

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Praten en prikken bij luchtweginfecties: 3,5 jaar follow-up

ONDERZOEK

Hoe goed is de selectie voor de huisartsenopleiding?

NHG-STANDAARD

Hoofdpijn

WETENSCHAP

- 6** **ONDERZOEK**
Praten en prikken bij luchtweginfecties: 3,5 jaar follow-up
Jochen Cals, Pieter-Jan Beckers, Leon de Bock, Nick Francis, Rogier Hopstaken, Kerenza Hood, Eefje de Bont, Christopher Butler, Geert-Jan Dinant
- 10** Hoe goed is de selectie voor de huisartsenopleiding?
Margit Vermeulen, Marijke Kuyvenhoven, Peter Zuithoff, Yolanda van der Graaf, Roger Damoiseaux
- 14** **BESCHOUWING**
Diagnostiek van pneumonie bij volwassenen
Saskia van Vugt
- 18** **COMMENTAAR**
Uniforme selectie en spreiding van opleidingsplaatsen
Jan Muurling, Roger Damoiseaux

20

HOOFDPIJN (DERDE HERZIENING)

Frans Dekker, Nico van Duijn, Jan Ongerling, Marie-Louise Bartelink, Lia Boelman, Jako Burgers, Margriet Bouma, Miranda Kurver

KLINISCHE PRAKTIJK

- 32** **HUISARTSENZORG IN CIJFERS**
Huisarts speelt grote rol bij verwijzing
Janneke Noordman, Aafke Victoor
- 39** **VER)STAND VAN ZAKEN**
Nacontrole darmkanker: een taak voor de huisarts?
Laura Duineveld
- 34** **NASCHOLING**
Oesofaguscarcinoom
Christine Kestens, Richard van Hillegersberg, Peter Siersema
- 40** Tuchtrect: fout gegaan of fout gedaan?
Hilde van der Meer, Bèr Pleumeekers
- 48** **SPREEKUUR**
Acute duizeligheid
Otto Maarsingh
- 49** Chronische duizeligheid
Otto Maarsingh
- 50** **CATS**
Mirena en acne
Susanne Stalman, Ferry Bastiaans, Otto Maarsingh
- 51** **PEARLS**
Intermitterend gebruik inhalatiecorticosteroiden
David Pols, Heleen Moed

- 3** **JOURNAAL**
33, 46 **COLUMNS**
43 **BOEKEN**
44 **INTERVIEW**
47 **KENNISTOETS**
52 **COLOFON H&W**

1

HET NHG

Huisarts & kanker

Met het begin van het nieuwe jaar is de blik vooruit, wat zal 2014 ons brengen? Ik ben niet goed in voorspellingen, maar ik vermoed dat het darmkankerscreeningsprogramma dat dit jaar van start moet gaan (zie het NHG-Standpunt in het decembernnummer) een van de onderwerpen is die dit jaar onze aandacht zal vragen.

Diagnostiek

Kanker is een onderwerp dat elke dag in onze gedachten is. Kanker maakt bij veel klachten die wij overdag zien deel uit van onze differentiaaldiagnose. Het is de aandoening die we, terwijl we in eerste instantie aan een 'gewone' kwaal denken, toch even willen uitsluiten. In die zin neemt kanker in ons denken altijd een belangrijke plaats in. Gelukkig stellen we deze diagnose uiteindelijk maar in een klein aantal gevallen. Wanneer dat zo is, betekent het vaak een snelle verwijzing. Tijdens het diagnostisch en behandeltraject in het ziekenhuis heb je als huisarts meestal telefonisch contact met de patiënt om te horen hoe het allemaal loopt.



Behandeling

Bij de behandeling van kanker door de specialist spelen nieuwe geneesmiddelen een steeds belangrijkere rol. U hoort van de patiënt dat hij een behandeling krijgt met monoklonale antilichamen (mab's) of tyrosinekinaseremmers (nib's), zoals cetuximab of sunitinib. Waarschijnlijk hebt u net zomin als ik in de collegebanken over deze behandelingen geleerd. Om iets aan deze kennislacune te doen, zijn we in 2011 naar aanleiding van het NHG-congresthema 'Als het kanker is...' een serie gestart over de actuele behandeling van de meest voorkomende vormen van kanker. In dit nummer vindt u het laatste artikel in deze serie: een stuk van Kestens over oesofagus kanker.

Omdat wij deze serie artikelen erg waardevol vinden, zijn we er na het congres mee doorgegaan om er uiteindelijk een uitgave in de serie H&W-boeken van te maken. Vooral redactielid Linda Bröker heeft veel energie in deze serie artikelen gestoken. Het is een mooi boek geworden, met een overzicht van de nieuwe behandelingsmogelijkheden waarmee u in de huisartsenpraktijk te maken krijgt (<http://www.henw.org>). Naast hoofdstukken over verschillende vormen van kanker is er aandacht voor wat de huisarts kan doen voor patiënten die vanuit het ziekenhuis zijn terugverwezen naar de huisarts.

Nazorg

Is de kankerpatiënt in goede handen als hij na behandeling wordt terugverwezen naar de huisarts? Aiotho Laura Duineveld onderzoekt deze vraag in het kader van haar promotie. In de rubriek '(Ver)stand van zaken' vertelt zij wat wij tot dusver weten over de nazorg door de huisarts bij darmkankerpatiënten. Omdat deze rol nieuw is voor de huisarts, weten wij nog niet genoeg over de beste aanpak. Een stuk(je) hiervan zoekt zij uit.

Omdat de huisarts zowel bij de screening als diagnostiek en nazorg van kanker een belangrijke rol speelt, blijven wij de ontwikkelingen volgen en u hierover in H&W informeren. Net zoals we dat in dit nummer doen. Ik wens u veel leesplezier. ■

Just Eekhof

Excisie melanoom door huisarts is veilig

Regelmatig worden verdachte naevi door huisartsen verwijderd en ter beoordeling opgestuurd. Met een verwachte stijging van de incidentie van melanomen in Nederland de komende jaren, zal ook het aantal door de huisarts geëxcideerde melanomen stijgen. Een recent verschenen Schots onderzoek bekeek of patiënten bij wie de huisarts het melanoom verwijderde een slechtere prognose hadden dan patiënten bij wie de dermatoloog of de chirurg het melanoom verwijderde.

Murchie et al. bekeken de pathologieverslagen van 1263 patiënten bij wie een melanoom was verwijderd tussen 1991 en 2007. De gegevens over ziekenhuisopnames en oorzaaksspecifieke sterfte wa-

ren bekend tot 2010. In totaal was 20,7% van de melanomen verwijderd in de eerste lijn. De melanomen die in de eerste lijn verwijderd waren, bevonden zich vaker op de armen en romp en minder vaak op het hoofd en de hals. In de eerste lijn werd 72,5% van de melanomen bij de eerste excisie volledig verwijderd; dit verschilde niet met de tweede lijn (69,7%, $p = 0,74$). Ook de Breslow-dikte (dikte van het melanoom) was gelijk, maar het Clark-level (niveau van tumorinvasie) was lager in de eerste lijn.

Patiënten bij wie het melanoom in de eerste lijn verwijderd was, hadden geen verhoogde sterfte in vergelijking met patiënten bij wie het melanoom in de tweede lijn verwijderd was (HR 0,87; 95%-BI 0,66-1,24). Ook de sterfte aan een gemetastaseerd melanoom was niet hoger (HR 0,95; 95%-BI 0,57-1,61). Patiënten bij wie het melanoom in de eerste lijn

verwijderd was, werden minder vaak opgenomen in het ziekenhuis (2 versus 3 opnames; RR 0,76; 95%-BI 0,63-0,92) en het ziekenhuisverblijf was korter (5 versus 14 dagen; RR 0,75; 95%-BI 0,61-0,93).

Zoals ook de werkgroep van de Landelijke Richtlijn Melanoom onderschrijft is het gerechtvaardigd dat huisartsen (verdachte) naevi verwijderen, mits dit volgens de richtlijn gebeurt en de huisarts het weefsel opstuurt voor histologisch onderzoek. ■

Rosalinde Poortvliet

Murchie P, et al. Mortality and morbidity after initial diagnostic excision biopsy of cutaneous melanoma in primary versus secondary care. *Br J Gen Pract* 2013;63:e563-72.

Integraal Kankercentrum Nederland. Landelijke richtlijn melanoom. Amsterdam: Integraal Kankercentrum Nederland, 2012. www.oncoline.nl.

Gevallen door oxazepam

Het is verleidelijk om benzodiazepinen voor te schrijven: ze geven rust en slaap. De nadelen zijn echter groter. Naast snelle gewenning is het valgevaar berucht, vooral onder ouderen.

Kortwerkende benzodiazepinen lijken onschuldiger omdat ze minder 'stapelen'. Onderzoekers van de Vrije Universiteit keken in twee onafhankelijke prospectieve onderzoeken of de halfwaardetijd van benzodiazepinen van invloed was op het vallen door ouderen.

Twee groepen Amsterdamse ouderen die zelfstandig of in een verzorgingshuis woonden, werden een jaar gevolgd. De eerste groep bestond uit 1509 deelnemers aan een overkoepelende cohortstudie (gemiddelde leeftijd 76 jaar, 52% vrouw), de tweede groep uit 564 ouderen (gemiddelde leeftijd 79 jaar, 71% vrouw) die recentelijk de huisarts of de eerste hulp hadden bezocht na een val. De onderzoekers registreerden medicatiegebruik en comorbiditeit, waarna alle deelnemers werd gevraagd elke val

gedurende een jaar op een 'valkalender' te registreren.

Van de eerste groep gebruikte 15,1% benzodiazepinen, van wie een kleine meerderheid (8,2%) kortwerkende (halfwaardetijd ≤ 10 uur, o.a. oxazepam, temazepam, zopiclon) en 7,7% langwerkende middelen (halfwaardetijd > 10 uur, o.a. alprazolam, bromazepam, diazepam). Gedurende het jaar viel 31% van de patiënten minstens 1 keer. Het valrisico (gedefinieerd als de tijd tot de eerste val) en het aantal keer vallen was na correctie voor leeftijd, geslacht en comorbiditeit niet meer statistisch significant gerelateerd aan kort- of langwerkende benzodiazepinen. In de tweede groep gebruikte 23,2% benzodiazepinen, van wie de meerderheid kortwerkende (14,5%). Gedurende het jaar viel 44,1% van de mensen minstens 1 keer. Het gebruik van kortwerkende middelen was na correctie voor leeftijd, geslacht en comorbiditeit geassocieerd met het valrisico (HR 1,56 (1,13-2,16)) en ook met vaker dan 1 keer vallen (OR 1,49 (1,04-2,14)). Er werd geen relatie gevonden tussen langwerkende middelen en vallen. Tegen de verwachting in vergrootten juist kortwerkende

benzodiazepinen het valgevaar onder ouderen. Natuurlijk kan 'confounding by indication' een deel van de resultaten verklaren, indien huisartsen juist aan ouderen met meer valrisico kortwerkende benzodiazepinen hebben voorgeschreven. Maar het is hoe dan ook een extra argument om voorzichtig te zijn met benzodiazepinen bij ouderen. ■

Lidewij Broekhuizen

De Vries OJ, et al. The elimination half-life of benzodiazepines and fall risk: two prospective observational studies. *Age Ageing* 2013;42:764-70.



Foto: glenda/Shutterstock

Rood vlees en diabetes type 2

Vlees eten leidt tot egoïsme en agressiviteit. Althans, dit waren de conclusies uit het onderzoek van Diederik Stapel en Roos Vonk een aantal jaar geleden. Verzonnen uitkomsten, naar nu blijkt. De relatie tussen het eten van rood vlees en ziektebeelden blijft echter een onderwerp waarnaar onderzoek wordt verricht.

Onderzoekers van Harvard in de Verenigde Staten onderzochten veranderingen in de consumptie van rood vlees en het risico op het ontwikkelen van diabetes mellitus type 2. Hiertoe analyseerden zij de gegevens van 3 grote cohortonderzoeken. Zij documenteerden 7540 gevallen van diabetes type 2 tijdens de follow-upperiode. De onderzoekers stelden vast dat deelnemers met een toegenomen of verminderde intake over het algemeen jonger waren, hogere BMI-scores hadden en vaker rookten dan mensen met een stabiele intake. Zoals verwacht was toename van het eten van rood vlees geassocieerd met gewichtstoename en hogere

calorie-inname. Toegenomen inname van rood vlees van meer dan 0,5 porties per dag was geassocieerd met een 48% hoger risico op het krijgen van diabetes type 2 (pooled HR 1,48; 95%-BI 1,21-1,41). Gecorrigeerd voor BMI en gewichtstoename zakte het risico naar 30% (pooled HR 1,30; 95%-BI 1,21-1,41). Wanneer mensen minder rood vlees gingen eten, leidde dat niet tot een significante daling van het risico op diabetes type 2. Echter, wanneer vermindering van inname van rood vlees gebruikt wordt om het toekomstige risico op diabetes type 2 te voorspellen, blijkt het risico 10% lager te zijn (pooled HR 0,90; 95%-BI 0,83-0,97), gecorrigeerd voor BMI en ge-

wichtstoename.

Het onderzoek noemt significante uitkomstmaten, echter een causaal verband tussen het eten van rood vlees en het risico op diabetes mellitus type 2 is niet duidelijk. Daarnaast is het de vraag of deze ook klinisch relevant zijn. Vooralsnog lijkt wel een relatie tussen voedingspatroon, leefstijl en diabetes te bestaan, echter de causaliteit moet nog verder worden onderzocht. ■

Bart van Wijk

Pan A, et al. Changes in red meat consumption and subsequent risk of type 2 diabetes mellitus. Three cohorts of US men and women. JAMA Intern Med 2013;173:1328-35.



Foto: Gregory Gerber/Shutterstock

Recidiefkans na hartinfarct of CVA

Alle patiënten die ooit een hart- of vaatziekte doormaakten hebben ongeveer eenzelfde verhoogd risico op een recidief cardiovasculair event. In elk geval is dit risico hoger dan 20% over een periode van minimaal 10 jaar. Op grond van welke kenmerken valt dit risico nauwkeuriger te voorspellen?

Dorresteyn et al. onderzochten 5788 patiënten die een primaire manifestatie van arteriosclerotisch vaatlijden hadden doorgemaakt, zoals hartinfarct, CVA, aneurysma of perifere vaatlijden. Zij gebruikten gegevens van lichamelijk onderzoek, labonderzoek en beeldvormend onderzoek en berekenden wat de onafhankelijke, voorspellende waarde voor het optreden van een recidief car-

diovasculair event was in de komende 10 jaar, voor elke factor afzonderlijk. Verschillende modellen werden getest door diverse factoren samen te voegen binnen een predictiemodel. Uiteindelijk leverde dit het meest optimaal voorspellende algoritme op: de SMART-risicoscore. De SMART-risicoscore is opgebouwd uit klinisch eenvoudig te verkrijgen variabelen zoals bloeddruk, cholesterolwaarden, leeftijd en CRP. Achttien procent had een relatief laag risico op een recidief van minder dan 10%, 40% zat tussen de 10% en 20%, 19% tussen de 20% en 30% en 23% had een risico op een recidief binnen 10 jaar van meer dan 30%.

Dit is in de eerste plaats natuurlijke belangrijke informatie voor de patiënten zelf, maar het biedt ook de mogelijkheid om hoogrisicopatiënten te selecteren voor arbeidsintensieve of dure behandelingen. De geldende re-

gels voor primaire preventie om alleen hoogrisicopatiënten medicamenteus te behandelen, zijn in de toekomst mogelijk ook van toepassing op secundaire preventie. Hoe kleiner het absolute risico, hoe lager het rendement van behandeling en hoe geringer de noodzaak om medicamenteus in te grijpen. En dat is voor patiënten ook prettig om te weten. ■

Bèr Pleumeekers

Dorresteyn JAN, et al. On behalf of the SMART Study Group. Development and validation of a prediction rule for recurrent vascular events based on a cohort study of patients with arterial disease: the SMART risk score. Heart 2013;99:866-72.

Op www.henw.org vindt u bij de tekst van dit journal de excelsheet om zelf mee te werken.

Lekenzorg voor chronisch zieken

De zorg voor chronisch zieken beslaat een steeds groter deel van onze taak als huisarts. De behandeling van deze ziekten vindt in toenemende mate plaats in teamverband. De universiteit van Minnesota lanceerde een nieuwe speler in deze teams: de lekenzorger. Zijn taak is het om patiënten te helpen ziektespecifieke doelen te behalen. In dit onderzoek werd het effect van deze lekenzorg bekeken.

In het onderzoek van Adair et al. in zes eerstelijnscentra werden patiënten geïnccludeerd met hypertensie, diabetes of hartfalen. Deze patiënten kregen of gebruikelijke zorg (n = 706), of kwamen in de zorg plus-groep (n = 1429) terecht. In de zorg plus-groep kregen patiënten naast de gewone zorg hulp van een lekenzorger. Deze lekenzorgers had-

den een korte training gekregen met onder meer basale informatie over de ziektebeelden en training in gesprekstechnieken.

De belangrijkste opdracht van de lekenzorgers was om de patiënten te helpen ziektespecifieke doelen te bereiken. Voor hypertensie onder andere een systolische RR onder 140 mmHg, voor diabetes HbA_{1c} < 8%, voor hartfalen een bètablokker als de LVEF < 0,40 en voor alle drie de groepen niet roken. Het primaire eindpunt voor patiënten was het percentage verandering in de ziektespecifieke doelen na een jaar. Secundaire eindpunten waren het percentage doelen, behaald per diagnosegroep (hypertensie, diabetes of hartfalen) en het bereiken van elk apart genoemd doel. Bovendien werd gekeken of het nut van de lekenzorger kon worden voorspeld door demografische gegevens.

In beide groepen vond een stijging plaats van het aantal bereikte doelen,

vergeleken met de nulmeting. Echter in de zorg plus-groep werden meer doelen bereikt (odds ratio 1,31). Dit bleek ook het geval gegroepeerd per diagnose: in de zorg plus-groep werd een hoger percentage van de doelen bereikt (P < 0,001 voor hypertensie en diabetes, P = 0,047 voor hartfalen). Uitgesplitst naar doel bleek dat de resultaten voor het doel stoppen met roken in alle groepen beter waren. De resultaten voor retina-onderzoek, testen op microalbuminurie en griepvaccinatie waren in de diabetesgroep beter in de zorg plus-groep. Onderzoeken of deze veelbelovende lekenzorger ook in de Nederlandse huisartsenpraktijk een plaats kan krijgen, zou interessant zijn. ■

Pieter Barnhoorn

Asair R, et al. Improving chronic disease care by adding laypersons to the primary care team. Ann Intern Med 2013;159:176-84.

Neppillen die wel werken

De huisarts komt dagelijks in aanraking met patiënten die klachten presenteren die geen ernstig gezondheidsprobleem vormen en waarvan de symptomen kunnen afnemen door geruststelling. Hierbij zou een placebobehandeling ondersteunend kunnen zijn. Hoe staan patiënten daar tegenover?

In een recent Amerikaans onderzoek is de mening van patiënten gevraagd over placebobehandeling in het algemeen en kregen zij enkele scenario's voorgelegd (placebobehandeling bij buikpijn en verkoudheid). De gehanteerde omschrijving van een placebo-effect was: 'Een patiënt ervaart een placebo-effect, als hij beter wordt na een behandeling, niet door de behandeling zelf, maar omdat de patiënt verwacht beter te worden van de behandeling.' Aan 1800 patiënten van 18-75 jaar met een chronische aandoening, die hiervoor in de voorgaande

6 maanden minstens eenmaal in de eerste lijn waren gezien, werd gevraagd of zij wilden meewerken aan een telefonisch interview. Van de respondenten voldeden 202 patiënten aan de exclusiecriteria (onder andere dementie, moeite met spreken of horen), 853 patiënten kregen een telefonisch interview. Van de respondenten was 61% vrouw en de gemiddelde leeftijd was 45 jaar.

Slechts 22 % van de geïnterviewden vindt een placebobehandeling nooit toelaatbaar. Als de arts verwacht dat een patiënt baat kan hebben bij een placebobehandeling en die de patiënt niet schaadt, kan 76 % van de geïnterviewden zich hierin vinden. Als de arts niet zeker is van het effect, daalt dit percentage naar 50%.

Uit de scenario's kwam naar voren dat patiënten het acceptabel vinden als een arts een placebobehandeling voorschrijft bij niet ernstige maagpijn (71% zonder weet van placebobehandeling, 79% met weet ervan). De arts-patiëntrelatie zou er volgens 54% van de ondervraagde patiënten onder lijden als de patiënt erachter zou komen dat er sprake

is geweest van een placebobehandeling, zelfs als de behandeling succesvol was. Als deze niet gewerkt zou hebben, steeg dit percentage naar 81%.

Openheid over de inzet van een placebobehandeling is dus van belang als de patiënt er vragen over heeft. Verder staan patiënten niet onwelwillend tegenover het gebruik van placebobehandelingen, mits de aandoening niet ernstig is en de arts verwacht dat de patiënt er baat bij zal hebben. ■

Simon Eijsenga

Hull SC, et al. Patients' attitudes about the use of placebo treatments: telephone survey. BMJ 2013;347:f3757.

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).



Praten en prikken bij luchtweginfecties: 3,5 jaar follow-up

Samenvatting

Cals JW, De Bock L, Beckers PJ, Francis NA, Hopstaken RM, Hood K, De Bont EG, Butler CC, Dinant GJ. *Praten en prikken bij luchtweginfecties: 3,5 jaar follow-up van een gerandomiseerde interventiestudie. Huisarts Wet* 2014;57(1):6-9.

ACHTERGROND We onderzochten het langetermijneffect van een eenmalig bezoek aan een huisarts die een CRP-sneltest gebruikte of een communicatietraining had gevolgd over het spreekuurbezoek en antibioticumvoorschriften van volwassen patiënten met een luchtweginfectie op de lange termijn.

METHODEN We hebben patiënten na een factorieel, clustergerandomiseerd interventieonderzoek 3,5 jaar gevolgd. Van 379 patiënten (20 huisartspraktijken) die hun huisarts bezochten vanwege acute hoest, hadden we complete data (88% van het originele trial cohort). Primaire uitkomstmaten waren het aantal consulten voor luchtweginfecties per patiënt per jaar en het percentage antibioticavoorschriften uitgeschreven tijdens deze consulten.

RESULTATEN Het gemiddelde aantal consulten voor luchtweginfecties was 0,40 per patiënt per jaar in de CRP-groep in vergelijking met 0,56 per patiënt per jaar in de groep zonder CRP-sneltest ($p = 0,12$). Voor de communicatietrainingsgroep en de groep zonder communicatietraining waren dit respectievelijk 0,36 en 0,57 consulten per patiënt per jaar ($p = 0,09$). Tijdens follow-up werd in de CRP-groep 30,7% van de luchtweginfecties behandeld met antibiotica in vergelijking met 35,7% in de groep zonder CRP ($p = 0,36$). Voor de communicatietrainingsgroep in vergelijking met de groep zonder communicatietraining was dit respectievelijk 26,3% en 39,1% ($p = 0,02$), respectievelijk.

CONCLUSIE Het gebruik van een CRP-sneltest of toepassing van verbeterde communicatieve vaardigheden door huisartsen zorgt er niet voor dat patiënten minder vaak of vaker het spreekuur bezoeken voor luchtweginfecties. De CRP-sneltest werd slechts sporadisch ingezet bij dezelfde patiënt en medicaliseert derhalve niet. Patiënten die werden gezien door een huisarts die de communicatietraining had gevolgd, kregen ook in de 3,5 jaar na de trial significant minder antibiotica voor luchtweginfecties.

INLEIDING

Acute hoest door luchtweginfecties is de meest geziene ingangsklacht in de Nederlandse huisartsenpraktijk.¹ Aangezien de antibioticaresistentie toeneemt, is het van groot belang dat huisartsen niet te vaak antibiotica voorschrijven tijdens deze consulten.² Factoren die het voorschrijven van antibiotica bevorderen, zijn onder meer de verwachtingen van de patiënt, de opvattingen van de huisarts over deze verwachtingen en de diagnostische onzekerheid of een infectie ernstig dan wel onschuldig is.³

Enige jaren geleden hebben wij in twee gerandomiseerde trials met 688 patiënten aangetoond dat een sneltest op C-reactief proteïne (CRP) in combinatie met een communicatietraining het aantal antibioticavoorschriften deed afnemen zonder dat dit leidde tot een langere duur van de luchtweginfectie of minder patiënttevredenheid.^{4,5} We legden de deelnemende huisartsen destijds uit dat de CRP-sneltest aanvullende waarde had bij het identificeren van patiënten met een laag risico op een gecompliceerd beloop. De sterkste daling in het aantal voorschriften zagen we bij volwassen patiënten met een CRP-waarde < 20 mg/l. Een afkappunt van 20 mg/l kan veilig gebruikt worden om patiënten geen antibiotica voor te schrijven – ongeveer 75% van de patiënten in de huisartsenpraktijk. Patiënten met een CRP-waarde ≥ 100 mg/l (ongeveer 5% van de patiënten) moeten antibiotica krijgen, terwijl de huisarts bij CRP-waarden van 21-99 mg/l (ongeveer 20% van de patiënten) een individuele afweging moet maken op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Voor deze 20%

Wat is bekend?

