en jeugdpsychiater
ADHD met psychiatrische comorbiditeit ADHD met ernstige beperkingen in het functioneren ADHD bij kind jonger dan zes jaar	verwijzing naar gespecialiseerde GGZ	behandeling en begeleiding door gespecialiseerde GGZ

van vragenlijsten bij ouders, kind en school, een gesprek met het kind en observaties (bij voorkeur ook op school), zo nodig uitgebreid met (neuro)psychologisch onderzoek. Dit onderzoek kan plaatsvinden binnen de huisartsen-voorziening, mits voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:²¹

- aanwezigheid van voldoende kennis en expertise over ADHD (bijvoorbeeld bij een POH-GGZ Jeugd);
- aanwezigheid van effectieve begeleidings- en behandelmogelijkheden;
- samenwerking met een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist die ADHD als aandachtsgebied heeft, met een kinder- en jeugdpsychiater, met een kinderarts die ADHD als aandachtsgebied heeft en met een jeugdarts (zie *Samenwerking*);
- periodieke evaluatie van de zorg en van de samenwerking.

Als de huisartsenvoorziening niet kan voldoen aan de genoemde voorwaarden verwijst de huisarts het kind naar de generalistische basis-GGZ: een GZ-psycholoog, eerstelijnspsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP of orthopedagoog-generalist met ADHD als aandachtsgebied, mits er geen sprake is van ernstige of complexe problematiek (zie *Verwijzing*).²²

Evaluatie

Nadat de diagnostiek is afgerond, maakt de huisarts onderscheid tussen de volgende problemen:

- probleemgedrag met lichte beperkingen in het functioneren;
- ADHD zonder psychiatrische comorbiditeit;
- ADHD met psychiatrische comorbiditeit;

- ADHD met ernstige beperkingen in het functioneren;
- ADHD bij een kind jonger dan zes jaar.

RICHTLIJNEN BELEID

De huisarts bespreekt met de ouders of verzorgers en met het kind het beleid dat past bij de gestelde diagnose [tabel 1].

In de meeste gevallen is behandeling en begeleiding door de huisarts in samenwerking met behandelaars in de generalistische basis-GGZ aangewezen. Deze begeleiding kan ook in handen zijn van een POH-GGZ Jeugd. Voor de medicamenteuze behandeling is weinig wetenschappelijke onderbouwing; farmacotherapie is alleen op korte termijn bewezen effectief.

Beleid bij probleemgedrag met lichte beperkingen in het functioneren

De huisarts legt uit dat de symptomen kunnen passen bij een normale leeftijdsgebonden sociaal-emotionele ontwikkeling ('levendig', 'bruisend' of 'dromerig'), complexe psychosociale omstandigheden of opvoedingsmoeilijkheden. Naast stressvolle gebeurtenissen kan ook een overgangperiode op school gedragingen uitlokken die op ADHD lijken.²³ In samenspraak met het kind en de ouders worden de vervolgstappen bepaald.

In deze gevallen kan de huisarts algemene opvoedingsadviezen geven die zijn afgestemd op de wensen, behoeften en verwachtingen van de ouders of verzorgers en van het kind. Voorbeelden zijn: duidelijke grenzen stellen, consequent met gedrag omgaan, time-outs bieden bij aanhoudend negatief gedrag, goed gedrag belonen. Bij deze adviezen houdt de huisarts ook rekening met de

perceptie en acceptatie van het gedrag door de omgeving.

De huisarts kan, als de ouders en/of het kind dit wenselijk vinden, voor opvoedingsondersteuning verwijzen naar het Centrum voor Jeugd en Gezin (www.cjg.nl), naar de POH-GGZ Jeugd of naar een orthopedagoog.

Als de gedragsproblemen zich vooral op school voordoen, adviseert de huisarts de ouders eerst te overleggen met de school van het kind. Mogelijk ligt aan het gedrag een leerstoornis ten grondslag. Ook bij de JGZ kan informatie ingewonnen worden over begeleidingsmogelijkheden op school.

Beleid bij ADHD zonder psychiatrische comorbiditeit

De behandeling van een kind met ADHD zonder bijkomende psychiatrische aandoening volgt een stappenplan waarbij wordt begonnen met voorlichting en begeleiding voor de ouders en/of de leerkracht, en eventueel met gedragstherapie voor het kind. Als deze interventies onvoldoende effect hebben, kan medicamenteuze behandeling worden overwogen.

Een kind van 6 jaar en ouder met de diagnose ADHD zonder psychiatrische comorbiditeit kan behandeld worden in de huisartsenvoorziening, bijvoorbeeld door een POH-GGZ Jeugd die bekwaam is in de gedragstherapeutische begeleiding voor jeugdigen, mits er in de huisartsenvoorziening voldaan wordt aan de eerder genoemde voorwaarden (zie *Aanvullend onderzoek naar ADHD*).²⁴ Voor de leerkrachtbegeleiding zal samenwerking nodig zijn met de school en/of een orthopedagoog of psycholoog.

Het is ook mogelijk alle gedragsinterventies te laten uitvoeren door een orthopedagoog of psycholoog buiten de huisartsenvoorziening. De huisarts komt dan weer in zicht wanneer deze interventies onvoldoende verbetering opleveren en medicamenteuze behandeling wordt overwogen. De medicatie kan worden gestart door de huisarts zelf of door een kinder- en jeugdpsychiater.

Bij de start van een behandeling stelt de huisarts samen met de ouders en het kind de te bereiken doelen vast, zoals

minder problematisch gedrag (bijvoorbeeld rustiger en meegaander), toename van de concentratie, verbetering van de planning en verbetering van de schoolresultaten. Verder wordt vastgelegd hoe het effect beoordeeld en getoetst gaat worden, daarbij inbegrepen de afspraken die met andere behandelaren zijn gemaakt.

VOORLICHTING

De voorlichting over ADHD bevat informatie over de aandoening, over mogelijke beïnvloedende factoren (erfelijkheid en omgeving), over de gevolgen voor kind en gezin en over hoe om te gaan met de problemen.²⁵ Betrek, afhankelijk van de leeftijd, het kind zo veel mogelijk bij de voorlichting, die zich vooral op de ouders richt. Daarbij is het belangrijk aan de ouders mee te geven dat hun medewerking belangrijk is en de voorlichting af te stemmen op de wijze waarop zij hun kind kunnen en willen ondersteunen. Het is ook belangrijk de ouders te vragen naar hun verwachtingen en oog te hebben voor hun mogelijk beperkte vaardigheden en competenties (doordat zij bijvoorbeeld zelf ADHD hebben of in slechte sociaal-economische omstandigheden verkeren). In de voorlichting aan ouders moet in elk geval het volgende onder de aandacht komen:

- maak duidelijk hoe belangrijk de omgeving voor het kind is en dat de ouders zelf degenen zijn die de meeste invloed hebben op het kind;
- leg het verschil uit tussen onwil en onvermogen van het kind dat ADHD heeft;
- geef inzicht in de neergaande vicieuze cirkel die ontstaat als de ouders het gedrag van een kind steeds als onwil benoemen: het kind reageert met boosheid en teleurstelling en lokt zo opnieuw negatieve reacties van de ouder uit, dat lokt weer boosheid en teleurstelling uit bij het kind, enzovoort.

Bij de opvoedingsadviezen wijst de huisarts de ouders op het belang van opvoedingsprincipes die voor alle kinderen gelden: duidelijke grenzen stellen, consequent met gedrag omgaan, time-outs en beloningen geven. Aanvullend kun-

nen onderstaande adviezen en tips worden gegeven.²⁶

- Maak regels en dagindeling zo duidelijk mogelijk, met een grote mate van voorspelbaarheid, en structureer situaties zo veel mogelijk in *handelen* (regelmaat, vaste routines in regels), *tijd* (opstaan, eten, slapen), *taal* (korte, duidelijke zinnen en woorden) en *ruimte* (alles zijn vaste plaats). Bijvoorbeeld: op vaste tijden naar bed en opstaan; regelmatig eten aan tafel; geen computergebruik of andere elektronische communicatie voor het naar bed gaan; elke ochtend de dagplanning doorspreken.
- Ondersteun het dagprogramma visueel met pictogrammen, een planbord, agenda of apps.
- Beloon goed gedrag direct en ontmoedig ongewenst gedrag door er consequenties aan te verbinden. Het is belangrijk dit vooraf goed te bespreken met het kind.
- Werk aan een positief en realistisch zelfbeeld voor het kind.
- Betrek het kind bij de aanpak en bij mogelijke oplossingen. Maak afspraken waarnaar u later kunt verwijzen; zet ze zo nodig op schrift en maak er niet te veel tegelijk (maak een hiërarchie en begin met de belangrijkste).
- Wees u ervan bewust dat kinderen met ADHD een groter probleem hebben met concentratie en hyperactiviteit als er hoge eisen aan ze worden gesteld, en ook bij opdrachten die niet uitdagend genoeg zijn (ze moeten dan extra gemotiveerd worden).
- Zorg voor beweging: laat het kind klusjes doen waarbij het kan bewegen, zoek een geschikte sport of bewegingsactiviteit.
- Houd er rekening mee dat het niet altijd meteen goed gaat: kinderen met ADHD hebben vaker uitleg en meer herhaling nodig dan anderen en het inslijten van routines kost meer tijd.

In aansluiting op de mondelinge voorlichting kan de huisarts ouder en kind verwijzen naar de informatie over ADHD op www.thuisarts.nl, de publiekswaarschuwingswebsite van het NHG, of via het HIS de betreffende tekst meegeven,

die gebaseerd is op de NHG-Standaard. Daarnaast zijn er websites zoals die van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrum-kjp.nl), Brainwiki voor kinderen (www.brainwiki.nl) en Balans, vereniging van ouders van kinderen met ontwikkelingsstoornissen bij leren en gedrag (voor ouders www.balansdigitaal.nl, voor kinderen www.balansbabbels.nl). Het Trimbos-instituut heeft een site ontwikkeld met informatie voor jongeren (www.adhd.nl).

BEGELEIDING VAN OUDERS EN LEERKRACHTEN; GEDRAGSTHERAPIE VOOR HET KIND

Ouderbegeleiding en gedragstherapie voor het kind kunnen worden uitgevoerd door een psycholoog of orthopedagoog, of door een POH-GGZ Jeugd die hierin bekwaam is (bij voorkeur degene die ook de diagnostiek heeft gedaan).²⁷ Leerkrachtbegeleiding zal meestal door een orthopedagoog of psycholoog worden gedaan. Welke vorm men kiest, hangt af van de problemen die op de voorgrond staan.

- *Oudertraining:* gedragstherapeutische oudertraining (mediatietherapie), in een groep of individueel, is gericht op het veranderen van het gedrag van het kind via de ouders. Ouders leren de omgeving te structureren en voorspelbaar te maken, en hun verwachtingen en eisen aan te passen aan de mogelijkheden van het kind. Verder leren zij gewenst gedrag nadrukkelijk te belonen en op ongewenst gedrag onmiddellijk te reageren met negatieve consequenties.
- *Leerkrachttraining:* gedragstherapeutische leerkrachttraining bestaat uit het leren invoeren van structureringsmaatregelen in de klas en uit het leren ontwerpen en uitvoeren van een geïndividualiseerd en gestructureerd beloningsprogramma, waarvan het direct reageren op ongewenst, niet-taakgericht gedrag en het nadrukkelijk positief reageren op adequaat en taakgericht gedrag de kern vormt.
- *Gedragstherapie voor het kind:* dit behelst het aanleren van zelfregulatie- en

probleemoplossingsstrategieën. Aanvullende behandelingen kunnen nodig zijn voor specifieke problemen, zoals beperkte sociale vaardigheden, een laag zelfbeeld of conflicten in het gezin.

De inhoud en duur van de behandelingen kan variëren; gemiddeld zijn er acht tot twintig sessies nodig. De beoordeling van het effect vindt plaats nadat de behandeling afgerond is.

Andere therapieën die aangeboden worden ter behandeling van ADHD, zoals neurofeedback of dieet, hebben slechts een zeer beperkt (additioneel) effect en worden daarom niet aanbevolen.^{28,29}

Medicamenteuze behandeling

Als voorlichting, ouder- en leerkrachtbegeleiding en gedragstherapie voor het kind tot onvoldoende verbetering leiden, kan in samenspraak met de ouders en het kind medicatie worden overwogen. Medicatie lijkt vooral op korte termijn te leiden tot vermindering van de hyperactiviteit, verbetering van het concentratievermogen en een beter functioneren. Het bewijs voor de effectiviteit van medicatie is echter van lage kwaliteit, en de werkzaamheid en veiligheid op lange termijn zijn niet onderzocht. Voor het functioneren en de (school)resultaten op de langere termijn blijkt het weinig uit te maken of het kind al dan niet medicatie heeft gebruikt; de ernst van de gedragskenmerken en de mate van beperking op het moment van de diagnose hebben daarop een veel grotere invloed.³⁰

De meestgebruikte geneesmiddelen bij kinderen met ADHD zijn methylfenidaat, dexamfetamine en atomoxetine. Methylfenidaat en dexamfetamine zijn psychostimulantia en vallen onder de Opiumwet. Atomoxetine remt de heropname van noradrenaline en valt niet onder deze wet. In Nederland zijn alleen methylfenidaat en atomoxetine geregistreerd voor de behandeling van ADHD, en wel bij kinderen van zes jaar en ouder. Methylfenidaat is het middel van eerste keus.³¹

Bij kinderen van zes jaar en ouder met ADHD zonder psychiatrische co-

morbiditeit kan de huisarts starten met methylfenidaat in samenspraak met de ouders en met de psycholoog of orthopedagoog als het kind daar nog onder behandeling is.³² Hij kan de start echter ook overlaten aan de kinder- en jeugdpsychiater. Het voorschrijven door de huisarts van ADHD-medicatie aan kinderen onder de zes jaar wordt afgeraden, evenals het initiëren van dexamfetamine en atomoxetine.³³

Voordat methylfenidaat wordt voorgeschreven, controleert de huisarts of er contra-indicaties zijn (hypertensie, convulsies in de anamnese, glaucoom, (aangeboren) cardiale aandoeningen of plotse hartdood in de familie).³⁴ Als er contra-indicaties zijn, consulteert of verwijst de huisarts naar een kinderarts met ADHD als aandachtsgebied.

De huisarts stelt samen met de ouders en het kind de te bereiken doelen vast en informeert hen over de te verwachten bijwerkingen, zoals verminderd reactievermogen, verminderde eetlust, slaapproblemen vooral na inname later op de middag of aan het begin van de avond, invloed op de stemming, veranderingen in bloeddruk en hartfrequentie, en groeivertraging. Alvorens de medicatie te starten, bepaalt de huisarts lengte en gewicht van het kind en legt deze vast in een groeidiagram (zie www.tno.nl/groei). Ook bloeddruk (denk aan de juiste manchetmaat) en hartfrequentie worden genoteerd.

De medicatie start met een kortwerkende tablet methylfenidaat en wordt getitreerd tot de juiste dosering bereikt is (zie *Stappenplan*). De dosering van methylfenidaat wordt afgestemd op het door het kind en de ouders gerapporteerde gedrag en op eventuele bijwerkingen. Ook de verdeling over de dag wordt aangepast aan de behoefte (bijvoorbeeld voor de avond wel als dat nodig is om huiswerk te kunnen maken). Er zijn aanwijzingen dat sommige adolescenten toe kunnen met een relatief lagere dosering (ten opzichte van het lichaamsgewicht) dan jongere kinderen.

Langwerkende vormen van methylfenidaat zijn geen eerste keus; de kortwerkende vorm kan worden omgezet naar een langwerkende wanneer er

problemen zijn met de therapietrouw of bij sterke reboundverschijnselen (plots terugkeren van symptomen wanneer het middel is uitgewerkt, met negatieve gevolgen voor bijvoorbeeld huiswerk en avondactiviteiten). Vooral in het voortgezet onderwijs kunnen patiënten of hun ouders een voorkeur ontwikkelen voor langwerkend methylfenidaat vanwege het gebruiksgemak en betere therapietrouw bij toediening eenmaal daags. Voor de langwerkende vorm kan een aanzienlijke eigen bijdrage gevraagd worden. De werkingsduur van een kortwerkende tablet methylfenidaat is doorgaans drie tot vijf uur en die van langwerkende preparaten acht tot twaalf uur, maar individuele variatie komt voor. Langwerkende preparaten geven een deel van het methylfenidaat direct af en een deel gereguleerd; door kinetische verschillen zijn de langwerkende preparaten onderling niet zonder meer uitwisselbaar.

Bij de start van methylfenidaat treden vaak bijwerkingen op, zoals inslaapproblemen, verminderde eetlust, hoofdpijn, toegenomen prikkelbaarheid en buikpijn. De meeste bijwerkingen verminderen één à twee weken na de start en verdwijnen als de behandeling wordt gestopt of de dosering wordt verminderd (zie [tabel 4]). De huisarts vraagt expliciet naar een effect op de stemming omdat nogal wat kinderen minder levenslustig worden door methylfenidaat.

De huisarts staakt het middel als er bij de maximale dosering die zonder hinderlijke bijwerkingen verdragen wordt geen verbetering van symptomen optreedt.

STAPPENPLAN MEDICAMENTEUZE BEHANDELING BIJ KINDEREN VAN 6 JAAR EN OUDER

– *Stap 1*: start met 2 of 3 maal daags (afhankelijk van de gewenste behandeluur: acht of twaalf uur) een kortwerkende tablet methylfenidaat, uitgaande van 0,3 mg per kg lichaamsgewicht per dag. Overweeg (bij 3 maal daags) een lagere laatste dagdosis om slaapproblemen te voorkomen. Geef de

laatste dosis uiterlijk 4 uur voor bedtijd (meestal ongeveer om 16:00 uur).

- *Stap 2a:* verhoog op geleide van effect en/of bijwerkingen de dosering kortwerkend methylfenidaat wekelijks met 2,5-5 mg per dosis. De maximale dosis is 2 mg/kg lichaamsgewicht per dag tot een maximum van 60 mg. De gebruikelijke onderhoudsdosering is 0,6-0,8 mg/kg lichaamsgewicht per dag in 2 of 3 doses.
- *Stap 2b:* vervang bij sterke reboundverschijnselen of problemen met therapietrouw de kortwerkende tablet door langwerkend methylfenidaat (zie [tabel 2]). Een preparaat met een werkingsduur van 8 uur kan even hoog worden gedoseerd als de kortwerkende 2 maal daagse dosis. Een preparaat met een werkingsduur van 12 uur moet iets hoger gedoseerd worden: eenmaal daags 18 mg komt overeen met 3 maal daags 5 mg.

Let bij het voorschrijven van methylfenidaat goed op de toedieningsvorm: sommige fabrikanten leveren onder hetzelfde merk zowel kort- als langwerkende preparaten. Ook kan het tijdstip van inname per preparaat verschillen.

Controles

Bij de controles vraagt de huisarts hoe het met de klachten thuis en op school gaat. Hij is daarbij bedacht op aanwijzingen voor andere psychiatrische aandoeningen die nadere diagnostiek of behandeling behoeven.

Indien de patiënt medicamenteus wordt behandeld, bespreekt de huisarts:

- effecten van de medicatie (zijn er nog hinderlijke ADHD-symptomen?);
- werkingsduur (is er sprake van 'gedragsrebound?);
- tevredenheid met de medicatie en daarmee samenhangende therapietrouw. Vooral pubers en adolescenten houden zich minder vaak aan de medicatievoorschriften, bijvoorbeeld omdat ze die vergeten (aandachtstekort). Stigmatisering door klasgenoten en diversion (de patiënt laat anderen zijn medicatie gebruiken of verkoopt die door aan anderen)³⁴ kunnen vooral op school ertoe leiden dat jongeren hun

medicatie niet goed innemen. Het is belangrijk bij pubers en adolescenten eventueel misbruik van (genees)midelen uit te vragen;

- bijwerkingen (dysforie, slecht slapen, hoofdpijn, nervositeit, eetlustvermindering);³⁵
- andere psychische klachten (tics, agressief gedrag, suïcidaal gedrag, angst, agitatie, depressie, psychose).

Als de medicatie onvoldoende effect heeft op de ADHD-symptomen wordt de dosering in kleine stapjes opgehoogd of anders verdeeld over de dag (zie *Stapplan*), met een- of tweewekelijkse controle.

Als er bijwerkingen optreden, past de huisarts de medicatie aan (zie [tabel 4] voor behandelopties). Eén of twee weken na de aanpassing volgt opnieuw een controle. Zo nodig overlegt de huisarts met een apotheker of een kinder- en jeugdpsychiater.

Bij iedere controle bepaalt de huisarts lengte en gewicht en legt deze vast in een groeidiagram (www.tno.nl/groei); ook meet hij de bloeddruk (bij jon-

gere kinderen met een kindermanchet) en de hartfrequentie, en vergelijkt deze met de vorige meting(en).

Bij verminderde eetlust en een gewichtsverlies van 1-2 kg kan de huisarts het kind adviseren voor het slapen gaan nog wat te eten. Als de lengtegroei stopt (6 maanden niet gegroeid en gewichtsverlies), verwijst de huisarts het kind naar een kinderarts. Bij een verhoogde hartfrequentie of bij een verhoogde bloeddruk (per leeftijdscategorie en geslacht) [tabel 3]³⁶ overlegt de huisarts met een kinder- en jeugdpsychiater of kinderarts met aandachtsgebied ADHD of de medicatie gewijzigd moet worden.

Bij voldoende effect en stabiele instelling wordt de frequentie van de controles geleidelijk afgebouwd naar eens in de 6 maanden.