- Enige jaren geleden is aangetoond dat een CRP-sneltest en een training in specifieke communicatieve vaardigheden voor de huisarts een flinke reductie teweegbrachten in het aantal antibioticavoorschriften voor patiënten met een luchtweginfectie.
- De CRP-sneltest is inmiddels opgenomen in de NHG-Standaard Acut hoesten.
- Het langetermijneffect van deze interventies is onzeker. Sneltests zouden kunnen leiden tot extra spreekuurbezoek; betere communicatie kan het zelfmanagement verbeteren en daardoor juist leiden tot minder consulten.

Wat is nieuw?

- De CRP-sneltest medicaliseert niet; patiënten komen na zo'n prik niet vaker met soortgelijke klachten naar het spreekuur.
- Een training in communicatieve vaardigheden voor huisartsen zorgt er evenmin voor dat patiënten minder vaak op het spreekuur komen.
- Wel had de communicatietraining tot resultaat dat huisartsen in de eerste 3,5 jaar erna significant minder antibiotica voorschreven.

Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde/CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. J.W.L. Cals, huisarts-onderzoeker; P.H.W. Beckers, huisarts-in-opleiding; L. de Bock, huisarts-in-opleiding; E.G.P.M. de Bont, arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker; prof. dr. G.-J. Dinant, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Cardiff University School of Medicine, Institute of Primary Care and Public Health, Cardiff: dr. N.A. Francis, senior onderzoeker; prof. dr. C.C. Butler, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Saltro Diagnostisch Centrum, Utrecht: dr. R.M. Hopstaken, huisarts. Cardiff University, School of Medicine, South East Wales Trials Unit: prof. dr. K. Hood, directeur • Correspondentie: j.cals@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Cals JW, De Bock L, Beckers PJ, Francis NA, Hopstaken RM, Hood K, et al. Enhanced communication skills and C-reactive protein point-of-care testing for respiratory tract infection: 3.5-year follow-up of a cluster randomized trial. *Ann Fam Med* 2013;11(2):157-64. © 2013 American Board of Family Medicine. All rights reserved. This article was translated from the original article, a publication of the American Board of Family Medicine. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

van de patiënten is het te overwegen ze een uitgesteld recept mee te geven. De onderzoeksbevindingen zijn inmiddels opgenomen in de NHG-Standaard Acute Hoesten.⁶

Het langetermijneffect van de interventies bleef echter onzeker. Het gebruik van sneltests voor veelvoorkomende infecties zou kunnen leiden tot een toename van het aantal spreekuurbezoeken voor soortgelijke symptomen. Maar het was evengoed mogelijk dat de betere communicatie tijdens het consult het zelfmanagement zou verbeteren en daardoor het aantal consulten zou doen afnemen. Tot op heden zijn deze langetermijneffecten nog niet onderzocht. Daarom volgden wij een gerandomiseerd trialcohort van 431 patiënten met acute hoestklachten gedurende 3,5 jaar, om te onderzoeken wat het langetermijneffect van de interventies is op het aantal consulten en antibioticavoorschriften.

METHODEN

Ons onderzoek is een langetermijnfollow-up van een pragmatisch factorieel clustergerandomiseerd interventieonderzoek, waarin het effect van twee contrasterende interventies op het beleid bij luchtweginfecties in de huisartsenpraktijk werd onderzocht. In het oorspronkelijke onderzoek onderzochten we het effect van een CRP-sneltest en een communicatietraining onder huisartsen, gecombineerd en apart, op het aantal antibioticavoorschriften voor luchtweginfecties. Voor dit onderzoek recruteerden 40 huisartsen uit 20 praktijken in Zuidoost-Brabant 431 volwassen patiënten. Details van het oorspronkelijke onderzoek zijn elders na te lezen.⁴ Het follow-uponderzoek volgde het effect van de beschreven interventies op het aantal consulten en antibioticavoorschriften in deze populatie gedurende 3,5 jaar.⁷

Dataverzameling en uitkomstmaten

Voor dit onderzoek definieerden we een baselineperiode, zijnde de pre-interventiejaar (jaren voor het oorspronkelijke onderzoek), en een follow-upperiode, zijnde de post-interventiejaar (jaren na het oorspronkelijke onderzoek), waarbinnen we zochten naar episoden van luchtweginfecties. De gegevens over de episoden, inclusief medicatie en herhaalbezoeken, verkregen we uit de elektronische patiëntendossiers. Voor de follow-upperiode registreerden we de gegevens vanaf het einde van de oorspronkelijke 28 dagen follow-up in 2006-2007 tot uiterlijk 1 juli 2010. Voor de baselineperiode registreerden we dezelfde gegevens over een even lange periode voorafgaand aan de inclusie in het oorspronkelijke onderzoek. We deden dit zodanig dat baseline- en follow-upperiode voor iedere patiënt gelijk waren.

We verzamelden voor beide periodes de volgende variabelen: het aantal episoden van luchtweginfecties aan de hand van de ICPC-code, het aantal aan de luchtweginfectie gerelateerde consulten (inclusief telefonische consulten), het aantal antibioticavoorschriften per episode en eventuele aanvullende diagnostiek, inclusief de CRP-sneltest en onderzoeken naar comorbiditeit.

De primaire uitkomstmaten waren het gemiddelde aan-

tal luchtweginfecties waarvoor patiënten gedurende 3,5 jaar follow-up hun huisarts consulteerden (aantal consulten per patiënt per jaar), en het percentage hiervan dat resulteerde in een recept voor antibiotica.

Analyse

In onze analyse vergeleken wij de volgende groepen uit het oorspronkelijke onderzoek: huisartsen die de CRP-sneltest gebruikten versus huisartsen die de test niet gebruikten (gecorrigeerd voor het effect van de communicatietraining); huisartsen die de communicatietraining hadden gehad versus huisartsen die die training niet hadden gehad (gecontroleerd voor de CRP-sneltest).

In de primaire analyse bestudeerden we het effect van de interventies op episoden en gerelateerde antibioticavoorschriften gedurende follow-up, vergeleken met de controle-groep. We gebruikten een multilevel lineair regressiemodel om te controleren voor verschillen tussen huisartsen, andere interventies, het baseline-aantal episoden per patiënt per jaar, het baseline-aantal antibioticavoorschriften per patiënt per jaar en comorbiditeit (COPD).

RESULTATEN

Voor 379 (87,9%) van de oorspronkelijke 431 patiënten beschikten we over de complete follow-upgegevens, de overige 52 patiënten excludeerden wij omdat hun medische gegevens niet langer beschikbaar waren. De CRP-sneltestgroep telde 203 patiënten, de CRP-controlegroep 176 patiënten; de communicatietrainingsgroep telde 178 patiënten en de communicatietrainingscontrolegroep 201 patiënten.

De gemiddelde follow-upduur was 3,67 jaar. Gedurende deze periode registreerden we 667 episoden van luchtweginfecties, die resulteerden in 1010 consulten onder de 379 patiënten (gemiddeld 1,51 consult per episode). Tijdens de baselineperiode werden er 586 episoden geregistreerd en 881 daaraan gerelateerde consulten (gemiddeld 1,50 consult per episode). Patiënten met COPD ($n = 48$, 12,7%) waren verantwoordelijk voor 135 (23,0%) episoden en 188 (21,3%) consulten gedurende de baselineperiode en 221 (33,3%) episoden en 350 (34,7%) consulten gedurende de follow-upperiode. [Tabel 1] toont de kenmerken van de deelnemers aan het vervolgonderzoek, verdeeld over de interventie- en controlegroepen.

We vonden geen significant verschil tussen het aantal episoden van luchtweginfecties in de interventie- en de controlegroepen gedurende de follow-upperiode [tabel 2]: het gemiddelde was 0,4 episoden per patiënt per jaar in de CRP-sneltestgroep en 0,56 in de CRP-controlegroep ($p = 0,12$). In de groep met communicatietraining was het gemiddelde 0,36 episoden per patiënt per jaar, en in de controlegroep 0,57 ($p = 0,09$).

In de baselineperiode was het percentage episodes waarbij antibiotica werd voorgeschreven in de CRP-groep 40,7% (95%-BI 34,5-46,7) tegenover 34,1% (95%-BI 27,8-40,3) in de CRP-controlegroep, en 34,5% (95%-BI 28,3-40,7) in de groep met communicatietraining versus 40,4% (95%-BI 34,2-46,6) in de groep zonder communicatietraining.

Tabel 1 Patiëntkenmerken van de interventie- en controlegroepen in het vervolgonderzoek

Patiëntkenmerk	CRP-test					Communicatietraining				
	wel (n = 203)		niet (n = 176)		p	wel (n = 178)		niet (n = 201)		p
	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
Vrouwen	119	(58,6)	116	(65,9)	0,145	118	(66,3)	117	(58,2)	0,11
Gemiddelde leeftijd, jaren (SD)	49,4	(14,5)	50,4	(15,6)	0,526	51,0	(15,3)	48,8	(14,6)	0,12
Comorbiditeit										
■ COPD	22	(10,8)	26	(14,8)	0,251	20	(11,2)	28	(13,9)	0,43
■ Astma	27	(13,3)	28	(15,9)	0,472	27	(15,2)	28	(13,9)	0,73
Antibiotica										
■ tijdens eerste consult	64	(31,5)	96	(54,5)	0,000	49	(27,5)	111	(55,2)	< 0,01
■ tijdens 28 dagen follow-up	92	(45,3)	105	(59,7)	0,005	69	(38,8)	128	(63,7)	< 0,01

Waarden zijn aantallen met percentages, behalve wanneer anders aangegeven. De p-waarden zijn berekend met de mann-whitneytoets (leeftijd) of de chikwadraattoets (andere variabelen); vetgedrukte waarden zijn significant.

In de follow-upperiode werd in de CRP-groep 30,7% van de luchtweginfecties behandeld met antibiotica, tegenover 35,7% in de groep zonder CRP ($p = 0,36$). Let wel, ook de 203 patiënten in de CRP-groep kregen tijdens de follow-upperiode over het algemeen geen CRP-sneltest: de test werd in deze periode bij slechts 11 (3,7%) van de 294 episoden in deze groep gebruikt. De huisartsen die getraind waren in communicatieve vaardigheden, schreven in de follow-upperiode antibiotica voor bij 26,3% van de episoden, de huisartsen die die training niet gehad hadden, deden dat bij 39,1% ($p = 0,02$) [tabel 3]. We vonden geen significante interactie tussen beide interventies voor wat betreft het aantal episoden ($p = 0,17$) of antibioticavoorschriften ($p = 0,57$).

DISCUSSIE

Een eenmalig bezoek aan een huisarts die een CRP-sneltest tot zijn beschikking had of een communicatietraining had gevolgd, had geen effect op het spreekuurbezoek voor luchtweginfecties in de 3,5 jaar daarna. Huisartsen die een communicatietraining hadden gedaan, schreven in de 3,5 jaar na die training significant minder antibiotica voor bij luchtweginfecties. Dit effect vonden we niet bij de huisartsen die de CRP-sneltest tot hun beschikking hadden.

In principe zou het gebruik van sneltests in de huisartsenpraktijk kunnen leiden tot medicalisering en een toename van het aantal consulten voor de betreffende aandoening.⁸ Wij vonden in dit onderzoek geen bewijs dat dit daadwerkelijk zo is. De huisartsen gebruiken de CRP-sneltest na afloop van ons oorspronkelijke onderzoek slechts zeer zelden opnieuw bij dezelfde patiënten (slechts 11 maal bij 203 patiënten). We vonden daarentegen ook geen bevestiging van de gedachte dat een communicatietraining, die huisartsen leert evidence-based informatie te verstrekken, leidt tot meer zelfmanagement

door patiënten, en daardoor tot minder spreekuurbezoek voor luchtweginfecties.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Het gebruik van medische dossiers voor follow-updoeleinden heeft beperkingen. Om te corrigeren voor het verschil in follow-uptijd hebben we het aantal episoden van luchtweginfecties per patiënt per jaar berekend. Door deze uitkomstmaat te gebruiken, zijn we zeker van het feit dat alle patiënten gelijk hebben bijgedragen aan de analyse. We kozen bewust voor een einddatum in juli, zodat het aantal winterdagen in de baseline- en de follow-upperiode gelijk zou zijn.

Huisartsen verschillen in het gebruik van ICD-codes die voor (lage)luchtweginfecties beschikbaar zijn.⁹ Hierdoor konden we geen onderscheid maken tussen bovenste- en ondersteluchtweginfecties. Anders dan bij het oorspronkelijke onderzoek konden we in dit follow-uponderzoek de huisarts of de patiënt geen gegevens laten registreren over de ernst van de infecties zelf, en we konden dus ook niet bepalen of het om zelflimiterende of om ernstiger luchtweginfecties ging. We weten echter dat patiënten met luchtwegklachten vooral naar de dokter gaan voor symptoomverlichting en geruststelling.¹⁰ Toch lijkt het ons onwaarschijnlijk dat het gevonden verschil in voorschrijfgedrag na de communicatietraining het gevolg is van een verschil in ziekte-ernst, want het aantal consulten bleef in alle groepen gelijk.

Toepassing in de praktijk

We weten niet hoe vaak de huisartsen de aangeleerde communicatietechnieken daadwerkelijk gebruikt hebben gedurende de follow-upperiode. Wel hebben we eerder gevonden dat het gebruik van deze vaardigheden na 6 maanden nog adequaat was,¹¹ en konden we vaststellen dat de vaardigheden

Tabel 2 Gemiddeld aantal episoden met luchtweginfecties in de follow-upperiode

	Gemiddeld aantal episoden		Ongecorrigeerd verschil	Gecorrigeerd verschil ^a	p
	controlegroep	interventiegroep			
CRP-test	0,56 (0,43-0,68)	0,40 (0,33-0,47)	-0,16	-0,10	0,12
Communicatietraining	0,57 (0,46-0,69)	0,36 (0,30-0,42)	-0,21	-0,11	0,09

Weergegeven is het gemiddeld aantal episoden per persoon per jaar, met 95%-BI. De p-waarden zijn berekend met een multilevel lineair regressiemodel.

^a Gecontroleerd en gecorrigeerd voor variatie tussen huisartsen, beide interventies, aantal episoden tijdens de baselineperiode en eventuele COPD.

Tabel 3 Percentage luchtweginfecties behandeld met antibiotica tijdens de follow-upperiode

	Percentage episoden		Ongecorrigeerd verschil	Gecorrigeerd verschil*	p
	controlegroep	interventiegroep			
CRP-test	35,7 (29,5-42,0)	30,7 (25,0-36,4)	-5,0	-4,1	0,36
Communicatietraining	39,1 (33,1-45,1)	26,3 (20,6-32,0)	-12,8	-10,4	0,02

Waarden zijn percentages met 95%-BI. De p-waarden zijn berekend met een multilevel lineair regressiemodel; vetgedrukte waarden zijn significant.

* Gecontroleerd en gecorrigeerd voor variatie tussen huisartsen, beide interventies, aantal episoden tijdens de baselineperiode en eventuele COPD.

intact bleven gedurende de 2 jaar dat ons oorspronkelijke onderzoek duurde.⁴ Ons follow-uponderzoek bevestigt niet dat wetenschappelijk onderbouwde informatie over beloop en behandeling van luchtweginfecties leidt tot een afname van het spreekuurbezoek. Het breder toepassen van deze communicatietechnieken, buiten lageluchtweginfecties, kan echter wel een verklaring zijn voor de afname van antibioticavoorschriften voor luchtweginfecties in het algemeen.

In ons onderzoek leidde het gebruik van de CRP-sneltest niet tot een toegenomen vraag naar de test bij latere, soortgelijke episoden of symptomen bij dezelfde patiënten. Dit strookt met eerdere kwalitatieve bevindingen over de opvattingen van huisartsen, en met de NHG-Standaard die het gebruik van de CRP-sneltest alleen aanraadt bij diagnostische onzekerheid.⁶ Vrijwel alle praktijken namen de CRP-sneltest na het onderzoek op in hun reguliere zorgaanbod. Eerder onderzoek in *H&W* toonde aan dat samenwerking tussen huisartsenpraktijken en een geaccrediteerd (eerstelijns)laboratorium succesvolle implementatie en kwalitatief hoogwaardig gebruik van de CRP-sneltest mogelijk maakt.¹² Daarnaast benadrukte een ander artikel dat sneltests behulpzaam kunnen zijn in het grijze gebied van diagnostische onzekerheid.¹³ Juist het toevoegen van een sneltest kan de waarschijnlijkheid van een ernstige aandoening verkleinen, al zijn training en scholing in het gebruik en de interpretatie van de verschillende waarden cruciaal voor de betrouwbaarheid. Voor Nederlandse huisartsen is deze training geaccrediteerd te volgen op www.acutehoest.nl.

CONCLUSIE

Aangezien de interventies effect hebben op het aantal antibioticavoorschriften op de korte termijn en niet leiden tot een toename van het aantal consulten op de lange termijn, is implementatie van zowel de CRP-sneltest als de communicatietraining in de huisartsenpraktijk op grote schaal aan te raden. De CRP-sneltest moet, in overeenstemming met de NHG-Standaard, alleen worden aangeraden voor patiënten bij wie twijfel bestaat over de ernst van de ziekte en de noodzaak van antibiotica. Het trainen van specifieke communicatieve vaardigheden heeft mogelijk een uitgebreider langetermijneffect op het voorschrijfgedrag bij luchtweginfecties in het algemeen en bij acute hoest in het bijzonder.

DANKWOORD

We danken alle deelnemende patiënten, en onze grote dank gaat uit naar de huisartsen en assistentes van de deelnemende huisartsenpraktijken: Gezondheidscentrum Meerhoven, Gezondheidscentrum Woensel, Gezondheidscentrum Prinsejagt, Gezondheidscentrum Tongelre, Gezondheidscentrum Stratum, Gezondheidscentrum Orion, Gezondheidscentrum Josephlaan (Stichting Gezondheidscentra Eindhoven), Gezondheidscentrum Plus, Gezondheidscentrum Mercuur (Eindhoven) Gezondheidscentrum Leonardus, Gezondheidscentrum Brandevoort (Helmond), Huisartsenpraktijk De Vocht en De Vocht (Leende), Huisartsenpraktijk De Bie en De Kock (Deurne), Huisartsenpraktijk Van Straaten (Liessel), Huisartsenpraktijk Bakel (Bakel), Huisartsenpraktijk Beukenlaan (Reusel), Huisartsenpraktijk Roelofsen en Versteegh (Somerem), Huisartsenpraktijk Vessem (Vessem), Huisartsenpraktijk Hapert (Hapert), Huisartsenpraktijk Anderegglaan (Nuenen). ■

LITERATUUR

- 1 Kuyvenhoven MM, Van Balen FA, Verheij TJ. Outpatient antibiotic prescriptions from 1992 to 2001 in The Netherlands. *J Antimicrob Chemother* 2003;52:675-8.
- 2 Nordberg P, Monnet DL, Cars O. Antibacterial drug resistance: options for concerted action. Geneva: WHO, 2005.
- 3 Butler CC, Kinnersley P, Prout H, Rollnick S, Edwards A, Elwyn G. Antibiotics and shared decision-making in primary care. *J Antimicrob Chemother* 2001;48:435-40.
- 4 Cals JW, Butler CC, Hopstaken RM, Hood K, Dinant GJ. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ* 2009;338:b1374.
- 5 Cals JW, Schot MJ, De Jong SA, Dinant GJ, Hopstaken RM. Point-of-care C-reactive protein testing and antibiotic prescribing for respiratory tract infections: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med* 2010;8:124-33.
- 6 Verheij T, Hopstaken R, Prins J, Salomé P, Bindels P, Ponsioen B, et al. NHG-Standaard Acute hoesten. *Huisarts Wet* 2011;54:68-92.
- 7 Cals JW, De Bock L, Beckers PJ, Francis NA, Hopstaken RM, Hood K, et al. Enhanced communication skills and C-reactive protein point-of-care testing for respiratory tract infection: 3.5-year follow-up of a cluster randomized trial. *Ann Fam Med* 2013;11:157-64.
- 8 Hay AD, Juttner KV. Antibiotics for acute cough in primary care. *BMJ* 2009;338:b834.
- 9 Stocks N, Fahey T. Labelling of acute respiratory illness: evidence of between-practitioner variation in the UK. *Fam Pract* 2002;19:375-7.
- 10 Van Driel ML, De Sutter A, Deveugele M, Peersman W, Butler CC, De Meyere M, et al. Are sore throat patients who hope for antibiotics actually asking for pain relief? *Ann Fam Med* 2006;4:494-9.
- 11 Cals JW, Scheppers NA, Hopstaken RM, Hood K, Dinant GJ, Goettsch H, et al. Evidence based management of acute bronchitis: sustained competence of enhanced communication skills acquisition in general practice. *Patient Educ Couns* 2007;68:270-8.
- 12 Hopstaken R, Verdijk N, Van den Broek N, Verspaandonk K, Meulepas M, Helder C, et al. CRP-sneltest in de dagelijkse praktijk. *Huisarts Wet* 2012;9:388-92.
- 13 Cals J, Van Weert H. Sneltests: hoop of hype? *Huisarts Wet* 2011;54:543-7.



Hoe goed is de selectie voor de huisartsenopleiding?

Samenvatting

Vermeulen MI, Kuyvenhoven MM, Zuithoff NPA, Van der Graaf Y, Damoiseaux RAMJ. Hoe goed is de selectie voor de huisartsenopleiding? Huisarts Wet 2014;57(1):10-3.

ACHTERGROND De selectieprocedure voor de huisartsenopleiding bestaat uit semigestructureerde interviews. Een stafid, opleider en aios beoordelen onafhankelijk persoonlijke kwaliteiten van de kandidaat, zoals motivatie, beroepsoriëntatie, leerattitude en persoonlijke eigenschappen. Het doel van deze studie was, als onderdeel van een verbeteringsproces van de selectieprocedure, de betrouwbaarheid van dergelijke interviews te onderzoeken. Tevens werd nagegaan in hoeverre kwaliteitsscores samenhangen met toelating tot de huisartsenopleiding.

METHODE Observationeel onderzoek van de persoonskenmerken en kwaliteitsscores van alle kandidaten die zich tussen 2008 en 2010 aanmeldten bij de Utrechtse huisartsenopleiding. Wij bepaalden de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid betreffende het kwaliteitsoordeel bij verschillende samenstellingen van de selectiecommissie en drukten de samenhang tussen persoonskenmerken en kwaliteitsscores enerzijds en toelating tot de huisartsenopleiding anderzijds uit als een relatief risico (RR).

RESULTATEN De onderzoekspopulatie bestond uit 365 kandidaten, van wie er 206 door de selectie kwamen (56,4%). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij drie commissieleden was hoog (ICC 0,78-0,84). Die betrouwbaarheid zou licht dalen als men de selectie door twee beoordelaars zou laten doen, maar interviews met alleen een stafid en een opleider zouden nog steeds voldoende betrouwbaar zijn. Toelating tot de huisartsenopleiding hing samen met het kwaliteitsoordeel van de selectiecommissie (RR 1,34-1,76), niet met persoonskenmerken van de kandidaat.

CONCLUSIE De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de selectiecommissies voor de huisartsenopleiding is hoog en zou niet onaanvaardbaar dalen als deze commissies slechts twee leden zouden tellen in plaats van drie.

INLEIDING

In Nederland, zoals in veel Europese landen, maakt een semigestructureerd interview reglementair deel uit van de selectie voor de huisartsenopleiding.¹ Tijdens dit interview beoordeelt een selectiecommissie, bestaande uit een stafid, een opleider en een aios, de persoonlijke kwaliteiten van de kandidaat, zoals motivatie, beroepsoriëntatie, leerattitude en

persoonlijke eigenschappen. In het algemeen zijn semigestructureerde interviews tamelijk betrouwbaar,²⁻⁵ maar hun voorspellende waarde met betrekking tot het afronden van de opleiding is gering gebleken.⁶

Recentelijk hebben we laten zien dat de beslissing om een kandidaat toe te laten mede afhangt van de opleidingsplaats. Een kandidaat die bij de ene huisartsenopleiding wordt afgewezen, wordt soms bij een andere huisartsenopleiding wel aangenomen.¹ Dit roept vragen op over de kwaliteit en de rechtvaardigheid van de selectie. Huisartsopleiding Nederland (HON) en de Stichting Beroeps Opleidingen Huisartsen (SBOH) streven ernaar, de procedure te verbeteren en efficiënter te maken.

Dit onderzoek had tot doel de betrouwbaarheid van de huidige interviewprocedure te onderzoeken en na te gaan in hoeverre deze zou dalen bij een reductie van drie naar twee beoordelaars. Daarnaast hebben we geëxploreerd in hoeverre de kwaliteiten en persoonskenmerken van kandidaten die voor het eerst solliciteerden meer samenhangen met de toelating tot de huisartsenopleiding dan de kenmerken van kandidaten die voor een tweede of derde keer solliciteerden.

METHODE

Wij verrichtten een observationeel onderzoek met betrekking tot alle kandidaten die zich aanmeldten voor de selectieprocedure van de Utrechtse Huisartsenopleiding tussen april 2008 en april 2010.

Selectieprocedure

Na landelijke registratie vindt de selectie voor de huisartsenopleiding plaats op de afdeling die de kandidaat kiest.¹ De lokale selectiecommissie, bestaande uit een stafid, een opleider en een aios, beslist op basis van de sollicitatiebrief welke kandidaten worden uitgenodigd voor een interview. Criteria zijn

Wat is bekend?

- De toelating tot de huisartsenopleiding gebeurt, zoals in veel andere Europese landen, op basis van een brief en een semigestructureerd interview.
- De selectiecommissie bestaat uit een stafid, een opleider en een aios.
- De betrouwbaarheid van dit soort procedures is matig tot goed, maar de voorspellende waarde is niet groot.