Een kind dat niet-medicamenteus wordt behandeld en daarnaast ook methylfenidaat gebruikt, wordt (bij adequate instelling) minimaal eens in de 6 maanden gecontroleerd door de huisarts.³⁷ Als een kind vanuit de gespecialiseerde GGZ wordt terugverwezen naar de huisarts omdat het gedrag na instel-

Tabel 2 Schema voor omzetten van kortwerkend naar langwerkend methylfenidaat

Kortwerkend (4 uur)	Langwerkend (8 uur)	Langwerkend (12 uur)
2 dd 5 mg	1 dd 10 mg	ter verlenging van 8 naar 12 uur: 1 dd 18 mg
3 dd 5 mg	1 dd 10 mg + 1 dd kortwerkend 5 mg	1 dd 18 mg
2 dd 7,5 mg	1 dd 15 mg	ter verlenging van 8 naar 12 uur: 1 dd 27 mg
3 dd 7,5 mg	1 dd 15 mg + 1 dd kortwerkend 7,5 mg	1 dd 27 mg
2 dd 10 mg	1 dd 20 mg	ter verlenging van 8 naar 12 uur: 1 dd 36 mg
3 dd 10 mg	1 dd 20 mg + 1 dd kortwerkend 10 mg	1 dd 36 mg
2 dd 15 mg	1 dd 30 mg	ter verlenging van 8 naar 12 uur: 1 dd 54 mg
3 dd 15 mg	1 dd 30 mg + 1 dd kortwerkend 15 mg	1 dd 54 mg
2 dd 20 mg	1 dd 40 mg	niet mogelijk wegens overschrijding maximale dagdosis (54 mg)
3 dd 20 mg	1 dd 40 mg + 1 dd kortwerkend 20 mg	niet mogelijk wegens overschrijding maximale dagdosis (54 mg)
2 dd 25 mg	1 dd 50 mg	niet mogelijk wegens overschrijding maximale dagdosis (54 mg)

De dosering langwerkend methylfenidaat kan worden verhoogd met intervallen van 1 of 2 weken op geleide van effect en/of bijwerkingen: 5-10 mg per dag (werkingsduur 8 uur) of 9-18 mg per dag (werkingsduur 12 uur).

Maximale dagdoseringen: 60 mg (werkingsduur 4 uur of 8 uur); 54 mg (werkingsduur 12 uur).

Bij omzetting van 3 maal daags kortwerkend methylfenidaat naar een preparaat met een werkingsduur van 8 uur kan op het eind van de dag nog een dosering kortwerkend methylfenidaat nodig zijn.

ling op methylfenidaat of dexamfetamine in een stabiele fase is gekomen, kan de huisarts de (medicatie)controles voortzetten. Voorwaarde is wel dat de terugverwijzing vergezeld gaat van duidelijke rapportage en instructies, en dat er voldoende consultatiemogelijkheden zijn.

Deze standaard adviseert de controles van een kind dat wordt behandeld met atomoxetine bij de kinder- en jeugdpsychiater te laten. De huisarts schrijft alleen tussentijds herhaalmedicatie voor als het kind op de halfjaarlijkse controleafspraken verschijnt.

Doordat langetermijnonderzoek ontbreekt zijn er geen algemene aanbevelingen mogelijk over de gewenste duur van de farmacotherapie. De keus om te stoppen of door te gaan kan alleen op individuele basis gemaakt worden. ADHD-medicatie kan in principe in één keer gestopt worden, al kan het bij hogere doseringen nodig zijn om daarna in twee stappen weer op te bouwen vanwege bijwerkingen.

Overweeg bijvoorbeeld jaarlijks een medicatievrije periode van één à twee weken in een representatieve periode, zoals een normale schoolweek, om te bepalen of voortzetting nog zinvol is. Verwar daarbij aanvankelijke rebound-

effecten niet met opkomende gedragskenmerken van ADHD.³⁸ Men zou ook de school bij deze proefstops kunnen betrekken, als de ouders en/of het kind ermee instemmen, omdat het effect bij uitsteking daar zichtbaar is.

In plaats van proefstops kan de huisarts ook aan de patiënt vragen of die de medicatie weleens een paar dagen achtereen 'vergeten' is en wat daarvan dan de effecten waren.

Als schoolproblemen op de voorgrond staan, kan overwogen worden de medicatie in de weekenden en schoolvakanties te stoppen.

In de regel wordt ADHD-medicatie tijdens of kort na de puberteit gestaakt. Als het bij een 18-jarige nog niet lukt te stoppen omdat de ongewenste gedragskenmerken terugkeren, kan langdurige voortzetting van de behandeling nodig zijn. De veiligheid en werkzaamheid van ADHD-medicatie bij langdurig gebruik zijn echter niet onderzocht.

Bij adolescenten moet rekening worden gehouden met de invloed van ADHD en ADHD-medicatie op rijgeschiktheid en rijgedrag. Het CBR eist op dit moment bij de diagnose ADHD en/of gebruik van ADHD-medicatie een keuring bij de eerste aanvraag van het rijbewijs.³⁹

Verwijzing

De huisarts verwijst naar de generalistische basis-GGZ bij vermoeden van een leerstoornis of twijfel aan de verstandelijke vermogens.

De huisarts verwijst naar de gespecialiseerde GGZ (kinder- en jeugdpsychiater):

- indien het kind jonger is dan 6 jaar.
- bij ernstige beperkingen in het functioneren (bijvoorbeeld blijvend uit schoolvermijding of schorsing);
- bij ernstige opvoedingsproblematiek of weinig draagkracht van het gezin (bijvoorbeeld ouders, broers of zussen met psychiatrische problematiek);
- bij vermoeden van een comorbide psychiatrische aandoening (zie *Overwegingen*);
- bij vermoeden van (kleine) criminaliteit;
- bij onvoldoende effect van voorlichting, gedragsmatige interventies en methylfenidaat of als methylfenidaat niet goed verdragen wordt.

De huisarts verwijst naar een kinderarts met ADHD als aandachtsgebied bij een (vermoede) onderliggende somatische aandoening (zoals gehoorprobleem).

Samenwerking

Bij de zorg voor kinderen en jeugdigen met gedragsproblemen of (vermoede) ADHD zijn naast de huisarts en de POH-GGZ Jeugd ook andere disciplines betrokken, zoals jeugdartsen, kinder- en jeugdpsychiaters, kinderartsen, psychologen, orthopedagogen en leerkrachten. Samenwerking is onontbeerlijk, onder andere door elkaar bijtijds te informeren en te consulteren over diagnoses, effecten van interventies en wijziging van beleid of indien zich onverwachte ontwikkelingen voordoen. De standaard adviseert om regionaal en lokaal met alle zorg- en hulpverleners afspraken te maken hoe deze samenwerking het beste vorm kan worden gegeven. Regel daarbij onderlinge gegevensuitwisseling, indicaties voor verwijzing, terugverwijzing, consultatie, rapportage, taakafbakening en de verdeling van de controles bij gedeelde zorg.

Hierna volgen enige adviezen over samenwerking in de opeenvolgende fa-

Tabel 3 Bovengrens van het normale bereik van bloeddruk en hartfrequentie naar leeftijd en geslacht

Leeftijd (jaren)	Bloeddruk jongens (mmHg)		Bloeddruk meisjes (mmHg)		Hartfrequentie
	systolisch	diastolisch	systolisch	diastolisch	
6	105	68	104	68	120/min
7	106	70	106	69	120/min
8	107	71	108	71	120/min
9	109	72	110	72	120/min
10	111	73	112	73	120/min
11	113	74	114	74	120/min
12	115	74	116	75	100/min
13	117	75	117	76	100/min
14	120	75	119	77	100/min
15	120	76	120	78	100/min
16	120	78	120	78	100/min
17	120	80	120	78	100/min
18	120	80	120	80	100/min

Tabel 4 Bijwerkingen van psychostimulantia en hun behandelopties⁴⁰

Bijwerking	Behandelopties
Slaapproblemen	Slaapt het kind moeilijk in sinds het gestart is met ADHD-medicatie, verlaag dan de laatste dosering van de dag of vervroeg de laatste inname naar laat in de middag. Overweeg melatonine alleen bij hardnekkige klachten met ernstige impact wanneer gedragsmatige interventies niet toereikend zijn. De startdosis is melatonine (zonder geregleerde afgifte) 1-2 mg 1 dd, op geleide van het effect te verhogen tot maximaal 3 mg 1 dd. Adviseer het middel te stoppen bij ontbreken van effect. ⁴¹
Duizeligheid en hoofdpijn	Informeer naar het moment van optreden. Hoofdpijn en duizeligheid kunnen een teken zijn dat de medicatie is uitgewerkt (zodat een langwerkend preparaat kan worden overwogen) of juist door het middel zelf worden opgewekt (zodat dosisverlaging nodig is). Controleer de bloeddruk, zorg dat de medicatie wordt ingenomen tijdens de maaltijd.
Hyperactiviteit	Informeer naar het moment van optreden, omdat dit een teken kan zijn dat de medicatie is uitgewerkt (zodat de frequentie van doseren moet worden opgehoogd van 2 naar 3 maal daags). Stimulantia kunnen averechts werken en dus een toename van onrust en hyperactiviteit veroorzaken. Het middel moet dan gestopt worden.
Anorexia, misselijkheid, gewichtsafname	Leg lengte en gewicht vast in een groeidiagram. Adviseer de medicatie tijdens of net na de maaltijd in te nemen. Adviseer bij gewichtsafname tussendoortjes te nemen en voor het slapen extra te eten. Overweeg de dosering te verlagen of de medicatie te stoppen in het weekend en in vakanties.
Groeiproblemen	Verwijs naar de kinderarts indien de lengtegroei stopt (6 maanden niet gegroeid met gewichtsverlies; groeicurve).
Onwillekeurige bewegingen, tics	Verminder of stop de medicatie. Overweeg als primaire diagnose het syndroom van Gilles de la Tourette en verwijs hiervoor naar de gespecialiseerde GGZ.
Spontaniteitverlies	Overweeg de dosering te verlagen.
Dysforie, agitatie, angst	Overweeg comorbiditeit. Verminder of stop de medicatie. Stop de medicatie wanneer een psychose of een bipolaire stoornis wordt vermoed en verwijs hiervoor naar de gespecialiseerde GGZ.
'Gedragsrebound' na laatste dosis	Verminder de laatste dosis van de dag of spreid de middagdosing over twee doses. Overweeg langwerkend methylfenidaat.

sen van de hulp aan kinderen met gedragsproblemen die mogelijk verband houden met ADHD.

ORIËNTATIEFASE

Het is aan te bevelen samenwerkingsafspraken te maken met de JGZ en daarin vast te leggen dat een afwijkende ontwikkeling en afwijkende resultaten van de SDQ automatisch door de JGZ aan de huisarts worden gerapporteerd. De JGZ heeft gegevens over de ontwikkeling van het kind en het gezin waarin het opgroeit. In de oriënterende fase kan de huisarts deze informatie opvragen bij de JGZ. Vaak kan hij dan ook informatie krijgen over andere interventies die al zijn verricht. Informatie over de situatie op school en maatregelen die daar reeds zijn ingezet is te verkrijgen via de JGZ of direct bij de school (bij voorkeur via een vaste contactpersoon). Jeugdartsen zijn te bereiken via de lokale GGD's. In sommige regio's is het de JGZ die de begeleiding van kinderen met gedragsproblemen coördineert.

DIAGNOSTISCHE FASE

Binnen de huisartsenvoorziening kan expertise inzake de diagnostiek van

ADHD aanwezig zijn, bijvoorbeeld bij de huisarts, de POH-GGZ Jeugd of de orthopedagoog of psycholoog met ADHD als aandachtsgebied die er werkzaam zijn. De diagnostiek binnen de huisartsenvoorziening dient geprotocolleerd plaats te vinden en de samenwerking met andere relevante behandelaren moet geregeld zijn.

Is de expertise niet in de eigen praktijk aanwezig, dan kan de huisarts voor verdere diagnostiek verwijzen naar een orthopedagoog of psycholoog, of in het geval van ernstige beperkingen naar een kinder- en jeugdpsychiater. Orthopedagogen die geregistreerd zijn als OG (orthopedagoog-generalist) of in het BIG-register mogen DSM-diagnoses stellen, evenals GZ-psychologen en kinder- en jeugdpsychologen NIP. Bij de diagnostiek en behandeling van ADHD wordt ook vaak samengewerkt met kinderartsen of kinder- en jeugdpsychiaters. De aanwezigheid en ervaring van deze beroepsgroepen verschilt per regio, daarom is het voor de huisarts belangrijk inzicht te hebben in de sociale kaart van de regio. De standaard adviseert te verwijzen naar een beperkt aantal hulpverleners, zodat men bekend raakt met

elkaars mogelijkheden en werkwijze. Tevens is het van belang om samenwerkingsafspraken te maken.

De diagnose en behandeling van ADHD vallen onder de GGZ en daarmee onder de beleidsregels rond het hoofdbehandelaarschap GGZ.⁴² In deze beleidsregels is de kinderarts niet aangewezen als hoofdbehandelaar en het is dus niet de bedoeling dat de huisarts voor de diagnostiek en behandeling van ADHD-gedragingen doorverwijst naar een kinderarts, tenzij deze kinderarts gespecialiseerd is in ADHD en samenwerkt met GZ-psychologen.

BEHANDELFASE

Voorlichting kan gegeven worden in de huisartsenvoorziening, maar ook elders. Ouder- en leerkrachtbegeleiding en gedragstherapie voor het kind zullen veelal plaatsvinden bij een psycholoog of orthopedagoog die gespecialiseerd is in de begeleiding van (ouders van) kinderen met ADHD, of bij een POH-GGZ met bekwaamheid in de gedragstherapeutische begeleiding van jeugdigen.

De behandelaar is bij voorkeur degene die ook de diagnostiek heeft gedaan. Het is raadzaam hierover lokaal of re-

Totstandkoming

Nadat werd besloten te beginnen met de ontwikkeling van een NHG-Standaard ADHD bij kinderen werd in 2012 een werkgroep geformeerd. Deze bestond uit de volgende leden: M.P.J. Beeres, huisarts te Hoevelaken en kaderhuisarts GGZ; S. van Manen, huisarts te 's-Hertogenbosch en kaderhuisarts GGZ; dr. L.J.A. Hassink-Franke, huisarts te Bunnik en kaderhuisarts GGZ; H. Eekhof, huisarts te Diemen; A. Kruishoop, huisarts te Utrecht; F. Stijntjes, huisarts te Oene.

De volgende personen zijn enkele malen aanwezig geweest bij de werkgroepbijeenkomsten en voorzagen de tekst van commentaar: dr. E.A. Fliers, sociaal pediatr namens de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), werkzaam bij Virenze te Gorinchem; H. Haanstra, kinderarts te Boxmeer namens de NVK, verving E. Fliers eenmalig in maart 2014; R. Stoffelsen, kinder- en jeugdpsychiater namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), werkzaam bij de Bascul te Duiwendrecht; C.L. Wensing-Souren, arts maatschappij en gezondheid, tak jeugdgezondheidszorg, namens Artsen Jeugdgezondheid Nederland (AJN); M. van der Zalm-Grisnich, orthopedagoog, namens de Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO) en werkzaam bij Concordium Orthopedagogische Praktijk te Gorinchem. R. Rodrigues Pereira, kinderarts te Rotterdam namens de NVK, voorzag de tekst gedurende het traject enkele malen van commentaar. Dr. M.J.P. van Avendonk en L. de Vries (tot maart 2014), wetenschappelijk medewerkers van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, begeleiden de werkgroep. Dr. Tj. Wiersma was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker, M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie en dr. J.S. Burgers als hoofd van afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap. M. van Venrooij was betrokken als medewerker van de afdeling Implementatie.

De volgende personen meldden belangenverstengeling over de periode 2012 tot en met 2014. Dr. L. Franke-Hassink was als huisarts-onderzoeker verbonden aan een onderzoeksproject bij de Tornadopoli Nijmegen; dr. E. Fliers was bestuurslid van het

ADHD Netwerk en mede-oprichter van de Levenslooppoli ADHD van de Parnassia Bavo groep; R. Rodrigues Pereira is voorzitter van het ADHD Netwerk. Door de overigen werd geen belangenverstengeling gemeld. Meer details hierover zijn te vinden in de webversie van de standaard op www.nhg.org.

In december 2013 werd de ontwerpstandaard besproken in een focusgroep onder leiding van F. Jacobi, wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie, die werd bijgewoond door negen huisartsen. Tegelijkertijd werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar een aantal referenten gestuurd, te weten: K. Schutte, apotheker, adviseur geneesmiddelenzorg, namens het College voor Zorgverzekeringen (CVZ); K. de Leest, apotheker, D.M. Titre, apotheker, P.N.J. Langendijk, ziekenhuisapotheker, E. Stronkhorst, semi-apotheker/stagiair ziekenhuisfarmacie, S.F. Harkes-Idzinga, apotheker, D. Dost, apotheker en dr. T. Schalekamp, apotheker, allen namens de Werkgroep voor Farmacotherapie en Geneesmiddelinformatie (WFG) en het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts & Wetenschap*; J.J. Oltvoort, senior beleidsmedewerker gezondheidseconomie, namens Nefarma; dr. H.J.M.G. Nelissen-Vrancken, apotheker, namens het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM); dr. N. Dekker, huisarts, namens Domus Medica te België (de Vlaamse huisartsenvereniging); J.J.M. van den Brule, jeugdarts, arts maatschappij en gezondheid, werkzaam bij GGD Hollands Midden, en I. Swaans, arts maatschappij en gezondheid, jeugdarts, werkzaam bij GGD regio Utrecht en UMC Utrecht, Julius centrum, beiden namens AJN; dr. M.J.T. Oud, huisarts en voorzitter Expertgroep Kaderhuisartsen GGZ (PsyHAG); dr. L. Batstra, orthopedagoog te Groningen; prof.dr. J.K. Buitelaar, kinder- en jeugdpsychiater, werkzaam bij het Radboud UMC en Karakter kinder- en Jeugdpsychiatrie; dr. E.F. van den Ban, kinder- en jeugdpsychiater, werkzaam bij Altrecht jeugd, zorgdomein ADHD en gedragsstoornissen; dr. J.A.M. Widdershoven, kinderarts, werkzaam bij het Jeroen Bosch ziekenhuis te 's-Hertogenbosch;

M. Hoetjer, kinderarts, werkzaam bij het Diaconessenhuis te Utrecht; H.C. Moonenburgh, huisarts te Katwijk; D. Walstock, huisarts en kaderhuisarts GGZ, werkzaam bij het MC Eudokia, HO-VUmc en Zorggroep Thoon; em.prof.dr. F. Boer, kinder- en jeugdpsychiater n.p.; prof.dr. R. Vermeiren, kinder- en jeugdpsychiater, werkzaam bij Curium-LUMC en VUmc, en L.J. Kalverdijk, kinder- en jeugdpsychiater, werkzaam bij Accare te Groningen, beiden namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP); N. van Doremalen, kinder- en jeugdpsycholoog, dr. D. Slaats-Willemse, klinisch neuropsycholoog, en dr. H. Roozen, GZ-psycholoog verslavingszorg, allen namens het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP); dr. Y.M. Dijkhoorn, gedragswetenschapper orthopedagoog, werkzaam bij Universiteit Leiden, afdeling Orthopedagogiek Ambulatorium, namens de Nederlandse vereniging van pedagogogen en onderwijskundigen (NVO); J. Seeleman, POH-GGZ, namens de Landelijke Vereniging POH-GGZ; K. van den Bos en A. Krug, beleidsmedewerkers, namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Op basis van de uitkomsten van de focusgroepdiscussie en de commentaren van de referenten werd de tekst nog op verschillende onderdelen bijgesteld. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. Dr. R. Starmans en J. van Dongen hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) tijdens de commentaaronderzoek beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het basisplan. In mei 2014 werd de standaard besproken in de NHG-Autorisatiecommissie (AC), waarna zij nog enkele aanpassingen onderging en in juli 2014 werd geautoriseerd.

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

gionaal afspraken te maken met psychologen en orthopedagogen.

Het starten van methylfenidaat door de huisarts wordt bij voorkeur gedaan in samenspraak met de andere begeleiders en behandelaren van het kind, zoals jeugdarts, psycholoog, orthopedagoog

en school. Als de huisarts de medicatiecontrole overneemt van een kinder- en jeugdpsychiater is het gewenst dat daarbij wordt vastgelegd hoe de consultatie verloopt indien zich tussentijds problemen voordoen en wat de indicaties zijn voor eventuele terugverwijzing.

© 2014 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en de literatuur www.nhg.org, rubriek NHG-Standaard.

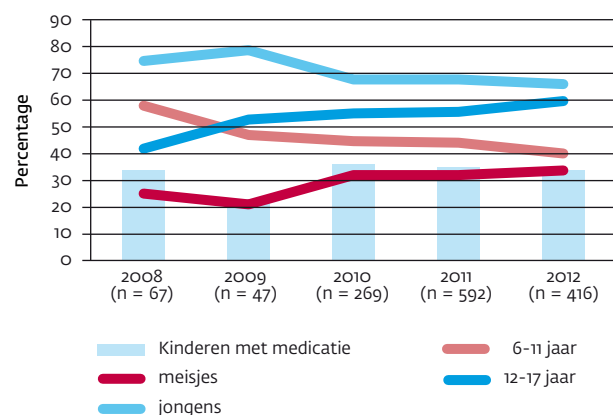
Meer kinderen met ADHD

Probleemgedrag bij kinderen staat volop in de belangstelling. Er is vooral zorg rond overdiagnostiek en overbehandeling van het probleemgedrag. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) staat hierbij op de voorgrond. Ook huisartsen worden regelmatig geconsulteerd in verband met vragen over ADHD. De nieuwe NHG-Standaard ADHD bij kinderen (zie pagina 584) geeft de huisarts handvatten om deze vragen te beantwoorden. Volgens de nieuwe standaard voldoen kinderen met probleemgedrag die slechts lichte beperkingen in het functioneren hebben niet aan de criteria voor ADHD. Is er wel een diagnose ADHD zonder psychiatrische comorbiditeit gesteld, dan adviseert de standaard een niet-medicamenteuze aanpak. Pas bij onvoldoende effect kan aanvullend medicatie worden voorgeschreven. Ter gelegenheid van de publicatie van de standaard hebben we de kenmerken van de kinderen met diagnose ADHD en voorschriften van ADHD-geneesmiddelen over de afgelopen jaren onderzocht. Daarnaast hebben we het controlebeleid van de huisarts geanalyseerd. Daarvoor hebben we uit de NIVEL Zorgregistratie eerste lijn alle kinderen van 6 tot 17 jaar geselecteerd die in de jaren 2008 tot en met 2012 geregistreerd stonden met de diagnose geheugen-/concentratie-/oriëntatiestoornissen (P20) of overactief kind/hyperkinetisch syndroom (P21).

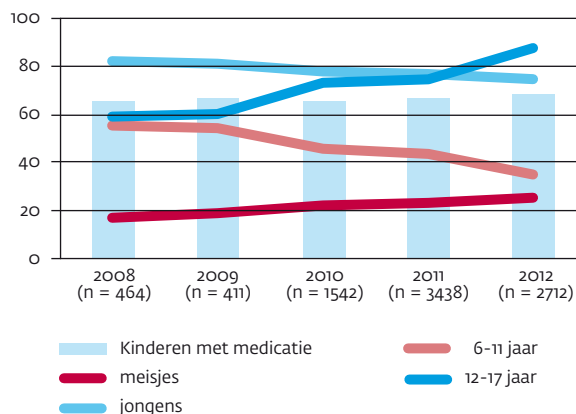
TOENAME PREVALENTIE ADHD

Het percentage kinderen met een geregistreerde diagnose ADHD (P20 + P21) [figuur 1 en 2] nam toe van 1,3% in 2008 tot 3,2% in 2012, waarbij het overactieve kind/hyperkinetisch syndroom zes tot zeven keer vaker werd geregistreerd dan de geheugen-/concentratie-/oriëntatiestoornissen. Bij meisjes werd ADHD minder vaak gediagnosticeerd dan bij jongens, al nam het aandeel van de meisjes door de jaren heen wel toe. Tegelijkertijd nam het aandeel van kinderen in de leeftijdsgroepen 6-11 jaar af en groeide dat van de leeftijdsgroep 12-17 jaar.

Figuur 1 Kenmerken van kinderen 6-17 jaar met diagnose geheugen-/concentratie-/oriëntatiestoornissen (P20)



Figuur 2 Kenmerken van kinderen 6-17 jaar met diagnose overactief kind/hyperkinetisch syndroom (P21)



GENEESMIDDELENGEBRUIK

Het percentage kinderen dat een geneesmiddel voor ADHD kreeg voorgeschreven, steeg evenredig met het aantal diagnoses van 0,8% in 2008 tot 2% in 2012. Daarmee is het percentage kinderen met ADHD dat medicatie gebruikt nagenoeg constant gebleven: tweederde van de kinderen met de diagnose P21 en eenderde van de kinderen met P20. Het merendeel van de kinderen kreeg methylfenidaat, een klein deel dexamfetamine of atomoxetine.

De NHG-Standaard ADHD bij kinderen adviseert alle kinderen met de diagnose ADHD eens per half jaar te controleren, ongeacht of zij medicatie gebruiken. Tijdens de controles wordt aandacht gegeven aan het functioneren, de effecten en bijwerkingen van de behandeling en aan stoppogingen. Volgens de NIVEL Zorgregistratie eerste lijn werd 70% van de kinderen met ADHD in 2012 gezien door de huisarts. Dit percentage was gelijk voor kinderen die wel en geen ADHD-medicatie gebruiken.

CONCLUSIE

Het percentage kinderen met ADHD nam in de jaren 2008-2012 belangrijk toe, maar het deel dat hiervoor medicamenteuze behandeling krijgt, is constant gebleven. Niet alle kinderen met ADHD werden minimaal 2 keer per jaar door de huisarts gezien. Daar is dus ruimte voor verbetering. ■

Het hier beschreven onderzoek is uitgevoerd met gegevens uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (voorheen bekend als Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg, LINH). Deze registratie maakt gebruik van de routinematig bijgehouden patiëntendossiers van een selectie van ruim 380 huisartsenpraktijken met 1,2 miljoen ingeschreven patiënten (zie ook www.nivel.nl/zorgregistraties).



De assistente als *love-coach*: een spreekuur seksuele gezondheid

INLEIDING

De problematiek rondom seksuele en reproductieve gezondheid is onevenredig verdeeld in Nederland, met een concentratie in bepaalde multi-etnische achterstandswijken in grote steden.^{1,2} Amsterdam-Zuidoost is een voorbeeld van een dergelijk risicogebied. Huisartsen in dit gebied worden vaker met seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en hiv geconfronteerd, er is een hoog percentage ongeplande (tiener)zwangerschappen en abortussen, vooral onder Surinaamse en Antilliaanse meisjes, jongeren zijn er eerder seksueel actief dan in andere Amsterdamse stadsdelen [figuur 1] en er wordt vaker ervaring met ongewenst en grensoverschrijdend gedrag gerapporteerd.³

Samenvatting

Van Bergen JEAM. *De assistente als love-coach: een spreekuur seksuele gezondheid*. Huisarts Wet 2014;57(11):596-600.

In sommige risicowijken is de problematiek rondom seksuele gezondheid veel meer uitgesproken, met een hogere incidentie van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa), falende anticonceptie en hoge abortuscijfers. In het kader van wijkgerichte zorg kan een extra aanbod vanuit de huisartsenpraktijk passend zijn. Dit artikel beschrijft de ervaringen die drie gezondheidscentra in een hoogrisicowijk in Amsterdam-Zuidoost hebben opgedaan met extra spreekuren door speciaal getrainde praktijkassistenten. De belangrijkste kwaliteitsmaten waren het aantal en de aard van de consulten tijdens het speciale spreekuur, de tevredenheid van de patiënten en hulpverleners, en de effecten op intentie en gedrag. We trainden assistentes als 'love-coach' en de assistentes/praktijkondersteuners hebben eigen spreekuren opgezet. Per patiënt was er een half uur de tijd voor het verlenen van intensievere voorlichting en motiverende counseling op het gebied van soa, anticonceptie en seksualiteit. In de periode 2000-2013 zijn meer dan 2000 consulten gerealiseerd. De patiënttevredenheid scoorde hoog: 8,6/10. We konden geen gedragseffecten aantonen door een beperkte participatie aan het follow-uponderzoek. Om bekendheid en toegeleiding te verbeteren zijn er activiteiten in de wijk, op scholen en via het lokale radiostation georganiseerd. Het opzetten van speciale spreekuren door assistente of praktijkondersteuner vergt niet alleen deskundigheidsbevordering, inter- en supervisie, maar ook voldoende aanbod aan patiënten. Daardoor is deze opzet vooral interessant voor grotere samenwerkingsverbanden van huisartsen in risicowijken. Samenwerking met andere partners, zoals Stadsdeel, zorgverzekeraar, scholen en GGD, is een belangrijke randvoorwaarde voor de uitvoering en de financiering. Proefprojecten hebben de neiging om positieve(re) bevindingen te rapporteren en daarom zal vervolgonderzoek de haalbaarheid, duurzaamheid en doelmatigheid moeten vaststellen bij toepassing in vergelijkbare settings.

In drie Gezondheidscentra in Amsterdam-Zuidoost (GAZO: zie www.GAZO.nl) is in 2010 het proefproject *Better safe than sorry* gestart. Door middel van een aanvullend ondersteuningsaanbod door getrainde praktijkassistenten wordt extra aandacht besteed aan soa, anticonceptie en seksualiteit. Het project streeft niet alleen individuele gezondheidswinst na, maar dient ook een publiek belang, omdat tijdige behandeling van infectieziekten als soa verdere verspreiding in de gemeenschap voorkomt. Dit artikel beschrijft in het kort de ervaringen met het project.

ACHTERGROND

Uit gebiedsanalyse van de GAZO-centra 2011 blijkt dat de bevolking van de wijken Holendrecht, Klein-Gooioord en Venserpolder in Amsterdam-Zuidoost respectievelijk voor 63%, 70% en 78% uit niet-westerse allochtonen bestaat, vooral afkomstig uit Suriname en Nederlandse Antillen. Ook is een substantieel aandeel van de populatie afkomstig uit regio's waar hiv vaker voorkomt dan in Nederland, zoals sub-Sahara Afrika. Het inkomensniveau in een wijk als Venserpolder ligt 25% onder het Nederlandse gemiddelde en het percentage werkzoekenden (13,4%) is meer dan het dubbele van het Amsterdamse gemiddelde (5,5%). Onderzoek naar het vóórkomen van soa in Nederland laat zien dat soa sterk samenhangen met jonge leeftijd, sociaal-economische situatie (achterstandswijken) en etniciteit.^{4,5}

In een van deze GAZO-gezondheidscentra (Venserpolder) is in 2000 reeds ervaring opgebouwd met het actiever opsporen van soa, in samenwerking met de apotheek, door jonge vrouwen die de pil kwamen ophalen een soa-testpakket aan te bieden ('een plaspakket bij de pil'). Van de deelnemende 15- tot 24-jarige vrouwen bleek 14% chlamydiapositief, maar

De kern

- Praktijkassistenten dragen bij aan de zorgketen rondom seksueel overdraagbare aandoeningen, hiv en seksualiteit.
- In de periode 2010-2013 hebben speciaal getrainde praktijkassistenten tijdens een eigen spreekuur binnen een proefproject in enkele gezondheidscentra in hoogrisicowijken in Amsterdam-Zuidoost meer dan tweeduizend consulten verricht. De betrokken assistentes en patiënten beoordeelden het project positief en het wordt uitgebreid naar andere centra.
- Samenwerking met externe partners (Stadsdeel en GGD) verbetert de verbinding tussen wijkgerichte zorg/preventie in de huisartsenpraktijk en de publieke gezondheid (szorg). Voor de financiering is afstemming met de verzekeraar nodig.
- Kwaliteitsborging bij taakdifferentiatie van praktijkassistenten vergt niet alleen deskundigheidsbevordering, inter- en supervisie, maar ook voldoende aanbod aan patiënten. Daardoor is deze opzet vooral interessant voor grotere samenwerkingsverbanden van huisartsen in risicowijken.

men bereikte slechts 27% van deze leeftijdsgroep.⁶ Het centrum startte in 2004 daarom met het aanbieden van een apart spreekuur *Better safe than sorry* door een doktersassistente en een praktijkondersteuner. Tijdens soa-consulten bij de huisarts bleek er vaak onvoldoende tijd te zijn voor goede partnerwaarschuwing en het zorgvuldig inventariseren van barrières voor veilige seks. De praktijkassistenten kregen in samenwerking met de GGD en Soa Aids Nederland een speciale training. Tijdens een eigen wekelijks middagspreekuur reserveerden de assistentes per patiënt een half uur voor uitvoerigere counseling en voorlichting. De anticonceptieoffer [figuur 2] was een vast onderdeel van een dergelijk consult, als opstapje om niet alleen soa te bespreken, maar ook het voorkómen van ongeplande zwangerschappen en het aangeven van grenzen en wensen.

Mede dankzij subsidie van het Stadsdeel is dit concept in 2010 uitgebreid naar twee andere gezondheidscentra in Amsterdam-Zuidoost (Holendrecht en Klein-Gooioord). Er werden afspraken gemaakt met Agis als zorgverzekeraar voor een bekostiging van deze intensieve en geïntegreerde sekssoaconsulten door praktijkassistenten (voor een proefperiode van drie jaar). Elk centrum kreeg een verantwoordelijke huisarts-coördinator. Zes praktijkassistenten hebben een training gekregen in drie modules: motiverende gespreksvoering, anticonceptie, en soa en seksualiteit. Alle andere huisartsen en doktersassistenten binnen deze centra kregen een nascholing om toegeleiding naar de spreekuren te faciliteren. Patiënten werden geïnformeerd via het wijkkrantje en de website van de praktijk (zie bijvoorbeeld www.gazo.holendrecht.nl). Ook werd het spreekuur opgenomen in het digitale informatiesysteem in de wachtkamer, waarin ook andere preventieprogramma's van het centrum worden weergegeven, zoals stoppen met roken, meer bewegen en gezonde voeding.

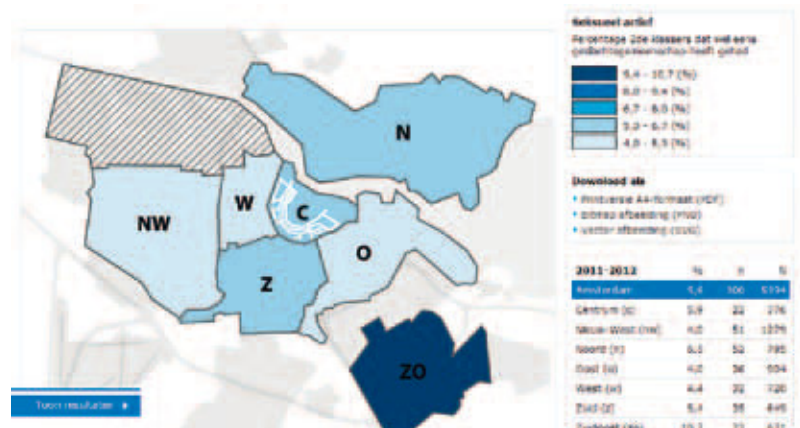
BELANGRIJKSTE KWALITEITSMATEN

De evaluatie van het project berust op vier pijlers. Allereerst is er gekeken naar het aantal en de aard van de consulten, en of het beoogde aantal van 250 intensieve consulten per gezondheidscentrum per jaar is gehaald. Extern onderzoek heeft door middel van een pre-test (vragenlijst ingevuld vóór het consult), post-test (na het consult) en vervolgttest (3 maanden later) inzicht verschaft in de volgende vragen:

- Worden de beschreven populaties bereikt?
- Hoe tevreden zijn de cliënten over de inhoud van het consult?
- Hoe tevreden zijn de praktijkassistenten/-ondersteuners met het consult?
- Welke onderwerpen zijn er volgens de bezoeker en hulpverlener aan bod gekomen?
- Zijn positieve veranderingen in intentie, waargenomen gedragscontrole en gedrag ten aanzien van condoomgebruik, soa-tests, anticonceptie, partnerwaarschuwing te relateren aan participatie in de spreekuren?

Daarnaast is er een interne evaluatie geweest met de huis-

Figuur 1 Percentage tweedeklassers van de middelbare school dat ervaring met geslachtsge-meenschap rapporteert, per stadsdeel in Amsterdam³



artsen en praktijkassistenten, en heeft een gesprek plaatsgevonden met stakeholders (Agis, Soa Aids Nederland, GGD) over sterke en zwakke punten van deze projectopzet en de betekenis daarvan voor een mogelijk vervolg.

INTERVENTIE

De instroom van nieuwe patiënten was in het eerste jaar beneden de target van 250 intensieve consulten per jaar per centrum. Om de toegeleiding van jongeren naar de spreekuren te stimuleren en meer bekendheid te geven aan het project hebben de onderzoekers in 2011 samen met Soa Aids Nederland

Abstract

Van Bergen JEAM. Practice assistants as sexual health counsellors. *Huisarts Wet* 2014;57(11):596-600.

The sexual health of people living in some residential areas is poor, with a high incidence of sexually transmitted disease (STD), failing contraception, and high abortion rates. Additional efforts and strategies in general practice are warranted to reach out to these individuals. This article describes the experience of three health centres in high-risk area in Amsterdam South-East that provided sexual health counselling by specially trained practice assistants. Number and nature of consultations, patient and health provider satisfaction, and effect on intention and behaviour. Practice assistants were trained as sexual health counsellors and organized special 30-minute counselling sessions during which they provided intensive health education and motivational interviewing with regard to STDs, contraceptives, and sexuality. Between 2000 and 2013 more than 2000 counselling sessions took place. Patient satisfaction was high (8.6 out of 10). Unfortunately, too few people participated in the follow-up study to determine the impact of counselling on behaviour. Local activities in the community and schools and via the radio were organized to increase awareness and attendance. In order to provide these counselling sessions, practice assistants require adequate training and ongoing supervision, and enough people need to attend. For these reasons, this intervention is particularly interesting for larger practices and health centres in risk areas. Multisectoral cooperation with municipal (health) services, schools, and health insurance companies is a prerequisite for implementation and financial support. As pilot projects tend to report optimistic findings, additional research is needed to demonstrate feasibility, effectiveness, and sustainability in similar settings.

Figuur 2 De anticonceptiekoffer

Foto: Mark van den Brink

een pr-campagne gepland: 'de love-coach'. Deze naam kwam tot stand na raadpleging van Bijlmer-jongeren. Het spreekuur moest vooral gaan over vragen over seks die je uit schaamte niet makkelijk aan vrienden en ouders stelt, en waarvan je de antwoorden ook niet makkelijk op internet vindt. Op basis van die aanbevelingen zijn er flyers en posters gemaakt [figuur 3]. Ook het Stadsdeel, scholen en lokale radiostations zijn erbij betrokken.

EFFECTEN

Sinds de start van het project in 2010 zijn er tot 1 januari 2014 2267 consulten geweest met 1324 individuen. Twintig procent van de bezoekers is onder de 20 jaar, 80% is vrouw. De target van 750 intensieve consulten per jaar, 250 in elk gezondheidscentrum, is niet gehaald. De belangrijkste reden hiervoor is dat het spreekuur in een van de drie gezondheidscentra nooit goed van de grond is gekomen door het vertrek van de getrainde assistentes. Het tijdelijk plaatsen van een externe praktijkassistente voor één middag bleek niet te werken omdat de toeloop gering bleef en er sprake was van veel *no-shows*. Het spreekuur in dit centrum is in 2012 gestopt. De [tabel] bevat het aantal en de aard van de consulten. Het betreft vooral

de lange intensievere consulten van een half uur, maar ook kortere herhaalconsulten of telefonische consulten.

Een interne en externe evaluatie van het project is beschikbaar op www.gazo.nl.¹⁰ De toegenomen aandacht voor seksuele gezondheid in de interventiecentra uit zich in een hoger percentage soa- en anticonceptieconsulten ten opzichte van andere gezondheidscentra in Zuidoost en in een stijging van het aantal vastgestelde soa door vroege opsporing. Ook is duidelijk dat de hiv-achtergrondprevalentie in de bevolking van de gezondheidscentra ruim boven de 2/1000 ligt, de grens waarop volgens het NICE (National Institute for Clinical Excellence) actieve opsporing van hiv in de huisartsenpraktijk aangewezen is, overeenkomstig de adviezen voor actievere opsporing in de onlangs herziene NHG-Standaard Het soa-consult.^{8,9}

Zowel de betrokken professionals als de patiënten geven een positieve beoordeling van het project. In een voor- en -nameting direct na het consult, waaraan in totaal 86 cliënten hebben deelgenomen, bleek dat men het consult zeer waardeerde (8,6 op een tienpuntsschaal). De voornaamste thema's zijn soa-tests, veilig vrijen en anticonceptie – overigens niet zozeer alle drie tegelijk, als wel gerelateerd aan de ingangsvraag van de patiënt. De cliënten geven in overgrote mate aan dat ze van plan waren het advies dat ze tijdens het consult hadden gekregen, op te volgen. De motiverende gespreksvoeringsstrategieën lijken positief gerelateerd aan deze intentie. Participatie aan het follow-uponderzoek drie maanden na de nameting was te laag om uitspraken te doen over feitelijke veranderingen in gedrag in de tijd.¹⁰

Het proefproject heeft in 2011 de GAZO-innovatieprijs ontvangen als voorbeeld van wijkgerichte gezondheidszorg. Vernieuwende aspecten van het project waren onder meer de mix van individuele en populatiegerichte geneeskunde, aandacht voor preventie en samenwerking met partners in de publieke gezondheidszorg, de zorgverzekeraar en organisaties in de wijk, scholen en het lokale radiostation. Inmiddels heeft de zorgverzekeraar Agis aangegeven het project uit te willen breiden naar de andere gezondheidscentra in Amsterdam-Zuidoost en wellicht ook naar andere grootstedelijke gebieden met een vergelijkbare problematiek.

Tabel Verrichtingen tijdens de spreekuren seksuele gezondheid 2010 tot en met 2013

	Venserpolder				Holendrecht				Gooioord*		
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012
Consult lang	144	189	138	106	142	238	236	224	35	48	3
Consult kort	108	82	27	30	4	4	0	0	8	12	0
Consult telefonisch	120	104	52	39	13	13	40	58	3	47	0
Totaal	372	375	217	175	159	255	276	282	46	107	3
Aantal personen	183	198	141	117	101	166	158	156	38	63	3

Uitgesplitst naar Consult lang (intensieve consulten), gewone korte consulten en telefonische consulten in drie gezondheidscentra in Amsterdam-Zuidoost.

* In gezondheidscentrum Gooioord is het spreekuur in 2012 gestopt.

LEERPUNTEN EN VERVOLG

Uit de evaluatie komt een aantal leerpunten naar voren.¹⁰ Een project als dit dat per centrum op één of twee gespecialiseerde praktijkassistenten draait, is kwetsbaar, zeker als er veel geïnvesteerd moet worden in de opleiding voor deze specifieke bekwaamheden. Vertrouwde korte lijnen naar de andere assistentes en naar huisartsen in het centrum zijn belangrijk om toegeleiding te realiseren. Het blijkt belangrijk om ook op andere tijdstippen, bijvoorbeeld in aansluiting op consulten van de huisarts, ruimte te maken voor deze aanvullende zorg, maar dat is logistiek lastig te organiseren. Problemen met het realiseren van voldoende toestroom van patiënten en de no-shows van jongeren bleken efficiënt vullen van de spreekuren te belemmeren.

Kwaliteitsborging vergt investeringen in de praktijk, ook na initiële training. Dat betekent niet alleen supervisie van de huisarts, maar ook periodieke intervisie van de assistentes en faciliteren van inhoudelijke bij- en nascholing. Gelukkig konden hier aparte fondsen van het Stadsdeel en de verzekeraar voor gebruikt worden en heeft Soa Aids Nederland inmiddels cursussen voor praktijkassistenten ontwikkeld.

Een steeds groter wordend knelpunt is het feit dat de kosten van soa-tests onder het verplichte eigen risico van de zorgverzekering vallen. Dit leidt nogal eens tot onvrede, afzien van tests of heen en weer geschuif van patiënten tussen GGD en huisarts, vooral nu de GGD zijn instroomcriteria voor aanvullende zorg aanscherpt. Goede samenwerking met de GGD is juist belangrijk voor afstemming van wijkgebonden activiteiten. Naast deze speciale huisartssprekuren heeft de GGD ook SENSE-sprekuren georganiseerd in het kader van aanvullende seksuele gezondheidszorg. Samenwerking is handig voor pr-doeleinden, bij verzoeken om informatie van scholen of het lokale radiostation, en om bekendheid te geven aan de voorzieningen. Korte lijnen met de GGD bleken ook zeer functioneel in geval van medisch inhoudelijke vragen en bij (snelle) verwijzingen voor partnerwaarschuwing.