Wat is nieuw?

- De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij drie beoordelaars is hoog en daalt slechts licht als het er twee zouden zijn.
- De toelating tot de huisartsenopleiding hangt samen met het kwaliteitsoordeel van de selectiecommissie, niet met algemene persoonskenmerken.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Universiteitsweg 100, 3584 CG Utrecht: M.I. Vermeulen, huisarts-onderzoeker; dr. M.M. Kuyvenhoven, medisch socioloog; dr. N.P.A. Zuithoff, onderzoeker; prof.dr. Y. van der Graaf, arts-epidemioloog; dr. R.A.M.J. Damoiseaux, huisarts • Correspondentie: m.i.vermeulen@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Vermeulen MI, Kuyvenhoven MM, Zuithoff NPA, Van der Graaf Y, Damoiseaux RAMJ. Dutch postgraduate GP selection procedure; reliability of interview assessments. BMC Fam Pract 2013;14:43. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

beheersing van de Nederlandse taal en motivatie. De leden van de selectiecommissie nemen vervolgens gezamenlijk het interview af, dat 30-45 minuten duurt. Daarna beoordeelt elk lid onafhankelijk van de andere de persoonlijke kwaliteiten van de kandidaat, zoals motivatie, leerattitude, beroepsoriëntatie en persoonlijke eigenschappen. Alle beoordelaars krijgen voor het begin van de procedure schriftelijk en mondeling instructie hoe zij vragen moeten stellen en kwaliteiten moeten scoren.

Dataverzameling

Voor dit onderzoek hebben we de administratieve gegevens gebruikt van de Huisartsopleiding Utrecht. Omdat het routinematig verzamelde data betrof, was toestemming van de ethische commissie niet vereist voor dit onderzoek. Wij anonimiseerden alle gegevens voordat ze werden verwerkt, conform de gedragscode voor gebruik van persoonsgegevens in wetenschappelijk onderzoek.⁷

De verzamelde gegevens betroffen de persoonskenmerken van de kandidaat: geslacht, leeftijd, locatie van de artsopleiding (Noordwest-Europa of elders), klinische ervaring als arts (korter of langer dan een jaar), aantal keren gesolliciteerd (eerste, tweede of derde sollicitatie). Verder verzamelden wij de beoordelingen van de kwaliteiten van de kandidaat, onafhankelijk van elkaar gescoord op een driepuntsschaal door de drie leden van de selectiecommissie: voldoet niet aan de verwachtingen (1), voldoet aan de verwachtingen (2) of stijgt boven de verwachtingen uit (3).

Onze uitkomstmaat was toelating tot de huisartsopleiding.

Analyse

Bij ontbrekende data (1,7%) imputeerden wij het gemiddelde of de modale categorie.⁸ Voor elk van de persoonskenmerken en kwaliteitsbeoordelingen berekenden wij een gemiddelde met standaarddeviatie, en daarnaast maakten wij per kwaliteit een schatting van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid door de

Voorbeeldvragen bij het interview

Motivatie

- Wat maakt dat je huisarts wil worden?
- Heb je ook over andere specialisaties gedacht?
- Wat is de relevantie van je cv?

Leerattitude

- Wat zijn de sterke en zwakke punten in jouw leerproces?
- Hoe ontwikkel je kennis, vaardigheden en attitude?
- Hoe is je bereidheid om mee te doen aan toetsing, reflectie en groepsgesprekken?

Beroepsoriëntatie

- Wat weet je af van de verantwoordelijkheden van de huisarts?
- Wat weet je van samenwerking met andere disciplines?
- Wat is je toekomstbeeld als huisarts?

Persoonlijke eigenschappen (geef voorbeelden)

- Hoe draag je verantwoordelijkheid?
- Hoe ga je om met (tijds)druk en onzekerheid?
- Hoe geef jij feedback en hoe ga je er zelf mee om?

intraklassecorrelatiecoëfficiënt (ICC) te bepalen voor alle drie de beoordelaars gezamenlijk en voor elke combinatie van twee beoordelaars.⁹ De samenhang tussen persoonskenmerken en kwaliteiten enerzijds en toelating tot de huisartsopleiding anderzijds drukten wij uit als relatief risico (RR).¹⁰ Daarbij gingen wij met een lineaire predictor na of het RR bij degenen die voor het eerst solliciteerden verschilde van het RR bij kandidaten die voor een tweede of derde keer solliciteerden.¹¹

De analyses werden verricht in SPSS versie 17 en SAS versie 9.2.

RESULTATEN

Persoonskenmerken

Tussen april 2008 en april 2010 solliciteerden 394 kandidaten bij de Huisartsopleiding Utrecht. Zesentwintig kandidaten werden afgewezen op basis van hun sollicitatiebrief. Wij excludeerden kandidaten die al vaker dan drie keer gesolliciteerd hadden ($n = 3$). Van de 365 geïncludeerde kandidaten solliciteerden er 264 voor de eerste keer, 87 voor de tweede keer en 14 voor de derde keer. Een kwart van de kandidaten was man, de gemiddelde leeftijd was 29,7 jaar (SD 4,9) en 94,5%

Tabel 1 Baselinekenmerken van de kandidaten

	Eerste sollicitatie		Tweede of derde sollicitatie		Totaal	
	n (SD)	%	n (SD)	%	n (SD)	%
Aantal	264	100,0	101	100,0	365	100,0
Persoonskenmerken						
■ man	68	25,8	30	29,7	98	26,8
■ gemiddelde leeftijd, jaren	29,2 (4,7)		31(5,2)		29.7 (4,9)	
■ artsopleiding in Noordwest-Europa	251	95,1	94	93,1	345	94,5
■ klinische ervaring < 1 jaar	136	51,5	34	33,7	170	46,6
Kwaliteiten*						
■ motivatie	2,3 (0,6)		2,4 (0,5)		2,3 (0,6)	
■ beroepsoriëntatie	2,0 (0,5)		2,1 (0,5)		2,0 (0,5)	
■ leerattitude	2,3 (0,5)		2,2 (0,6)		2,2 (0,5)	
■ persoonlijke eigenschappen†	2,3 (0,6)		2,1 (0,5)		2,2 (0,6)	
Aangenomen	148	56,1	58	57,4	206	56,4

SD = standaarddeviatie.

* Gemiddelde van drie scores op een driepuntsschaal.

† Significant verschil tussen eerste en herhaalde sollicitatie 0,2 punt (95%-BI 0,1-0,3).

Tabel 2 Gemiddelde scores op kwaliteiten van de beoordeelde (n = 365) volgens de interviewer en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Kwaliteit	Staflid gemiddeld (SD)	Opleider gemiddeld (SD)	Aios gemiddeld (SD)	ICC staflid, opleider, aios	zonder staflid	zonder opleider	zonder aios
Motivatie	2,3 (0,6)	2,3 (0,7)	2,3 (0,6)	0,84	0,75	0,81	0,79
Beroepsoriëntatie	2,0 (0,6)	2,0 (0,6)	2,0 (0,6)	0,84	0,75	0,78	0,79
Leerattitude	2,2 (0,6)	2,3 (0,6)	2,2 (0,6)	0,78	0,68	0,68	0,73
Persoonlijke eigenschappen	2,2 (0,7)	2,3 (0,6)	2,2 (0,7)	0,83	0,71	0,78	0,79

ICC = intraklassecorrelatiecoëfficiënt; SD = standaarddeviatie.

had de artsopleiding gevolgd in Noordwest-Europa [tabel 1]. De groep die voor de tweede of derde keer solliciteerde was gemiddeld ouder en had meer klinische ervaring. De gemiddelde kwaliteitsscore varieerde van 2,0 (beroepsoriëntatie) tot 2,3 (motivatie).

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

De gemiddelde scores van de drie groepen beoordelaars verschilden nauwelijks [tabel 2]. De betrouwbaarheid van de kwaliteitsscores op basis van drie beoordelaars was hoog (ICC > 0,80), behalve voor leerattitude (ICC 0,78). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid nam af als er minder dan drie beoordelaars waren. De afname was het geringst wanneer de beoordelingen van de aios werden verwijderd (ICC 0,73-0,79), en het sterkst (ICC 0,68-0,75) als we de stafleden buiten beschouwing lieten. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid betreffende kandidaten die voor het eerst solliciteerden was even hoog als bij kandidaten die al vaker gesolliciteerd hadden (niet in tabel). Er was een matige tot sterke samenhang tussen de scores op de vier kwaliteiten (correlatiecoëfficiënt van Pearson 0,40-0,64).

Kwaliteiten en toelating

In tegenstelling tot de persoonskenmerken hadden de beoordeelde kwaliteiten een onafhankelijke samenhang met

de uiteindelijke toelating tot de opleiding (RR 1,34-1,76). Ook hierbij was er geen verschil tussen de kandidaten die voor het eerst solliciteerden en diegenen die een tweede of derde keer solliciteerden.

BESCHOUWING

Doordat wij gegevens uit vijf achtereenvolgende selectieprocedures konden gebruiken, was het mogelijk de beoordelingen van meer dan 300 kandidaten te analyseren. De gemiddelde scores, inclusief standaarddeviatie, die stafleden, opleiders en aios toekenden aan persoonlijke kwaliteiten waren ongeveer gelijk. De betrouwbaarheid van beoordelingen door drie beoordelaars was hoog. Dat kan het resultaat zijn van het structureren van de interviews en het trainen van de beoordelaars,⁶ zoals ook bevindingen in de literatuur suggereren.²⁻⁵ Bij exclusie van een groep beoordelaars (staflid, opleider of aios) neemt de betrouwbaarheid iets af, het minst bij exclusie van de aios en het sterkst bij exclusie van het staflid. Waarschijnlijk weerspiegelt dit het feit dat het staflid in het algemeen de meeste ervaring heeft.

In de literatuur pleit men ervoor om beslissingen waar veel van afhangt te baseren op verschillende instrumenten en diverse beoordelaars.¹² Men kan de betrouwbaarheid laten toenemen door de procedure uit te breiden met meer instrumenten, zoals 'multiple mini interviews' (MMI's) en minisimulaties, en door de interviews nog verder te structureren.¹³⁻¹⁵ Op de conferentie te Ottawa in 2010 over de selectie voor medische opleidingen is de aanbeveling gedaan selectieprocedures congruent te maken met de opleidingen, en die zijn competentiegericht.¹⁵ Wij onderschrijven die aanbeveling.

Wij hebben een onafhankelijke samenhang gevonden tussen het oordeel over de persoonlijke kwaliteiten van de kandidaat en diens toelating tot de huisartsenopleiding. Persoonskenmerken hebben geen invloed op deze beslissing.¹⁴ Of kandidaten voor het eerst solliciteren of voor een tweede of derde keer maakt hierin niet uit.

Ons onderzoek had een aantal beperkingen. Zo kan de gunstige interbeoordelaarsbetrouwbaarheid een gevolg zijn van de driepuntsschaal. Uit de literatuur is echter bekend dat de betrouwbaarheid van de beoordelingen aan de uiteinden van een schaal hoger is dan in het midden, dus de driepuntsschaal is in deze selectieprocedure mogelijk net zo bruikbaar als de algemenere vijfpuntsschaal.¹⁵ Een tweede beperking is dat de vrij sterke correlaties tussen de kwaliteiten een 'halo-effect' suggereren. De wisselende samenstelling van de se-



Foto: Shutterstock/Santosh Kumae

lectiecommissies maakte het ons echter onmogelijk om te beoordelen hoe belangrijk dit effect geweest is.

Conclusie

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in de onderzochte semigestructureerde selectie-interviews voor de huisartsenopleiding blijkt relatief hoog. Zou men de selectiecommissies verkleinen van drie tot twee leden, dan zou die betrouwbaarheid slechts licht dalen. Het verdient aanbeveling de selectieprocedure meer competentiegericht te maken door verschillende instrumenten in te zetten, zoals MMI's en minisimulaties.¹⁵ ■

LITERATUUR

- 1 Vermeulen MI, Kuyvenhoven MM, Zuithoff NPA, Tromp F, Graaf van der Y, Pieters HM. Selection for Dutch postgraduate GP training; time for improvement. *Eur J Gen Pract* 2012;18:201-5.
- 2 Kreiter CD, Yin P, Solow C, Brennan RL. Investigating the reliability of the medical school admissions interviews. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2004;9:147-59.
- 3 Salvatori P. Reliability and validity of admissions tools used to select students for the health professions. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2001;6:159-75.
- 4 Lumb AB, Homer M, Miller A. Equity in interviews: Do personal characteristics impact on admission interview scores? *Med Educ* 2010;44:1077-83.
- 5 Rao R. The structured clinically relevant interview for psychiatrist in training (SCRIPT): a new standardized assessment tool for recruitment in the UK. *Acad Psychiatry* 2007;31:443-6.
- 6 Siu E, Reiter HI. Overview: what's worked and what hasn't as a guide towards predictive admissions tool development. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009;14:758-75.
- 7 Gedragscode voor gebruik van persoonsgegevens in wetenschappelijk onderzoek. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, 2003.
- 8 Donders AR, Van der Heijden GJ, Stijnen T, Moons KG. Review: A gentle introduction to imputation of missing values. *J Clin Epidemiol* 2006;59:1087-91.
- 9 McGraw KO, Wong SP. Forming inferences about some intraclass correlations coefficients. *Psychol Methods* 1996;1:30-46.
- 10 McNutt LA, Wu C, Xue X, Hafner JP. Estimating the relative risk in cohort studies and clinical trials of common outcomes. *Am J Epidemiol* 2003;157:940-3.
- 11 Steyerberg EW, Eijkemans MJC, Harell FE, Habbema JDF. Prognostic modelling with logistic regression analysis: a comparison of selection and estimation methods in small data sets. *Statist Med* 2000;19:1059-79.
- 12 Van der Vleuten CPM, Schuwirth LW. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Med Educ* 2005;39:309-17.
- 13 Eva KW, Reiter HI, Trinh K, Wasi P, Rosenfeld J, Norman GR. Predictive validity of the multiple mini-interview for selecting medical trainees. *Med Educ* 2009;43:767-75.
- 14 Patterson F, Ferguson E, Norfolk T, Lane P. A new selection system to recruit general practice registrars: preliminary findings from a validation study. *BMJ* 2005;330:711-4.
- 15 Prideaux D, Roberts C, Eva K, Centeno A, McCrorie P, McManus C, et al. Assessment for selection for the health care professions and specialty training: Consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Med Teach* 2011;33:215-23.

Klinische lessen voor H&W gevraagd

Klinische lessen in H&W zijn een door lezers hooggewaardeerde rubriek. Aan de hand van één of twee patiëntencasussen wordt aandacht gevraagd voor een opmerkelijk diagnostisch traject, klinisch beloop of een medisch basisprincipe. Deze rubriek biedt de schrijver de mogelijkheid een ervaring te delen en de lezers de mogelijkheid te leren van wat een collegahuisarts heeft meegemaakt. Omdat de rubriek zo nauw aansluit bij de dagelijkse

praktijk willen wij u aanmoedigen uw praktijkervaring door middel van een klinische les met de lezers van H&W te delen.

Als u een casus voor ogen heeft, bedenk dan eerst waar deze het best past: in de rubriek klinische les of casuïstiek. Een klinische les draait, anders dan de rubriek casuïstiek, niet om een pure beschrijving van een ziektebeeld maar om de lering die collegahuisartsen kunnen trekken uit de gepresenteerde casus. De patiëntencasus beschrijft stapsgewijs, vanaf de eerste presentatie door de patiënt, de

gedachten van de huisarts gedurende het diagnostisch proces. De beschreven casussen dienen ter illustratie van een boodschap, die u elders in het artikel met feiten verantwoordt.

Overweegt u een klinische les te schrijven? Kijk dan op onze website voor de auteursinstructies (<http://www.henw.org/voorauteurs>). Bij vragen kunt u contact opnemen met hoofdredacteur Just Eekhof (j.eekhof@nhg.org of 030-2823500). ■

Just Eekhof

Diagnostiek van pneumonie bij volwassenen

Samenvatting

Van Vugt SF. Diagnostiek van pneumonie bij volwassenen. *Huisarts Wet* 2014;57(1):14-7.

Pneumonie is een indicatie om antibiotica te starten bij een volwassen patiënt met hoestklachten, maar het is lastig om deze te onderscheiden van overige lage luchtweginfecties, waarbij de huisarts een afwachtend beleid kan voeren. In dit diagnostisch dilemma blijkt de klinische blik van de huisarts van meerwaarde voor het voorspellen van pneumonie. Een CRP-test (afkapwaarde 30 mg/ml) heeft toegevoegde waarde als deze wordt gebruikt in combinatie met anamnese en lichamelijk onderzoek. De toegevoegde waarde van de CRP-test is het grootst in de groep patiënten bij wie de huisarts na anamnese en lichamelijk onderzoek nog niet goed kan beoordelen of er sprake is van pneumonie. Indien de huisarts kiest voor een thoraxfoto als aanvullende diagnostiek, is het percentage aan potentieel relevante toevalsbevindingen beperkt. Het diagnostisch proces bij volwassen patiënten met lage luchtwegklachten blijft complex en zal ook in de toekomst een uitdaging blijven.

PNEUMONIE: VRIEND OF VIJAND?

William Osler, ook wel bekend als 'de vader van de moderne geneeskunde', beschreef in 1918 pneumonie als 'kapitein van de doodsoorzaken', nadat zij tuberculose van de eerste plaats had verdreven. Osler was ook de man die 'the old man's friend' als koosnaam voor pneumonie introduceerde, omdat deze aandoening vaak een snelle, pijnloze dood gaf.¹ Hoewel deze koosnaam tot op heden wordt gebruikt, is pneumonie tegenwoordig niet meer zozeer een dodelijke ziekte, als wel een ziekte die ernstig kan verlopen en dagelijkse activiteiten over langere tijd kan verstoren. Het is een indicatie om antibiotica te starten bij een patiënt met hoestklachten.² Daarom heeft de huisarts behoefte aan een valide diagnostische strategie om pneumonie van andere lagere luchtweginfecties te kunnen onderscheiden bij de grote groep volwassen patiënten die hij met hoestklachten op het spreekuur ziet.

WAT IS BEKEND?

Van alle patiënten die met hoest of andere klachten van een lage luchtweginfectie (LLWI) op het spreekuur bij de huisarts komen, blijkt 5% pneumonie te hebben.³ Diverse eerstelijns-onderzoeken hebben de diagnostische waarde onderzocht van items uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek die pneumonie moeten achterhalen.⁴⁻⁶ Een validatieonderzoek laat echter zien dat het lastig is om pneumonie op basis van klach-

ten en lichamelijk onderzoek vast te stellen, ondanks gebruik van de gepresenteerde modellen.⁷

Twee onderzoeken hebben naast de diagnostische waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek ook het totale oordeel van de huisarts bekeken.^{3,6} Het ene onderzoek vond dat huisartsen niet goed in staat zijn om de noodzaak voor antibiotische therapie te voorspellen bij de groep hoestende patiënten die een microbiologisch bewezen bacteriële infectie had.³ Het andere onderzoek vergeleek de huisartsendiagnose 'pneumonie' met bevindingen op de thoraxfoto's en vond dat de huisartsen slechts een minderheid van de radiologische pneumonien (7 van de 20) op klinische gronden herkend hadden.⁶ Het grote nadeel van deze twee onderzoeken is echter het kleine aantal pneumoniegevallen dat was geïncludeerd.

De NHG-Standaard Acuut hoesten adviseert een C-reactief proteïne (CRP)-sneltest te verrichten als de huisarts twijfelt over het bestaan van een pneumonie of een ongecompliceerde LWI.² Dit advies is gebaseerd op een aantal diagnostische onderzoeken bij patiënten met LLWI in de eerste lijn^{5,8,9} en twee reviews die concluderen dat CRP een grotere voorspellende waarde heeft voor de aanwezigheid van pneumonie dan klinische parameters uit anamnese en lichamelijk onderzoek.^{10,11} Een grote methodologische tekortkoming van deze onderzoeken is dat de diagnostische waarde van CRP niet in combinatie met gegevens van anamnese en lichamelijk onderzoek zijn bepaald. Dit maakt de conclusies niet direct toepasbaar op de dagelijkse huisartsenpraktijk, waarin de huisarts altijd eerst anamnese en lichamelijk onderzoek verricht, voor hij overgaat tot aanvullende diagnostiek. Een ander onderzoek heeft wel de aanvullende waarde van CRP bekeken,⁵ maar omdat het slechts een kleine onderzoekspopulatie betrof (n = 247, van wie 32 met pneumonie), is ook van dit onderzoek de betrouwbaarheid beperkt. Hoewel twee onderzoeken lieten zien dat het toepassen van de CRP-sneltest in de eerste lijn resulteerde in een reductie van antibioticagebruik bij LLWI,^{12,13} blijft de additionele waarde van CRP bij de diagnostiek van LLWI in de eerste lijn wegens methodologische bezwaren dus onduidelijk.^{14,15}

De kern

- In de huisartsenpraktijk is het moeilijk om pneumonie (voorafkans 5%) te onderscheiden van andere (lage) luchtweginfecties bij patiënten die zich met acute hoest presenteren.
- De klinische blik van de huisarts verhoogt de kans op het voorspellen van pneumonie van 1 op 20 (5%) naar meer dan 1 op 2 (57%) indien zijn inschatting positief is.
- Driekwart van de patiënten heeft een matig risico op pneumonie (< 20% en > 2,5%) op basis van anamnese en klinisch onderzoek.
- Aan bijna de helft van hen kan de huisarts door toevoegen van een CRP-test een laag risico toekennen.

Als ook na aanvullende CRP-diagnostiek onzekerheid over de diagnose blijft bestaan, moet de huisarts volgens de NHG-Standaard Acuut hoesten een thoraxfoto laten maken. De onduidelijkheid over de klinische relevantie van een radiologische pneumonie,¹⁶ de aangetoonde interbeoordelaarsvariatie,¹⁷ de kosten en de belasting voor de patiënt maken dat de Standaard een X-thorax niet routinematig aanbeveelt. Ondanks deze bezwaren blijft de thoraxfoto ook in de recentelijk gereviseerde Europese richtlijn de gouden standaard voor pneumonie.¹⁵ Behalve dat de thoraxfoto pneumonie kan aantonen, kan deze ook andere oorzaken van hoest zichtbaar maken, zoals tbc, een maligniteit, een corpus alienum en hartfalen. Nog nooit is beschreven hoe vaak deze (neven)bevindingen bij thoraxfoto's van patiënten met LLWI voorkomen.

HET GRACE-ONDERZOEK

Om huisartsen te helpen met de diagnostische besluitvorming hebben wij geprobeerd om de diagnostische waarde te evalueren van de diagnostische hulpmiddelen die huisartsen het meest gebruiken voor pneumonie bij volwassen patiënten met hoest- of lage luchtwegklachten. Achtereenvolgens bespreken we:

1. de juistheid van de klinische blik van de huisarts (na uitvoeren van anamnese en lichamelijk onderzoek);
2. de diagnostische waarde van bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek, en de toegevoegde waarde van het bepalen van CRP;
3. het vóórkomen van nevenbevindingen die men kan verwachten, als de huisarts bij patiënten met hoestklachten een thoraxfoto aanvraagt ter uitsluiting van pneumonie.

De resultaten zijn afkomstig van de gegevens die we verzameld hebben in het kader van het GRACE-project (Genomics to combat Resistance against Antibiotics in Community-acquired LRTI in Europe; www.grace-lrti.org), dat is gefinancierd door de Europese Unie.²⁴ Van oktober 2007 tot en met april 2010 hebben deelnemende huisartsen uit 12 Europese landen, waaronder Nederland, ruim 3000 volwassen patiënten geïncludeerd die het spreekuur bezochten met hoestklachten of een ander ziektebeeld dat de huisarts deed denken aan een LLWI.

ONZE KLINISCHE BLIK

Eerst onderzochten we in hoeverre de klinische blik van de huisarts de aanwezigheid van (radiologisch vastgestelde) pneumonie correct kan voorspellen bij patiënten met een LLWI.¹⁸ Hiervoor vroegen we de huisartsen om direct na anamnese en lichamelijk onderzoek een waarschijnlijkheidsdiagnose te noteren. Binnen een week lieten we als referentietest een thoraxfoto maken. Bij 140 van de geïncludeerde 2810 patiënten (5%) stelde de radioloog een pneumonie vast, waarvan de huisarts er 41 (29%) op klinische gronden had herkend. Bij 31 patiënten (1%) dacht de huisarts aan een pneumonie, maar kreeg deze geen radiologische bevestiging. De positief en negatief voorspellende waarden van de klinische blik waren respectievelijk 57% en 96%. Bij de door de huisarts

niet herkende radiologische pneumonieën kwamen de 'klassieke' pneumoniesymptomen minder voor en waren de klachten minder ernstig ($p < 0,05$).

Deze resultaten laten zien dat de klinische blik indien deze negatief is, zeer goed overeenkomt met de thoraxfoto; indien deze positief is, geldt dat in mindere mate. De klinische blik van de huisarts verhoogt de kans op pneumonie van 1 op 20 (5%) naar meer dan 1 op 2 (57%) indien deze positief is. Als de huisarts denkt dat er geen sprake is van pneumonie, is de kans dat de radioloog deze toch op de foto ziet 1 op 25 (4%). Interessant hierbij was overigens dat de meeste van de niet herkende pneumonieën in ons onderzoek een mild klinisch beeld vertoonden. Deze bevinding onderstreept het belang van een goede instructie aan de patiënt om terug te komen bij verergering van de klachten. Tevens laat ze zien dat de evaluatie van een hoestende patiënt in de dagelijkse praktijk niet zo dichotoom van aard is als in dit onderzoek het geval was. De huisarts zal immers na uitvoering van anamnese en lichamelijk onderzoek nog twijfels kunnen houden over de aanwezigheid van pneumonie. Daarom hebben wij in een ander onderzoek geprobeerd de nuances van de dagelijkse praktijk beter te benaderen door drie risicogroepen te gebruiken en patiënten in te delen in laag, hoog of matig verhoogd risico op pneumonie.