CONCLUSIE

De huisarts is en blijft een belangrijke zorgverlener voor personen met vragen en/of klachten rondom soa en seksuele gezondheid. Naar schatting 70% van de soa-diagnoses vindt plaats in de huisartsenpraktijk.¹¹ In toenemende mate betreft het jongeren die vragen om een soa-test. Naast de huisarts hebben ook praktijkassistenten een rol in de zorgketen rondom soa en seksualiteit, bijvoorbeeld met betrekking tot triage, het uitleggen of verstrekken van soa-testpakketjes, geven van voorlichting en zorg dragen voor foldermateriaal in de wachtkamer. Dit artikel beschrijft de ervaringen in een hoog-risicowijk in Amsterdam-Zuidoost met extra spreekuren door speciaal getrainde praktijkassistenten. Het project is opgezet met hulp van de gemeente (Stadsdeel) en de zorgverzekeraar voor financiering van de consulten en er zijn contacten gelegd met de GGD, scholen en het lokale radiostation. In de drie jaar dat het proefproject heeft gedraaid vonden meer dan tweeduizend consulten plaats.

Het proefproject is positief ontvangen door alle betrokken partijen en cliënten. De zorgverzekeraar Agis heeft dit project zelfs in de etalage gezet als voorbeeld voor wijkgerichte zorg (zie demofilm www.agisweb.nl).¹² Ook heeft Agis uitgesproken dit project uit willen breiden naar andere centra met een vergelijkbare problematiek.

Het proefproject toont aan dat het mogelijk is met gemotiveerde professionals uit de huisartsenpraktijk een aanvullend wijkgericht aanbod te leveren op het gebied van seksuele gezondheidszorg. Een enkele kritische kanttekening is echter op zijn plaats. Allereerst vereist kwaliteitsborging bij dit soort gespecialiseerde vormen van taakdifferentiatie investeringen van de kant van het gezondheidscentrum, zoals deskundigheidsbevordering, en inter- en supervisie.

Daarnaast is deze opzet vooral interessant voor grotere samenwerkingsverbanden van huisartsen, zoals gezondheids-

Figuur 3 Voorbeeld van poster tijdens de Lovecoach-campagne



centra in risicowijken, ook al omdat er voldoende instroom in de spreekuren voor de assistente moet zijn om de expertise te onderhouden. Het is niet bekend of deze taakdifferentiatie bij uitstek geschikt is voor doktersassistenten of dat er een relatieve meerwaarde is voor praktijkondersteuners.

Proefprojecten hebben de neiging om positieve(re) bevindingen te rapporteren en daarom moet vervolgonderzoek haalbaarheid, duurzaamheid en doelmatigheid vaststellen bij toepassing in vergelijkbare settings. Het meten van relevante en betekenisvolle uitkomstindicatoren vertegenwoordigt hierbij een uitdaging. Het registreren van indicatoren in een proefproject, zoals aantal consulten, patiënttevredenheid of percentage positieve soa-tests, is eenvoudiger dan het vaststellen van het effect op seksuele 'gezondheid', zoals het beter kunnen stellen van eigen grenzen en wensen of de impact op de publieke gezondheid. Zo zal het aantal geregistreerde soa-diagnoses door verbeterde opsporing in de centra eerder toenemen dan dalen, terwijl de projectdoelstelling is om het aantal soa juist te verminderen. Deze paradoxale constatering laat onverlet dat vroegtijdige behandeling de infectieuze periode verkort en daadwerkelijk een bijdrage kan leveren aan de vermindering van de feitelijke soa-prevalentie in de gemeenschap.

Samenwerking bij de opzet, uitvoering én evaluatie is dan ook een vereiste, zeker omdat verschillende interventies op diverse niveaus door uiteenlopende partners juist de synergie van ketenkwaliteit vertegenwoordigen. 'Dokters doe je niet alleen', het congres thema van dit jaar, geldt dus zeker ook voor innovatie rondom soa en seksualiteit. Of zoals 'Loesje' al eerder zei: 'Een soa heb je nooit alleen...'

DANKBETUIGING

Met dank aan mevrouw J.E.M. Meijer (directeur-bestuurder GAZO); Gezondheidscentrum Holendrecht: L. van den Dool en A. van der Woude (huisartsen), B. van Maltha en E. van der Poel

(praktijkassistenten); Gezondheidscentrum Venserpolder: T. Stolte (praktijkondersteuner), V. Henar (praktijkassistent); Gezondheidscentrum Gooioord: J. van Es (huisarts); Stadsdeel Amsterdam-Zuidoost; Agis zorgverzekeringen en Soa Aids Nederland. ■

LITERATUUR

- 1 Van Bergen JE, Kerssens JJ, Schellevis FG, Sandfort TG, Coenen TJ, Bindels PJ. Prevalence of STI related consultations in general practice: results from the second Dutch National Survey of General Practice. *Br J Gen Pract* 2006;56:104-9.
- 2 Van Bergen JE, Kerssens JJ, Schellevis FG, Sandfort TG, Coenen TJ, Bindels PJ. Sexually transmitted infection health-care seeking behaviour in the Netherlands: general practitioner attends to the majority of sexually transmitted infection consultations. *Int J STD AIDS* 2007;18:374-9.
- 3 GGD Amsterdam Jeugdgezondheidsmonitor <http://www.ggdgezondheid-inbeeld.nl/> Digitale vragenlijst (E-MOVO) ingevuld door 2de klassers en gekoppeld aan het Preventief Gezondheidsonderzoek in de 2de klas van het voortgezet onderwijs. Onderwerp 'seksueel actief'. Geraadpleegd op 29 april 2014.
- 4 Van Bergen JE. Toegenomen incidentie van gonorrhoe en van infectie met Chlamydia trachomatis in een huisartsenpraktijk in Amsterdam-Zuidoost, 1996-2000. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1691-3.
- 5 Van Bergen J, Götz HM, Richardus JH, Hoebe CJ, Broer J, Coenen AJ; PILOT CT study group. Prevalence of urogenital Chlamydia trachomatis increases significantly with level of urbanisation and suggests targeted screening approaches: results from the first national population based study in the Netherlands. *Sex Transm Infect* 2005;81:17-23.
- 6 Van Bergen JE, Postma MJ, Peerbooms PG, Spangenberg AC, Tjen-A-Tak J, Bindels PJ. Effectiveness and cost-effectiveness of a pharmacy-based screening programme for Chlamydia trachomatis in a high-risk health centre population in Amsterdam using mailed home-collected urine samples. *Int J STD AIDS* 2004;15:797-802.
- 7 <http://gezondheidscentrumholendrecht.praktijkinfo.nl/pagina/45/sprekuren-seksuele-gezondheid/>.
- 8 <http://www.nice.org.uk/newsroom/news/NICECallsForRoutineOfferOfHIVTestsInHighPrevalenceAreas.jsp>.
- 9 Van Bergen J, Dekker J, Boeke J, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers J et al. NHG-Standaard Het soa-consult (eerste herziening). Huisarts Wet 2013;56:450-63.
- 10 Project Seksuele Gezondheid: Better Safe than Sorry. Definitieve eindrapportage, 23 september, inclusief samenvatting TNO-rapport TNO LS R10707 Evaluatie Seks Plus Consulten door J. de Vries, P. van Empelen. Amsterdam: GAZO, 2013.
- 11 Van den Broek IV, Verheij RA, Van Dijk CE, Koedijk FD, Van der Sande MA, Van Bergen JE. Trends in sexually transmitted infections in the Netherlands, combining surveillance data from general practices and sexually transmitted infection centers. *BMC Fam Pract* 2010;11:39.
- 12 http://www.agisweb.nl/Blog/Zorg/2013/11/Zo_praten_jongeren_makkelijker_over_seks_in_Amsterdam_Zuidoost.

Fotoquiz

Een 65-jarige vrouw vraagt na afsluiting van een consult of de huisarts naar plekken op haar benen wil kijken. Zij heeft 's nachts last van ijskoude benen, daarom slaapt zij met een kruik. Van de plekken zelf heeft zij geen last. Wat is uw diagnose?

- a. Marmerhuid (cutis marmorata telangiectatica congenita)
- b. Dematomyose
- c. Erythema ab igne (kachelbenen)
- d. Urticariële vasculitis

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

Fotoquiz van de maand november



Foto: Rik de Boer, huisarts te Arnhem



Foto's gezocht

Elke maand staat er een nieuwe fotoquiz op onze website. Als u een bijzondere aandoening op het spreekuur ziet, denk dan aan de fotoquiz. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's (minimaal 300 dpi of 1 Mb) met een duidelijke diagnose. Maak een foto en stuur hem op naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'. Wilt u op de hoogte blijven van de laatste nieuwsberichten? Volg ons dan op Twitter, Facebook of via RSS.

Chronische nierschade: lastig of uitdagend?

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 M.J. Scherptong-Engbers, LUMC Leiden, aiotho en redactielid H&W • Correspondentie: m.j.scherptong@gmail.com.

PRAKTIJKVRAAG

Hoe kunnen we patiënten met chronische nierschade optimaal herkennen en behandelen in de eerste lijn, in samenwerking met patiënt en specialist?

HUIDIG BELEID

De aandacht voor chronische nierschade (CNS) in de huisartsenpraktijk is toegenomen door laboratoriumrapportage van de nierfunctie en de Landelijke Transmurale Afspraak Chronische nierschade.¹ Deze richtlijn helpt om op lokaal en regionaal niveau afspraken te maken over preventie, diagnostiek en behandeling van CNS, en de bijbehorende taakverdeling tussen huisartsen en specialisten.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

CNS verhoogt het risico op hart- en vaatziekten en het ontwikkelen van terminale nierschade.² De hoge prevalentie van CNS (Nederland: 10%), die stijgt met de leeftijd, en het gegeven dat slechts een klein gedeelte van de patiënten specialistische zorg nodig heeft, maakt dat er een belangrijke taak is weggelegd voor de huisarts. Zorg in de huisartsenpraktijk kan bijdragen aan kosteneffectiviteit en laagdrempelig toegankelijke zorg voor de patiënt. Ons onderzoek richt zich op een optimale afstemming van zorg voor CNS tussen huisarts, specialist en patiënt.

Om de kwaliteit van zorg te garanderen is een aantal stappen vereist. Allereerst is tijdige opsporing noodzakelijk. Gezien de leeftijdsgelateerde afname van de nierfunctie en de toename van de prevalentie van CNS, is het zinvol na te gaan wat de waarde is van screening van alle patiënten boven de 60 jaar in de huisartsenpraktijk. Wanneer labresultaten op CNS wijzen, moet de huisarts deze herkennen en de patiënt informeren. ICPC-codering is hierbij van belang. Bewustzijn van CNS bij de patiënt is essentieel om leefstijlveranderingen te realiseren die progressie van CNS voorkomen. Inzicht in de mate waarin patiënten zich bewust zijn van de diagnose kan bijdragen aan voorlichting op maat en patiëntenparticipatie. Daarnaast vraagt de toenemende prevalentie van CNS om efficiënt gebruik van eerste- en tweedelijnsvoorzieningen. De LTA Chronische nierschade geeft aanbevelingen over het monitoren van ziekteprogressie en criteria voor consultatie en verwijzing. Als we weten hoe huisartsen deze richtlijn gebruiken, kan dat leiden tot ondersteuning bij de implementatie.

Tot slot is tijdig terugverwijzen naar de huisarts van belang. Daarvoor is inzicht nodig in factoren die kunnen bijdra-

gen aan een adequate terugverwijzing naar en monitoring van patiënten met CNS in de eerste lijn.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

CNS wordt vooral opgespoord door routineonderzoek bij cardiovasculair risicomanagement. Het is niet bekend of screening de opsporing van CNS significant doet toenemen. Herkenning en bewustzijn van CNS door de huisarts is geassocieerd met het bereiken van aanbevolen bloeddrukwaarden bij deze patiënten.³ Onderzoek beschrijft dat slechts bij 14 tot 24% van de patiënten CNS is geregistreerd met de juiste ICPC-code.^{3,4} Over de betrokkenheid van de patiënt beschrijft McIntyre dat van de adequaat geregistreerde patiënten, slechts 41% zich bewust is van de diagnose.⁵

De geleverde kwaliteit van zorg aan patiënten met CNS is niet optimaal, ondanks de richtlijnen voor diagnostiek en behandeling.⁴ Uit voorlopige onderzoeksresultaten blijkt dat consultatie- en verwijzadviezen bij een minderheid van de patiënten worden gevolgd en dat daarnaast patiënten vaak tweedelijnszorg krijgen, terwijl de zorg bij bijna 50% ook in de eerste lijn uitgevoerd kan worden. Deze zorg kan dan plaatsvinden met consult op afstand door de nefroloog.

CONCLUSIE

Chronische nierschade is een veelvoorkomende aandoening in de huisartsenpraktijk met belangrijke gezondheidsrisico's. De organisatie van de zorg rond CNS kan beter – van screening, registreren, informeren van de patiënt tot samenwerking met de tweede lijn.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Hoe kunnen patiënten met CNS in de huisartsenpraktijk het best worden opgespoord en behandeld? Hoe kan de kwaliteit van zorg voor deze patiënten worden verbeterd door optimaal gebruik te maken van mogelijkheden om informatie uit te wisselen tussen patiënt, huisarts en specialist? ■

LITERATUUR

- 1 De Grauw WJC, Kaasjager HAH, Bilo HJG, Faber EF, Flikweert S, Gaillard CAJM, et al. Landelijke Transmurale Afspraak Chronische nierschade. Huisarts Wet 2009;52:586-97.
- 2 Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. N Engl J Med 2004;351:1296-1305.
- 3 Ravera M, Noverasco G, Weiss U, Re M, Gallina AM, Filippi A, et al. CKD awareness and blood pressure control in the primary care hypertensive population. Am J Kidney Dis 2011;57:71-7.
- 4 Allen AS, Forman JP, Orav EJ, Bates DW, Denker BM, Sequist TD. Primary care management of chronic kidney disease. J Gen Intern Med 2011;26:386-92.
- 5 McIntyre NJ, Fluck R, McIntyre C, Taal M. Treatment needs and diagnosis awareness in primary care patients with chronic kidney disease. Br J Gen Pract 2012;62:e227-32.

Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; S. van Berkel, aiotho • Correspondentie: Saskia.vanBerkel@radboudumc.nl



Regionale samenwerking huisartsen en specialisten

Samenwerking tussen de eerste en tweede lijn is noodzakelijk, maar niet vanzelfsprekend. Een vertaling van richtlijnen naar de werkvloer is van belang om gezamenlijk goede patiëntenzorg te leveren en de continuïteit van zorg te garanderen. Dat gaat niet vanzelf, een goede samenwerking vereist de nodige organisatie en faciliteiten.

Van richtlijn naar afspraken

De huidige richtlijnen zijn geënt op ziektes of klachten en beschrijven nauwelijks 'multidisciplinaire' samenwerkingsprocessen.¹ Afspraken over gezamenlijke patiëntenzorg en taakverdeling zijn summier beschreven. Een vertaling van landelijke richtlijnen naar de werkprocessen op regionaal of lokaal niveau is van belang om de kwaliteit en de continuïteit van zorg te garanderen.

Een kwart van de Nederlandse ziekenhuizen maakt gebruik van een Medisch Coördinerend Centrum (MCC) om huisartsen en specialisten te faciliteren bij het maken van afspraken over onderlinge samenwerking. De MCC's hebben zich landelijke verenigd in een Federatie van Medisch Coördinerende Centra (FMCC). Ondanks de organisatorische en regionale verschillen hebben de MCC's één gemeenschappelijk noemer: het formuleren van regionale transmurale afspraken (RTA's) tussen huisartsen en specialisten. MCC's leveren daarmee een bijdrage aan de vertaling van landelijke evidence-based richtlijnen naar samenwerkingsprocessen tussen huisartsen en specialisten in de dagelijkse praktijk.

Een RTA is een concrete samenwerkingsafpraak tussen huisartsen en specialisten die is gebaseerd op bestaande landelijke richtlijnen, zoals NHG-Standaarden, specialistische richtlijnen, CBO-richtlijnen, landelijke transmurale afspraken of landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken. Een RTA kan verschillende onderdelen van het zorgproces beschrijven, zoals

diagnostische bepalingen, behandelingen, het leveren van (na)zorg, het afstemmen van gezamenlijk te voeren beleid of afspraken over communicatie. Hiermee kan substitutie van zorg geoperationaliseerd worden, bijvoorbeeld RTA's over fietsergometrie op aanvraag van de huisarts en afspraken over cardiovasculair risicomanagement door de huisarts na een hartinfarct.² Een belangrijke doelstelling is het creëren van uniformiteit in een regio. Het zou niet moeten uitmaken naar welk ziekenhuis de huisarts binnen de regio verwijst, omdat iedereen volgens dezelfde RTA werkt. RTA's zijn een onderdeel van de kwaliteitsvisite van specialistische vakgroepen.

De werkwijze waarop richtlijnen en RTA's tot stand komen, moet transparant zijn. Op landelijk niveau hebben het NHC, de Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten en het CBO hun werkwijze beschreven.^{3,4,5} De Regieraad Kwaliteit van Zorg – sinds 2013 opgegaan in het Kwaliteitsinstituut (Zorginstituut Nederland) – streeft sinds 2009 naar meer samenhang en structuur in de landelijke richtlijnontwikkeling door de Richtlijn voor richtlijnen samen met het veld te ontwikkelen.⁶

Het FMCC heeft het initiatief genomen de diverse werkwijzen bij RTA-ontwikkeling te inventariseren en dit proces landelijk te uniformeren. Doel is het ontwikkelen van een hulpmiddel voor MCC's om hun werkwijzen te toetsen en te verbeteren, zodat deze voor andere (landelijke) partijen transparant zijn. Dit heeft geleid tot een door de MCC's geaccepteerde uniforme werkwijze voor het ontwikkelen, implementeren en evalueren van een RTA, waarin de samenwerking en taakafstemming tussen de eerste en tweede lijn in de regio worden beschreven. In die uniforme werkwijze komen de volgende onderwerpen aan de orde: Wat is een RTA? Waar zijn regionale verschillen toegestaan? Welke samenwerkingsrelaties zijn er tussen de regio's en wat is de relatie met de landelijke richtlijnontwikkelaars? Dit artikel beschrijft de landelijke werkwijze en hoe deze tot stand is gekomen.

Ontwikkelen landelijke werkwijze

Alle 22 MCC-leden ontvingen per mail (najaar 2011) een korte vragenlijst. Deze bestond uit vragen over de procedurebeschrijving van RTA-ontwikkeling, over het plaatsen van de gemaakte werkafspraken op de landelijke website, over de beschikbaarheid van verslagen van werkgroepbijeenkomsten of conceptteksten en over het archiveren van commentaar en correspondentie. Daarnaast werden de regionale beschrijvingen van RTA-ontwikkeling opgevraagd.

Aan de hand van de uitkomsten van de enquête, de ontvangen regionale RTA-procedures en de gegevens van het NIVEL-onderzoek⁷ werd een eerste concept stappenplan RTA-ontwikkeling gemaakt. De conceptversies werden besproken tijdens twee Algemene Ledenvergaderingen (ALV) van de FMCC. Aan de hand van het commentaar hebben we het plan aangepast. Het definitieve document werd vastgesteld op de ALV van 13 december 2012.

Vragenlijsten

Van de 22 verzonden vragenlijsten ontvingen we er 11 retour. Acht regionale RTA-procedurebeschrijvingen werden meegezonden. Vier MCC's in Zuidoost-Brabant werkten samen en gebruikten dezelfde RTA-procedurebeschrijving. Vastgesteld werd dat een RTA werkafspraken beschrijft tussen de eerste en tweede lijn over samenwerking rondom een bepaalde klacht of bepaald ziektebeeld en bestaat uit een aantal onderdelen [tabel].

Het landelijke stappenplan

Het landelijke stappenplan RTA-ontwikkeling van de FMCC beschrijft de ontwikkeling van een RTA in tien noodzakelijke stappen. Uitgangspunt voor alle RTA's zijn – indien aanwezig – landelijke richtlijnen. De samenstelling van de werkgroep is mede afhankelijk van het onderwerp. De werkgroep bestaat minimaal uit huisartsen, medisch specialisten en de medisch coördinator. Deze basissamenstelling kan worden aangevuld met paramedici en/of managers van organisatorische of logistieke aspecten van de RTA. Bij een eerstelijns

Tabel 1: De onderdelen van een RTA

1. Doel van de RTA.
2. Diagnostiek: onderzoek voor de verwijzing door de huisarts.
3. Behandeling (bij een diagnostische RTA: wie doet de behandeling of geeft suggesties voor de behandeling).
4. Indicaties voor verwijzing naar de specialist (of voor diagnostiek).
5. Berichtgeving communicatie huisarts-specialist of specialist-huisarts en de termijnen waarbinnen dit gebeurt.
6. Werkwijze specialist: wat kan de patiënt verwachten.
7. Informatie en voorlichting aan de patiënt door wie.
8. Indicaties terugverwijzen huisarts of niet verwijzen.
9. Gedeelde zorg en consultatie.

regionale werkafpraak worden ook andere eerstelijns werkers uitgenodigd. De uiteindelijke RTA moet hanteerbaar zijn voor 'gewone huisartsen en specialisten' in de dagelijkse praktijk.

Conclusies

De FMCC-leden hebben overeenstemming bereikt over een uniforme procedure voor RTA-ontwikkeling. De werkwijze van RTA-ontwikkeling die staat beschreven in het rapport is geen eindproduct maar een werkdocument dat regelmatig wordt aangepast. Sinds het ontstaan van het rapport hebben verschillende regio's een eigen app ontwikkeld waarop de RTA's te vinden zijn. Naast de samenwerkingsafspraken bevatten deze apps de functie wie-is-wie, waarin huisartsen en specialisten elkaars gegevens kunnen vinden.

Aanbevelingen

Om de kwaliteit, continuïteit en betaalbaarheid van de patiëntenzorg te waarborgen, zullen hulpverleners uit de eerste en tweede lijn intensief met elkaar moeten samenwerken. Nog niet iedere regio beschikt over een MCC om regionale samenwerking van huisartsen en specialisten vorm te geven. Regionaal samenwerken tussen huisartsen en specialist gaat niet vanzelf, dit moet georganiseerd en gefaciliteerd worden. Iedere regio verdient een MCC om deze samenwerking te organiseren. Voor iedereen die afspraken maakt over samenwerking tussen huisartsen en anderen is het stappenplan RTA-ontwikkeling een handig hulpmiddel (www.fmcc.nl). Daarnaast kan de landelijke website www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl, met RTA's uit het hele land, een inspiratiebron vormen. De site biedt voorbeelden over diverse onderwerpen.