Aanvullende bloedtests: is CRP de panacee?

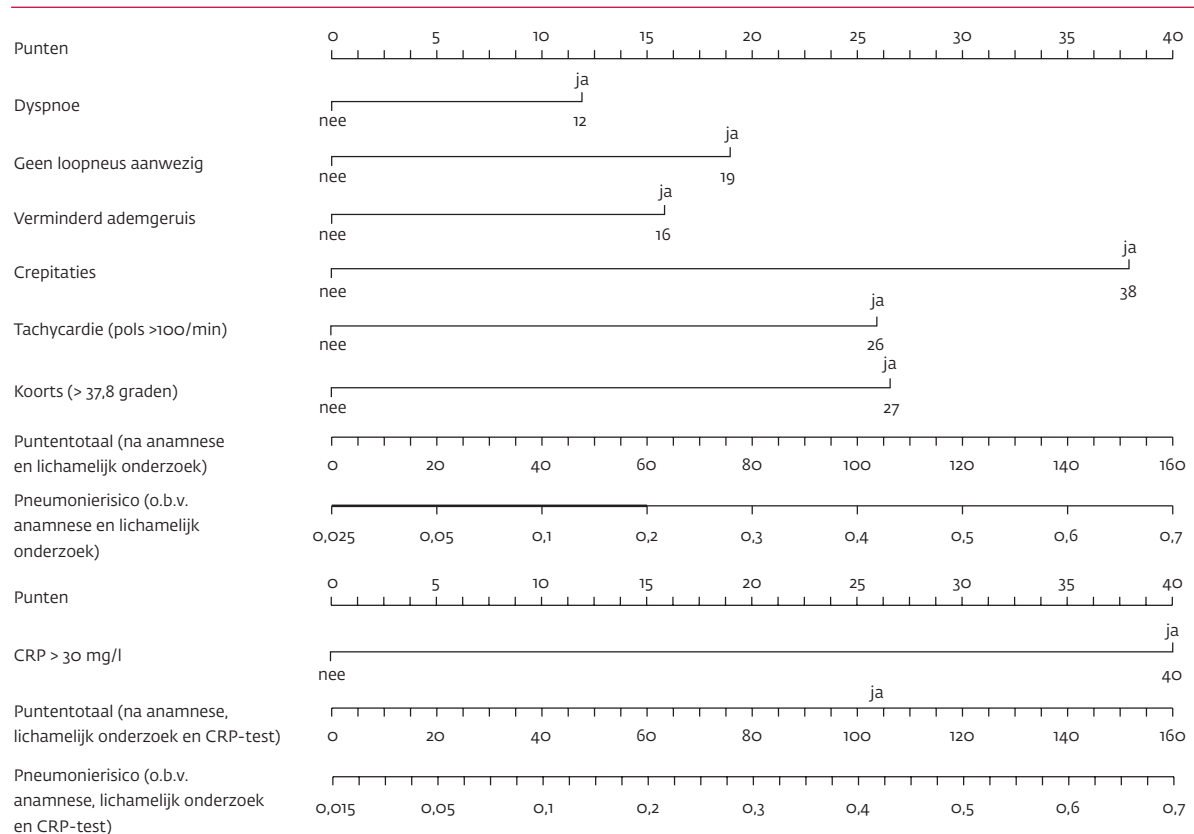
Naast de diagnostische waarde van bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek voor de aanwezigheid van pneumonie, hebben we ook de toegevoegde waarde bepaald van het ontstekings eiwit CRP.¹⁹ Bij 2820 volwassen patiënten met acute hoestklachten hebben we direct na consultatie CRP gemeten. Binnen 7 dagen volgde een thoraxfoto (referentietest voor pneumonie). Bij 140 patiënten (5%) stelde de radioloog een pneumonie vast. Symptomen van anamnese en lichamelijk onderzoek die het meest behulpzaam bleken voor het vaststellen van pneumonie waren: geen loopneus hebben, benauwdheid, crepiteren en verminderd ademgeruis bij auscultatie, tachycardie en koorts (oppervlakte onder de 'receiver operating characteristic curve' (ROC-oppervlakte) 0,70 (95%-BI 0,65-0,75) na interne validatie). Na toevoeging van CRP (met het optimale afkappunt 30 mg/l) nam de ROC-oppervlakte toe tot 0,77 (95%-BI 0,73-0,81). Bij patiënten die op basis van anamnese

Abstract

Van Vugt SF. *Diagnosis of pneumonia in adults. Huisarts Wet* 2014;57(1):14-7.

While antibiotics are indicated in adults with cough who suffer from pneumonia, it is difficult to distinguish between pneumonia and other lower respiratory tract infections that require the general practitioner to adopt a policy of watchful waiting. Given this diagnostic dilemma, the GP's clinical judgment is helpful in identifying pneumonia. Measurement of C-reactive protein (CRP, cut-off value 30 mg/ml) is of value when used in combination with the patient history and physical examination, and especially in those patients in whom the diagnosis of pneumonia is doubtful after clinical assessment. When chest x-ray is performed, clinically relevant incidental findings are uncommon. The diagnosis of lower respiratory tract infections in adults remains complex and will continue to be a challenge in the future.

Figuur Scoresysteem om het risico op pneumonie te voorspellen bij een volwassen hoestende patiënt



se, lichamelijk onderzoek en CRP-30 als 'laag risico' (< 2,5%) voor pneumonie waren beoordeeld (n = 1556), was de pneumoniepreevalentie 2%. In de groep met een 'hoog risico' (> 20%; n = 132) was de prevalentie 31%. Na toevoeging van CRP nam het aantal patiënten in de 'matig verhoogde risico'-groep (2,5-20%) met bijna 50% af (van 2092 naar 1132).

Deze resultaten laten zien dat het toevoegen van een CRP-test met afkapwaarde 30 mg/l toegevoegde diagnostische waarde heeft voor het uitsluiten van pneumonie. Het effect is het grootst in de groep patiënten bij wie de huisarts na anamnese en lichamelijk onderzoek nog niet goed kan beoordelen of er sprake is van pneumonie. Omdat eerder onderzoek heeft laten zien dat het gebruik van diagnostische modellen in de dagelijkse praktijk beperkt is, zeker als men met formules en scoretabellen werkt,²⁰ hebben we ook een nomogram gemaakt [figuur], dat een grafische weergave is van het originele diagnostische model. Als men de punten voor een individuele patiënt heeft gescoord en opgeteld, is in deze figuur het pneumonierisico af te lezen.

Het betreft een scoresysteem op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek en CRP (optimaal afkappunt 30 mg/l) om het risico op pneumonie te voorspellen bij iedere patiënt die met hoestklachten op het spreekuur komt. De huisarts moet alle items van anamnese en lichamelijk onderzoek scoren (op aan- of afwezigheid) en dan optellen. Dit puntentotaal correspondeert

met een pneumonierisico dat de huisarts kan aflezen. Indien een CRP-test volgt, kan de huisarts ook deze punten bij de score optellen, om hiermee vervolgens opnieuw het pneumonierisico te bepalen. Het donkere gebied op de eerste 'pneumonierisico-as' laat zien voor welke patiënten de toegevoegde waarde van een CRP-test het grootst is. Ter illustratie twee voorbeelden: een eerste patiënt komt met hoestklachten op het spreekuur en heeft geen loopneus (19 punten) of dyspneu (0 punten). Bij onderzoek is er koorts (27 punten) en hoort de huisarts verminderd ademgeruis (16 punten) en crepiteren (38 punten). Dit geeft een totaalscore van 100, wat overeenkomt met een pneumonierisico van 40%. Dit ligt buiten het donkere gebied op de as en daarom is een CRP-test niet nodig. Bij een tweede patiënt met hoestklachten is sprake van dyspneu (12 punten) en tachycardie (26 punten): een totaalscore van 38, wat een pneumonierisico van ongeveer 0,07 (7%) geeft. Dit ligt in het donkere gebied van de risico-as, dus luidt het advies een CRP-test te doen. Als de CRP-waarde hoger is dan 30 mg/l (40 punten), is de nieuwe score 38 + 40 = 78 punten, wat correspondeert met een pneumonierisico van 15%. Als de CRP-waarde lager is dan 30 mg/l (0 punten), dan zou de puntenscore 38 blijven en zou daarmee het pneumonierisico minder dan 5% zijn.

Het zal in de praktijk echter moeten blijken of de huisarts de resultaten van dit diagnostische onderzoek ook daadwerkelijk zal toepassen. Verder vraagt het gebruik van CRP, dat op basis

van deze resultaten potentie heeft als diagnostisch hulpmiddel bij LLWI's, om adequate training in correcte interpretatie van de testuitslagen, maar ook in communicatieve vaardigheden. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat het toepassen van de CRP-sneltest en communicatietraining in aanvulling op CRP-gebruik kunnen helpen om het aantal antibioticavoorschriften te verminderen.^{12,13} Tegelijkertijd moeten we ervoor waken patiënten niet te medicaliseren met de nieuwe CRP-test en moeten we ons realiseren dat over het gebruik van de CRP-test bij kinderen met LLWI nog onvoldoende bekend is.

TOCH MAAR EEN THORAXFOTO?

Een van de redenen om in de huisartsgeneeskunde terughoudend te zijn met het laagdrempelig aanvragen van beeldvormend onderzoek, is de kans op toevalsbevindingen. Deze kunnen gunstig zijn voor het vroegtijdig starten van de juiste behandeling in het geval van bijvoorbeeld hartfalen of een nog niet bekende maligniteit. Onverwachte bevindingen kunnen echter ook minder relevantie hebben en onduidelijkheid scheppen, met angst bij de patiënt en dure, invasieve verdere diagnostiek als mogelijke gevolgen.^{21,22} Om beter zicht te krijgen op het risico op toevalsbevindingen bij hoestende patiënten die routinematig een thoraxfoto ondergaan, hebben we gekeken naar de 'overige bevindingen' die radiologen konden noteren naast het scoren van tekenen van pneumonie en bronchitis.²³

Bij de 2823 Europese patiënten van wie kwalitatief goede thoraxfoto's beschikbaar waren, hebben we deze bevindingen gecategoriseerd op klinische relevantie, bepaald op basis van bestaande literatuur. Tevens analyseerden we type en prevalentie per land, geslacht, leeftijd en rookgedrag. Bij 19% van alle patiënten hebben we toevalsbevindingen geregistreerd, waarbij het percentage varieerde per land ($p < 0,001$). Bij 3% ging het om bevindingen die aanvullende diagnostiek vereisten, waarbij het bij 1,8% verdachte knobbeltjes en schaduwen betrof. Bij ouderen en rokers zagen we meer toevalsbevindingen ($p < 0,001$).

We concludeerden dat de kans op klinisch relevante toevalsbevindingen op thoraxfoto's laag is bij volwassen patiënten met acute hoestklachten, met een percentage dat duidelijk per land verschilt. Dit kan te maken hebben met verschillen in rapportage, zolang de radiologen niet verplicht zijn om toevalsbevindingen te noteren. Gezien dit lage percentage aan potentieel relevante toevalsbevindingen die aanvullende diagnostiek vereisten, lijkt dit op zich geen reden voor huisartsen om terughoudend te zijn met het aanvragen van thoraxfoto's bij deze patiënten.

Ondanks het gebruik van diagnostische modellen, die kunnen dienen als uitgangspunt voor de gedachtegang en differentieeldiagnostische overwegingen van de huisartsen, blijft het diagnostisch proces bij volwassen patiënten met lage luchtwegklachten complex en zal het ook in de toekomst een uitdaging blijven. ■

LITERATUUR

- 1 Wikipedia. Pneumonia. Beschikbaar op: <http://en.wikipedia.org/wiki/Pneumonia>. Laatst geraadpleegd op 3 juni 2013.
- 2 Verheij THJM, Hopstaken RM, Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP, et al. NHG-Standaard Acute Hoesten. Huisarts Wet 2011;54:68-92.
- 3 Macfarlane J, Holmes W, Gard P, Macfarlane R, Rose D, Weston V, et al. Prospective study of the incidence, aetiology and outcome of adult lower respiratory tract illness in the community. Thorax 2001;56:109-14.
- 4 Heckerling PS, Tape TC, Wigton RS, Hissong KK, Leikin JB, Ornato JP, et al. Clinical prediction rule for pulmonary infiltrates. Ann Intern Med 1990;113:664-70.
- 5 Hopstaken RM, Muris JW, Knottnerus JA, Kester AD, Rinkens PE, Dinant GJ. Contributions of symptoms, signs, erythrocyte sedimentation rate, and C-reactive protein to a diagnosis of pneumonia in acute lower respiratory tract infection. Br J Gen Pract 2003;53:358-64.
- 6 Melbye H, Straume B, Aasebo U, Dale K. Diagnosis of pneumonia in adults in general practice. Relative importance of typical symptoms and abnormal chest signs evaluated against a radiographic reference standard. Scand J Prim Health Care 1992;10:226-33.
- 7 Grafelman AW, le Cessie S, Knuistingh NA, Willemsen FE, Zonderland HM, Van den Broek PJ. Can history and exam alone reliably predict pneumonia? J Fam Pract 2007;56:465-70.
- 8 Muller B, Harbarth S, Stolz D, Bingisser R, Mueller C, Leuppi J, et al. Diagnostic and prognostic accuracy of clinical and laboratory parameters in community-acquired pneumonia. BMC Infect Dis 2007;7:10.
- 9 Melbye H, Straume B, Aasebo U, Brox J. The diagnosis of adult pneumonia in general practice. The diagnostic value of history, physical examination and some blood tests. Scand J Prim Health Care 1988;6:111-7.
- 10 Falk G, Fahey T. C-reactive protein and community-acquired pneumonia in ambulatory care: systematic review of diagnostic accuracy studies. Fam Pract 2009;26:10-21.
- 11 Van der Meer V, Knuistingh Neven A, Van den Broek PJ, Assendelft WJ. Diagnostic value of C reactive protein in infections of the lower respiratory tract: systematic review. BMJ 2005;331:26-9.
- 12 Cals JW, Butler CC, Hopstaken RM, Hood K, Dinant GJ. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. BMJ 2009;338:b1374.
- 13 Cals JWL, Schot M, De Jong S, Dinant G, Hopstaken R. Point-of-care C-reactive protein testing and antibiotic prescribing for respiratory tract infections: a randomized controlled trial. Ann Fam Med 2010;2:122-34.
- 14 Engel MF, Paling FP, Hoepelman AI, Van der Meer V, Oosterheert JJ. Evaluating the evidence for the implementation of C-reactive protein measurement in adult patients with suspected lower respiratory tract infection in primary care: a systematic review. Fam Pract 2011;29:383-93.
- 15 Woodhead M, Blasi F, Ewig S, Garau J, Huchon G, Ieven M, et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. Clin Microbiol Infect 2011;17 Suppl 6:E1-59.
- 16 Lähde S, Järtilä A, Broas M, Koivisto M, Syrjälä H. HRCT findings in the lungs of primary care patients with lower respiratory tract infection. Acta Radiol 2002;43:159-63.
- 17 Hopstaken RM, Witbraad T, Van Engelsehoven JM, Dinant GJ. Inter-observer variation in the interpretation of chest radiographs for pneumonia in community-acquired lower respiratory tract infections. Clin Radiol 2004;59:743-52.
- 18 Vugt SF, Verheij T, Jong PD, Butler C, Hood K, Coenen S, et al. Diagnosing pneumonia in patients with acute cough: clinical judgment compared to chest radiography. Eur Respir J 2013;42:1076-82.
- 19 Van Vugt SF, Broekhuizen BDL, Lammens C, Zuithoff NPA, De Jong PA, Coenen S, et al. Use of serum C reactive protein and procalcitonin concentrations in addition to symptoms and signs to predict pneumonia in patients presenting to primary care with acute cough: diagnostic study. BMJ 2013;346:f2450.
- 20 Redelmeier DA, Lustig AJ. Prognostic indices in clinical practice. JAMA 2001;285:3024-5.
- 21 Orme NM, Fletcher JG, Siddiki HA, Harmsen WS, O'Byrne MM, Port JD, et al. Incidental findings in imaging research: evaluating incidence, benefit, and burden. Arch Intern Med 2010;170:1525-32.
- 22 Casarella WJ. A patient's viewpoint on a current controversy. Radiology 2002;224:927.
- 23 Van Vugt S, Broekhuizen L, Zuithoff N, De Jong P, Butler C, Hood K, et al. Incidental chest radiographic findings in adult patients with acute cough. Ann Fam Med 2012;10:510-5.
- 24 De Vries-Van Vugt SF. Caring for cough: guiding diagnosis in primary care [proefschrift]. Utrecht: UMC Utrecht, 2012.

Uniforme selectie en spreiding van opleidingsplaatsen

Huisartsenzorg is generalistische medische zorg, laagdrempelig toegankelijk voor alle mensen dicht bij huis.¹ Dit mooie en belangrijke streven staat onder druk doordat het leeuwendeel van de aanstaande huisartsen de Randstad verkiest boven andere regio's. De locatie van de huisartsopleiding blijkt hierin een belangrijke rol te spelen.²

De jaarlijkse instroomcapaciteit van de opleiding is gegroeid van 516 plaatsen in 2007, naar 600 in 2010 tot 720 in 2012. Deze opleidingscapaciteit is de afgelopen jaren echter niet volledig benut. In 2012 bleven 72 opleidingsplaatsen open. De verwachting is dat dit jaar 50 plaatsen onbenut blijven, ondanks het feit dat er jaarlijks ruim 900 artsen solliciteren.

Sollicitanten hebben een zeer sterke voorkeur voor een opleidingsplaats in en rond Amsterdam, Utrecht, Rotterdam en Leiden. Uit onderzoek naar motieven blijkt dat zij de reistijd naar het instituut, de opleidingspraktijk en de nabijheid van familie als doorslaggevend beschouwen. De vermeende kwaliteitsverschillen of mogelijk specifieke kenmerken van instituten spelen nauwelijks een rol bij hun keuze. De voorkeur voor een beperkt aantal instituten heeft geleid tot een relatief groot aantal afwijzingen bij het ene en een beperkt aantal afwijzingen bij andere instituten. Vermeulen et al. hebben laten zien dat de beslissing over toelating tot de huisartsopleiding afhankelijk is van de opleidingsplaats waarvoor men gesolliciteerd heeft.³ Een kandidaat die bij de ene huisartsopleiding is afgewezen, zou bij een andere huisartsopleiding mogelijk zijn aangenomen.

NIEUWE SELECTIEMETHODE

De analyse van Vermeulen, et al. heeft mede geleid tot het besluit een uniforme en landelijke selectiemethode voor de huisartsopleiding te introduceren. Een selectiemethode die doelmatig onderscheid maakt tussen geschikte en ongeschikte kandidaten. Met ingang van 2014 zullen de opleidingsinstituten deze methode toepassen. Een van de onderdelen ervan is het competentiegerichte interview. In het huidige voorstel zal de kandidaat tweemaal door twee interviewers onderzocht worden op verschillende competenties. De interviewers zijn docenten van de opleidingsinstituten, opleiders en aios. Om een indruk te krijgen van de betrouwbaarheid van interviews door twee mensen, in plaats van drie in de oude situatie, is een analyse gedaan van gegevens uit de selectie voor de huisartsopleiding in Utrecht. Hiervan vindt u elders in dit nummer een verslag (Huisarts Wet 2014;57(1)10-3). Naast dit competentiegerichte interview maakt een kennistoets deel uit van de nieuwe procedure.

Uniforme selectie is een eerste stap naar volledige benutting van de opleidingscapaciteit. De tweede stap is landelijke allocatie van opleidingsplaatsen. Er bestaat op dit moment geen acceptabel evenwicht tussen de voorkeuren van sollicitanten, de beschikbaarheid van opleidingscapaciteit en de behoefte aan huisartsen in de samenleving. Mogelijk worden geschikte kandidaten afgewezen en komen andere geschikte kandidaten op reservelijsten terecht, terwijl elders in Nederland opleidingsplaatsen onbenut blijven.

Een sterke uitbreiding van de opleidingscapaciteit in de Randstad is onwenselijk. Dit leidt tot verdringing van stage-mogelijkheden voor co-assistenten in de huisartsenpraktijken. Daarnaast zijn er grenzen aan de plaatsingsmogelijkheden voor de klinische stage van aios huisartsgeneeskunde in de ziekenhuizen in de Randstad.

Verwijzend naar de behoefte aan toegankelijke huisartsenzorg en de opvolgingsproblematiek in een aantal regio's, heeft de beroepsgroep (NHG/LHV) instituten en opleiders gezocht de opleidingscapaciteit volledig te benutten en te zorgen voor optimale spreiding. De Landelijke Vereniging van Aspirant Huisartsen (LOVAH) steunt het besluit tot uniforme selectie en landelijke allocatie van opleidingsplaatsen. Uit recent onderzoek onder huisartsen in opleiding bleek dat allocatie op vrijwillige basis kon rekenen op steun. Met een verplichtend karakter was 90% het niet eens.⁴ Dit is begrijpelijk vanuit het oogpunt van de sollicitant, maar maatschappelijk gezien is het onaanvaardbaar dat opleidingsplaatsen onbenut blijven. Het is daarom van groot belang dat allocatie op een zo eerlijk mogelijke manier plaatsvindt.

LANDELIJKE TOEWIJZING

Op verzoek van Huisartsopleiding Nederland hebben twee hoogleraren van de VU een aanzet gegeven voor een instrument, gericht op landelijke toewijzing van opleidingsplaatsen. Verwijzend naar het werk van de Nobelprijswinnaars Economie uit 2012, Roth en Shapley, schetsten zij de contouren van een mogelijke aanpak. De geselecteerde kandidaten voor de huisartsopleiding krijgen het verzoek een reeks voorkeuren op te geven, op basis waarvan een econometrisch optimum wordt berekend. Deze aanpak leidt tot de meest gunstige toekenning van opleidingsplaatsen. Dit betekent overigens niet dat alle aios een opleidingsplaats krijgen aangeboden die aansluit bij hun eerste voorkeur. De huisartsopleiding wordt bekostigd uit collectieve middelen en wie de opleiding afrondt, kan rekenen op een baangarantie van bijna 100%. Het is dan ook haast een retorische vraag of je, bij een oprechte motivatie om huisarts te worden, een opleidingsplaats die niet je eerste voorkeur heeft, kunt weigeren. Het antwoord is mede afhankelijk van het effect van een verplichtend karakter op het aantal aanmeldingen. Zeker nu we weten dat 90% van de huidige aios het hiermee niet eens is.⁴

Huisartsopleiding Nederland, Domus Medica, Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht: J.A. Muurling MMC, directeur; UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde; dr. R.A.M.J. Damoiseaux, hoofd Huisartsopleiding • Correspondentie: j.muurling@huisartsopleiding.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De spreiding van opleidingsplaatsen heeft nog een ander doel. Uit onderzoek blijkt dat huisartsen zich na de opleiding vaak vestigen in het gebied waar de opleiding genoten is.⁴ Derhalve is het van belang om alle opleidingsplaatsen buiten de Randstad te benutten. Om deze reden zijn er dependances van opleidingsinstituten gevormd, zodat de opleiding in een bepaalde regio te volgen is. Het VUmc heeft al jaren een dependance in Twente en sinds kort heeft het UMC Groningen er een in Zwolle. Uit onderzoek onder aios huisartsgeneeskunde blijkt dat zij dit waarderen.⁴ Een nadeel van deze constructie is dat door relatieve isolatie van de opleiding het academisch gehalte ervan mogelijk onder druk komt te staan. Zeker nu de beroepsgroep heeft ingezet op academisering van de huisartsopleiding moet dit goed bewaakt worden.

Uniforme selectie en optimale allocatie van aspirant-huisartsen is niet alleen van belang voor voldoende huisartsen in de toekomst, maar ook voor de landelijke spreiding. Zodat iedere Nederlander kan rekenen op een huisarts in de buurt. ■

LITERATUUR

- 1 Toekomstvisie huisartsenzorg 2022. Utrecht: NHG/LHV, 2013.
- 2 Hingstman L, van der Velden L. Huisartsen honkvast bij keuze locatie. Huisarts Wet 2010;53:73.
- 3 Vermeulen MI, Kuyvenhoven MM, Zuithoff NPA, Tromp F, Van der Graaf Y, Pieters HM. Selection for Dutch postgraduate GP training: time for improvement. Eur J Gen Pract 2012;18:201-5.
- 4 Schoots M, Honkoop P, Dunselman H, Joziase I. Waar wil 'de nieuwe huisarts' zich vestigen? Huisarts Wet 2012;55:494-9.

Nico van Duijn

Begrip en de toverjas

Mensen begrijpen is moeilijk. Ik heb er geen groot talent voor. Maar ik heb het geleerd, omdat het voor een huisarts wel handig is. Met veel oefenen ben ik nu een redelijke mensenbegrijper. Mensen begrijpen is voor mij een toverjas aantrekken. Met die jas aan kan ik van de gekste vragen spannende puzzels maken, met meerdere oplossingen. Mensenpuzzels hebben nooit één oplossing, altijd meerdere. Maar als ik gaar ben van een drukke week, dan begrijp ik veel spreekuurbezoekers helemaal niet meer. De jas is zoek. Blijkbaar verdwijnt die als eerste bij moeheid.