Hoe verder

De samenwerking van het FMCC met landelijke richtlijnontwikkelaars is in ontwikkeling. De FMCC inventariseert voor het NHG de regionaal ervaren knelpunten onder haar leden voorafgaand aan de herziening of de start van een nieuwe richtlijn. Bestaande RTA's over het richtlijnonderwerp worden verzameld. Het FMCC heeft structureel overleg met het NHG. Met de Kwaliteitskoepel Medisch Specialististen zijn onlangs afspraken gemaakt over het leveren van regionaal ervaren knelpun-

ten en RTA's over richtlijnonderwerpen. Deze samenwerking tussen landelijke en regionale organisaties en tussen MCC's onderling zal verder worden ontwikkeld.

Dankbetuiging

Met dank aan de Regieraad die de ontwikkeling van de landelijk uniforme procedure voor RTA-ontwikkeling financieel mogelijk heeft gemaakt, Ron Scholte die als stagiair het proces heeft gefaciliteerd en ondersteund, en de leden en het bestuur van de FMCC die ervoor hebben gezorgd dat deze procedure tot stand kon komen. ■

LITERATUUR

- 1 Zuiderent-Jerak T, Jerak-Zuiderent S, Van de Bovenkamp H, Swan Tan T, Hakkart-van Rooijen L, Brouwer W, et al. Variatie in Richtlijnen: wat is het probleem? Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012.
- 2 De Kluiver EP. Effecten van vrije toegang van de huisarts tot niet invasief cardiaal functie onderzoek [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2003.
- 3 NHG. Procedures voor de ontwikkeling van NHG-standaarden; 2010 https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/procedureboek_versie_090810.pdf.
- 4 Orde van Medisch Specialististen en de wetenschappelijke verenigingen. Medisch-specialistische richtlijnen 2.0 - Versie 2; oktober 2012: http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2012/Eindrapport_adviescommissie_richtlijnen_okt20111.pdf.
- 5 Van Everdingen JJE, Dreesens DHH, Burgers JS, Swinkels JA, Van Barneveld TA, Van der Weijden T. Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014.
- 6 Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijn voor Richtlijnen. Den Haag: Regieraad, 2012.
- 7 NIVEL. De aansluiting tussen landelijke multidisciplinaire richtlijnen en regionale transmurale werkafspraken. Utrecht: NIVEL, 2010.

'Kijk wie je voor je hebt en wat daarbij past'

In een themanummer over samenwerking mag de stem van de patiënt natuurlijk niet ontbreken. Steeds meer wordt deze immers erkend als een uiterst belangrijke samenwerkingspartner in de huisartsenzorg. En aan wie kan hierover beter het woord worden gegeven dan aan Wilna Wind, sinds vier jaar directeur – nu directeur-bestuurder – van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie? In een interview vertelt ze waarom de samenwerking tussen patiënt en huisarts rond de behandeling en de keuzen in de zorg zo belangrijk is.

De patiënt centraal

Gevraagd hoe een optimale samenwerking tussen patiënt en huisarts er zou kunnen uitzien, antwoordt Wind: 'Er zijn nu drie partijen betrokken bij de zorg: de verzekeraars, de artsen en de patiënt. Ik zou daar graag een evenwicht in zien, maar op dit moment ligt de macht meer bij de verzekeraars en de artsen dan bij de patiënt. En natuurlijk hoor je artsen altijd zeggen: "Bij mij staat de patiënt centraal", maar dat vind ik zo'n dooddouner; wie zou er anders centraal moeten staan in je zorg? Gelukkig verandert het beeld: patiënten worden mondiger, dok-

ters groeien mee. En dus neemt het samen beslissen toe. We willen dat echt samen met de artsen oppakken en hebben hierover goed overleg met het NHG, de LHV en de Orde van Medisch Specialist. Zo krijgt de gezamenlijke besluitvorming steeds meer aandacht binnen dokters- én patiëntenkringen. Daarbij gaat het niet alleen om de behandelingsopties, maar ook om een goede communicatie over bijvoorbeeld te verwachten pijn, kansen op genezing en mogelijke teleurstellingen. Dokters willen tenslotte werken met mensen en dat gaat erg lastig zonder praten!'

Baby's en ouders

Kunnen alle patiënten het aan dat zij meer zeggenschap krijgen over beslissingen rond diagnostiek en behandeling? Wind: 'Dat hangt natuurlijk van de patiënt af, want dé patiënt bestaat niet. Die variëren van kleine, kwetsbare baby's, tot de vaders en de moeders daarvan en de ouders daar weer van. En dus varieert ook je communicatie: het is iets heel anders of je iemand slecht nieuws moet brengen of dat je praat over een gekneusde teen; en of je moet vertellen dat er geen hoop meer is tegen een 40-jarige of tegen een 95-jarige. Artsen moeten dan ook goed kijken naar "wie heb je voor je" en "waar gaat het over". Sommige patiënten willen graag meebehandelaar zijn, andere behoren tot de categorie van "zeg het maar, dokter!" Een goede arts snapt dat, voelt de klik met de patiënt en past zich daarbij aan. Een open communicatie, het samen kijken naar welke behandeling het best past bij deze patiënt, dat is essentieel.'

Maar hoe om te gaan met een patiënt die een gezamenlijke besluitvorming niet wil of daarmee niet goed kan omgaan? Wind: 'Ook dan geldt voor de arts: kijk wie je voor je hebt en wat daarbij past. Werkt het wat je doet en krijg je daarover goede feedback? Soms zie je niet alleen verschillen tussen individuen, maar ook tussen groepen, bijvoorbeeld bij ouderen of allochtonen. Anderzijds zijn heus niet alle 40-plussers zo mondig en actief; je moet voorzichtig zijn met generaliseren, ook in de zorg.'

Blijven doorbehandelen

Het belang van een goede communicatie weegt bij Wind zwaar, en dat hoeft niet alleen de te kiezen behandeling te raken. 'Momenteel is bijvoorbeeld het steeds maar door blijven behandelen actueel. We horen nabestaanden zo vaak dingen zeggen als: "Wanneer we hadden geweten wat die laatste behandeling betekende, hadden we dat moeder allemaal niet meer aangedaan." Zeker als genezing niet meer mogelijk is, is het gesprek over pijn, angst en sterven heel belangrijk. Het aloude "geef nooit op!" is natuurlijk niet altijd goed. Voor de een is palliatieve zorg een oplossing, een ander wil graag euthanasie. Maar laat mensen daarover vooral zelf beslissen. Zeker nu we steeds ouder worden zijn dergelijke gesprekken met de huisarts en een goede afstemming tussen huisarts en specialist van enorm belang voor de patiënt.'

Soorten artsen

Ziet Wind verschillen tussen specialisten en huisartsen als het gaat om de samenwerking tussen arts en patiënt? 'Daarin ben ik voorzichtig. Ik zie aardige huisartsen en arrogante specialisten, maar ook omgekeerd. En ik zie oudere dokters die graag een gezamenlijke besluitvorming willen en jonge artsen die daarin heel terughoudend zijn. Ik heb niet zo veel met de uitspraak dat we het moeten hebben van de jongere generaties artsen; die zitten soms nog helemaal in het harnas, vaak uit onzekerheid. Juist de 50'ers, die al een bepaalde positie hebben verworven, zijn goed bezig. Dat is bij een dergelijk "mensenvak" ook wel logisch.'

Een goed gesprek

Een goede communicatie is voor alle artsen in elk geval essentieel, aldus Wind. 'Dokters worden betaald voor hun behandeling en niet voor een goed gesprek daarover. Terwijl voor de patiënt juist dat laatste zo belangrijk is en er dus eigenlijk sprake zou moeten zijn van het "kijk- en luistergeld" dat Els Borst ooit opperde. Dat is niet goed geregeld in de zorg.'

Maar de huisarts kan toch een dubbel consult plannen voor dat 'goede gesprek'? En er is toch ook veel verbeterd



met de komst van de praktijkondersteuner, die hiervoor wel voldoende tijd heeft? Wind: 'Natuurlijk en het gaat ook nooit alleen om de dokter, maar om het hele team. Een goed team is essentieel; als er ergens onderlinge ruzie is, leidt dat heel vaak tot fouten. En andersom: als er fouten worden gemaakt zie je dat er vaak sprake is van ruzie, miscommunicatie en fouten in de overdracht.'

Wind vervolgt: 'Een goed geïnformeerde patiënt maakt beter afgewogen keuzes maar kiest ook vaak voor minder zorg. Het beeld dat mensen altijd maar meer zorg willen, valt dus wel mee. Ook daarom is een goede informatie en communicatie zo belangrijk. Soms vragen ze me: wat wil je nou, een goede medisch-inhoudelijke behandeling of een goede communicatie. Maar hoezo zou je daartussen moeten kiezen? Je wilt natuurlijk allebei!'

Het team als poortwachter

Huisartsen zouden de verbindende factor moeten zijn tussen alle zorgverleners rond een patiënt. Maken zij die rol waar in de ogen van Wind? 'Huisartsen hebben in elk geval wel een spil- en poortwachtersfunctie, en ik vind het goed dat we in Nederland eerst naar de huisarts moeten. Want het klinkt wel patiëntvriendelijk dat je direct naar de specialist zou kunnen, maar ikzelf denk daar anders over. Die toegang tot specialistische zorg zou echter niet per se via de huisarts zelf hoeven te lopen; dat kan vaak ook wel via een gespecialiseerde verpleegkundige. Ik vind dat de poortwachtersfunctie door het hele huisartsteam kan worden vervuld. Veel bezoekers van de praktijk hebben helemaal geen huisarts nodig. Eenzaamheid vormt bijvoorbeeld een enorm probleem en veel klachten die daarmee gepaard gaan, kunnen net zo goed of beter door een verpleegkundige worden afgehandeld. Op een vergelijkbare manier vind ik de verschuiving van de tweede naar de eerste lijn binnen bepaalde marges goed. Waarom zou je een specialist zien als een huisarts het kan afhandelen en waarom zou je een huisarts zien als een verpleegkundige het ook kan?'

Keuzehulpen en Thuisarts.nl

Sinds enige tijd zijn op Thuisarts.nl ook keuzehulpen opgenomen. Is Wind hier een voorstander van? 'Ik ben erg gecharmeerd van Thuisarts.nl; dat is echt een pareltje van het NHG en het werkt aan alle kanten goed. Het is ook zo fijn dat je weet waar de informatie vandaan komt: niet van "wij van wc-eend" maar van het NHG. En nu bevat Thuisarts ook keuzehulpen. Het blijkt dat mensen daar veel behoefte aan hebben; het aantal keuzehulpen neemt voortdurend toe en ze worden steeds vaker geraadpleegd.'

De NPCF is nauw betrokken bij de ontwikkeling van de keuzehulpen op Thuisarts.nl, evenals de aangesloten patiëntenverenigingen. Zo ook ontwikkelt de NPCF diverse handzame boekjes, waaronder *Samen beslissen met de dokter*. *Verhalen uit de praktijk*. Wind: 'Zo'n boekje lees je gemakkelijk weg en toont goed de verschillen tussen ouderen en jongeren. *Shared decision making* wordt steeds gewoner, maar het kan altijd beter. Het vraagt om een goed geïnformeerde patiënt en daar mankeert het nog wel eens aan.'

Camera's en privacy

Wind ziet meer mogelijkheden voor digitale toepassingen voor de patiënt. 'Alle mogelijkheden worden in feite maar weinig gebruikt. Ik denk bijvoorbeeld dat kwetsbare ouderen over tien jaar allemaal een camera in de gang hebben hangen; dat is wel zo veilig als ze komen te vallen.'

Zou dat niet een zoveelste inbreuk vormen op onze privacy? 'Ik vind privacy ontzettend belangrijk, maar hoor bijvoorbeeld ook wel patiënten vragen: "Moet ik de volgende keer nou weer vergiftigd worden door medicijnen omdat niemand toegang heeft tot mijn medische gegevens?" Maar ja, zoiets ligt natuurlijk volkomen anders als je zo jaar bent en kerngezond.'

Zorgen én oplossingen

Welke stappen zijn volgens Wind nodig om een optimale situatie voor de patiënt te bewerkstelligen? 'Op dit moment is de focus er vooral op gericht hoe de patiënt zijn weg kan vinden in de langdurige zorg. Het nieuwe zorgstelsel gaat ervan

uit dat mensen eigen keuzemogelijkheden hebben over waar ze wonen, wat ze willen en hoe ze mantelzorg inschakelen. Maar niet alleen zijn de mensen niet op deze omslag voorbereid, de samenleving is dat ook niet. Dat is momenteel mijn allergrootste zorg.'

Ziet Wind op dit gebied ook oplossingen? 'Ja, ik zie wel mogelijkheden. Nu is het uitgangspunt vaak dat de kinderen de mantelzorg moeten doen, maar mensen die vrijwilligerswerk verrichten zouden dit goed kunnen oppakken. Patiënten blijken graag een paar euro te willen betalen voor mantelzorg, anders durven ze er niet zo gemakkelijk om te vragen. En voor de vrijwilligers zou dat een mooie aanvulling kunnen zijn op bijvoorbeeld een wat schamel pensioen. Ook zie je dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen als hun huis zou worden aangepast. En verder kan er veel meer gebruik worden gemaakt van e-health. Dus ja, er kan heel veel, maar bij veranderingen op dit gebied praat je over de langere termijn.'

Vrijwilligers kunnen meer

'Vraag aan huisartsen wat het grootste probleem is bij ouderen, en ze noemen eenzaamheid', vervolgt Wind. 'E-health biedt hier wel mogelijkheden: je kunt daarmee iemands agenda inzien en dan een bezoekje plannen op een dag die verder helemaal leeg is. En je kunt er contact mee leggen. Op dit moment zien we dat thuiszorg voor sommige eenzame ouderen 'een gezellig bezoekje' betekent op een verder lege dag. Maar thuiszorgmedewerkers zijn niet bedoeld voor de gezelligheid en kunnen bovendien maar kort blijven. Ook hierbij zouden vrijwilligers een belangrijke rol kunnen vervullen. Die kunnen langer blijven, of samen boodschappen met je doen, met je naar de film gaan of noem maar op. Dat krampachtige vrijwilligerswerk kan heus anders. Breng het bij elkaar, dat moet echt gebeuren! Want mantelzorg kan geen betaald werk zijn; als je een samenleving krijgt waarin mensen met een middeninkomen alleen nog maar betalen en niets terug ontvangen, vormt dat een groot gevaar voor de solidariteit.' ■

Ans Stalenhoef



EPD

Ongeduldig zit meneer De Jong voor me. 'Ja, daar ben ik dan. Ik moest komen vanwege die druppeltjes, of niet dan!?' zegt hij met een Amsterdamse tongval. Ik heb geen flauw idee waar hij het over heeft. Voor me op tafel zet hij een flesjes prednisonoogdruppels neer. Na een vluchtige blik in zijn dossier schiet het me weer te binnen. Meneer De Jong had na twee jaar weer een flesje van deze druppels besteld, maar het was me niet duidelijk waarom. De laatste, korte brief van de oogarts was uit 2010 en dit vond ik te lang geleden om de druppels zomaar te herhalen. Wanneer ik dit met meneer De Jong bespreek, reageert hij verbaasd. Hij was een paar weken terug bij de oogarts geweest en mocht deze druppels bij de huisarts herhalen. Ook al had ik geen brief gekregen, ik had toch wel even in het dossier van de oogarts kunnen kijken?

Nee, dat kan ik dus niet. Maar dat zou ik wel graag willen. Regelmatig mis ik informatie in mijn huisartsendossier, bijvoorbeeld de medicatie die de specialist heeft voorgeschreven. Deze komt soms niet in mijn dossier, omdat patiënten de medicijnen bij de ziekenhuisapotheek ophalen en niet bij hun vaste apotheek. Het is toch al lastig om medicatieoverzichten actueel te hou-



den en dit maakt het helemaal moeilijk.

Ook tijdens de consulten waarin patiënten een ziekenhuisbezoek willen bespreken mis ik meestal informatie. Vaak is er nog geen volledige brief van de specialist en weet ik als huisarts niet precies wat er gebeurd is. Uiteraard kan ik overleggen met de behandelaar in het ziekenhuis, maar het zou regelmatig tijd schelen wanneer ik alvast een voorlopige ontslagbrief of aantekeningen van de specialist in het ziekenhuisdossier zou kunnen inzien.

En dan heb je nog de situaties tijdens de dienst. Vaak weet je praktisch niets van de persoon die voor je zit. Patiënten kunnen je zelf wel het een en ander vertellen, maar kun je daar blind op varen? Met name bij verwarde patiënten, mensen met een taalbarrière en de ouderen tast je soms volledig in het duister over hun medische voorgeschiedenis. Hoe veilig zijn deze situaties?

Kortom, ik was altijd een groot voorstander van het elektronisch patiëntendossier (EPD) of het Landelijk Schakelpunt. Ik vond de voordelen altijd zwaarder wegen dan de nadelen. Het uitwisselen van gegevens zal veel sneller gaan, er zal minder aanvullend onderzoek worden herhaald en de zorg zal uiteindelijk veiliger en goedkoper worden. De samenwerking zal er alleen maar beter van worden. Het belangrijkste argument van de tegenstanders van een EPD is het risico op schending van de privacy. Alle zorgverleners in Nederland zouden in dossiers kunnen gaan spieken. Daarnaast kan het systeem worden gehackt en zou alle informatie op straat liggen. Verzekeraars en hypotheekverstrekkers zouden hier misbruik van gaan maken. Ik vond dit altijd wat overdreven. De huidige patiëntensystemen kunnen toch ook worden gehackt? En zorgverzekeraars mogen illegaal verkregen informatie toch niet zomaar gaan gebruiken?

Mijn mening over het EPD veranderde drastisch na het schandaal in Engeland. De organisatie die daar het EPD beheert heeft de patiëntengegevens verkocht aan de zorgverzekeraar. Verkocht!! Er is geen hacker aan te pas

gekomen. De gegevens zijn zogenaamd anoniem, maar het schijnt makkelijk te zijn om deze gegevens aan de persoon te koppelen. Ik geloof dat ik op dit moment toch weer neig naar het kamp van de EPD-tegenstanders. Dan maar een andere manier bedenken om beter samen te werken.

Terug naar mijn spreekkamer. Ik besprak met meneer De Jong waarom ik niet wist waarvoor hij de prednisonoogdruppels gebruikte. 'Dan zal ik het je laten zien,' zei hij met een grijns op zijn gezicht. Hij pakte een zuignapje uit het zakje van zijn half openstaande overhemd, likte er eens goed aan en plopte zo zijn rechteroog uit zijn oogkas. Mijn mond viel open van verbazing. Met die scheve grijns, zijn gouden ketting en gebruikte huid leek hij wel een piraat. 'En wat vind je ervan, dokter?' vroeg meneer De Jong. 'Ik had dit van mijn leven niet willen missen,' zei ik verast. Meneer De Jong bulderde van het lachen. ■

Siri Visser

Siri Visser is waarnemend huisarts.



KENNISTOETS: VRAGEN

Mevrouw Dal, 34 jaar, komt op het spreekuur van de huisarts omdat ze sinds drie weken pijn in haar bovenbuik heeft en een opgeblazen gevoel. Er zijn geen andere klachten. Ze heeft deze klachten niet eerder gehad. Bij lichamelijk onderzoek vindt de huisarts drukpijn in epigastrio, verder vindt hij geen afwijkingen. De huisarts stelt de diagnose maagklachten. Mevrouw Dal wil graag medicatie voor haar klachten. De huisarts schrijft haar een protonpompremmer voor.

1. Deze medicatie is bij een eerste episode van maagklachten eerste keus.

In het nagesprek met de aios stelt de huisarts dat sowieso effect van de voorgeschreven medicatie mag worden verwacht. Placebobehandeling bij patiënten met maagklachten leidt bij ongeveer de helft van de patiënten tot klachtenafname. De aios spreekt dit tegen en zegt dat de placeborespons kleiner is dan 20%.

2. De aios heeft gelijk.

Alexandra, 8 jaar, komt met haar moeder bij de huisarts omdat zij pijn heeft in beide knieën. De pijn komt in aanvallen en treedt met name aan het begin van de dag op. Alexandra is verder gezond. Bij lichamelijk onderzoek vindt de huisarts geen afwijkingen. De huisarts overweegt de diagnose groei-pijn. Bij deze diagnose past/passen:

3. – de locatie van de pijn (knieën);
4. – het tijdstip van optreden van de klachten (aan het begin van de dag).

Mevrouw Van Dijk, 34 jaar, komt bij de huisarts omdat ze tijdens het douchen bij toeval een kleine zwelling heeft ontdekt op haar bovenbeen. Ze wil weten wat het precies is. De huisarts palpeert een pijnloze gladde zwelling van 1 cm doorsnede, vastzittend aan de huid, maar los van de onderlaag. De huisarts twijfelt tussen een atheroomcyste en een lipoom. Voor de diagnose lipoom pleit/pleiten:

5. – de locatie van de zwelling;
6. – het vastzitten aan de huid.

De heer Van Tilt, 62 jaar, komt bij de huisarts op het spreekuur met klachten van toenemende dyspneu d'effort. Hij vertelt zelfs bij overvloedig eten uit de stoel en bij naar de keuken lopen al klachten van kortademigheid te hebben. Bij navraag zegt hij zich ook vermoeider te voelen. De huisarts stelt na lichamelijk onderzoek en aanvullende diagnostiek de diagnose hartfalen. Hij schrijft de heer Van Tilt een (1) thiazidediureticum als (2) monotherapie voor.

7. Het beleid bij (1) is correct.

8. Het beleid bij (2) is correct.

Aios en opleider gaan op visite bij de heer Mulder, 55 jaar. Een goede vriend van de heer Mulder heeft om een visite gevraagd omdat de heer Mulder zich op dit moment suïcidaal uit. Onderweg bespreken de aios en opleider het daadwerkelijke risico. De huisartsopleider zegt dat het risico op suïcide toeneemt (1) als in een consult rechtstreeks gevraagd wordt naar gedachten over zelfdoding. Verder beweert de huisarts, dat er bij de heer Mulder een factor is die het risico op suïcide bij hem juist verlaagt, namelijk het feit dat (2) hij zich in het verleden al vaker suïcidaal heeft uitgelaten.