Onlangs kwam iemand vertellen over duizeligheid, moeheid en slaptte. Dat was begonnen met flauwvallen en paniek, met de ambulance erbij. Er waren nog klachten, erg wisselend. Geen vraag werd gesteld, alleen maar klachten geuit en daarna was er stilte. 'Wat maakt u ongerust?' vroeg ik. Hij begon van voren af aan, met de klachten. Ik moest maar raden wat hij wilde. Ik vroeg niet door tot de vraag duidelijk was. Ik was moe, ik kon het niet. Het werd een raar gesprek. Diezelfde ochtend sprak ik iemand met schulden. De partner maakte nog meer schulden, met zijn pasje. Stopzetten van de schuldsanering, ziektekostenverzekering en huishuurcontract dreigde. De

familie ging een soort toezicht regelen, voor dat pasje. Dan was het opgelost. Waarom ze niet zelf dat pasje afpakten begreep ik niet. Waarom mij dit werd verteld, begreep ik al helemaal niet. Ook dat werd een raar gesprek, zonder mooi eind.

's Middags was de moeheid over. Ik heb heerlijk spreekuur gedaan. Goed geluisterd, meerdere oplossingen voor meerdere problemen bedacht, lekker puzzelen. Het was net of ik die lekker zittende jas weer aan had. Zo'n jas zou ik in het echt willen hebben. Dan help ik spreekuurbezoekers in die jas als ik moe ben. Dan kunnen ze mij beter begrijpen. ■



Belangrijkste wijzigingen

- In deze standaard is meer aandacht voor hoofdpijn bij kinderen.
- De standaard maakt onderscheid tussen aandoeningen waarbij *beoordeling* door de huisarts op (zeer) korte termijn plaatsvindt en aandoeningen waarbij *verwijzing* op korte termijn plaatsvindt.
- Bij spanningshoofdpijn bepalen de ernst en de frequentie van de klachten het beleid.
- De term 'medicatieovergebruikshoofdpijn' vervangt de term 'middelengeïnduceerde hoofdpijn'. Deze aandoening vergt een actieve preventie en aanpak.
- Er is meer aandacht voor preventieve behandeling van migraine en clusterhoofdpijn met meer behandelingsmogelijkheden.
- Het hoofdpijndagboek is aangepast en kan als hulpmiddel dienen ter ondersteuning van de diagnostiek en voor de monitoring van de behandeling.

Kernboodschappen

- Stel de diagnose spanningshoofdpijn, migraine, medicatieovergebruikshoofdpijn en clusterhoofdpijn op basis van de anamnese.
- Migraine en chronische spanningshoofdpijn zijn chronische aandoeningen, waarbij voorlichting en controles, in overleg met de patiënt, van belang zijn.
- Behandel migraine bij het begin van de hoofdpijnfase van de aanval.
- Let bij de medicamenteuze behandeling van spanningshoofdpijn en migraine op de frequentie van het gebruik van de aanvalsmedicatie in verband met het risico op medicatieovergebruikshoofdpijn.
- Wanneer de patiënt met spanningshoofdpijn een hoge lijdensdruk ervaart en minder kan functioneren door de hoofdpijklachten, is er mogelijk sprake van SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten).

INLEIDING

De NHG-Standaard Hoofdpijn omvat richtlijnen voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van kinderen en volwassenen met hoofdpijn. De aard, diagnostische kenmerken, beloop en aanpak van de verschillende soorten hoofdpijn bij kinderen verschillen niet veel van die bij volwassenen. Onder hoofdpijn wordt in deze standaard verstaan: spanningshoofdpijn, migraine, medicatieovergebruikshoofdpijn en clusterhoofdpijn. Medicatieovergebruikshoofdpijn is in de plaats gekomen voor middelengeïnduceerde hoofdpijn.¹

Overige vormen van hoofdpijn worden alleen besproken als ze berusten op een zeer ernstige aandoening. Hoofdpijn kan optreden als bijwerking van het gebruik van medicatie (bijvoorbeeld dipyridamol, nitraten, calciumantagonisten), maar deze vorm van hoofdpijn valt buiten het bestek van deze standaard. Ook zeldzame vormen van migraine zoals aura zonder hoofdpijn, familiäre hemiplegie-migraine, basilaire migraine en chronische migraine worden in deze standaard niet besproken.

De diagnoses spanningshoofdpijn, migraine, medicatieovergebruikshoofdpijn en clusterhoofdpijn kunnen met de anamnese worden gesteld. De gegevens van een hoofdpijndagboek kunnen helpen om tot een diagnose komen. Bij een patiënt kunnen verscheidene vormen van hoofdpijn, zoals de combinaties mi-

graine en spanningshoofdpijn, migraine en medicatieovergebruikshoofdpijn of spanningshoofdpijn en medicatieovergebruikshoofdpijn voorkomen; dit wordt niet altijd herkend. Echter, voor de behandeling van de hoofdpijklachten is dit wel van belang, omdat elk type hoofdpijn een andere benadering vraagt.

ACHTERGRONDEN**Begrippen**

Spanningshoofdpijn: tweezijdige, drukkende of knellende, matig intense hoofdpijn, gedurende minuten tot dagen. De hoofdpijn neemt niet toe bij fysieke activiteit en is niet geassocieerd met misselijkheid, maar foto- of fonofobie kunnen wel aanwezig zijn. De hoofdpijn kan activiteiten storen, maar niet verhinderen.

Migraine: herhaaldelijk optredende unilaterale hoofdpijn gedurende 4 tot 72 uur. De hoofdpijn is vaak pulserend, matig tot heftig qua intensiteit en verergert bij fysieke inspanning, gaat vaak gepaard met misselijkheid en/of foto- en fonofobie en verhindert de dagelijkse activiteiten.

Medicatieovergebruikshoofdpijn: specifieke hoofdpijn veroorzaakt door overmatig gebruik van medicatie voor hoofdpijn: paracetamol of NSAID's ≥ 15 dagen per maand, triptanen ≥ 10 dagen per maand gedurende drie maanden.

Clusterhoofdpijn: herhaaldelijk optre-

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 het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

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

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

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken, waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toezicht 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.

Dekker F, Van Duijn NP, Ongerling JEP, Bartelink MEL, Boelman L, Burgers JS, Bouma M, Kurver MJ. NHG-Standaard Hoofdpijn (derde herziening). Huisarts Wet 2014;57(1):20-31.

De NHG-Standaard Hoofdpijn is geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie: Knuistingh Neven A, Bartelink MEL, De Jongh TOH, Ongerling JEP, Oosterhuis WW, Van der Weerd PCM, Pijnenborg L, Grol MH. Huisarts Wet 2004;46(9):411-22.

dende, zeer heftige intense eenzijdige pijn van het aangezicht en/of hoofd gedurende 15 tot 180 minuten variërend van eenmalig om de dag tot 8 maal per dag. De pijn gaat vaak gepaard met een ipsilateraal rood en/of tranend oog, neusverstopping, ooglidooedeem, pupilvernauwing en/of hangend ooglid, verhoogde zweetsecretie van voorhoofd/gelaat en onrustig gevoel en bewegingsdrang.

Epidemiologie

Bij kinderen vanaf ongeveer 6 jaar komen spanningshoofdpijn en migraine voor. De prevalentie van *spanningshoofdpijn* in de algemene bevolking is hoog (ongeveer 60%) en neemt af met het toenemen van de leeftijd.

De prevalentie van *migraine* in de algemene bevolking bedraagt ongeveer 15%.² De prevalentie van migraine (bij vrouwen en mannen) daalt met het stijgen van de leeftijd. Beide soorten hoofdpijn komen meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Patiënten met spanningshoofdpijn kunnen ook migraine hebben, en andersom. Ongeveer 4 van de 5 patiënten met spanningshoofdpijn of migraine rapporteren in de loop van de tijd een andere vorm van hoofdpijn.

De totale prevalentie van de *chronische* vormen van de diverse soorten hoofdpijn in de algemene bevolking bedraagt enkele procenten (2 tot 4%), waarbij naar schatting ongeveer de helft tot bijna tweederde *medicatieovergebruikshoofdpijn* heeft.³

Clusterhoofdpijn komt weinig voor in de algemene bevolking. De incidentie in de huisartspraktijk is 0,1 per 1000 patiënten.⁴ Deze vorm van hoofdpijn komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.

Op het spreekuur van de huisarts is hoofdpijn een van de meestvoorkomende klachten, zowel bij volwassenen als bij kinderen.² De meeste patiënten gaan met de klacht hoofdpijn niet naar de huisarts. Bij ongeveer de helft is ongerustheid en angst voor een ernstige aandoening, zoals een hersentumor, de belangrijkste reden voor een consult bij de huisarts. Bij een kwart betreft het een vraag om medicatie.⁵ Minder vaak gaat het om vragen over de praktische consequenties en het disfunctioneren ten gevolge van de hoofdpijn.

Pathofysiologie en etiologie

Spanningshoofdpijn

Over de pathofysiologie van *spanningshoofdpijn* is niet veel bekend.⁶ Spanning of spierspanning zijn geen primaire oorzaken al kunnen beide factoren wel intermediair of verergerend zijn, net als bijvoorbeeld oververmoeidheid of een 'verkeerde houding'. Andere voorbeelden om deze hoofdpijn te benoemen zijn 'aspecifieke hoofdpijn' of 'gewone hoofdpijn'. In de Engelse literatuur wordt gesproken over *tension-type headache*, of *common headache*. Spanningshoofdpijn is per definitie geen ernstige aandoening, maar het kan voor de patiënt erg hinderlijk zijn. Bij chronische span-

ningshoofdpijn (≥ 15 dagen per maand aanwezig) is er vaak sprake van psychiatrische of somatische comorbiditeit.⁷

Spanningshoofdpijn bij kinderen, kortdurend of langdurig, kan soms verklaard worden vanuit het dagelijks leven van het kind. Er is geen bewijs voor voeding als oorzaak van de hoofdpijn. Kinderen met hoofdpijn gaan vaak door met de dagelijkse bezigheden en vertonen geen ziektegedrag.

Migraine

Migraine is een neurovasculaire aandoening met heftige aanvalsgewijze hoofdpijn.⁸ Migraineaanvallen kunnen variëren in ernst en duur. Bij ongeveer

Abstract

Dekker F, Van Duijn NP, Ongerling JEP, Bartelink MEL, Boelman L, Burgers JS, Bouma M, Kurver MJ. Dutch College of General Practitioners' guideline Headache (third revision). *Huisarts Wet* 2014;57(1):20-31.

BACKGROUND Many people suffer from headache, which is one of the most common presenting symptoms in general practice. It has a number of causes. This guideline, developed by the Dutch College of General Practitioners, describes four common types of headache that can be investigated and treated in general practice, namely, tension-type headache, migraine, medication-overuse headache, and cluster headache. The guideline also provides a couple of brief examples of when headache is a symptom of a serious disorder for which immediate or short-term referral to secondary care is needed. The guideline considers headache in both children and adults. The patient history is an essential element of the diagnostic phase, and a headache diary may prove useful for diagnosing tension-type headache, migraine, and/or medication-overuse headache. It can also be used to monitor treatment. Different types of headache can occur in combination, such as migraine and tension-type headache, migraine and medication-overuse headache, or tension-type headache and medication-overuse headache. Although this is not always recognized, it is important because each type of headache has its own treatment approach.

TENSION-TYPE HEADACHE Tension-type headache is usually felt as pressure or a tight feeling on both sides of the head. The frequency and severity of tension-type headache determine its treatment. It is important to explain why these headaches occur and to reassure the patient. Medication or other types of treatment should be used if explanation and reassurance have insufficient effect. Tension-type headache can occur very often (≥ 15 days/month) and in these cases patient support is an important aspect of treatment. Medically unexplained physical symptoms (MUPS) and related syndromes may underlie extreme suffering and impaired functioning.

MIGRAINE Migraine is a neurovascular disorder with severe attacks of headache. Treatment consists of support and investigation of an effective remedy for the patient, which in adults may be paracetamol, NSAIDs, or triptans. Medication should be taken in the headache phase of an attack. If the patient has two or more attacks per month, the general practitioner (GP) should discuss preventive treatment with the patient. Beta-blockers, topiramate, valproic acid, or tricyclic antidepressants are treatment options. Information and support are important aspects of the management of this chronic disorder.

MEDICATION-OVERUSE HEADACHE A paradoxical phenomenon is that overuse of medications for headache (paracetamol or NSAIDs ≥ 15 days/month or triptans ≥ 10 days/month) exacerbates symptoms. The nature of this type of headache is dependent on the nature of the headache for which medication was originally prescribed. The only treatment is to stop using all painkillers and to conservatively treat the original type of headache when it recurs.

CLUSTER HEADACHE Cluster headache is an excruciating attack of pain on one side of the head, often accompanied by restlessness. It is important that the GP collaborates with a neurologist, not only because there is often diagnostic uncertainty, especially with the first attack, but also to discuss possibilities for preventive treatment.

60% van de vrouwen met migraine is het optreden van de aanvallen gerelateerd aan de menstruele cyclus. Meestal treden deze op voor of tijdens de menstruatie. Onderzoeken wijzen in de richting van oestrogeenonttrekking als uitlokkende factor.

Eerstegraadsfamilielieden van een migrainepatiënt met aura hebben een verhoogd risico (bijna viermaal verhoogd risico) op het krijgen van migraine met aura.⁹ Migraine met aura geeft, waarschijnlijk alleen bij vrouwen, een tweemaal verhoogd risico op een ischemisch CVA, migraine zonder aura daarentegen niet.¹⁰

Bij 15 tot 25% van de mensen met migraine wordt een aanval voorafgegaan door een aura. Dit is een focaal neurologisch symptoom dat zich kan uiten in één of meer reversibele symptomen zoals visusstoornissen (bijvoorbeeld flikkerscotomen) of tintelingen of doof gevoel in lippen, gelaat of hand (eenzijdig). Van deze symptomen ontwikkelt ten minste 1 symptoom zich geleidelijk in minimaal 5 minuten. Een aura duurt meestal maximaal 60 minuten. Indien meer dan 1 aurasymptoom optreedt kunnen deze langer duren. Binnen een uur na het ontstaan van de aurasymptomen volgt de hoofdpijnfase.

Een aura is niet hetzelfde als prodromale verschijnselen. Deze laatste ontstaan enige uren tot een dag voorafgaande aan de migraineaanval en kunnen bestaan uit hyper- of hypoactiviteit, depressieve gevoelens of hypomane stemming, trek in bepaalde voedingsmiddelen of geeuwen.

Medicatieovergebruikshoofdpijn

De meeste patiënten met medicatieovergebruikshoofdpijn¹¹ hebben een voorgeschiedenis van aanvalsgewijze hoofdpijn die langzaam in frequentie is toegenomen. Veel patiënten ontwaken 's ochtends met hoofdpijn of worden er 's nachts wakker van en nemen dan weer medicatie. Bij de minste lichamelijke of intellectuele inspanning verergert de hoofdpijn. Het effect van de geneesmiddelen (paracetamol en/of NSAID's) neemt af, terwijl de frequentie van de aanvallen toeneemt. Overmatig gebruik van paracetamol

en/of NSAID's (≥ 15 dagen per maand) of triptanen (≥ 10 dagen per maand) gedurende langer dan 3 maanden kan deze hoofdpijn induceren. De hoeveelheid medicatie die per dag wordt gebruikt, is niet van belang voor het stellen van de diagnose. Gebruik van pijnmedicatie zonder recept kan verborgen blijven voor de huisarts. Uiteindelijk belanden de patiënten in een vicieuze cirkel met (bijna) dagelijks optredende hoofdpijn en dagelijkse inname van geneesmiddelen voor de hoofdpijn. Bijkomende verschijnselen zijn: vermoeidheid, misselijkheid, snelle irritatie, concentratiestoornissen, rusteloosheid, angst en depressie. Medicatieovergebruikshoofdpijn komt ook voor bij kinderen.

Het karakter van de medicatieovergebruikshoofdpijn hangt af van de soort hoofdpijn die de patiënt aanvankelijk had. Patiënten die te veel geneesmiddelen gebruiken voor migraine rapporteren dat de frequentie van de migraineaanvallen toeneemt tot dagelijkse migraine. Patiënten die te veel geneesmiddelen gebruiken voor spanningshoofdpijn rapporteren een toenemende ernstige dagelijkse hoofdpijn met soms enkele migrainekenmerken.

Clusterhoofdpijn

De etiologie en pathofysiologie van clusterhoofdpijn zijn grotendeels onbekend. Clusterhoofdpijn gaat gepaard met autonome verschijnselen en wordt ingedeeld bij de trigeminale pijnsyndromen, waaronder ook aangezichtspijn valt. Bij 80 tot 85% van de patiënten met cluster-

hoofdpijn is sprake van een episodische vorm waarbij er een reeks van aanvalen optreedt alternerend met pijnvrije episodes. Het is onduidelijk waarom de aanvallen in clusters van weken tot maanden optreden.¹² Tijdens een clusterperiode kunnen bepaalde factoren aanleiding geven tot het optreden van aanvallen. Dit zijn onder andere alcohol, histamine, nitraten, lange vlieguren of verblijf op grote hoogte, zoals in de bergen. Met het toenemen van de leeftijd neemt vaak de tijd tussen de clusters toe.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

De huisarts dient alert te zijn op ernstige, met hoofdpijn gepaard gaande, aandoeningen waarbij directe beoordeling van de patiënt door de huisarts noodzakelijk is [tabel 1]. Daarnaast zijn er aandoeningen beschreven waarbij het nodig is om de patiënt op korte termijn naar de tweede lijn te verwijzen [tabel 2]. Zie verder *Richtlijnen beleid en Consultatie en verwijzing*. Het onderscheid tussen de tabellen is niet absoluut en in de praktijk kan er overlap bestaan. Naast de genoemde aandoeningen dienen ook andere oorzaken van de hoofdpijn overwogen te worden, zoals virale infecties, tandheelkundige problemen of oog-aandoeningen.¹³

Anamnese

De anamnese bij hoofdpijnklaarten kost soms veel tijd en kan meerdere consulten in beslag nemen. De huisarts vraagt naar:

Tabel 1 Ernstige, met hoofdpijn gepaard gaande aandoeningen, waarbij beoordeling op (zeer) korte termijn van de patiënt door de huisarts noodzakelijk is (U1 en U2)

Kenmerken	Differentiële diagnose
(per) acuut ontstane, zeer heftige hoofdpijn eventueel in combinatie met nekpijn	meningitis, beroerte, subarachnoidale bloeding
nekstijfheid/neurologische symptomen	meningitis, hersentumor
hoofdpijn met koorts (en gedaald bewustzijn)	meningitis
hoofdpijn met focale neurologische symptomen	hersentumor
toename van hoofdpijn < 6 weken na trauma capitis (vooral bij ouderen)	sub/epiduraal hematoom
hoofdpijn met atypische aura (duur > 1 uur (arbitrair)), motorische zwakte	beroerte
hoofdpijn met aura in begin van gebruik van hormonale anticonceptie (combinatiepreparaat)	beroerte
hoofdpijn in de zwangerschap (derde trimester)	(pre-)eclampsie
hoofdpijn, duizeligheid, misselijkheid, lethargie	CO-intoxicatie

- aard, ernst, tijdstip van de dag, lokalisatie, patroon en duur van de hoofdpijn;
- al dan niet bekend zijn met de huidige vorm van hoofdpijn;
- begeleidend symptomen (misselijkheid, braken), aura of prodromale verschijnselen;
- provocerende factoren (hormonale of andere factoren zoals alcohol, drugs, leefstijl of spanningsgerelateerde factoren; kinderen: moeite met lezen);
- visusstoornissen (arteriitis temporalis, acuut glaucoom);
- (zelf)medicatie:
 - gebruik van analgetica (paracetamol, NSAID's) of triptanen (medicatieovergebruikshoofdpijn: overmatig gebruik wordt door de patiënt zelden herkend en daarom niet spontaan gemeld);
 - anticonceptie, antidepressiva, sint-janskruid (eventuele bijwerkingen, contra-indicaties, interacties);
- gedrag tijdens een hoofdpijnaanval (bij clusterhoofdpijn loopt de patiënt radeeloos rond, heeft bewegingsdrang, terwijl bij een migraineaanval de patiënt (bed)rust zoekt);
- cafeïnegebruik (cola, koffie, thee, iced tea, chocolade, energiedranken met cafeïne);
- familieanamnese met betrekking tot hoofdpijn;
- de mate van belemmering in het dagelijks functioneren thuis, op het werk (bijvoorbeeld verzuim of productiviteitsverlies), op school of in de vrije tijd;
- zorgen, ongerustheid, specifieke vragen en verwachtingen van de patiënt.

Lichamelijk onderzoek

Verricht op indicatie:

- neurologisch onderzoek bij aanwijzingen voor ernstige aandoeningen [tabel 1] en [tabel 2] of voor het uitsluiten ervan;
- gericht onderzoek ter uitsluiting van pre-eclampsie of HELLP bij een zwangere patiënt (zie de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode);
- een bloeddrukmeting bij een patiënt die 50 jaar of ouder is met een nieuwe episode van hoofdpijn om maligne hypertensie uit te sluiten;
- (gericht) lichamelijk onderzoek wan-

Tabel 2 Ernstige, met hoofdpijn gepaard gaande aandoeningen, waarbij verwijzing naar de tweede lijn op korte termijn noodzakelijk is

Kenmerken	Differentiële diagnose
hoofdpijn beneden de leeftijd van 6 jaar	hersentumor, hydrocephalus
nieuwe hoofdpijn leeftijd ≥ 50 jaar	hersentumor, arteriitis temporalis (zie NHG-Standaard Polymyalgia rheumatica en arteriitis temporalis), maligne hypertensie
hoofdpijn met visusproblemen: gezichtsveldverlies, snel ontstane visusdaling, dubbelzien	arteriitis temporalis (zie NHG-Standaard Polymyalgia rheumatica en arteriitis temporalis), acuut glaucoom
nieuwe hoofdpijn bij patiënt met kanker, hiv-infectie of immunodeficiëntie in de voorgeschiedenis	hersentumor, hersenabces, meningitis
progressieve verergering van hoofdpijn in verloop van weken of langer	hersentumor
hoofdpijn met tekenen van drukverhoging	hersentumor
hoofdpijn met ochtendbraken; braken niet gerelateerd aan hoofdpijn	hersentumor, cerebrale sinustrombose
hoofdpijn met persoonlijkheidsveranderingen of achteruitgang schoolprestaties	hersentumor

neer de hulpvraag van de patiënt daartoe aanleiding geeft;

- neurologisch onderzoek en/of (gericht) algemeen lichamelijk onderzoek bij chronische hoofdpijn (≥ 15 dagen per maand).

Bij afwezigheid van bovengenoemde indicaties heeft lichamelijk onderzoek geen aanvullende diagnostische waarde voor het stellen van de diagnose spanningshoofdpijn, migraine en medicatieovergebruikshoofdpijn.

Tijdens een aanval van *clusterhoofdpijn* kan een eenzijdig tranend oog, rood oog, een verstopte neus, loopneus of een hangend ooglid of pupilvernauwing van het oog aan de aangedane kant zichtbaar zijn.

Aanvullend onderzoek

Het kan zinvol zijn om de patiënt een aantal weken een hoofdpijndagboek¹⁴ te laten bijhouden om meer inzicht te krijgen in de frequentie en de ernst van de hoofdpijn met eventueel uitlokkende factoren. Ook de effectiviteit van eventueel gebruikte geneesmiddelen kan hiermee in kaart worden gebracht. Het hoofdpijndagboek kan helpen om onderscheid te maken tussen spanningshoofdpijn, migraine, of een combinatie van beide, en medicatieovergebruikshoofdpijn. Een voorbeeld van het hoofdpijndagboek is te vinden als bijlage van de standaard op www.nhg.org en op www.thuisarts.nl/hoofdpijndagboek.

Wanneer de ernstscore vaak 7 of hoger is, vraag dan naar de kenmerken van migraine (misselijkheid, braken, foto- en fonofobie, erger worden bij bewegen, zie *Begrippen* en *Evaluatie*). Wanneer er vaker onder de 7 wordt gescoord, denk dan aan spanningshoofdpijn. Denk aan medicatieovergebruikshoofdpijn bij frequente inname van medicatie voor de hoofdpijn, zie *Begrippen* en *Evaluatie*.

Beeldvormend onderzoek heeft voor het stellen van de diagnose (chronische) spanningshoofdpijn of migraine of voor het uitsluiten van een hersentumor geen aanvullende waarde, wanneer de anamnese of lichamelijk onderzoek daartoe geen aanleiding geven.¹⁵ Uit onderzoek blijkt dat bij afwezigheid van alarmsymptomen beeldvormend onderzoek alleen een kortdurend geruststellend effect voor de patiënt heeft; na een jaar is dit effect verdwenen.

Bij een patiënt met een eerste clusterhoofdpijnaanval zal er vaak twijfel over de diagnose zijn vanwege de focale neurologische symptomen. In dat geval is beeldvormend onderzoek in de tweede lijn noodzakelijk met als doel om pathologie uit te sluiten die specifieke behandeling behoeft (bijvoorbeeld een hypofyse tumor, cerebrale sinustrombose, lekkend aneurysma of een andere vaatafwijking).

Evaluatie

De huisarts stelt de diagnose spanningshoofdpijn, migraine, medicatieoverge-

bruikshoofdpijn of clusterhoofdpijn op basis van het klachtenpatroon [tabel 3] en eventueel het hoofdpijndagboek, waarbij de verschillende soorten hoofdpijn herkend kunnen worden.

Verscheidene vormen van hoofdpijn kunnen samen voorkomen. Probeer de verschillende vormen te identificeren omdat er voor elke vorm van hoofdpijn een andere behandeling is.

Behalve de besproken hoofdpijnsoorten kan hoofdpijn ook veroorzaakt worden door andere ziekten of aandoeningen.¹³ Verder is de huisarts zich ervan bewust dat ook psychosociale problematiek een rol kan spelen. Wanneer de patiënt zich zorgen maakt of wanneer de diagnose nog niet geheel vaststaat, maakt de huisarts een vervolgspraak. In de tussentijd kan dan het hoofdpijndagboek worden bijgehouden.

De onderstaande indeling van hoofdpijn is afgeleid van de classificatie van de International Headache Society (IHS).¹ Niet alle symptomen hoeven aanwezig te zijn om een diagnose te stellen.

Spanningshoofdpijn

De ernst van de hoofdpijn is licht tot matig, gedurende minuten tot vele dagen, zonder misselijkheid of braken. Overgevoeligheid voor licht en geluid komen gecombineerd meestal niet voor; hooguit komt één van beide voor. Bij spanningshoofdpijn bij kinderen zit de hoofdpijn rondom de schedel of aan twee kanten of in de nek, net als bij volwassenen. Bij kinderen duurt spanningshoofdpijn zelden een hele dag.

De huisarts maakt onderscheid tussen: weinig frequente spanningshoofdpijn (< 1 dag per maand), frequente hoofdpijn (1 tot 15 dagen per maand), chronische hoofdpijn (≥ 15 dagen per maand) en chronische dagelijkse hoofdpijn.

Differentiaaldiagnostische overwegingen zijn: overlap met migraine en medicatieovergebruikshoofdpijn.

Migraine

Herhaalde aanvallen van matige tot ernstige hoofdpijn met misselijkheid en/of braken. Vaak is er sprake van licht- en geluidsovergevoeligheid. Een onbe-

handelde aanval die korter dan 4 uur of langer dan 72 uur duurt, sluit migraine uit.

Van *migraine met aura* is sprake wanneer er ook een reversibel focaal neurologisch symptoom aanwezig is, dat zich geleidelijk in minimaal vijf minuten ontwikkelt (in tegenstelling tot een TIA, waarbij de symptomen in enkele seconden optreden) en maximaal zestig minuten duurt.

Er is sprake van *menstruele migraine* als de migraineaanval begint op de eerste dag van de menstruatie of maximaal twee dagen ervoor of erna en waarbij er verder geen andere aanvallen tussen de menstruaties voorkomen. De migraineaanvallen zijn ernstig, langdurig en gaan vaak gepaard met meer misselijkheid en braken. Het gaat meestal om aanvallen zonder aura.

Bij *kinderen met migraine* is de duur van de hoofdpijnaanval korter dan bij volwassenen en duurt deze onbehandeld tussen de 30 minuten en 48 uur. Het klinisch beeld is minder duidelijk, maar heeft dezelfde kenmerken als bij volwassenen: ernstige hoofdpijn, niet goed kunnen functioneren, erger met bewegen (bleek in een hoekje zitten), stereotiep beloop voor dat kind, vasovagetafieve verschijnselen, soms licht- en geluidschuw. Net als bij volwassenen kan misselijkheid ontbreken, maar dan is er lichtschuwheid en geluidschuwheid. Lichtschuwheid en geluidschuwheid kan ook ontbreken, maar dan is er misselijkheid. De eerste aanval is het moeilijkste qua aanpak, want migraine kan pas worden vastgesteld als het herhaaldelijk en stereotiep is voorgevallen. Bij jonge kinderen (< 6 jaar) kunnen braken of buikpijn voorlopers zijn van migraine later in het leven.

Differentiaaldiagnostische overwegingen zijn: overlap met spanningshoofdpijn, medicatieovergebruikshoofdpijn en beroerte.

Medicatieovergebruikshoofdpijn

De ernst en bijkomende symptomen en beperkingen in functioneren zitten tussen die van spanningshoofdpijn en migraine in. Overmatig gebruik van paracetamol en/of NSAID's (≥ 15 dagen

per maand) of triptanen (≥ 10 dagen per maand) kan deze hoofdpijn induceren.

Differentiaaldiagnostische overwegingen zijn: hoofdpijn door cafeïne (dagelijks gebruik van meer dan vijf cafeïnehoudende producten (koffie, thee, icetea, energiedranken met cafeïne, cola en chocolade) kan leiden tot chronische hoofdpijklachten), spanningshoofdpijn en migraine.

Clusterhoofdpijn

Aanvalsgewijs optreden van zeer hevige eenzijdige hoofdpijn rondom het oog of temporaal die onbehandeld 15 tot 180 minuten duurt en die opvallend vaak 's nachts optreedt. De clusters treden op in een periode van enkele weken tot maanden.

Bij nieuwe gevallen kan het lastig zijn de neurologische symptomen juist te interpreteren. Denk dan ook aan intracerebrale processen of vaatafwijkingen. Bij een trigeminusneuralgie zijn er geen autonome verschijnselen zoals een tranend oog, loopneus et cetera.

RICHTLIJNEN BELEID

Algemeen

De huisarts maakt aparte behandelplannen wanneer er sprake is van meerdere soorten hoofdpijn bij een patiënt. De huisarts overlegt met de patiënt of de behandelingen tegelijkertijd plaatsvinden of eventueel opeenvolgend. Start met behandeling van medicatieovergebruikshoofdpijn wanneer deze aanwezig is. Spanningshoofdpijn en migraine zijn namelijk niet te herkennen en te behandelen wanneer er ook sprake is van medicatieovergebruikshoofdpijn.

Van belang is dat de huisarts vóór het starten van een medicamenteuze behandeling nagaat of de patiënt al medicatie heeft gebruikt en zo ja, welke en in welke dosering. Soms gebruiken patiënten geneesmiddelen in een te lage dosering of frequentie, waardoor deze niet (of onvoldoende) effectief zijn. Een proefbehandeling met medicatie met als doel de diagnose te stellen wordt afgeraden gezien de wisselende werkzaamheid van medicatie bij de verschillende typen hoofdpijn en het natuurlijk beloop. Bij het verstrekken van herha-

Tabel 3 Kenmerken van spanningshoofdpijn, migraine, medicatieovergebruikshoofdpijn en clusterhoofdpijn

	Spanningshoofdpijn	Migraine	Medicatie-overgebruikshoofdpijn	Clusterhoofdpijn
Locatie	tweezijdig	meestal eenzijdig	aspecifiek	eenzijdig, rondom oog of temporaal
Kwaliteit	drukkend of knellend	bonzend		variabel (bv. scherp, brandend, knellend)
Intensiteit	licht tot matig	matig tot heftig		zeer heftig
Invloed activiteiten	geen toename bij lichamelijke activiteiten	toename door lichamelijke activiteiten		erg belemmerend ten aanzien van activiteiten
Bijkomende kenmerken		vaak sprake van overgevoeligheid voor licht of geluid, meestal misselijkheid en/of braken	gebruik van analgetica (paracetamol en/of NSAID's ≥ 15 dagen per maand) of triptanen (≥ 10 dagen per maand).	■ vaak 's nachts ■ minstens 1 van de volgende ipsilaterale symptomen: rood en/of tranend oog; neusverstopping en/of loopneus; ooglidooedeem; verhoogde zweetsecretie van voorhoofd/gelaat; pupilvernaauwing en/of hangend ooglid ■ onrustig gevoel en (soms forse) bewegingsdrang ■ nooit gepaard met misselijkheid of braken
Duur	30 min.-continu	volwassenen: 4-72 uur kinderen: 30 min.-48 uur		15-180 minuten
Frequentie	■ < 1 dag per maand: weinig frequent ■ 1-15 dagen per maand: frequent ■ ≥ 15 dagen per maand: chronisch	herhaalde aanvallen ≥ 15 dagen per maand		1 aanval per 2 dagen tot 8 aanvallen per dag

Gebaseerd op tabel uit de NICE-richtlijn *Diagnosis and management of headaches in young people and adults*.

lingsrecepten voor triptanen en analgetica moet de huisarts, vanwege het risico op het ontstaan van medicatieovergebruikshoofdpijn, regelmatig nagaan of er geen sprake is van overmatig gebruik.

Ter evaluatie van de behandeling kan het hoofdpijndagboek een ondersteuning zijn van het consult. De kolommen over de medicatie zijn dan vooral van belang. Het beloop van de hoofdpijn kan door de patiënt worden bijgehouden met behulp van het hoofdpijndagboek over een periode van twee tot drie maanden, afhankelijk van de frequentie van de hoofdpijnaanvallen. De patiënt levert het hoofdpijndagboek voorafgaand aan het consult in, zodat de huisarts hiervan een analyse kan maken. De huisarts bekijkt dan de frequentie van de hoofdpijn, welke geneesmiddel is gebruikt en in hoeverre dit effectief was. Een voorbeeld van het hoofdpijndagboek is te vinden als bijlage van de standaard op www.nhg.org en op www.thuisarts.nl/hoofdpijndagboek.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over hoofdpijn op de NHG-publiekswegsite www.thuisarts.nl/hoofdpijn of de betreffende tekst (voorheen NHG-Pati-

entenbrief) meegeven (via het HIS). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard. Verder kan de huisarts de patiënt wijzen op het bestaan van de patiëntenvereniging, de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten.

Spanningshoofdpijn

Voorlichting

Het geven van uitleg en geruststelling van de patiënt (of de ouders van de patiënt) zijn de eerste en belangrijkste stappen van de behandeling van spanningshoofdpijn, onafhankelijk van de frequentie. De huisarts legt aan de patiënt uit dat spanningshoofdpijn vaak multifactorieel bepaald is; het niet altijd door 'spanning' wordt veroorzaakt, maar dat spanning soms een onderhoudende factor kan zijn; en dat het vaak lastig is om bij de individuele patiënt een verband te leggen tussen oorzaak en gevolg. De context van de patiënt is van belang voor het bepalen van het beleid. Veranderingen in leefstijl, met als doelen een beter evenwicht tussen belastbaarheid en belasting en een gezonde leefstijl, kunnen een gunstig effect hebben. De huisarts bespreekt met de patiënt welke veranderingen in leefstijl hij kan overwegen. De effecten van

deze veranderingen kunnen duidelijk worden bij de evaluatie van de klachten met behulp van het hoofdpijndagboek.

Ouders kunnen vaak aangeven wat mogelijk de aanleiding van de hoofdpijn van hun kind is. Bijvoorbeeld als de hoofdpijn steeds optreedt bij spanning (op school of thuis), angst of te weinig slaap. De huisarts geeft het advies aan ouders om dit te bespreken met het kind, zodat er meer begrip over de hoofdpijn ontstaat.

Bij frequente en chronische spanningshoofdpijn, waarbij ondanks uitleg, geruststelling en adviezen over leefstijl klachten blijven bestaan en waarbij de patiënt een hoge lijdensdruk ervaart en minder kan functioneren door de hoofdpijnklaarten, is er mogelijk sprake van SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten). Na het stellen van de werkhypothese SOLK begint de huisarts met nadere exploratie van de onderhoudende factoren en de ernst van SOLK. De huisarts kan hiervoor SCEGS gebruiken (acroniem voor somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies), zie de NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten.

Medicamenteuze behandeling

Overweeg een kortdurende medicamenteuze behandeling met paracetamol of een NSAID als de spanningshoofdpijn *frequent* optreedt (1 tot 15 dagen per maand), indien uitleg en geruststelling onvoldoende werken. Waak (ook bij kinderen) voor het chronisch gebruik van medicatie in verband met het risico op het ontstaan van medicatieovergebruikshoofdpijn. Over de effectiviteit van een medicamenteuze behandeling van *chronische spanningshoofdpijn* (≥ 15 dagen per maand) is de literatuur niet eenduidig.¹⁶ Op grond van het beschikbare onderzoek kan geen concrete aanbeveling worden gegeven.

Overige behandelingen

Wanneer de klachten onderdeel uitmaken van een chronisch klachtenpatroon, wat vraagt om een meer individuele benadering, behoren gedragspsychologische interventies en manuele therapie tot de mogelijkheden. De effectiviteit van deze interventies is niet eenduidig, zodat wordt aanbevolen hiermee terughoudend te zijn.^{17,18}

Controles

- Nodig de patiënt expliciet uit om een nieuwe afspraak te maken als de klachten veranderen.
- Maak met patiënten met spanningshoofdpijn, waarbij medicatie voorgeschreven is, controleafspraken na twee weken, bij voortgezet gebruik na weer vier weken en vervolgens op regelmatige basis om het gebruik ervan te evalueren.
- Bespreek bij hardnekkige klachten met ernstige hinder, disfunctioneren en/of ongerustheid de behoefte van de patiënt aan controleafspraken.

Als de diagnostiek en het geven van uitleg en adviezen afgerond is, is er geen medische noodzaak meer voor controles.

Migraine bij volwassenen

Voorlichting

Bij een patiënt met migraine legt de huisarts uit dat migraine een aandoening is van het zenuwstelsel waarbij de bloedvaten secundair betrokken zijn.

Het doel van de behandeling is het hanteerbaar maken van migraine. Flink zijn en negeren van de klacht werken averechts. Het is juist van belang om bij de eerste verschijnselen van migraine de bezigheden te staken en rust te nemen. Als sprake blijkt te zijn van provocerende factoren (zoals in sommige gevallen stress, onregelmatig leven, slaapgebrek), dan is het raadzaam om hier, naast eventuele medicamenteuze behandeling, aandacht aan te besteden. De werkgroep raadt het af om actief triggers op te sporen en die te vermijden. Wanneer er sprake is van migraine mét aura wordt voorlichting gegeven op het verhoogde risico op een herseninfarct (zonder migraine: 1 op de 1000 personen, bij migraine met aura: 2 op 1000 personen).¹⁰ Wanneer er andere risicofactoren aanwezig zijn voor het optreden van een herseninfarct (bijvoorbeeld hypertensie, roken, diabetes mellitus, obesitas, gebruik hormonale anticonceptie) wordt hier aandacht aan besteed (zie de NHG-Standaard CVRM, de NHG-Standaard Beroerte en de NHG-Standaard Anticonceptie).

Aanvalsbehandeling

Er zijn drie geneesmiddel(groepen) beschikbaar: paracetamol,¹⁹ NSAID's en triptanen. Bespreek met de patiënt voor aanvang van de behandeling dat deze drie geneesmiddelengroepen effectief kunnen zijn. Het is vaak een proces om uit te zoeken welk middel uiteindelijk het beste is voor de patiënt. Bij de keuze wordt rekening gehouden met de specifieke kenmerken van de patiënt en de voorafgaande ervaringen met medicatie (soort, dosering en effect) voor migraine, en met de bijwerkingen, interacties en contra-indicaties. Bij gelijkwaardige alternatieven moeten ook de kosten van het geneesmiddel bij de keuze worden meegewogen. Tussen de eerder genoemde geneesmiddel(groepen) is geen groot verschil in effectiviteit aantoonbaar. Paracetamol kent de minste bijwerkingen. In de dagelijkse praktijk zullen veel patiënten deze stap al hebben geprobeerd voordat ze op het spreekuur komen.

Ga na of paracetamol voldoende hoog gedoseerd was en of het op het juiste

moment was ingenomen (bij het begin van de hoofdpijn). Zo niet, start dan met paracetamol in adequate dosering [**tabel 4**] en geef het advies de paracetamol te gebruiken op het juiste tijdstip. Wanneer paracetamol voldoende hoog gedoseerd en het moment van inname adequaat was, kies dan vervolgens uit een NSAID of een triptaan. NSAID's en triptanen kennen beide specifieke contra-indicaties en meer bijwerkingen. Bespreek met de patiënt bij aanvang van de behandeling de effectiviteit, bijwerkingen en contra-indicaties. Beoordeel de werkzaamheid van elke geneesmiddel na twee tot drie aanvallen. Niet alle patiënten reageren op dezelfde wijze op een bepaalde medicijnkeuze. Als er onvoldoende effect is of er zijn te veel bijwerkingen, probeer dan een ander geneesmiddel.

Het hoofdpijndagboek kan ondersteuning bieden om inzicht te krijgen in het effect van de geneesmiddelen. Laat in deze fase de patiënt proberen om de kolom 'Vervolgen behandeling' in te vullen. De kolom met de ernstscore kan in deze fase worden gebruikt om te beoordelen of de pijn minder is geworden. Overweeg consultatie van een neuroloog als alle drie de geneesmiddel(groep) en onvoldoende werkzaam zijn (zie *Consultatie* en *Verwijzing*).

De huisarts wijst de patiënt op de volgende principes van de medicamenteuze behandeling:

- start bij *het begin van de hoofdpijn* met paracetamol, NSAID of een triptaan;
- start een triptaan niet bij het optreden van aura maar pas bij *het begin van de hoofdpijn*;
- neem bij misselijkheid of braken zo nodig kortdurend een anti-emeticum (domperidon²⁰ of metoclopramide) en neem dit tegelijkertijd met de pijnstiller;
- waarschuw voor chronisch gebruik van paracetamol, NSAID's en triptanen: dit kan medicatieovergebruikshoofdpijn geven;
- bespreek met de patiënt, bij twee of meer aanvallen per maand, de mogelijkheid van preventieve medicamenteuze behandeling.

NSAID's

NSAID's, zoals acetylsalicylzuur, ibuprofen of naproxen zijn gelijkwaardig.¹⁹ Zorg ervoor dat de patiënt een voldoende hoge dosering inneemt, en er geen contra-indicaties zijn voor het innemen van een NSAID (zie de FTR-Pijnbestrijding) en beoordeel of er een indicatie is voor maagbescherming (zie de NHG-Standaard Maagklachten). De geneesmiddelen kunnen indien nodig na de voorgeschreven tijd herhaald worden, zie [tabel 4] voor de maximale dagdosering.

Triptanen

De kans op een succesvolle behandeling met als doel pijnvrij zijn na 2 uur, is 30 tot 40% per middel. Op voorhand is het ene triptaan niet effectiever dan het andere. De huisarts kiest tussen sumatriptan (tablet), zolmitriptan (tablet en smelttablet), naratriptan (tablet) en rizatriptan (tablet en smelttablet) omdat deze ten tijde van publicatie van deze standaard generiek verkrijgbaar zijn en daarom relatief goedkoop (zie de website www.medicijnkosten.nl voor de actuele kosten). De triptanen laten nuances zien in het werkings- en bijwerkingenpatroon en deze verschillen per individu.^{21,22} Het is ook mogelijk dat almotriptan, eletriptan of frovatriptan beter bij de patiënt passen.

Begin bij het starten van een triptaan met een lage dosering en verhoog deze zo nodig. Als de triptaan effect heeft op de hoofdpijn, maar de pijn keert weer terug, kan na twee uur nog een tablet worden ingenomen (bij naratriptan na vier uur). Indien na twee of drie aanvallen er geen effect of onvoldoende effect met maximale dosering of te veel bijwerkingen is opgetreden, is het raadzaam nog twee andere triptanen, ieder voor ten minste twee of drie aanvallen, voor te schrijven [tabel 4]. Vanwege het risico op medicatieovergebruikshoofdpijn is het van belang om aan de patiënt uit te leggen om niet meer dan tien dagen per maand een triptaan te gebruiken. Aan patiënten die veel last hebben van misselijkheid al of niet met braken, ondanks gebruik van een anti-emeticum en bij wie orale geneesmiddelen

onvoldoende werkzaam zijn, schrijft de huisarts een triptaan in een niet-orale toedieningsvorm (injectie, neusspray of zetpil) voor. Smelttabletten worden niet oromucosaal opgenomen, maar net als gewone tabletten in het maagdarmlkanaal, en werken niet sneller dan gewone tabletten.

Zwangerschap en lactatie

In de zwangerschap kunnen paracetamol en metoclopramide veilig worden gebruikt, domperidon wordt ontraden omdat hierover te weinig gegevens zijn. NSAID's worden in het eerste en derde trimester van de zwangerschap ontraden. Triptanen worden ook afgeraden tijdens de zwangerschap. Overweeg alleen bij een ernstige aanval eventueel sumatriptan, als enige van de triptanen, in een zo laag mogelijke dosering. Paracetamol, NSAID's en domperidon kunnen tijdens lactatie veilig worden gebruikt, metoclopramide wordt ontraden. Adviseer bij lactatie de eerste drie uur na de gift van sumatriptan de borstvoeding te vervangen door reeds afgekolfde moedermelk of kunstvoeding (zie de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode).

Bijwerkingen en interacties

De meest frequent voorkomende bijwerkingen van triptanen zijn: misselijkheid, braken, moeheid, sufheid/slaperigheid, duizeligheid en een drukkend gevoel op de borst.²² Ernstige maar zeldzame bijwerkingen zijn coronaire vasospasmen door triptanen beschreven, met name bij patiënten met coronaire ischemie. Daarom is coronair vaatlijden met klachten zoals angina pectoris een absolute contra-indicatie voor triptanen.

Triptanen hebben interacties met andere geneesmiddelen.²² In combinatie met andere serotonerge geneesmiddelen zoals de SSRI's en de serotonerge TCA's (bijvoorbeeld amitriptyline, clomipramine en imipramine), sint-janskruid en MAO-remmers is het serotoninesyndroom beschreven, maar de klinische relevantie is beperkt.²² Alleen de interactie tussen sumatriptan en een SSRI is klinisch relevant en het risico op het serotoninesyndroom bij gebruik van een triptaan volgens voorschrift (≤ 3 dagen per week) is zeer klein. Van belang is om bij iedere patiënt bij wie een triptaan wordt voorgeschreven, na te

Tabel 4 Overzicht aanvalsbehandeling migraine bij volwassenen

Middel	Dosering	Maximale dosering per 24 uur* bij incidenteel gebruik (zonder interacterende comorbiditeit)
Paracetamol	1000 mg	4000 mg
NSAID's (oraal):		
■ acetylsalicylzuur	900-1000 mg	4000 mg
■ ibuprofen	600 mg	2400 mg
■ naproxen	500 mg	1000 mg
Triptanen (oraal):†		
■ sumatriptan	50 (soms 100) mg	150 mg (bij gebruik 100 mg: maximaal is 300 mg)
■ zolmitriptan	2,5 (soms 5) mg	5 mg (bij gebruik 5 mg: maximaal is 10 mg)
■ naratriptan	2,5 mg	5 mg
■ rizatriptan	5 (soms 10) mg	10 mg (bij gebruik 10 mg: maximaal is 20 mg)
Anti-emetica:‡		
■ domperidon (niet in zwangerschap, wel tijdens lactatie)	10-20 mg (oraal) / 60 mg (rectaal)	80 mg (oraal) / 120 mg (rectaal)
■ metoclopramide (wel tijdens zwangerschap, niet tijdens lactatie)	10 mg (oraal of rectaal)	30 mg (oraal en rectaal)

* Overmatig gebruik per maand: paracetamol en/of NSAID's ≥ 15 dagen per maand, triptanen ≥ 10 dagen per maand.

† Ten tijde van publicatie: generiek verkrijgbare triptanen.

‡ Let op eventuele aanwezige contra-indicaties. Domperidon mag niet gebruikt worden door patiënten met onder andere bekende ritmestoornissen, angina pectoris, hartfalen en myocard infarct in anamnese. Gebruik van metoclopramide wordt afgeraden bij epilepsie, bij tardieve dyskinesie door antipsychotica of metoclopramide in de anamnese en bij leeftijd < 18 jaar.

gaan of er sprake kan zijn van belangrijke interacties.

Preventieve behandeling

Bespreek bij een frequentie van 2 of meer aanvallen per maand de mogelijkheid van preventieve behandeling.²³ Patiënten die frequent analgetica (≥ 15 dagen per maand) of triptanen (≥ 10 dagen per maand) gebruiken, stoppen of verminderen deze bij voorkeur alvorens te starten met preventieve behandeling omdat er sprake kan zijn van medicatieovergebruikshoofdpijn. Tijdens preventieve behandeling mag indien nodig aanvalsmedicatie gebruikt worden. Start bij alle preventieve behandelingen van migraine met een lage dosering en bouw stapsgewijs op, veelal per 2 weken. Geef de preventieve behandeling gedurende minimaal 6 maanden. In onderzoeken is de behandeling effectief wanneer de aanvalsfrequentie met 50% is afgenomen, maar de definitie van een succesvolle behandeling is natuurlijk ook subjectief en andere doelen zijn eveneens mogelijk (bijvoorbeeld minder werkverzuim). Bespreek met de patiënt welk doel de patiënt met de behandeling zou willen behalen.

Eerste keus is een bètablokker: metoprolol en propranolol zijn de bètablokkers die zijn geregistreerd als migraineprofylaxe. Er is echter geen reden om aan te nemen dat andere bètablokkers niet werkzaam zijn, mits het een selectieve bètablokker is zonder ISA (intrinsieke sympaticomimetische activiteit). Geef bij voorkeur een bètablokker met weinig bijwerkingen, bijvoorbeeld metoprolol. Leg aan de patiënt uit dat het gebruik van bètablokkers het aantal migraineaanvallen kan halveren. Hoog de dosering stapsgewijs op tot het gewenste resultaat is bereikt met inachtneming van de maximale dagdosering (metoprolol: maximaal 200 mg; propranolol: maximaal 160 mg) en het eventueel optreden van bijwerkingen. Meet voor het instellen van deze preventieve behandeling de bloeddruk en pols. Bij een lage bloeddruk (systolische tensie < 90 mmHg) of een polsslag trager dan 60 slagen per minuut is een bètablokker gecontra-indiceerd als pro-

fy lacticum. Bètablokkers kunnen astmatische verergeren.