9. Bewering (1) is correct.

10. Bewering (2) is correct.

De antwoorden staan op pagina 616.

De toetsvragen zijn afkomstig van de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoetsen van Huisartsopleiding Nederland. De vragen zijn altijd als juist/onjuist geformuleerd. De antwoorden worden verzorgd door de afdeling Implementatie van het NHG. Correspondentie over de vragen is mogelijk via: Secretariaat Huisartsopleiding Nederland, rubriek H&W, Postbus 20072, 3502 LB Utrecht of per e-mail: secretariaat@huisartsopleiding.nl.

Telefonisch overleg met de specialist

WAT IS HET PROBLEEM?

Er schort nog weleens wat aan de communicatie tussen huisarts en specialist, vooral bij telefonisch overleg. Een voorbeeld: een huisarts bezoekt tijdens de avonddienst een onbekende patiënt in een achterstandswijk. In die situatie is het moeilijk klinische gegevens te verkrijgen en de huisarts voelt zich mogelijk onder druk gezet. Het gevolg daarvan is dat hij geen hypothese of differentiaaldiagnose formuleert. Vervolgens overlegt de huisarts met de specialist (arts-assistent) zonder een helder doel voor ogen. Het komt ook voor dat de huisarts niet nagaat of de ander openstaat voor de informatie en toelaat dat de ander hem overhoort. De arts-assistent stelt zich mogelijk zo op, omdat hij naderhand op zijn beurt op eenzelfde manier wordt overhoord door zijn supervisor.

WAT MOET IK WETEN?

Als u telefonisch contact opneemt met een specialist sta dan van tevoren stil bij het doel van uw telefoontje: overleg, advies, patiënt laten zien op de polikliniek of opname. Vraag u daarnaast af in wat voor situatie uw bericht binnenkomt: slaapt de specialist, is hij druk in gesprek, is hij op de OK of in de eetzaal? Een goede openingszin is: 'Hebt u even tijd?' Maak daarna de intentie van het overleg en de vraagstelling direct kenbaar. Zo kunt u zeggen: 'Ik ben thuis bij een patiënt die ik wil insturen. Kan ik even overleggen?'

Ervaren huisartsen passen hun houding richting hun telefonische gesprekspartner aan. De houding van de specialist speelt natuurlijk ook een rol. Als de huisarts duidelijk en helder formuleert, mag van de specialist worden verwacht dat deze wil meedenken en bereid is zich te verplaatsen in de situatie. Vanuit de communicatiewetenschappen is de Wet van Maier bekend:

Wet van Maier: $E = K \times A$
Effect = kwaliteit $\times$ acceptatie (aandacht)

Het effect van de communicatie is het product van de kwaliteit van de gegeven informatie en de acceptatie van het gebodene. De kwaliteit wordt voornamelijk bepaald door de inhoudelijke deskundigheid en duidelijkheid van betrokkenen. Daarna

komt het erop aan te bedenken hoe de ander het best kan luisteren. De acceptatie groeit als de ander actief wordt betrokken bij het formuleren van het probleem en het bedenken van de oplossing. Huisartsen waarderen het zeer als een specialist bereid is mee te denken. Specialistinnen waarderen het als de huisarts een duidelijk verhaal vertelt. Dit sluit aan bij de Wet van Maier.

Begrip voor de omstandigheden waarin men verkeert, is daarbij voor beide partijen belangrijk. Zowel een huisarts als een specialist kan in omstandigheden verkeren die aandacht bemoeilijken. Het is goed om dit van beide kanten te benoemen. Hetzelfde geldt voor het 'overhoren' van de huisarts door een arts-assistent. Het zou beter zijn als arts-assistenten toelichten waarom ze dit doen.

Volgens zowel huisartsen als specialisten speelt het feit of men elkaar kent een grote rol. In dat geval is telefonisch contact gemakkelijker, laagdrempeliger en weet men ook welke toon het best past bij de betreffende collega.

Naast telefonisch overleg tijdens de dienst kan de bereikbaarheid overdag ook tot problemen leiden. Huisartsen en specialisten hebben een heel ander dagprogramma. Specialistinnen bellen vaak na 17.00 uur, als de huisartsenpraktijk niet meer bereikbaar is. De Wet van Maier gaat overigens ook op voor andere gesprekken: met collega's of personeel, zoals functioneringsgesprekken.

WAT MOET IK DOEN?

Besef welke vraag u wilt stellen aan de specialist die u belt. Formuleer deze duidelijk. Vraag aandacht voor de situatie waarin u zich bevindt. Besef dat ook de persoon die u belt in een situatie kan verkeren die een negatieve invloed heeft op de communicatie. 'Hebt u even tijd?' is een goede vraag om het gesprek mee te beginnen. ■

LITERATUUR

- Berendsen AJ, Schuling J. Samenwerkingsperikelen in de huisartspraktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011.
- Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. BMC Health Serv Res 2009;9:143.
- Berendsen AJ, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Klazinga NS, Schuling J. Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. BMC Health Serv Res 2007;7:4.

Palliatieve zorg

WAT IS HET PROBLEEM?

Wanneer bij een patiënt wordt vastgesteld dat er voor een bepaalde aandoening geen redelijke behandeling meer mogelijk is, begint de palliatieve fase. Kenmerkend voor deze fase zijn toenemende afhankelijkheid, lichamelijke en psychische klachten en toenemende zorgbehoefte. Voor een optimale begeleiding van deze patiënten is een goede samenwerking tussen wijkverpleegkundige, huisarts en mantelzorgers van essentieel belang.

WAT MOET IK WETEN?

Per jaar overlijden in Nederland ruim 35.000 mensen thuis. De meesten overlijden aan een niet-acute aandoening zoals kanker, COPD, diabetes, nierziekte of een cardiovasculaire aandoening. Veel van deze patiënten hebben thuis intensieve palliatieve zorg nodig. Het is te verwachten dat het aantal patiënten dat hiervoor in aanmerking komt, de komende jaren aanzienlijk stijgt. De huisarts is samen met de wijkverpleegkundige goed in staat om palliatieve zorg te leveren. Zij kunnen zich daarbij laten ondersteunen door een specialistisch team dat uit wisselende disciplines bestaat zoals oncologen, pijnspecialisten, verpleeghuisartsen, huisartsconsulenten en gespecialiseerde wijkverpleegkundigen. De uitgangspunten om palliatieve zorg te leveren zijn het behoud van de autonomie van de patiënt en het optimaliseren van de kwaliteit van leven. Comfort en zelfstandigheid zijn hierbij de sleutelbegrippen. De belangrijkste randvoorwaarde om dit te realiseren is een goede afstemming van de zorg tussen alle betrokkenen. Patiënten en hun naasten vinden het belangrijk om in deze fase met zo min mogelijk verschillende hulpverleners geconfronteerd te worden en willen graag zonder veel barrières hulp kunnen inroepen als dat nodig is. Het is belangrijk om bij het zorgplan rekening te houden met niet alleen lichamelijke of zorggerelateerde hulpvragen maar zeker ook met emotionele, sociale en spirituele aspecten. Tot slot is een goede coördinatie van alle personen die bij de zorg betrokken zijn en alle taken die uitgevoerd moeten worden, van essentieel belang.

WAT MOET IK DOEN?

Het benoemen van de zorgcoördinator gebeurt in een vroeg stadium en gaat in overleg met patiënt en de mantelzorgers. De coördinator is iemand van binnen het team, meestal de wijkverpleegkundige of de huisarts, hij ziet er op toe dat iedereen de hulpvragen op dezelfde wijze begrijpt en dat er geen

onduidelijkheid ontstaat over het gezamenlijk beleid. Om de organisatie in deze fase op te starten kan men de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken Palliatieve Zorg gebruiken. Hierin staan aandachtspunten voor de start van de samenwerking met betrekking tot begeleiding, gedeelde zorg en onderlinge afstemming. Het is belangrijk een zorgdossier op te stellen waar elke betrokkene de verrichtingen en bevindingen in kan optekenen zodat voor iedereen inzichtelijk is wat er gedaan en afgesproken is. Een belangrijk aandachtspunt is de draagkracht van de mantelzorgers. Vooral vrouwelijke mantelzorgers geven niet snel aan dat de zorg voor hen te zwaar wordt, hetgeen tot verdriet en soms crisisachtige situaties kan leiden. Hulpverleners dienen hier rekening mee te houden. Het is van belang om al in een vroeg stadium de zorg rond het levenseinde te bespreken. De huisarts is hiervoor in eerste instantie de aangewezen figuur maar het is belangrijk om binnen het team hierover afspraken te maken zodat voor iedereen duidelijk is wat wenselijk en mogelijk is en wat de standpunten van de verschillende hulpverleners zijn ten aanzien van een mogelijke euthanasie of hulp bij zelfdoding. Indien huisarts en wijkverpleegkundige al langer samenwerken zal duidelijk zijn hoe een ieder over deze onderwerpen denkt. Als de wensen van patiënt ten aanzien van het levenseinde duidelijk zijn, stelt de huisarts alle betrokkenen hiervan op de hoogte.

Tot slot moeten huisarts en wijkverpleegkundige afspraken maken over de nazorg voor de mantelzorgers. Ook moeten ze rouwbezoek inplannen en bepalen welke punten zij misschien nog met de naasten moeten bespreken.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Het is belangrijk dat het in de palliatieve fase voor alle betrokkenen duidelijk wordt dat de behandeling niet meer is gericht op het bestrijden dan wel afremmen van de ziekte maar dat nu de kwaliteit van leven voorop komt te staan, in afwachting van het naderende einde. Het dient duidelijk te zijn dat in deze fase de wensen van de patiënt nog centraler staan dan gebruikelijk en dat het een gezamenlijke inspanning van huisarts, wijkverpleegkundige en mantelzorgers wordt om hieraan zo goed mogelijk invulling te geven. ■

LITERATUUR

Eizenga WH, De Bont M, Vriezen JA, Jobse AP, Kruijt JE, Lampe IH, et al. LESA Palliatieve zorg. Huisarts Wet 2006;49:308-12.



Vitamine C tegen bacteriële vaginose?

Deze bijdrage heeft op de NHG-Wetenschapsdag 2014 de Jan van Es-prijs voor de beste CAT gewonnen.
CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. A. Knuistingh Neven en dr. J.A.H. Eekhof, LUMC Leiden. Correspondentie: a.knuistinghneven@upcmail.nl.

Vraagstelling Bij klachten van een bacteriële vaginose (BV) schrijven huisartsen metronidazol voor. Ondanks deze antibiotica houdt een groep vrouwen klachten. Tijdens een stage gynaecologie viel mij op dat gynaecologen wel eens Normaflor® voorschrijven, een vaginaal vitamine C-tablet die mogelijk de zuurgraad van de vaginale fluor herstelt. Het zure milieu stimuleert de hergroei van lactobacillen en kan bacteriële overgroei tegengaan. Onze vraagstelling luidt dus: 'Is vaginaal toegediende vitamine C effectiever dan placebo in het verhelpen van klachten van BV bij volwassen premenopauzale vrouwen?'

Zoekstructuur In november 2013 zochten we in PubMed via 'All Fields' op: (vaginal vitamin c) OR (bacterial vaginosis AND vaginal vitamin c). De MeSH-termen vagina, bacterial vaginosis, gardnerella, vitamin c en ascorbic acid leverden geen extra artikelen op.

Resultaten Na screening op uitkomstmaten, taal en RCT bleven er van de 78 gevonden artikelen twee over die relevant waren om onze vraagstelling te beantwoorden.

Bespreking Petersen et al. includeerden 100 patiënten met niet-specifieke vaginitis (NSV).¹ Exclusiecriteria waren verwachte slechte therapietrouw, aids of hiv-positiviteit, behandeling met immunosuppressiva of antibiotica, elke andere gelijktijdige klinisch relevante ziekte, instabiele hartziekten, vaginale candidiasis, overgevoeligheid voor vitamine C, drugsgebruik nu of in het verleden en bloed- of plasmadonatie binnen 6 weken voor aanvang van het onderzoek. Na randomisatie werden 50 patiënten behandeld met 250 mg vaginale vitamine C (1/dag, 6 dagen); 50 patiënten kregen een vaginale placebotablet. De follow-up was 20 dagen. Patiënten werden bij aanvang, na 1 en 3 weken onderzocht. Na 1 week was er sprake van NSV bij 14% van de patiënten in de vitamine C-groep, tegenover 35,7% in de placebogroep ($p = 0,02$; NNT = 5). Na 3 weken was er sprake van NSV bij 21,7% in de vitamine C-groep en bij 34,1% in de placebogroep ($p = 0,06$; NNT = 8). In de vitamine C-groep werden (niet significant) minder klachten gerapporteerd, de visgeur was significant vaker verdwenen en er was een duidelijke afname van *clue cells*. Vaginale pH-waarden, klachten van jeuk, koorts en bijwerkingen verschilden niet.

In een later onderzoek includeerden Petersen et al. 277 vrouwen met klachten van bacteriële vaginose (BV).² Vrouwen met hiv, *N. Gonorrhoeae*, trichomoniasis, vaginale candidiasis of gelijktijdige behandeling met immunosuppressiva, antibiotica, lokale antimycotica en/of lactobacilluspreparaten werden geëxcludeerd. Na randomisatie werden 141 vrouwen behandeld met 250 mg vaginale vitamine C (1/dag, 6 dagen); 136 vrouwen kregen een vaginale placebo. Na 8-14 dagen werden de patiënten gecontroleerd op klachten van BV. In de intention-to-treat-analyse werd genezing bereikt bij 55,3% van de patiënten in de vitamine C-groep en bij 25,7% in de placebogroep ($p < 0,001$; NNT = 3). In de per-protocol-populatie werd genezing gezien bij 66,4% (77/116) van de patiënten in de vitamine C-groep en bij 27,1% (32/118) in de placebogroep ($p < 0,001$; NNT = 3). Bij 15 patiënten in de vitamine C-groep en 12 patiënten in de placebogroep traden bijwerkingen op, voornamelijk jeuk. Er werden geen ernstige bijwerkingen gerapporteerd.

Aanvullend commentaar In het eerste onderzoek is de korte follow-upduur (3 weken) een belangrijk kritiekpunt, vooral omdat het gevonden behandel-effect aan het eind van het onderzoek al minder groot is. Daarnaast zijn de wijze van patiëntselectie, de randomisatie en de blinding niet duidelijk beschreven. Inhoudelijke beoordeling van de uitvoering is daardoor niet mogelijk. De eerste auteur is medewerker bij de farmaceutische industrie.

In het tweede onderzoek was de follow-up slechts 14 dagen. Ook werd het onderzoek gesponsord door de producent van Normaflor® en is een werknemer van de producent medeauteur.

Conclusie Bij patiënten met een bacteriële vaginose geven vaginale vitamine C-tabletten een gunstig effect, 1 tot 2 weken na een 6 dagen durende behandeling.

Betekenis Daar het enige voorhanden zijnde onderzoek van matige kwaliteit is, dan wel gesponsord door de farmaceutische industrie, weten we nog steeds onvoldoende om Normaflor® onderbouwd aan patiënten te kunnen adviseren. Gezien het geringe optreden van bijwerkingen en de afwezigheid van een resistentiepatroon zouden de vrij verkrijgbare vaginale vitamine C-tabletten in uitzonderlijke gevallen uitkomst kunnen bieden. ■

LITERATUUR

- 1 Petersen E, Magnani P. Efficacy and safety of vitamin C vaginal tablets in the treatment of non-specific vaginitis. A randomised, double blind, placebo-controlled study. *Obstet Gynecol* 2004;117:70-5.
- 2 Petersen E, Genet M, Caserini M, Palmieri R. Efficacy of vitamin C vaginal tablet treatment of bacterial vaginosis: a randomised, double blind, placebo controlled clinical trial. *Arzneimittelforschung* 2011;61:260-5.

Kortdurende behandeling van pyrosis

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

Context Een kwart van de volwassenen heeft regelmatig last van zuurbranden. Als deze klachten met eenvoudige adviezen niet verdwijnen, valt medicatie te overwegen. Het is onduidelijk welk medicijn (protonpompremmers, prokinetica, H₂-receptorantagonisten) de voorkeur verdient bij patiënten die al dan niet een gastroscopie (zonder structurele afwijkingen) hebben ondergaan. Ook is onduidelijk of een korte medicamenteuze behandeling effectief is.

Klinische vraag Wat is de effectiviteit van medicamenteuze behandeling met korte behandelkuren ten aanzien van de remissie van pyrosisklachten bij patiënten met een normale gastroscopie en bij patiënten die empirisch worden behandeld (zonder gastroscopie)?

Conclusie auteurs Kortdurende behandeling (1-12 weken) met protonpompremmers leverde een sterker effect op zuurbranden vergeleken met H₂-receptorantagonisten bij empirisch behandelde patiënten: een gepoold relatief effect van 0,66 (7 onderzoeken, 95%-BI 0,60 tot 0,73; NNT = 4,3). Een vergelijkbaar effect (2 onderzoeken, 0,53; 95%-BI 0,32 tot 0,87; NNT = 3,6) werd gevonden voor protonpompremmers vergeleken met prokinetica.

In populaties waarbij wel een gastroscopie is verricht en er geen tekenen van oesofagitis werden gevonden, wezen de relatieve effecten in dezelfde richting, maar iets minder sterk, namelijk 0,78 (95%-BI 0,62 tot 0,97; NNT = 8,0) en 0,72 (95%-BI 0,56 tot 0,92; NNT = 6,6). De methodologische kwaliteit van de onderzoeken met prokineticagroepen werd als laag beoordeeld (GRADE).

Beperkingen In Nederland zijn de prokinetica van de markt gehaald in verband met cardiale bijwerkingen (verlenging QT-tijd). Er zijn dus maar twee keuzes: H₂-receptorantagonisten en protonpompremmers.

COMMENTAAR

De onderzoekers van deze review vonden bewijs dat protonpompremmers effectiever zijn dan H₂-receptorantagonisten om klachten van zuurbranden te verminderen bij empirisch behandelde patiënten en in mindere mate bij patiënten met klachten, maar zonder afwijkingen bij endoscopie.

Voor de huisarts is juist deze review over kortdurende behandeling belangrijk omdat die de meeste patiënten met zuurbranden behandelt. In tegenstelling tot patiënten in de tweede lijn waar men vaak lang en hoog doseert vanuit de gedachte dat het een reflux-oesofagitis betreft, behandelen huisartsen vooral lichtere gevallen of mensen met hardnekkige klachten zonder afwijkingen bij aanvullend onderzoek. Voor deze groepen zijn andere therapeutische benaderingen noodzakelijk: onnodig

lang en hoog doseren leidt mogelijk tot bijwerkingen en hoge kosten.

Het algemeen advies in de NHG-Standaard Maagklachten is als volgt: begin met een antacidum, bij onvoldoende effect gevolgd door een H₂-antagonist en daarna door een protonpompremmer. Onnodig chronisch gebruik van een protonpompremmer kan hiermee worden voorkomen. Deze Cochrane-review bevat weliswaar weinig onderzoeken, maar op basis van de grotere effectiviteit van protonpompremmers met een gunstig NNT zou de huisarts bij patiënten met zuurbranden toch sneller kunnen overgaan tot behandeling met protonpompremmers.

Van sterke zuurproductieremmende middelen zijn nadelen bekend, die van minder sterk zuurproductieremmende middelen niet of in mindere mate bekend zijn. Het betreft onder andere reboundklachten (waardoor het medicijn opnieuw wordt gestart en onnodig chronisch gebruik kan ontstaan), verhoogde kans op osteoporotische fracturen en op infecties (respiratoir en gastro-intestinaal).

De NHG-Standaard stelt dan ook dat het grote aantal chronisch protonpompremmersgebruikers anno 2012 mede is ontstaan door te vaak starten met een protonpompremmer in plaats van met een H₂-receptorantagonist en door het niet ondernemen van een afbouwopgave of door mislukken van afbouwopgaven vanwege het reboundeffect. Step-upbeleid bij de indicatie maagklachten beperkt het aantal protonpompmerstarters en is daarmee een bijdrage aan het voorkomen van onnodig chronisch gebruik. Daarnaast is step-upbeleid als zelfzorg goedkoper dan step-downbeleid (vanaf 1 januari 2012 wordt zuurremmende medicatie niet meer vergoed, tenzij het gebruik > 6 maanden betreft).

Op grond van een beperkt aantal onderzoeken concludeer ik dat er aanwijzingen zijn dat een korte kuur met een protonpompremmer de effectiefste behandeling is voor patiënten met last van zuurbranden. Of dit patiënten zijn bij wie is aangetoond dat er geen structurele afwijkingen zijn bij gastroscopie of bij wie geen aanvullend onderzoek is verricht en die empirisch worden behandeld, maakt voor deze conclusie niet veel uit. H₂-receptorantagonisten en antacida zijn eveneens effectief, maar in mindere mate. Voor patiënten met andere maagklachten dan zuurbranden geldt deze conclusie niet en blijft een step-upbenadering eerste keus, conform de NHG-Standaard. ■

LITERATUUR

Sigterman KE, Van Pinxteren B, Bonis PA, Lau J, Numans ME. Short-term treatment with proton pump inhibitors, H₂-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. Cochrane Database Syst Rev 2013;CD002095.

Huisartspraktijk Geulle, Marktplein 14, 6243BR Geulle; prof.dr. J.W.M. Muris, huisarts, bijzonder hoogleraar en hoofd Huisartsopleiding Maastricht • Correspondentie: jean.muris@maastrichtuniversity.nl

Primum non nocere

Casus

Mevrouw A is op 77-jarige leeftijd door verhuizing naar een verzorgingshuis bij ons in de praktijk gekomen. Haar voorgeschiedenis vermeldde PTCA, PMR, chronisch pijnsyndroom, wervelkanaalstenose en de aanleg van een dubbelloops ileostoma vanwege obstipatieklachten door verstoorde darmmobilititeit na uterusextirpatie. Rondom haar verhuizing speelde ook een onderzoek bij de geriater naar haar cognitieve problemen. Zij had het onderzoek echter als zodanig belastend ervaren dat ze afzag van verder bezoek aan de geriater voor een diagnose-adviesgesprek.