Facultatief: tweede keus zijn topiramaat of valproïnezuur bij onvoldoende werkzaamheid van een bètablokker en/of bij contra-indicaties voor een bètablokker. Bouw de dosering van topiramaat langzaam op, start met eenmaal daags 25 mg, daarna geleidelijk opbouwen tot maximaal 100 mg, verdeeld over 2 doses. Geef valproïnezuur als preparaat met gereguleerde afgifte in een dosering van 1 tot 2 maal daags 500 mg. Topiramaat en valproïnezuur zijn beide gecontra-indiceerd bij vrouwen met een kinderwens en zwangerschap of bij gebruik van hormonale anticonceptie. Het hormoonspiraal, koperspiraal of de prikpil zijn wel veilige opties in combinatie met topiramaat of valproïnezuur.

Facultatief: derde keus zijn tricyclische antidepressiva (zie ook de NHG-Standaard Depressie). Geef bij keuze voor een TCA amitriptyline (off-label, maximaal 75 tot 100 mg per dag). Start met 10 mg tot 25 mg, afhankelijk van patiëntkenmerken, en verhoog de dosering geleidelijk met 10 tot 25 mg per 7 tot 14 dagen afhankelijk van het effect en de bijwerkingen tot maximaal 100 mg per dag. Evalueer het effect na 3 maanden na volledige opbouw en staak amitriptyline bij onvoldoende effect of hinderlijke bijwerkingen.

Overige behandelingen

Overweeg als er ondanks diverse aanvalsbehandelingen in combinatie met preventieve medicamenteuze behandeling nog veel klachten blijven een gedragspsychologische interventie. Relaxatietherapie door fysiotherapeuten of cognitieve gedragstherapie komen hiervoor in aanmerking.²⁴

Menstruele migraine

Voorlichting

Zie *Migraine bij volwassenen*.

Aanvalsbehandeling

De aanvalsbehandeling is hetzelfde als bij 'gewone' migraine (zie *Migraine bij volwassenen*, *Aanvalsbehandeling*), hoewel menstruele migraine moeilijker te behandelen lijkt. NSAID's zijn bij

menstruele migraine net zo effectief als triptanen en hebben vaak ook een gunstig effect op klachten behorende bij de menstruatie (zoals overmatig bloedverlies, zie de NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies).

Preventieve behandeling

Er zijn verschillende adviezen voor preventieve behandeling die voornamelijk berusten op consensus.²⁵

Preventieve behandeling is mogelijk vanaf ongeveer twee of drie dagen voor de menstruatie tot aan het einde van de menstruatie met ibuprofen, naproxen [tabel 3] of een triptaan. Een nadeel van preventieve behandeling kan zijn dat door het dagelijkse gebruik van de medicatie er mogelijk meer risico is op overdosering en medicatieovergebruikshoofdpijn, zeker indien er ook aanvallen buiten de menstruatie om zijn.

Overweeg bij vrouwen die de anticonceptiepil slikken en migraine zonder aura hebben gedurende de stopweek, om de pil door te slikken (zie de NHG-Standaard Anticonceptie). Vrouwen met migraine met aura hebben een licht verhoogd risico op een ischemisch CVA. Bij vrouwen met migraine met aura verhoogt de combinatie van roken en pilgebruik (of andere combinatiepreparaten) dit risico. Adviseer rokende vrouwen met migraine met aura daarom te stoppen met roken. Overleg met vrouwen met migraine met aura die niet roken of het gebruik van hormonale anticonceptie (combinatiepreparaat) wel wenselijk is. Neem hierbij in de overweging ook eventuele andere aanwezige cardiovasculaire risicofactoren mee (voor advies diverse anticonceptiemethoden: zie de NHG-Standaard Anticonceptie). Het gebruik van een combinatiepreparaat bij vrouwen met migraine zonder aura is geen bezwaar.

Migraine bij kinderen

Voorlichting

Bij korte aanvallen is uitleg aan de omgeving en het advies om het kind even met rust te laten voldoende. Een van de triggers voor een migraineaanval is een verstoord slaapritme; het is dan

ook belangrijk dit slaapritme te herstellen.²⁶ Er is weinig bewijs voor de effectiviteit van diverse andere niet-medicamenteuze behandelingen van migraine bij kinderen. Dit betekent dat de aanpak gezocht moet worden in het leren omgaan met de pijnaanvallen. Bij een migraineaanval is het van belang dat de omgeving rekening houdt met het kind.

Bij kinderen met migraine is het belangrijk om de ouders aanvullende informatie te geven over het al dan niet van school naar huis sturen bij een migraineaanval. Wanneer de aanval doorgaans kort van duur is, geef dan het advies aan de ouders om met de school te overleggen of het mogelijk is dat het kind bij een aanval even in een aparte kamer kan liggen. Het kind is dan vaak na korte duur weer opgeknapt en kan verder met het volgen van de lessen.

Aanvalsbehandeling

Bij weinig frequente migraineaanvallen kan men meestal volstaan met paracetamol. Pijnstillers kunnen het beste gegeven worden voordat de aanval op zijn maximum is. Dan is er meer kans op effect, namelijk bekorting van de aanval.

Bij onvoldoende effect van paracetamol kunnen NSAID's worden voorgeschreven.²⁷ Voldoende hoge dosering (afhankelijk van lichaamsgewicht, zie de FTR Pijnbestrijding) is noodzakelijk. Adviseer, indien nodig, een anti-emeticum. Om medicatieovergebruikshoofdpijn te voorkomen is het bij de combinatie van frequente migraine in combinatie met spanningshoofdpijn het advies om alleen iets voor de migraine te geven en geen pijnstillers voor de spanningshoofdpijn te geven.

Als paracetamol en NSAID's onvoldoende werkzaam zijn is een verwijzing naar een, op het gebied van kinderhoofdpijn, deskundige (kinder)neuroloog of kinderarts op zijn plaats voor het eventueel instellen op triptanen.

Preventieve behandeling

Overweeg preventieve behandeling bij een hoge aanvalsfrequentie (≥ 2 per maand), lange aanvallen, ineffectieve aanvalsbehandeling of veel (school)ver-

zuim. Verwijs naar of overleg met een, op het gebied van kinderhoofdpijn, deskundige (kinder)neuroloog of kinderarts indien een kind preventieve behandeling nodig heeft.

Overige behandelingen

Overweeg psychologische begeleiding indien er ondanks voorlichting en medicamenteuze behandeling veel klachten blijven.¹⁸

Controles bij volwassenen en kinderen

Evalueer bij migraine het effect van de aanvalsbehandeling na twee tot drie aanvallen. Ga tijdens de evaluatie na op welk moment van de migraine en in welke dosering het medicament is ingenomen. Ga na of het gewenste effect is opgetreden (bespreek bijvoorbeeld: na hoeveel tijd de pijn weg was, wanneer de patiënt weer kon functioneren, en of de hoofdpijn weer terugkwam) en of er sprake was van bijwerkingen. Bespreek, indien nodig, nogmaals de andere behandelingsmogelijkheden. Als het gewenste effect van de aanvalsbehandeling is opgetreden, spreek dan met de patiënt af wanneer het nodig is om de behandeling te evalueren en wat de wensen van de patiënt hierin zijn. Evalueer met de patiënt het klachtenpatroon en het medicatiegebruik bij toename van hoofdpijklachten en/of aanvalsfrequentie of bij verandering van de migrainekarakteristieken.

Na het starten en na elke dosisverandering van preventieve geneesmiddelen vindt controle plaats na twee tot vier weken om bijwerkingen te beoordelen en na drie en zes maanden om de effectiviteit te bespreken. Daarna kunnen de controles, wanneer het gewenste effect is bereikt, eenmaal per jaar plaatsvinden.

Medicatieovergebruikshoofdpijn²⁸

Voorlichting

Bij een vermoeden van medicatieovergebruikshoofdpijn legt de huisarts aan de patiënt uit dat de oorzaak van deze hoofdpijn mogelijk een overmatig gebruik van hoofdpijnmedicatie is. Ongemerkt treedt er gewenning op; het niet innemen van medicament leidt

dan tot hoofdpijn. Zo ontstaat er een vicieuze cirkel. De huisarts legt uit dat het wegnemen van de waarschijnlijke oorzaak, door te stoppen met gebruik van de aanvalsmedicatie voor twee tot drie maanden, de beste optie is. Na de stopperiodes en veelal terugkeren van het oorspronkelijke hoofdpijnpatroon, kan weer aanvalsbehandeling worden toegestaan, waarbij meestal strikt een sterkere beperking wordt geadviseerd dan voorheen. Bijvoorbeeld halvering van de toegestane hoeveelheid in [tabel 3].

Behandeling

Adviseer de patiënt om in één keer te stoppen met alle middelen die de patiënt voor de hoofdpijn gebruikt. Raad het vervangen van de hoofdpijnmedicatie door andere middelen af. Het is belangrijk de patiënt te waarschuwen voor een aanvankelijke verergering van de hoofdpijn als onttrekkingsverschijnsel; gemiddelde duur een à twee weken. Gedurende deze fase is de patiënt soms niet in staat om te werken of dagelijkse activiteiten te ondernemen. Intensieve begeleiding van de patiënt is in deze eerste weken noodzakelijk, bijvoorbeeld door frequent telefonisch contact. Leg aan de patiënt uit dat na de stopperiodes de eventueel onderliggende episodische hoofdpijn, bijvoorbeeld migraine, opnieuw kan optreden. De huisarts behandelt dan de onderliggende hoofdpijn, na de stopperiodes van twee tot drie maanden.

Ook bij kinderen kan overmatig of frequent gebruik van pijnstillers (op meer dan de helft van de dagen) leiden tot medicatieovergebruikshoofdpijn. Ook bij hen is het dan nodig om direct en volledig de pijnstillers te staken.

Controles

Tijdens de stopperiodes is er frequent contact met de patiënt, afhankelijk van de klachten en in overleg met de patiënt.

Om terugval te voorkomen biedt de huisarts na het staken van de medicatie frequente controles aan. Na de stopperiodes wordt, eventueel met behulp van het hoofdpijndagboek, het onderliggende type hoofdpijn vastgesteld. De onderliggende hoofdpijn en de daarbij behorende

behandeling bepalen de frequentie van de controleafspraken.

Clusterhoofdpijn

Voorlichting

Tijdens een clusterperiode heeft het zin eventuele provocerende factoren te vermijden, zoals gebruik van alcohol, nitraten, het maken van lange vliegreizen of verblijf op grote hoogte.

Aanvalsbehandeling

Een eerste clusteraanval zal doorgaans door de neuroloog worden behandeld. De aanvalsbehandeling van clusterhoofdpijn bestaat uit verschillende mogelijkheden, namelijk sumatriptan 6 mg subcutaan (ongeveer 1 tot 2 maal per aanval) of 100% zuurstof, 7 tot 15 liter via kapje (afhankelijk van het effect) gedurende 15 minuten.²⁹ Wanneer een patiënt bekend is met clusterhoofdpijn zal de keuze voor de aanvalsbehandeling afhangen van eerder gebleken effectiviteit en beschikbaarheid van zuurstof (niet in de huisartsenpraktijk, soms thuis bij de patiënt (tijdens een clusterperiode), wel op de huisartsenpost).

Preventieve behandeling (facultatief)

Verapamil is een effectieve preventieve behandeling van clusterhoofdpijn tijdens de clusterperiode. De huisarts kan deze behandeling alleen (facultatief) starten na een eerdere succesvolle behandeling met verapamil door een neuroloog. De preventieve behandeling vindt altijd in overleg met de neuroloog plaats. Contra-indicaties zijn hypotensie, bekende ritmestoornissen of een verminderde leverfunctie. Start met een dagdosering van 240 mg en verhoog elke 2 weken met 80 mg. Gebruikelijke dagdosering is meestal 480 mg (maximaal 720 mg). Vóór de start en bij elke dosisverhoging dient controle van het ECG plaats te vinden (10 dagen na de dosisverhoging) en staak verapamil bij het optreden van geleidingsstoornissen (zoals verlenging PR-interval, verbreding QRS-complex, bradycardie). Bouw verapamil weer af wanneer de clusterperiode vermoedelijk voorbij is. Start bij een volgende clusterperiode met de minimale effectieve dosering,

altijd onder ECG-controle, die altijd noodzakelijk blijft. Andere preventieve (farmacotherapeutische) behandelingen worden niet aanbevolen in de eerste lijn.²⁹

Controles

Beginfase van cluster: de volgende dag na starten van de behandeling. Evalueer wekelijks indien de preventieve behandeling voldoende effectief is.

- Wanneer de voorgeschreven medicatie niet voldoende werkzaam is.
- Tijdens behandeling met preventieve medicatie: zie *Preventieve behandeling (facultatief)*.

CONSULTATIE EN VERWIJZING

Indien er aanwijzingen zijn voor een ernstige, met hoofdpijn gepaarde, aan-doening [tabel 1] en [tabel 2] vindt overleg met of (spoed)verwijzing naar een neuroloog plaats.

Volwassenen

Overweeg consultatie van of verwijzing naar een in hoofdpijn deskundige neuroloog bij:

- twijfel aan de diagnose;
- plotselinge verandering van de migraine karakteristieken;
- plotselinge duidelijke toename van de aanvalsfrequentie van migraine;
- een eerste migraineaanval boven de leeftijd van veertig jaar;
- falen van alle van de hierboven genoemde aanvalsbehandelingen van migraine;
- wanneer een preventieve behandeling van migraine onvoldoende werkt;
- het niet in een keer kunnen stoppen met medicatie bij medicatieovergebruikshoofdpijn ondanks begeleiding van de huisarts;
- vermoeden van clusterhoofdpijn (nooit eerder vastgesteld), of andere (eenzijdige) aangezichtspijn;

Totstandkoming

Nadat werd besloten te beginnen met de herziening van de NHG-Standaard Hoofdpijn startte in april 2012 een werkgroep Hoofdpijn. Deze werkgroep heeft een conceptversie gemaakt.

De werkgroep bestond uit de volgende leden: dr. M.E.L. Bartelink, huisarts-epidemioloog, Julius Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde, UMC Utrecht; L. Boelman, huisarts in opleiding, UMC Utrecht; F. Dekker, huisarts te Purmerend; dr. N.P. van Duijn, huisarts te Almere; J.E.P. Ongerling, huisarts te Waalwijk.

M.J. Kurver, huisarts te Utrecht en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, begeleidde de werkgroep en deed de redactie. M. Bouma was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling, M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie. M.J.P. Ballieux was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie.

Door alle leden van de werkgroep werd geen belangenverstrengeling gemeld. Meer details hierover zijn te vinden in de webversie van de standaard op www.nhg.org.

In augustus 2012 vond er een focusgroep met patiënten plaats. In april 2013 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar 50 willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen gestuurd. Er werden 8 commentaarformulieren retour ontvangen. Op 15 april 2013 is de ontwerpstandaard besproken in een focusgroep met 5 huisartsen en 4 huisartsen in opleiding, geleid door dr. S.S.M. Mol. Tevens werd commentaar ontvangen van

een aantal referenten, te weten dr. A. Knusingh-Neven (senior onderzoeker LUMC, huisarts); A.F.H. Smelt, huisarts; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van Huisarts en Wetenschap; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar vrouwenstudies medische wetenschappen, Radboudumc te Nijmegen; M. Favié, namens Bogin; J. Olthoff, namens Nefarma; G. Salemink, namens Zorgverzekeraars Nederland; K. Schutte namens College voor Zorgverzekeringen; P.M. Leusink, huisarts en seksuoloog; E. van Leeuwen, huisarts namens de Vlaamse Vereniging voor Huisartsen; D. Dost, M. Groen, K. de Leest, H. Jelsma, R. Dull, D. Titre, R. Lelievand der Zande, allen apotheker namens KNMP; dr. J. Bruijn, kinderneuroloog; dr. J. Haan, E.G.M. Couturier, dr. G.M. Terwindt, prof.dr. M.D. Ferrari, allen neuroloog namens Nederlandse Vereniging voor Neurologie; L.W. van Os, namens Nederlandse Vereniging voor Hoofdpijnpatiënten. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft.

G. Kramer en M. Lunter, beiden huisarts, hebben namens de NAS tijdens de commentaaronderzoek beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. In juli 2013 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

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

- (overleg over) instellen van een preventieve behandeling van clusterhoofdpijn.

Kinderen

Overweeg consultatie van of verwijzing naar een in kinderhoofdpijn deskundige (kinder)neuroloog of kinderarts bij:

- twijfel aan de diagnose;
- onvoldoende effect behandeling spanningshoofdpijn;

- onvoldoende reactie op paracetamol of NSAID bij migraine;
- instellen op triptanen;
- preventieve behandeling van migraine.

Overweeg verwijzing naar een psycholoog of psychotherapeut bij:

- spanningshoofdpijn waarbij geruststelling en voorlichting niet voldoende is;

- problemen met het omgaan met migraine.

© 2014 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Huisarts speelt grote rol bij verwijzing

Tegenwoordig wordt van patiënten verwacht dat ze zich actief opstellen en zelf beslissingen nemen over hun zorg. Zij dienen een weloverwogen keuze te maken voor een zorgaanbieder op basis van kwaliteitsinformatie. Patiënten hebben echter niet altijd de keuze of behoefte om te kiezen. Uit onderzoek blijkt dat zij vaak naar de zorgaanbieder gaan die de huisarts hun aanraadt. De vraag is daarom welke rol de huisarts hierin speelt.

KEUZE ZORGAANBIEDER

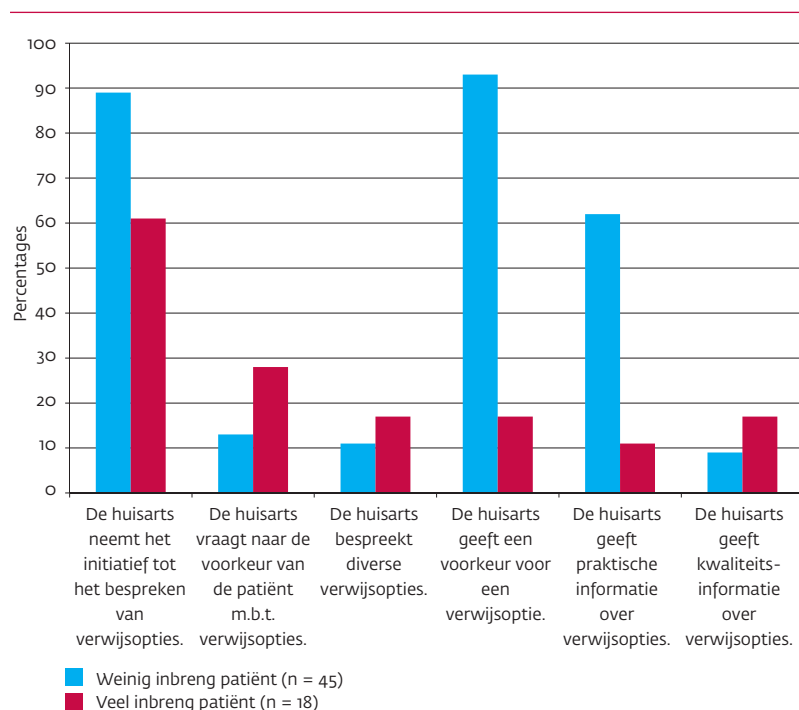
In 45 van de geobserveerde consulten (63%) heeft de patiënt geen tot weinig inbreng in de keuze voor een zorgaanbieder bij verwijzing door de huisarts. De huisarts bepaalt naar wie de patiënt verwezen wordt, waarbij patiënten praktische vragen stellen of direct akkoord gaan. Tijdens 18 consulten (25%) heeft de patiënt veel inbreng bij de keuze van een verwijsoptie. De patiënt kiest zelfstandig een zorgaanbieder en/of vraagt naar alternatieven. Bij negen consulten (13%) heeft de patiënt enige inbreng. Dit wil zeggen dat de patiënt een bepaalde keuze voor verwijzing door de huisarts krijgt voorgelegd of aangeeft niet naar een bepaalde zorgaanbieder te willen.

De huisarts neemt meestal het initiatief tot het bespreken van verwijsopties. In een kwart van alle consulten vraagt de huisarts naar de voorkeur van de patiënt. Vaak vragen huisartsen dit direct, bijvoorbeeld: 'Hebt u voorkeur voor een bepaald ziekenhuis?' Wanneer patiënten weinig inbreng hebben, vraagt de huisarts in 13% van de consulten naar de voorkeur van de patiënt. De huisarts geeft daarbij in 93% van de consulten een voorkeur voor een verwijsoptie, bijvoorbeeld: 'Ik vind dat u terug moet naar neuroloog A.' Wanneer patiënten veel inbreng hebben bij verwijsopties, vraagt de huisarts in 28% van de consulten naar de voorkeur van de patiënt [grafiek].

CONCLUSIE

In een meerderheid van de consulten speelt de huisarts een grote rol bij de keuze van een zorgaanbieder. Vaak kiest de huisarts de zorgaanbieder naar wie de patiënt verwezen wordt. In vergelijking met patiënten die deze zelf uitkiezen, vragen huisartsen minder vaak naar de voorkeur van patiënten en geven zij vaker een voorkeur voor een verwijsoptie. Dit terwijl van patiënten juist een actievere rol verwacht wordt. Huisartsen zouden patiënten vaker kunnen helpen de juiste keuzes voor zorgaanbieders te maken, door ze te wijzen op de onderlinge (kwaliteits)verschillen, hun voorkeuren te achterhalen en verschillende verwijsopties te bespreken. ■

Grafiek Rol van huisarts bij verwijzen, naar mate van inbreng van patiënt (n = 63*)



*De patiënten met enige inbreng (n = 9) zijn in deze grafiek buiten beschouwing gelaten.

De resultaten zijn gebaseerd op vragenlijst- en observatiegegevens, verzameld in het kader van de NIVEL Databank Communicatie in de zorg. In 2007-2008 zijn video-opnames gemaakt van consulten met 808 patiënten van 40 huisartsen, allen deelnemers aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (voorheen Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, LINH). Deze huisartsen waren representatief voor de Nederlandse huisarts qua geslacht en praktijkvorm, maar gemiddeld 4 jaar ouder. Voor dit onderzoek zijn, indien beschikbaar, per huisarts twee consulten geselecteerd waarin de patiënt werd verwezen naar een instelling of specialist, resulterend in 72 consulten tussen 72 patiënten en 39 huisartsen. De rol van de huisarts bij verwijzing van de patiënt werd geobserveerd met een zelf ontwikkelde observatielijst. De indeling in groepen is gebaseerd op zowel de rol van de huisartsen als van de patiënten • Correspondentie: j.noordman@nivel.nl

Statines

Gewone mensen, dus zeg maar met een cardiovasculair risico van minder dan tien procent de komende tien jaar, hebben er waarschijnlijk niets van gemerkt, maar huisartsen kan het vorig jaar niet zijn ontgaan: een nieuwe Cochrane-review kwam tot de conclusie dat er wel degelijk goede gronden zijn om die gewone mensen statines voor te schrijven.¹ De reviewers zagen ‘daling van de algehele sterfte, minder hartinfarcten, angina en beroertes, en minder hartoperaties.’ Het risico op ernstige bijwerkingen, zoals kanker, was niet verhoogd en de cholesterolverlagers waren nog kosteneffectief ook. Het waren, met grootheden als George Davey Smith en Shah Ebrahim, bepaald niet de minsten die aan de review hadden meegewerkt.

Het was wel een onverwacht advies. Amper twee jaar eerder hadden dezelfde reviewers immers nog gewaarschuwd dat ‘voorzichtigheid was geboden’ bij het voorschrijven van statines aan mensen met minder dan twintig procent risico over tien jaar,² en ook andere gewichtige instanties hadden vrij unaniem hun twijfel over deze vorm van primaire preventie uitgesproken. Maar de nieuwe beoordeling kwam van de Cochrane Collaboration, dus daar moeten we ons wel wat van aantrekken, nietwaar?

Zoals Horatius al opmerkte, ook de goede Homerus slaapt weleens – en dat zei hij niet vergoelijkend maar verontwaardigd.³ De reviewers hebben zich gewoon bij de neus laten nemen: er is geen enkele reden om de richtlijnen voor laagrisicopatiënten te veranderen, betogen John Abramson en James Wright in de BMJ: ‘Statinetherapie in laagrisicopatiënten verlaagt de totale sterfte niet en verhoogt met ongeveer 18% het risico op bijwerkingen.’⁴ Ook deze auteurs zijn overigens goede bekenden uit de loopgraven: John Abramson is auteur van het boek *Overdosed America: The broken promise of American medicine*, James Wright is directeur van het Canadese *Therapeutics Initiative*, dat tien jaar geleden al bedenkingen uitte tegen cholesterolverlagers, toen ze nog niet eens bij het grote publiek waren doorgebroken.