Op verzoek van mevrouw en haar familie hebben wij in overleg met de geriater het diagnose-adviesgesprek gevoerd. Aan de hand van de bevindingen bij de anamnese, de neuropsychologische onderzoeken en de bevindingen bij de MRI hebben we de diagnose dementie op basis van de ziekte van Alzheimer gesteld. Naast uitleg over het te verwachten beloop van de ziekte hebben we als medicatie cholinesteraseremmers voorgesteld.

Na bedenktijd is mevrouw A gestart met rivastigminepleisters, in de dosering van 4,6 mg/24 uur. Na 2 weken hebben we de bijwerkingen geëvalueerd, waarna de dosis werd opgehoogd naar 9,5 mg/24 uur. De balans was positief: haar spraakvermogen was verbeterd, zij had minder aansturing nodig in haar ADL-taken en, daarna of daardoor, leek haar stemming verbeterd.

Een maand na het ophogen van de dosering bezocht ze het spreekuur in verband met buikpijnklachten. Lichamelijk onderzoek leverde geen afwijkingen op en we hebben haar enkele adviezen gegeven. Veertien dagen later had mevrouw A hevige buikpijn. Zij was bleek, klam en vertoonde bewegingsdrang. Haar buik was bij onderzoek geprikkeld. We stuurden haar met spoed door. Onderzoek op de SEH leverde geen verklaring op voor de klachten. Acht dagen hierna werden we gebeld voor een spoedvisite, nadat de huisartsenpost die nacht al een visite had afgelegd. Daarop stuurden we haar opnieuw met spoed door en opnieuw werd er geen verklaring voor de klachten gevonden.

We overwogen dat de klachten verband konden houden met de recente start van rivastigmine. De behandeling is hierop gestaakt. In de 9 maanden hierna hebben zich geen vergelijkbare incidenten voorgedaan.

BESCHOUWING

Het oude adagium 'primum non nocere' geldt in de huidige tijd meer dan ooit, nu aandacht voor polyfarmacie en multimorbiditeit bij onze kwetsbaarste patiënten (de ouderen) hoog in het vaandel staat. Dat dit niet altijd even makkelijk is, willen we uitleggen aan de hand van deze casus.

De CBO-Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behan-

deling van dementie stelt dat medicamenteuze behandeling een zinvolle aanvulling kan zijn op niet-medicamenteuze interventies.¹ Er zijn echter bijwerkingen beschreven van medicamenteuze behandeling (NNH = 12).² Een deel van de bijwerkingen is gastro-intestinaal van aard en lijkt daarom samen te hangen met orale toediening. Rivastigminepleisters zijn net zo effectief als orale toediening. De gastro-intestinale bijwerkingen daarvan zijn gering, vergelijkbaar met die van placebo, maar zijn wel mogelijk.³ Er is overigens slechts beperkt onderzoek gedaan naar de redenen van staken van de behandeling.⁴

Bij onze patiënte was er sprake van een ongewenste situatie: het met spoed bezoeken van medisch-specialistische zorg in verband met hevige buikklachten. De relatie met het starten van de rivastigminepleisters is niet vanaf het begin heel duidelijk geweest. Een bruikbaar concept over bijwerkingen van geneesmiddelen wordt weergegeven met de schaal van Naranjo.⁵ Als we deze schaal voor onze patiënte invullen, komen we tot een score van 5: een waarschijnlijke, ongewenste geneesmiddelreactie. De verbetering van een aantal klachten die horen bij haar dementie en haar toegenomen lijdensdruk na het staken van de rivastigmine waren een pleidooi voor herintroductie. Een ontredde patiënte, lijdend aan helse buikpijnen, die angstig reageert op de doorverwijzing naar het ziekenhuis is daarentegen een sterk pleidooi voor het niet meer herintroduceren van dergelijke middelen.

Specialisten en kaderartsen ouderengeneeskunde zullen in de toekomst ongetwijfeld vaker met deze problematiek in aanraking komen. Primum non nocere: het lijkt zo simpel... ■

LITERATUUR

- 1 CBO-Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementia. Utrecht: CBO, 2005.
- 2 Lancot KL, Hermann N, Yau KK, Khan LR, Liu BA, Loulou MM, et al. Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: a meta-analysis. CMAJ 2003;169:255-64.
- 3 Dillon S. Rivastigmine Transdermal Patch, a review of its use in the management of dementia of the Alzheimer's type. Drugs 2011;71:1209-31.
- 4 Gardette V, Andrieu S, Lapreyre-Mestre M, Caley, Cantat C, Ousset PJ, et al. Predictive factors of discontinuation and switch of cholinesterase inhibitors in community-dwelling patients with Alzheimer disease: a 2-year prospective, multicentre, cohort study. CNS Drugs 2010;24:431-42.
- 5 Naranjo CAA. Method for estimating the probability of adverse drug reactions. Clin Pharmacol Ther 1981;30:239-45.

SAMENWERKINGSMANAGEMENT

Hammelburg R, Lubbers WJ, Nauta N (redactie). Veranderende samenwerking in de zorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014. 315 pagina's, € 44,50. ISBN 978-90-313-9972-7.

Doelgroep Werkers in de gezondheidszorg die op de een of andere manier, naast de reguliere patiëntenzorg, een bijdrage willen leveren aan de verdere ontwikkeling van die zorg. Centraal hierin staat de patiënt. Aan de huisarts wordt een belangrijke rol toegekend als het gaat om het nemen van de regie over de steeds complexer wordende zorg. Voor huisartsen die met deze regierol aan de slag willen, is dit boek aan te bevelen.

Inhoud Het boek gaat over samenwerken in de zorg en bestaat uit vier delen. In het eerste deel komen de noodzaak van samenwerken, definities van en theorieën over samenwerken aan bod. Deel 2 gaat over de vraag of samenwerken te leren is en hoe dat daadwerkelijk gebeurt. De rol van artsorganisatie



ties komt aan bod, maar ook het leren samenwerken tijdens opleiding en nascholing. Deel 3 is gewijd aan 12 verschillende samenwerkingsprojecten die de lezer inspireren om aan soortgelijke projecten deel te nemen. Naast samenwerken zijn er verschillende thema's die steeds terugkomen, zoals 'de patiënt centraal', bewustwording, vertrouwen, respect, taakafbakening, cultuur, enzovoort. In deel 4 staat samenwerking in de zorg in een breder historisch perspectief centraal. Hoe was het vroeger geregeld en wat mogen we van de toekomst verwachten? Onderwerpen die hier aan de orde komen zijn: geleerde lessen uit het verleden, marktwerking in de zorg, gevolgen van social media en het e-consult, en bekostiging van de zorg.

Oordeel Het boek telt maar liefst 45 hoofdstukken en in elk ervan komt een ander aspect van samenwerking in de zorg aan de orde. Tegenover de compacte en voor de geïnteresseerde lezer mogelijk wat oppervlakkige hoofdstukken staat een uitgebreide literatuurlijst en een uitvoerig trefwoordenregister. Dit boek biedt wat het belooft: inspiratie voor de huisarts die naast patiëntenzorg tevens samenwerkingsmanagement tot zijn competenties wil rekenen. ■

Bèr Pleumeekers

Waardering: ●●● (nuttig voor geïnteresseerden)

INTERDISCIPLINAIR SAMENWERKEN

Vyt A. Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn. Antwerpen-Apeldoorn: Garant, 2012. 107 pagina's, € 13. ISBN 978-90-441-3002.

Doelgroep Alle hulpverleners in de gezondheidszorg.

Inhoud Dit boek is geschreven door een ervaren Vlaamse docent en gedragswetenschapper met veel ervaring in de kinesithérapie (fysiotherapie) en revalidatiegeneeskunde. Het relatief dunne boek suggereert de gehele gezondheidszorg te beslaan. Het bestaat uit acht hoofdstukken waarbij het eerste hoofdstuk beschrijft wat samenwerking is, wat de voorwaarden zijn en wat uni-, multi-, inter- en transdisciplinair werken is. Vyt breekt een lans voor het samenwerken, en keert zich tegen de neiging van disciplines om zich taakgebieden toe te eigenen.

Hoofdstuk twee beschrijft waarom samenwerken nodig is en de auteur refereert hierbij uitgebreid aan de richtlijnen van de WHO. Hoofdstuk drie beschrijft het beroepsprofiel en de basiscompetenties van beroepen die samenwerken, en de huisarts wordt hierbij als eerste beschreven. Daarna volgen de verloskundige, kinesitherapeut (fysiotherapeut), ergo-



therapeut, logopedist, podoloog, maatschappelijk werker en audioloog. De huisarts wordt beschreven als een arts die niet is gespecialiseerd, terwijl ook in België een postacademische huisartsopleiding geldt. Medisch specialisten worden niet omschreven. Hoofdstuk vier beschrijft kort de inhoud en het doel van een interdisciplinair zorgplan. De auteur benadrukt dat een zorgplan geen acties van de zorgverlener moet bevatten (wondverzorging) maar liever gezamenlijke zorgdoelen (zelfstandige wondverzorging). Ook beschrijft hij enkele casus die vooral revalidatiesituaties betreffen. Hoofdstuk vijf en zes behandelen competenties voor samenwerken en overleg, en de kwaliteit van samenwerken. Ook instrumenten (vragenlijsten) om de kwaliteit van samenwerking te beoordelen komen aan de orde. Tot slot volgen tips voor effectief vergaderen: voorbereiden, structureren, besluitvorming en omgangsvormen, en verwijst de auteur naar artikelen, boeken en lopende onderzoeken.

Oordeel Het boek is weinig praktisch en lijkt vooral betrekking te hebben op samenwerken tussen paramedici in de revalidatiesetting. Er staan op zich verstandige tips in over effectief vergaderen en over het maken van een interdisciplinair zorgplan, maar de informatie is te beknopt om behulpzaam te zijn. Het boek lijkt leerzaam voor Vlaamse gedragswetenschappers die zich willen specialiseren in de gezondheidszorg, maar is niet relevant voor huisartsen. ■

Lidewij Broekhuizen

Waardering: ●●●



Laat de GGZ vlot ineensstorten

Bezuinigen in de geestelijke gezondheidszorg, de GGZ, dat snap ik. De kosten stijgen te hard. Geen wonder trouwens, want iedereen heeft met elk probleem altijd recht heeft op elke zorg. Financiers en wetgevers zeggen dat de GGZ beter wordt van bezuinigen door te sturen op inhoud, zorgsoort en volume. Dat is mooi communiceren van slecht nieuws. Er is nog nooit een goed zorgsysteem kwalitatief verbeterd door financiers en wetgevers, wel verslechterd. Minder geld, evenveel rechten op zorg en zeggen dat de GGZ veel beter kan, dat is de kluit belazeren. Waarom trouwens die drukte om meer kwaliteit? Was er een probleem dan? Ik denk het niet. Dat het een versplinterde rommelmarkt is geworden met een exploderend aantal aanbieders waaronder ondernemende kruimelaars en charlatans, dat komt niet door de beroepsgroep. Die was juist aan het fuseren en certificeren. Die versplintering is ontstaan doordat elke

individuele hulpvraag met goud is behangen, ongeacht nut en kwaliteit van de GGZ-hulpverlening daarvoor. De GGZ is duur geworden door de keuze van de wetgever: vraagsturing, concurrentie tussen aanbieders en een open-eind-financiering. Het lijkt de economie van de drugshandel wel.

De sturing van de zorginhoud is nu aan het doldraaien. Het gaat niet meer om bezuinigen. Het gaat om diep ingrijpen in het professionele domein. Burn-out mag niet verwezen worden, autisme en angst wel. Maar dat weet ik niet van tevoren. Misschien is het wel alledrie. Daarom verwijst ik. Wetgever en financier nemen eigenlijk mijn werk in de spreekkamer over. Niet-gevalideerde vragenlijsten over de ernst van je depressie zijn managementtools geworden, de MIRRO-vragenlijst bijvoorbeeld. Verplicht woordgebruik in verwijsbrieven (DSM-IV, Basis-GGZ, matig ernstig) bepaalt de diagnose, behandelaar en

behandelduur (132 of 356 minuten). De verwijsbrief is een financieel document geworden.

Bezuinigen is best. Dat gaat uitstekend met jaarbudgetten per populatie en een strenge inspectie. Dokters gaan niet over bezuinigen. Maar patiënten alle rechten op elke zorg laten behouden voor dezelfde premie is duur. En het is laf dat patiënt en dokter te verwijten. Bezuinigen door selectief hulp te verlenen naar ernst en zinvolheid, dat kunnen de professionals heel goed, binnen de financiële ruimte, zonder managementtools.

Het gaat dus mis met de GGZ, niet door de bezuinigingen, maar de manier waarop. Hopelijk stort het GGZ-systeem heel snel in. Dan bouwen we het wel weer op, voor het bedrag dat de samenleving er voor over heeft. ■

Nico van Duijn



Gezocht: nieuwe columnisten

Maakt u als huisarts (in opleiding) dingen mee die u met andere huisartsen wilt delen? Schrijft u graag en gemakkelijk of wilt u het schrijven wel eens proberen? Laat het ons weten.

H&W is weer op zoek naar huisartsen (in opleiding) die af en toe een column willen schrijven. Die column kan gaan over uw dagelijks werk, maar ook over andere werkzaamheden als huisarts. Zo zijn er leuke en aansprekende verhalen te vertellen over het doen van onderzoek, het geven van onderwijs en het functioneren van bijvoorbeeld een SCEN-arts of kaderarts. Ook huisartsen (in opleiding) die ervoor een andere opleiding hebben gedaan of in de tropen hebben gewerkt kunnen vanuit die ervaring reflecteren op wat in de huisartsenpraktijk zo gewoon lijkt.

Het schrijven van een goede column is niet gemakkelijk. We geven een paar tips. Allereerst moet een column prikkelend zijn. Begin met een goede openingszin die uitnodigt tot lezen. Verder is het belangrijk dat u één onderwerp be-

handelt en niet te veel zijpaden inslaat. Het helpt ook als u een originele invalshoek kiest; niemand zit te wachten op een stuk waarin staat wat iedereen toch al vindt, het wordt veel interessanter als u een afwijkende mening hebt. Zorg ook voor een sterke afsluiting, bijvoorbeeld een verrassende wending of een vraag waarover de lezer moet nadenken.

Durft u het aan? Wilt u een column voor H&W schrijven? Wij nodigen u daartoe van harte uit. Zet uw verhaal op papier (maximaal 750 woorden) en mail uw bijdrage voor 1 december 2014 naar redactie@nhg.org. Wij maken een selectie uit de inzendingen en plaatsen de beste in H&W. Iedereen die iets instuurt krijgt een reactie. Wij zien uit naar uw inzendingen.

Hebt u nog vragen? Laat het ons weten, wij beantwoorden ze graag. Bel 030-2823550. ■

Just Eekhof
Hoofredacteur H&W



Vacature H&W

Gevraagd een lid voor de Raad van Advies van Huisarts en Wetenschap

De Raad van Advies bemoeit zich gevraagd en ongevraagd met H&W. De Raad ziet toe op de hoofdredacteur en redactie van H&W. De Raad adviseert over het gevoerde en te voeren inhoudelijke beleid en kan tevens het bestuur adviseren over belangrijke beleidsbesluiten van en ten aanzien van de redactie. Zij functioneert als klankbord voor de hoofdredacteur en bewaakt inhoudelijk de koers van het blad.

De Raad vergadert in principe tweemaal per jaar, maar vaker als omstandigheden daartoe dwingen. Zij treedt op bij conflicten tussen de redactie van H&W en het bestuur van het NHG. Een van de leden van de Raad van Advies is betrokken bij de sollicitatieprocedure van nieuwe redactieleden. De Raad bestaat uit zeven leden. In verband met het reguliere rooster van aftreden is de Raad op zoek naar een nieuw lid.

EISEN

- Affiniteit met (wetenschappelijk) publiceren
- Enig inzicht in hetgeen zoal beschikbaar is in de wetenschappelijke literatuur
- Affiniteit met de toepassing van moderne media (internet)

- Enige bestuurlijke ervaring
- Instemming met de missie van H&W en het NHG
- Goede contactuele eigenschappen
- Creativiteit

In verband met een evenwichtige samenstelling van de Raad zoeken we een ervaren huisarts. Bestuurlijke en/of universitaire ervaring strekt tot aanbeveling.

Op de leden van Raad van Advies H&W is de regeling 'Vacatie- en bestuursvergoeding' van het NHG van toepassing.

PROCEDURE

De sollicitatiecommissie bestaat uit de hoofdredacteur, een door de Verenigingsraad aangewezen lid en een lid namens de directie van het NHG. Leden van de Raad van Advies hebben een zittingstermijn van drie jaar die ingaat na officiële benoeming door de algemene ledenvergadering. Verdere informatie kunt u krijgen bij hoofdredacteur Just Eekhof (telefoon 030-2823551 of per e-mail: j.eekhof@nhg.org). Sollicitatiebrieven voorzien van een Curriculum Vitae kunt u voor 17 november 2014 sturen aan Redactie H&W, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht of per e-mail: redactie@nhg.org. ■

Congres 'Dokters doe je niet alleen': H&W in NHG-stand

Wilt u voor H&W schrijven of heeft u daarover specifieke vragen? Op het komende NHG-congres kunt u de mogelijkheden met redactieleden en redactiemedewerkers bespreken. Tijdens de pauzes van het congres zijn we in de NHG-stand te vinden.

De redactie van H&W streeft ernaar iedere maand verschillende onderwerpen aan te bieden. Naast de onderzoeksartikelen en de NHG-Standaarden staan er verschillende kleine rubrieken in het blad. Deze rubrieken (zoals journaal, casuïstiek, spreekuur en import) sluiten nauw aan bij de dagelijkse praktijk van de huisarts. Wij denken daarom dat deze rubrieken ook geschreven kunnen worden door praktiserende huisartsen die (nog) niet veel ervaring hebben met schrijven.

Nieuwsgierig geworden? Kom dan tijdens de pauzes naar de NHG-stand. Wij gaan graag met u in gesprek. Onze redactieleden kunnen u alles vertellen over de rubrieken en begeleiden u graag bij het schrijven. Enthousiasme en doorzettingsvermogen strekken tot aanbeveling. Enige ervaring met schrijven is een voordeel maar niet noodzakelijk.

Wilt u zich goed voorbereiden? Ga dan naar onze website <http://www.henw.org/voorauteurs> of neem per mail contact met ons op via redactie@nhg.org. We zien uit naar uw reactie. ■

Just Eekhof
Hoofdredacteur H&W

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Onjuist / 2. Onjuist

Als bij een eerste episode van maagklachten gekozen wordt voor een medicamenteus beleid, heeft het de voorkeur om de mate van zuurremming geleidelijk op te hogen totdat voldoende effect is bereikt. De huisarts begint met een antacidum, vervangt dit bij onvoldoende effect door een H_2 -receptorantagonist en daarna door een protonpompremmer (PPI). Dit beleid is even effectief als direct starten met een PPI en vervolgens trachten deze af te bouwen. Het voordeel van het beleid met verhoging van de mate van maagzuurremming is dat tweederde van de patiënten geen PPI nodig blijkt te hebben. Daardoor worden problemen als het reboundeffect bij afbouw van het gebruik van PPI's voorkomen. Het placebo-effect van medicatie bij maagklachten is ongeveer 40%: dit wordt geschat op een kwart bij PPI's tot bijna 50% bij een prokineticum.

NHG-werkgroep Maagklachten. NHG-Standaard Maagklachten (derde herziening). www.nhg.org.

3. Onjuist / 4. Onjuist

Groeipijnen treden op aan het eind van de dag en 's nachts. Het is een pijn in beide benen, diep in de spieren van de kuit of dijen. De duur van de klachten is meestal 10 tot 15 minuten. Wrijven van de pijnlijke spieren en strekoefeningen kunnen de pijn verminderen.

Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W. Kleine kwalen bij kinderen. Tweede druk, Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg, 2009.

Visser JD. Kinderorthoedie: pluis of niet-pluis. Een leidraad voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Elfde druk, Groningen: Telenga Drukkerij Service, 2012.

5. Juist / 6. Onjuist

Een lipoom is een goedaardig gezwel van het onderhuids vetweefsel, dat vrij beweeglijk is ten opzichte van de omliggende huid. Voorkeursplaatsen betreffen nek, schouders, bovenarmen, rug en bovenbenen, waar atheroomcysten zich vaak op het behaarde hoofd, (achter) de oorlel of in het gezicht bevinden.

Van Vloten WA, Degreef HJ, Stolz E, Vermeer BJ, Willemze R, redactie. Dermatologie en Venereologie. Derde druk, Maarssen: Elsevier, 2000.

Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WLM. Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Tweede druk, Houten/Utrecht: Praelum Uitgevers BV, Nederlands Huisartsen Genootschap, 2009.

7. Onjuist / 8. Onjuist

Start bij patiënten met geleidelijk ontstaan nieuw hartfalen met tekenen van vochtretentie met een combinatie van een ACE-remmer (of een AII-antagonist indien ACE-remmers niet worden verdragen) en een diureticum. Lisdiuretica hebben de voorkeur boven thiazidediuretica. Thiazidediuretica zijn te overwegen bij (zeer) geringe overvulling en bij mannen met benigne prostaathypertrofie. Voeg bij een klinisch stabiele patiënt (geen overvulling) altijd een bètablokker toe en titreer de dosis van de ACE-remmer en de bètablokker stapsgewijs naar de streefdosis of naar de maximale dosis die wordt verdragen.

NHG-Werkgroep Hartfalen. NHG-Standaard Hartfalen (tweede herziening). www.nhg.org.

9. Onjuist / 10. Onjuist

Rechtstreeks vragen naar suïcideplannen is van groot belang, enerzijds om het suïciderisico te kunnen inschatten, anderzijds om patiënt en diens omgeving duidelijk te maken dat u de situatie als zeer ernstig inschat. Het idee dat vragen naar suïcideplannen de patiënt ertoe brengt om een poging tot zelfdoding te ondernemen, wordt in de literatuur nergens onderschreven. De suïcide-intentieschaal van Diekstra geeft criteria voor het herhalingsrisico op een suïcidepoging. Uitlatingen over suïcideplannen in het jaar voorafgaand aan de poging, in bedekte termen of ondubbelzinnige uitlatingen, zijn toenemend risicoverhogend.

Hengeveld MW, Van Balkom AJLM, redactie. Leerboek psychiatrie. Tweede geheel herziene druk, Utrecht: De Tijdstroom, 2009.

Cahiers over communicatie en attitude. No 19. En nu wilt u het lot een handje helpen? Over het omgaan met suïcide en pogingen daartoe. Utrecht: NHG, 1999.



Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

Just Eekhof, hoofdredacteur, Linda Bröker, Lidewij Broekhuizen, Sjoerd Hobma, Bèr Pleumeekers, Marissa Scherp-tong-Engbers, Annet Solle, Wilma Spinnewijn, Hans van der Wouden
De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.

Redactiesecretariaat

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.
Postbus 246, 3990 GA Houten
Paul Bakker (030) 638 39 28, p.bakker@bsl.nl
Gertjan Verhoog (030) 638 37 65, g.verhoog@bsl.nl
Peter de Jong (030) 638 38 88, p.dejong@bsl.nl
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie. Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

Abonnementenadministratie

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

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementenprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten)
Abonnementprijs (print + online toegang): € 209,-
Abonnementprijs (enkel online toegang): € 125,40
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

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

ISSN 0018-7070



Iedereen wint

Samenwerken is meer dan afstemming alleen. Vaak denken we dat als we elkaar nu maar op de hoogte houden van wat alle betrokken zorgverleners doen, we kunnen doorgaan met wat we het belangrijkste vinden: het leveren van individuele patiëntenzorg. Samenwerkingsvormen die gepaard gaan met uitgebreide overleggen zijn op dit moment niet goed in onze reguliere werkzaamheden in te passen.



Onze patiënten hebben vaker dan vroeger meerdere complexe problemen, maar we zitten al decennialang vast aan het één-op-één-consult van

tien minuten, vooral ook omdat onze financiële administratie daarop is gebaseerd. We zouden dit eens tegen het licht moeten houden en aanpassen aan wat we nú nodig hebben en wat ons ter beschikking staat.

Ook zijn tegenwoordig meer zorgverleners bij onze patiënten betrokken. We willen als huisarts graag de regie houden over wat met onze patiënt gebeurt in zowel de eerste als de tweede lijn. Maar dat wil niet zeggen dat we alles moeten managen wat andere zorgverleners doen. Dat kunnen ze prima zelf; ook zij zijn immers professionals op hun eigen gebied. Maar wel kunnen een gezamenlijke visie op hoofdlijnen en gedeelde doelen op patiëntniveau ervoor zorgen dat optimale, eenduidige zorg wordt verleend. Daartoe hoeven we heus niet steeds met elkaar te vergaderen; ICT kan ons helpen om die samenwerking efficiënt en praktisch vorm te geven. Zo zoeken we naar een win-win-situatie: voor de patiënt, de huisarts en de andere zorgverleners.

Tijdens het NHG-Congres op 21 november in de RAI zullen we bij dit alles uitgebreid stilstaan.

Rob Dijkstra

Nieuwe NHG-Kaderopleiding Huisarts en spoedzorg

Komend voorjaar gaat deze kaderopleiding van start met twaalf tot zestien huisartsen. Behalve de medisch-inhoudelijke facetten van de huisartsgeneeskundige spoedzorg zullen ook samenwerking, beleid en organisatie nadrukkelijk aandacht krijgen. De kaderopleiding vormt een uitstekende basis om bijvoorbeeld:

- medisch manager te worden van een huisartsenpost;
- een rol te spelen in wetenschappelijk onderzoek of de ontwikkeling van richtlijnen en onderwijs;



- op te treden als expert/docent. De tweejarige kaderopleiding vergt een gemiddelde tijdsinvestering van één dag per week en is geaccrediteerd voor 40 punten per jaar. Met eventuele vragen kunt u terecht bij Gerrit-Jan Vrielink, coördinator van de opleiding: g.vrielink@erasmusmc.nl.

Digitale NHG-producten voor aiossen en docenten

Onlangs is een overeenkomst ondertekend waarmee het NHG zich ertoe verbindt om al zijn digitale producten beschikbaar te stellen aan aiossen en docenten huisartsgeneeskunde. Het NHG gaf hun al enkele jaren toegang tot de digitale Programma's voor Individuele Nascholing, maar nu geldt dat dus ook voor bijvoorbeeld de LiteratuurWijzer, de PraktijkWijzers, de TriageWijzer, protocollen, e-boeken, filmpjes van verrichtingen enzovoort. Het NHG hoopt dat de digitale producten nu in-



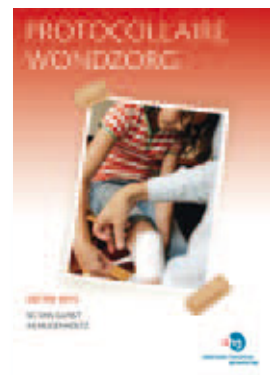
De overeenkomst werd getekend door (vlnr) Rob Dijkstra (NHG), Kees Esser (SBOH) en Jan Muurling (Huisartsopleiding Nederland)

tensiever zullen worden benut in de opleiding.

Een nieuw boek: Protocollaire wondzorg

Tijdens het NHG-Congres wordt dit nieuwe boek in de succesvolle reeks over protocollaire zorgverlening gelanceerd. In het boek vindt u alles wat u wilt weten over de verzorging van acute en complexe wonden en de meest geëigende verbandmiddelen. Behalve 'gewone' wonden krijgen ook ulcus cruris venosum (waaronder de zwachteltechnieken) en decubitus aandacht. U kunt het boek tijdens het congres met een aantrekkelijke korting aan-

schaffen. Na het congres kunt u het boek bestellen via de webwinkel op www.nhg.org; de kosten bedragen dan € 25,13 voor NHG-leden en € 35,90 voor niet-leden. Bij de prijs inbegrepen is de toegang tot het e-book over dit onderwerp, dat u kunt downloaden op uw smartphone of tablet (Apple en Android).



E-health... hoe het kaf van het koren te scheiden?

E-health belooft al jaren oplossingen te bieden in vele situaties en de technologische mogelijkheden volgen elkaar in hoog tempo op. Dat e-health het huisartsenvak beïnvloedt is wel zeker, maar hoe dat gebeurt is minder duidelijk. Het NHG wil daarom zijn leden helpen met criteria waaraan goede e-healthtoepassingen moeten voldoen.

Digitaal ondersteunde zorg

E-health is een erg breed begrip, maar wil in feite niets anders zeggen dan digitaal ondersteunde zorg in alle facetten. Dat omvat dus ook uw HIS, waarmee u elektronisch medicatie voorschrijft of gegevens uitwisselt met het ziekenhuis. Binnen dit brede begrip van e-health is het NHG al vele jaren actief. Maar e-health is er ook voor patiënten, bijvoorbeeld in de vorm van een discussieforum of een Persoonlijk gezondheidsdossier. Vaak verstaan we onder e-health vooral nieuwe en innovatieve mogelijkheden, zoals apps in soorten en maten, domotica, telemonitoring of ICT-toepassingen die kunnen helpen bij zelfmanagement of behandeling.

Drie belangrijke thema's

Wat het NHG betreft moet de aandacht vooral uitgaan naar de digitale samenwerking tussen huisarts en patiënt. Hierbij zijn drie thema's van belang:

- Online dienstverlening door de huisarts: het e-consult en online afspraken maken en recepten aanvragen.
- Ondersteuning van zelfmanagement door patiënten, bijvoorbeeld met het Individueel zorgplan of e-hulp.
- Het digitaal aan de patiënt beschikbaar stellen van medische gegevens uit het HIS, bijvoorbeeld voor gebruik in een Persoonlijk gezondheidsdossier.

Harde bewijzen

Voor de meeste bestaande toepassingen is nog niet voldoende hard bewijs voorhanden van de positieve of negatieve effecten op de kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid of tijd- en kostenbesparingen. Enerzijds pleit dit voor een kritische houding, anderzijds mag het geen drempels opwerpen voor innovatie en ingebruikname van veelbelovende toepassingen die hun waarde nog moeten bewijzen. Het NHG staat positief tegenover nieuwe mogelijkheden die e-healthtoepassingen kunnen bieden aan burger, patiënt en zorgverlener. Boven-

dien biedt e-health huisartsen volop kansen om hun service en bereikbaarheid te verbeteren en de zorg op een efficiënte manier te organiseren.

Het NHG ziet het als zijn taak om kwalitatief goede e-healthtoepassingen te bevorderen, maar steeds komt de vraag terug wat dan goede e-health is. Zijn er spelregels? Keurmerken? Op dit moment (nog) niet, maar in december publiceert het NHG kwaliteitscriteria die huisartsen kunnen gebruiken bij keuzes op het gebied van e-health.

Kenmerken van goede e-healthtoepassingen:

- de e-healthtoepassing wordt gebruikt binnen een bestaande arts-patiëntrelatie;
- de effecten van en ervaringen met de toepassing zijn bekend;
- de toepassing is goed te combineren met reguliere zorg;
- er is een goede koppeling tussen systemen mogelijk;
- er is transparantie van de leverancier van het systeem;
- er zijn waarborgen voor privacy en goede omgang met medische gegevens.

Kaf en koren

De in het kader genoemde kenmerken bieden houvast bij de beoordeling van toepassingen die al op de markt zijn of nog gaan komen. En er is veel op komst! Digitale zorg wordt steeds vaker als alternatief ingezet bij de ggz en zorgverzekeraars gaan e-health een vaste plaats geven bij de zorginkoop. Het is dan nodig om het kaf van het koren te kunnen scheiden. Een initiatief als *Zelfzorg Ondersteund (ZO!)*, waaraan ook het NHG deelneemt, zorgt daarvoor. Grote bedrijven als Samsung, Apple en Google zijn zich aan het warmlopen om de gezondheidszorg te bestormen en niemand weet wat dat over een jaar, laat staan over vijf jaar, concreet gaat betekenen. Maar met bovengenoemde kenmerken in gedachten kunnen nieuwe ontwikkelingen en toepassingen wel sneller op waarde worden geschat.

Meer weten?

Op HAweb kunt u lid worden van de groep *Patiënt, huisarts en ICT*. U blijft dan op de hoogte van het nieuws over e-health en kunt meediscussieren en ervaringen uitwisselen. Als u nog vragen heeft kunt u contact opnemen met ondergetekende: j.vanduivenboden@nhg.org.

Jaco van Duivenboden, wetenschappelijk medewerker NHG

Uitnodiging Algemene Ledenvergadering

De komende ALV vindt plaats op woensdagavond **3 december van 19.30 tot 21.00 uur** in de Domus Medica te Utrecht. Op de agenda staan in elk geval de begroting en het jaarplan voor 2015 en het wetenschapsbeleid. Ook worden benoemingen voor de Raad van Toezicht, de Verenigingsraad en de Raad van Advies van H&W aan de leden voorgelegd. U krijgt de vergaderstukken vooraf toegestuurd als u zich aanmeldt via directie@nhg.org.

NHG-AGENDA 2014/2015 data



- NHG-Congres Dokters doe je niet alleen 21 november
- Algemene Ledenvergadering 3 december
- PsyHAG-symposium 22 januari
- LOVAH-Congres 23 januari
- NHG-Wetenschapsdag 19 juni

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

Wordt ú lid van de NHG-Verenigingsraad?

Twee huisartsen zijn statutair afgetreden als lid van de NHG-Verenigingsraad en moeten dus worden vervangen. We vroegen de twee vertrekkende leden – Peter van Hasselt uit Gieten en Meike Bruinsma uit Roden – waarom het lidmaatschap van de Verenigingsraad leuk, interessant en nuttig is.

De Verenigingsraad geeft mede vorm aan het inhoudelijk beleid van het NHG. Kun je daarvan voorbeelden noemen?



Meike Bruinsma

Bruinsma: 'Wij geven mede vorm aan de NHG-Standpunten en de aanbevelingen daaruit hebben directe implicaties voor de invulling van het huisartsenwerk. Het Standpunt Palliatieve zorg stelt bijvoorbeeld dat de huisarts in principe 24-uursverantwoordelijkheid heeft voor zijn eigen patiënten in de terminale fase en dat die zorg hooguit kan worden overgedragen aan een directe collega. Dat is dus erg stellig geformuleerd en best vernieuwend.'

Van Hasselt: 'Het onderwerp oncologische zorg is uitvoerig besproken in de Raad, want dat is een heel belangrijk punt voor de huisarts. Die moet de spil zijn in de terminale en pre-terminale zorg en daartoe is een nog betere samenwerking met de specialist rond bijvoorbeeld controles en het al dan niet blijven doorbehandelen essentieel.'

De Verenigingsraad adviseert het NHG-bestuur gevraagd en ongevraagd over de hoofdlijnen van het te voeren inhoudelijk beleid. Kun je zo'n advies noemen?

Van Hasselt: 'We hebben onder meer adviezen uitgebracht over de ggz-taken van de huisarts, de ouderenzorg en jeugdgezondheidszorg. En we hebben bijvoorbeeld uitgebreid gesproken over de screening op coloncarcinoom, een onderwerp dat me na aan het hart ligt. We voelden ons voor het blok gezet door de screeningslobby en ik vond het jammer dat huisartsen niet nauwer bij de besluitvorming zijn betrokken.'

Bruinsma: 'Omdat we soms irritatie zagen bij huisartsen over de praktijkaccreditering – iets wat enkelen zien als 'ambtenarij en afvinklijstjes' – hebben wij advies uitgebracht over de toekomst van NPA. We zijn daartoe op zoek gegaan naar een vorm voor de praktijkaccreditering die recht doet aan de wens om een kwalitatief goede zorg te bieden.'

Wat heb je het leukst of nuttigst gevonden in je tijd bij de Verenigingsraad?

Bruinsma: 'Je hebt het gevoel dat je in de voorhoede van de huisartsgeneeskunde zit, want je bent steeds als eerste geïnformeerd over allerlei ontwikkelingen. En het is een heel inspirerende groep mensen: toegewijde, gemotiveerde col-

Wensen ten aanzien van de nieuwe Verenigingsraadleden zijn:

- belangstelling voor de inhoudelijke ontwikkeling van de beroepsgroep en bereidheid daaraan een bijdrage te leveren;
- voor een groot deel van de tijd praktiserend zijn als huisarts;
- vestigingsplaats bij voorkeur in het noorden van het land om de gewenste weerspiegeling van de Nederlandse huisartsenpopulatie in de Raad te behouden;
- verbondenheid met het NHG.

Verenigingsraadleden worden voor een periode van vier jaar benoemd; de termijn kan vervolgens eenmaal worden verlengd met opnieuw vier jaar. De vergaderfrequentie is gemiddeld zesmaal per jaar. Op dit moment bestaat de Raad uit twintig huisartsen.

lega's met wie pittige discussies ontstaan. Je kunt er al je gedachten kwijt; naar iedereen wordt geluisterd en aan ieders mening wordt recht gedaan. Uiteindelijk hebben we allemaal één doel: de huisartsgeneeskunde op een hoger niveau brengen.'

Van Hasselt: 'Ik vond het erg leuk om eens door een andere bril te kijken naar alles wat er speelt in de huisartsgeneeskunde in Nederland. En het contact met collega's, hoogleraren, onderzoekers en niet-onderzoekers – want er zit van alles in die Verenigingsraad – heb ik erg inspirerend gevonden. Het is een enthousiaste club mensen met een warm hart voor de huisartsgeneeskunde. Zeer aanstekelijk!'

Waarom zouden andere huisartsen volgens jou zitting moeten nemen in de Raad?

Van Hasselt: 'Ik vind het belangrijk om het NHG bij de praktische les te houden. Het is een bevlogen, goeie club, maar de dingen die er worden bedacht moeten ook aantrekkelijk zijn voor de achterban. Het veld voelt zich soms bedolven door alles wat wordt verzonnen op het gebied van de kwaliteit van zorg. Die is ook heel belangrijk, maar alles moet wel praktisch uitvoerbaar blijven.'

Bruinsma: 'Ik wil vooral een pleidooi houden voor huisartsen uit het noorden, want die zijn slecht vertegenwoordigd in allerlei activiteiten van het NHG. Op het platteland zijn de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde veel beter uit te voeren en te bewaken dan in de grote steden en het westen van het land. Het is erg belangrijk dat ook die kant in de Verenigingsraad naar voren komt.' (AS)



Peter van Hasselt

Belangstelling?

U kunt tot 1 december een brief met uw motivatie en CV sturen aan prof.dr. J. Gussekloo, voorzitter van de NHG-Verenigingsraad (p/a NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht).

Meer informatie vindt u op www.nhg.org > het NHG > NHG-Verenigingsraad. U kunt met vragen ook terecht bij Anika Corpeleijn, ambtelijk secretaris van de Raad: 030-282 35 00, a.corpeleijn@nhg.org.



Niels Chavannes, universitair hoofddocent aan het LUMC, is daarnaast onder meer vice-voorzitter van de COPD/Astma Huisartsen Adviesgroep (CAHAG) en adviseur van het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten. In een interview vertelt hij wat dit programma zoal inhoudt en in welke vorm het komende NHG-Congres aandacht geeft aan de begeleiding van COPD en stoppen met roken.

Kun je iets vertellen over je vele activiteiten?

'Na mijn opleiding in Maastricht heb ik in diverse plaat-

sen als huisarts gewerkt, bijvoorbeeld in een Rotterdamse achterstandswijk, maar ook – het volkomen tegenovergestelde – in Shanghai als huisarts voor expats. De laatste jaren houd ik me vooral bezig met de begeleiding van promovendi op onderwerpen rond disease management bij longaandoeningen, stoppen met roken en e-health, maar in de toekomst zullen daar ook andere chronische aandoeningen bijkomen, zoals diabetes en hartfalen. Volgend jaar ga ik weer praktiseren; daar kwam ik een tijdlang niet meer aan toe omdat het opzetten van een eigen onderzoekslijn en het begeleiden van elf promovendi een enorme berg werk met zich meebracht. Maar nu kan ik wel weer ruimte maken om te gaan praktiseren. Kortom, mijn carrière verloopt weinig honkvast, maar ik vind dat eigenlijk wel leuk.'

Waarom is het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten opgericht?

'Toen ik internationaal ging werken werd ik ook WHO-adviseur op het gebied van eerstelijns longprojecten. Vanuit de Global Alliance against Respiratory Disease proberen allerlei mensen wereldwijd de longzorg op een hoger niveau te tillen. Nu is in Nederland natuurlijk al veel goed werk gedaan door praktijkondersteuners, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, huisartsen en longartsen, maar we hebben toch de handen ineengeslagen met bijvoorbeeld het Longfonds, de Long Alliantie Nederland en de verzekeraars. We vinden het creëren van een groter bewustzijn belangrijk omdat we zien dat

dit ook bij andere ziekten heel succesvol is geweest. Longaandoeningen verdienen duidelijk extra aandacht, want in Nederland hangen die samen met een kwart van de sterfte.'

Het Nationaal Actieprogramma heeft vijf doelen geformuleerd. Welke zijn dat?

'Als eerste willen we de opnamedagen bij exacerbaties met een kwart terugbrengen door een betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn.

Het tweede doel is het met 15% reduceren van productiviteitsverliezen door longziekten. De kosten hiervan bedragen maar liefst een miljard per jaar, wat vaak niet bekend is.

We willen verder dat de doelmatigheid van medicatie voor longziekten met 20% toeneemt, dus: wat kost het en wat brengt het op in termen van kwaliteit van leven. In de topvier van medicatiekosten staan drie longgeneesmiddelen, dus dit is zeker relevant.

Een ambitieus doel is het met een kwart terugdringen van roken onder adolescenten. Bij hen is de meeste winst te behalen en er is schandalig weinig aandacht voor geweest. We kijken specifiek naar wat jongeren nu eigenlijk kan motiveren, het groepsgegedrag en *peer pressure*. Als je jongeren zelf scenario's laat bedenken over voor hen moeilijke situaties, lijkt mentale bewapening daartegen wel degelijk mogelijk. Ook zijn rookvrije schoolpleinen en verhoging van de leeftijd waarop je sigaretten kunt kopen essentieel.

Tot slot willen we de sterfte aan astma en COPD met 10% terugbrengen en dit is het lastigst te realiseren. Aan astma sterven gemiddeld nog steeds 75 mensen per jaar. Dat zouden er eigenlijk nul moeten zijn, want de oorzaak ligt vaak bij miscommunicatie en misinterpretatie. COPD daarentegen is een enorme killer: zo'n 10.000

mensen sterven per jaar direct of indirect aan COPD. We kunnen beslist meer betekenen door belangrijke comorbiditeit bij COPD, zoals hartfalen, diabetes en depressie, gericht aan te pakken. Daar schort het vaak nog aan.'

Welke rol is bij dit alles weggelegd voor de huisarts?

'We zijn er trots op dat het is gelukt om een synergie te bewerkstelligen tussen huisartsen en collega's binnen en buiten het ziekenhuis. Bij elk geformuleerd doel zijn huisartsen sterk betrokken of trekken ze de kar, bijvoorbeeld in het programma REDUX om sneller te reageren bij exacerbaties van astma en COPD. Maar we zijn natuurlijk nog wel een paar jaar zoet met de implementatie van alles!'

Wordt aan dit onderwerp ook aandacht besteed tijdens het NHG-Congres?

'Ja, er komt een semiplenaire sessie waarin COPD en stoppen met roken aan bod komen. We presenteren een sprekend voorbeeld uit Purmerend hoe samenwerking rond COPD tot goede resultaten kan leiden, mede dankzij een belangrijke rol van de thuiszorg. Daarnaast is er een mooie sessie over 1-2 Longzorg uit Deurne, waar zeer effectief anderhalfdelijnszorg is opgezet. Er zijn dus successen te behalen bij de door velen als zo lastig ervaren COPD-patiënten en je kunt ook verstokte rokers laten stoppen! In Oosterhout heeft Zorroo dit bijvoorbeeld voortvarend aangepakt: dankzij een slim businessplan hebben ze daar een prima contract kunnen sluiten met de zorgverzekeraars en kunnen ze nu alle rokers op hun eigen niveau begeleiden. Ook dat krijgt aandacht tijdens het congres.' (AS)

Redactie NHG-nieuws

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

Contact

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

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

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

Colofon