Terug naar de Cochrane-review. Die kwam er omdat er in 2012 een nieuw overzichtsartikel in *The Lancet* was gepubliceerd van de Cholesterol Treatment Trialists.⁵ Deze meta-analyse maakte zoveel mogelijk gebruik van de individuele patiëntengegevens van 27 klinische trials in de subgroep van deelnemers met een laag cardiovasculair risico. De auteurs concludeerden dat voor elke mmol/l die het cholesterol daalde, 11 incidenten werden voorkomen per 1000 mensen die vijf jaar statines slikten. En ‘dit significante voordeel overtrof ruimschoots de bekende gevaren van statinetherapie,’ aldus de CTT-onderzoekers. Onder hen vinden we, nu we toch bezig zijn, ook weer veel bekende namen: Paul Ridker van de Jupiter-trial, MacFarlane van de WOSCOPS en de PROSPER, de auteurs van de ALLHAT en de 4S – kortom iedereen die op kosten van de statinefabrikanten onderzoek naar statines heeft gedaan. Voor Nederland was John Kastelein van de partij. Hoewel onder het artikel staat dat ‘de meeste’ onderzoeken door de industrie zijn betaald, is geen enkele onderzoeker niet door de industrie betaald. De ‘waarnemers’ (over hun rol en invloed wordt verder niets gezegd) kwamen van Bristol-Myers Squibb, van Merck, van Fournier, van AstraZeneca en van Pfizer.

Is dat al bijna reden genoeg om deze analyse niet zomaar bij de Cochrane-review te betrekken, de conclusie van de CTT zelf rammelt ook nog, aldus Abramson en collega’s. Neem de totale sterfte – het hardste eindpunt, ‘zelden fout gediagnosticeerd’. Een herberekening op grond van de data in *The Lancet* laat zien dat de statines helemaal niet tot een significante daling van de sterfte leiden bij patiënten met minder dan tien procent risico in vijf jaar (relatief risico tussen 0,86 en 1,04). Op de minder harde eindpunten, hartaanvallen en beroerte, komt de absolute risicodaling uit op 0,6 procent: 167 mensen moeten vijf jaar statines slikken om 1 incident te voorkomen. De CTT krikken de cijfers op door ook revascularisatie als hard eindpunt te beschouwen.

Daarnaast bagatelliseren ze de

bijwerkingen nogal, vindt Abramson. Myopathie zou volgens de CTT maar bij 1 op 2000 gebruikers optreden – een fractie van wat er in andere grote trials werd gevonden. Zo ook ziet het er naar uit dat het risico op diabetes door statinegebruik systematisch is onderschat: de CTT komen uit op 5 per 1000, maar het Women’s Health Initiative zag een verdubbeling van nieuwe diabetes in de onderzoeksgroep. De discrepanties zijn af en toe wel erg groot, stelt Abramson, en hij voegt eraan toe dat ‘het vaststellen van schade niet aan de industrie alleen kan worden overgelaten.’

Wij dachten, eerlijk gezegd, dat de Eerste Statineoorlog met het verlopen van de octrooien ongeveer gestreden was, maar dat was misschien wat optimistisch (er zitten nieuwe dus weer dure cholesterolverlagers in de pijplijn). Benieuwd wat de gewichtige Nederlandse instanties met de bevindingen gaan doen. ■

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.

LITERATUUR

- 1 Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;1:CD004816.
- 2 Taylor F, Ward K, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, Casas JP, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;1:CD004816.
- 3 Horatius. Et idem indignor quandoque bonus dormitat Homerus. *Ars Poetica* 1.358-9.
- 4 Abramson JD, Rosenberg HG, Jewell N, Wright JM. Should people at low risk of cardiovascular disease take a statin? *BMJ* 2013;347:f6123.
- 5 Cholesterol Treatment Trialists’ (CTT) Collaborators. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *Lancet* 2012;380:581-90.



Oesofaguscarcinoom

INLEIDING

Het oesofaguscarcinoom is de op zeven na meest voorkomende en de op vijf na dodelijkste kanker in de wereld.¹ Histopathologisch onderscheidt men twee groepen oesofaguscarcinomen: adenocarcinomen en plaveiselcelcarcinomen. Algemeen wordt verondersteld dat adenocarcinomen zich ontwikkelen in een barrettoesofagus. Een barrettoesofagus ontstaat door metaplasie van plaveiselepitheel, dat onder invloed van gastro-oesofageale reflux transformeert tot intestinaal cilinderepitheel [figuur 1]. Het aantal patiënten met een barrettoesofagus is de laatste twintig jaar sterk toegenomen in de westerse wereld, en daardoor ook de incidentie van het adenocarcinoom.²⁻⁴ De verklaring is waarschijnlijk de in diezelfde periode opgetreden toename van (vooral abdominale) obesitas, waardoor ook de prevalentie van gastro-oesofageale refluxziekte is toegenomen. In de barrettoesofagus ontstaat eerst laaggradige en dan hooggradige dysplasie, en daaruit kan vervolgens een adenocarcinoom ontstaan. De kans dat dit gebeurt, is 0,33-0,5% per patiëntjaar.^{5,6}

De risicofactoren voor een plaveiselcelcarcinoom zijn minder goed bekend. Naast roken en alcoholgebruik lijkt het drinken van hete dranken het risico te verhogen als gevolg van chronische irritatie van het epitheel.⁷

Zowel adenocarcinomen als plaveiselcarcinomen worden steeds vroeger ontdekt en ook de behandelingen evolueren snel, maar desondanks is de vijfjaarsoverleving voor beide typen nog steeds slechts 25% en 19%, respectievelijk.⁸

Samenvatting

Kestens C, Van Hillegersberg R, Siersema PD. Oesofaguscarcinoom. *Huisarts Wet* 2014;57(1):34-8.

Het slokdarm- of oesofaguscarcinoom komt in westerse landen steeds vaker voor. De stijging komt vooral op het conto van adenocarcinomen, met barrettoesofagus als belangrijke risicofactor. Door nieuwe behandeltechnieken is de overleving voor zowel het adeno- als het plaveiselcelcarcinoom wel verbeterd, maar de mortaliteit blijft hoog. Als de tumor niet is ingegroeid in vitale organen en nog geen metastasen heeft ontwikkeld, is chirurgische resectie de aangewezen behandeling. Minimaal invasieve technieken zijn daarbij sterk in opmars, maar veelal voorbehouden aan gespecialiseerde centra. Neoadjuvante radio- en chemotherapie voor de operatie vergroot de overlevingskans.

Patiënten in een vergevorderd stadium of met een slechte algemene conditie krijgen een individuele palliatieve behandeling, bestaande uit chemotherapie, al dan niet gecombineerd met radiotherapie. Bij dysfagie kan een stent worden geplaatst, zodat eten mogelijk blijft.

DIAGNOSTIEK EN STADIËRING

Voordat men een behandelplan kan uitzetten, moeten eerst de karakteristieken van de patiënt en de tumor in kaart gebracht worden. De mate van tumordoorgroei in de omliggende weefsels en het aantal metastasen worden weergegeven in de TNM-stadiëring [tabel 1]. De diagnose wordt gesteld op basis van een gastroscopie waarbij men bipten afneemt. De locoregionale uitbreiding en aanwezigheid van lokale lymfekliermetastasen kunnen goed beoordeeld worden met endoscopische ultrasonografie (EUS). Metastasen op afstand worden onderzocht met een CT-scan van hals, thorax en bovenbuik. In de recente landelijke *Richtlijn oesofaguscarcinoom* is de positie van FDG-PET in de diagnostiek opgewaardeerd. De richtlijn adviseert nu om een CT-scan te combineren met FDG-PET bij patiënten die op basis van CT of EUS in aanmerking komen voor een in opzet curatieve behandeling.⁹

ENDOSCOPISCHE BEHANDELING

Bij patiënten met premaligne afwijkingen, vooral hooggradige dysplasie in een barrettoesofagus, of met een tumor in een vroeg stadium (T1aNoMo) gaat men steeds vaker over tot endoscopische resectie en ablatie. De kans op lymfekliermetastasen is bij deze patiënten gering omdat de ziekte beperkt blijft tot het slijmvlies en niet doorgroeit in de wandlaag waar zich de lymfevaten bevinden. Een endoscopische behandeling is minder invasief, even effectief en goedkoper dan conventionele chirurgie.¹⁰

De afgelopen tien jaar hebben endoscopische mucosale resectie (EMR) en in mindere mate endoscopische submucosale dissectie (ESD) een opmars gemaakt. Tijdens een EMR [figuur 2] wordt de verdachte laesie 'opgetild' door een injectie met hypertoon zout of door rond de basis een bandje te plaatsen, zodat de mucosa van de submucosa wordt gescheiden. Dit maakt de resectie gemakkelijker en reduceert het (geringe) risico op een perforatie. Grotere laesies kunnen endoscopisch niet in één keer verwijderd worden en worden in delen verwijderd ('piecemeal resection'). Als gevolg hiervan krijgt de patholoog

De kern

- Het oesofaguscarcinoom komt steeds vaker voor, vooral door een stijgende incidentie van het adenocarcinoom.
- Barrettoesofagus is een belangrijke risicofactor.
- De aangewezen behandeling is minimaal invasieve chirurgische resectie in een expertisecentrum waar ten minste 20 oesofagusresecties per jaar worden verricht.
- Neoadjuvante chemo- en radiotherapie voorafgaand aan de ingreep verbeteren de overlevingskans.
- De palliatieve behandeling bestaat uit chemotherapie, al dan niet met radiotherapie. Bij dysfagie kan een stent worden geplaatst.

Tabel 1 TNM-classificatie van het oesofaguscarcinoom

Tumor	Lymfeklier	Metastase
Tis hooggradige dysplasie	N1 1-2 positieve lymfeklieren	M1 metastasen op afstand
T1a doorgroei in de lamina propriae of muscularis mucosae	N2 3-6 positieve lymfeklieren	
T1b doorgroei in de submucosa	N3 ≥ 7 positieve lymfeklieren	
T2 doorgroei in de muscularis propriae		
T3 doorgroei in de adventitia		
T4 invasie van omliggende structuren		

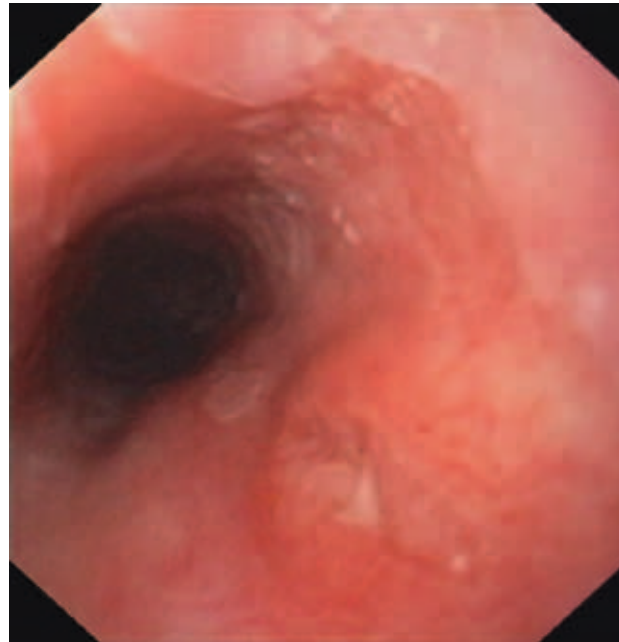
meerdere stukken in plaats van de gehele laesie, waardoor de beoordeling moeilijker wordt.¹¹ Risico's van EMR zijn perforaties of bloedingen, maar deze kunnen vrijwel altijd endoscopisch worden behandeld.

Bij een ESD kan men, onafhankelijk van de grootte, de laesie wel in één stuk verwijderen ('en bloc'-resectie). De techniek is ontwikkeld in Japan en wordt nog niet op grote schaal in Nederland uitgevoerd. Tijdens een ESD wordt de mucosa endoscopisch losgemaakt tot aan de muscularis propria, en verwijderd. Speciaal ontwikkelde instrumenten verkleinen de kans dat men daarbij door de submucosa heen snijdt. De 'en bloc'-resectie maakt een goede beoordeling mogelijk van de dieptegroei en eventuele infiltratie van lymfevaten, en er treden minder vaak lokale recidieven op dan na EMR, maar de ingreep duurt wel langer.¹² Ook zijn er vaker proceduregerelateerde complicaties, zoals bloedingen en perforaties, en is er een verhoogde kans op stenosevorming bij verwijdering van laesies groter dan de helft van de slokdarmdiameter. Een eventuele stenose kan meestal effectief worden behandeld met endoscopische dilataties.¹⁰ De langetermijneffecten van deze endoscopische behandelingen worden nog onderzocht.

Omdat een barrettoesofagus de kans op hooggradige dysplasie of een tweede maligniteit met 30% verhoogt, is het belangrijk dat men niet alleen de dysplasie of tumor verwijdert, maar ook het resterende barrettslijmvlies.¹³⁻¹⁵ Dit kan met radiofrequentieablatie (RFA) en met cryoablatie.¹⁶ Bij RFA brandt men het barrettslijmvlies weg door er met een speciale ballonkatheter elektroden tegenaan te drukken waardoor radiofrequente stroom loopt. Als men de patiënt daarna maagzuurremmende medicatie geeft, vormt zich op het beschadigde barrettslijmvlies opnieuw plaveiselepitheel. Cryoablatie, waarbij men het barrettslijmvlies vernietigt door bevriezing met vloeibaar stikstof of CO₂, wordt voorlopig alleen in onderzoeksverband uitgevoerd.^{16,17}

NEOADJUVANTE CHEMORADIOThERAPIE

Neoadjuvante behandeling heeft als doel micrometastasen te verwijderen en de tumor te verkleinen, zodat volledige resectie mogelijk is. In het verleden kregen patiënten met een adenocarcinoom neoadjuvante chemoradiotherapie. Dat dit effect had, was aangetoond in onderzoeken met kleine aantallen patiënten, maar voor het plaveiselcarcinoom was het destijds nog niet bewezen.^{7,18} Patiënten met een plaveiselcarcinoom kregen alleen neoadjuvante chemotherapie.¹⁹ Het Nederlandse CROSS-onderzoek²⁰ heeft aangetoond dat preoperatieve chemoradiotherapie het genezingspercentage verhoogt voor zowel het adeno- als het plaveiselcelcarcinoom, en dit protocol heeft inmiddels een

Figuur 1 Endoscopie van een barrettoesofagus

Kenmerkend is de metaplasie van plaveiselepitheel naar intestinaal cilinderepitheel (de zalmkleurige verandering van het slijmvlies). Rechts onderin bevindt zich een vroegcarcinoom.

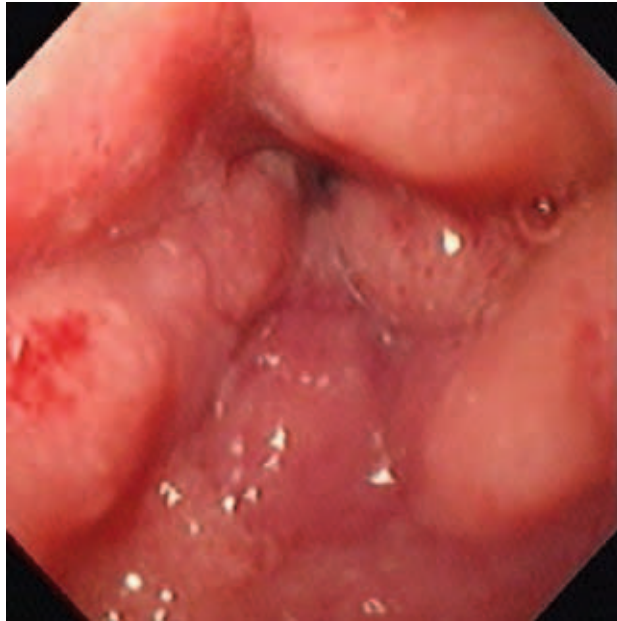
plaats gekregen in de behandeling. De mediane overleving na oesofagusresectie met voorafgaande chemoradiotherapie was 49 maanden, versus 24 maanden na chirurgie alleen. De onderzoekers zagen geen toename van postoperatieve complicaties of mortaliteit in de neoadjuvant behandelde groep.

Abstract

Kestens C, Van Hillegersberg R, Siersema PD. Oesophageal cancer. *Huisarts Wet* 2014;57(1):34-8.

Oesophageal cancer is becoming more common in Western countries. This increase is due to adenocarcinomas, with Barrett's oesophagus as important risk factor. Although new treatment modalities have improved the survival of patients with adenocarcinoma or basal cell carcinoma, mortality still remains high. Surgical resection is indicated if the tumour has not invaded vital organs and there are no metastases. Minimally invasive techniques are becoming popular but are usually used in specialized centres only. Neoadjuvant radiotherapy or chemotherapy before surgery improves survival. Patients with advanced cancer or with a poor general condition should be offered palliative therapy, consisting of chemotherapy with or without additional radiotherapy. A stent can be placed in patients with dysphagia, so that they can eat.

Figuur 2 Endoscopische afbeelding van een gevorderd oesofaguscarcinoom



Het CROSS-protocol bestaat uit 5 doses carboplatine en paclitaxel, gecombineerd met $23 \times 1,8$ Gy over een periode van 6 weken. De bijwerkingen zijn voornamelijk leuko- en trombocytopenie.²⁰

OESOFAGECTOMIE

De basis van elke curatieve behandeling van het oesofaguscarcinoom is chirurgische resectie. Patiënten met een goede conditie en zonder afstandsmetastasen komen in aanmerking voor een operatie. De afgelopen jaren is veel aandacht besteed aan de manier waarop de resectie plaatsvindt en aan het terugdringen van de morbiditeit met behulp van minimaal invasieve technieken.

Transthoracaal of transhiataal

Er zijn in grote lijnen twee verschillende benaderingen voor een resectie: transthoracale oesofagectomie (TTO) en transhiatale oesofagectomie (THO). Tegenwoordig wordt veelal TTO toegepast, waarbij de oesofagus samen met het omliggende peri-oesofageale weefsel wordt verwijderd via de mediastinale pleura. De anastomose tussen het proximale deel van de oesofagus en de maag komt intrathoracaal of cervicaal te liggen, en van de maag wordt een zogeheten buismaag gemaakt. De operateur heeft goed zicht op de tumor en kan deze met een ruime marge verwijderen, zodat ook veel lymfeklieren worden meegenomen.

Omdat THO technisch minder gecompliceerd is en de thoraxholte niet geopend hoeft te worden, werd deze benadering in het verleden veel toegepast. Bij THO heeft de operateur echter minder goed zicht op de tumor, dus de kans dat ergens lymfeklierweefsel achterblijft, is groter. Via een abdominale en cervicale incisie wordt de slokdarm vrijgeprepareerd en

verwijderd. Bij beide procedures is naadlekage een van de belangrijkste complicaties. Het grote voordeel van een cervicale anastomose is dat de anastomose bij eventuele lekkage gemakkelijk gedraineerd kan worden via de halswond, dit in tegenstelling tot de thoracale anastomose waarbij lekkage tot mediastinitis kan leiden.

Er zijn weinig grote onderzoeken die beide technieken hebben vergeleken. Twee gerandomiseerde onderzoeken concluderen dat de vijfjaarsoverleving niet significant verschilt, maar wel iets beter lijkt na een TTO, en dat TTO zelfs een significant betere vijfjaarsoverleving heeft bij patiënten met meer dan één positieve lymfeklier.^{21,22} Anderzijds duren na een THO de intensive-careopname en de totale opname korter, en treden er minder pulmonale complicaties op.²² In de praktijk adviseert men de patiënt toch steeds vaker, als de conditie het toelaat, te kiezen voor een TTO vanwege de iets betere vijfjaarsoverleving. Tumoren boven de carina zijn per definitie niet via de THO-benadering te opereren, maar bij een distale tumor en bij afwezigheid van verdachte regionale lymfeklieren kan een THO overwogen worden.⁹

Tumoren in de cervicale oesofagus worden behandeld met chemoradiotherapie. Bij chirurgische resectie moeten naast de oesofagus soms ook de larynx en de hypofarynx verwijderd worden, wat voor een aanzienlijke morbiditeit zorgt. Onderzoeken hebben uitgewezen dat chemoradiotherapie bij cervicale tumoren dezelfde overlevingskansen laat zien als chirurgische resectie, maar het ging om kleine, niet-gerandomiseerde onderzoeken.^{23,24}

Minimaal invasieve chirurgie

Net als bij andere operaties zal de chirurg voorafgaand aan een oesofagusresectie onderzoeken hoe de procedure zo efficiënt en veilig mogelijk kan worden uitgevoerd. Bij minimaal invasieve chirurgie treden minder complicaties op en zal de opnameduur korter zijn.²⁵ De operatie zelf duurt echter langer en het benodigde instrumentarium is kostbaar. Er zijn verschillende minimaal invasieve vormen van oesofagectomie, de twee belangrijkste zijn het gecombineerd thoroscopisch-laparoscopische en het robotgestuurde type. Verschillende kleine cohortonderzoeken hebben laten zien dat een minimaal invasieve oesofagectomie niet tot minder volledige resectie leidt dan de open benadering.²⁶

Een recent gerandomiseerd onderzoek vergeleek thoroscopisch-laparoscopische oesofagectomie met open TTO. Na de minimaal invasieve behandeling traden significant minder pulmonale infecties op (12% versus 34%) en lagen de patiënten gemiddeld 3 dagen korter in het ziekenhuis. Er was geen verschil in de radicaliteit van de tumorresecties.²⁷ Er zijn nog geen onderzoeken die de langetermijnresultaten van minimaal invasieve chirurgie laten zien. Desondanks lijkt het waarschijnlijk dat dit type chirurgie mettertijd de plaats zal innemen van de open chirurgische behandeling.^{26,28}

CENTRALISATIE VAN BEHANDELING

Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat de mortaliteit na een oesofagectomie afhankelijk is van het aantal oesofagusresecties per chirurg en per ziekenhuis. In Nederland is inmiddels de eerste stap gezet naar centralisatie van de zorg en worden oesofagusresecties alleen uitgevoerd in ziekenhuizen waar ten minste 20 resecties per jaar worden verricht.⁹ Er zijn aanwijzingen dat de resultaten verder kunnen verbeteren bij een nog hoger jaarlijks aantal.²⁹ De betreffende ziekenhuizen hanteren een multidisciplinaire aanpak in diagnostiek en behandeling, met teams waarvan altijd een radioloog, oncologisch chirurg, MDL-arts, oncoloog, patholoog, diëtist en verpleegkundige deel uitmaken, allen gespecialiseerd in oncologische aandoeningen van de oesofagus.

Bij centralisatie zal het resultaat van de behandelingen dus niet alleen verbeteren doordat de chirurgen meer ervaring krijgen en vaardiger worden, maar ook doordat de diagnostiek en aanvullende behandelingen beter zijn. Aangevend is dat de sensitiviteit van EUS en die van CT-scans aanzienlijk toeneemt als ze worden uitgevoerd in een gespecialiseerd centrum.^{30,31} De betere diagnostiek stelt expertisecentra in staat vooraf een beter geïnformeerde keuze te maken tussen een in opzet curatieve dan wel palliatieve behandeling.

PALLIATIEVE BEHANDELING

Meer dan de helft van de patiënten met een oesofaguscarcinoom presenteert zich in een vergevorderd stadium, waarbij curatieve behandeling niet meer mogelijk is. De aard van de palliatieve behandeling is afhankelijk van karakteristieken van patiënt en tumor, en van de aard van de metastasen (op afstand of locoregionaal), de levensverwachting en de conditie. Bij metastasen op afstand, of als de conditie van de patiënt opereren onmogelijk maakt, kan chemoradiotherapie volgens het CROSS-protocol overwogen worden om de overleving te verlengen.²⁰

Dysfagie is tijdens de palliatieve fase een van de belangrijkste aspecten die aandacht moeten krijgen om de kwaliteit van leven te verbeteren. Afhankelijk van de levensverwachting kan men een stent plaatsen of brachytherapie dan wel uitwendige radiotherapie toepassen. Als de levensverwachting minder dan 3 maanden is, is een stent de beste keuze.³² De stent zorgt voor een vrijwel onmiddellijke verbetering van de symptomen. Als de patiënt een goede conditie heeft en de levensverwachting langer is dan 3 maanden, zal men voor radiotherapie kiezen. Dit geeft een langer durende verbetering van de dysfagie dan stentplaatsing, maar het effect op de dysfagie is pas na 4 weken merkbaar.³³

De ontwikkeling van stents heeft niet stilgestaan [figuur 3]. De vroeger gebruikte metalen stents hadden mazen waardoorheen snel tumoringroei plaatsvond. Daarom zijn er stents ontwikkeld met een omhulsel dat ondoordringbaar is voor de tumor. Nadeel is echter dat deze stents minder houvast hebben en daardoor makkelijker verschuiven, waarna de dysfagie terugkeert. Toch gebruikt men tegenwoordig alleen stents

Figuur 3 Verschillende typen stents ter behandeling van dysfagie



met een omhulsel. Er zijn manieren ontwikkeld waardoor de stent beter in de oesofagus blijft zitten, bijvoorbeeld door de uiteinden onbedekt te laten of door 'ankers' aan de buitenkant die zich in de oesofaguswand vastzetten.³⁴

Een belangrijke complicatie van stentplaatsing is retrosternale pijn, die meestal van voorbijgaande aard is. Patiënten die vóór de stentplaatsing radio- of chemotherapie hebben gekregen, hebben vaker retrosternale pijn. Een andere complicatie is reflux, als de stent zich gedeeltelijk in de maag bevindt zodat het anti-refluxmechanisme van de oesofagus niet lan-

Tabel 2 Aandachtspunten voor de huisarts

Fase	Aanpak
Diagnose	laagdrempelig gastroscopie bij passageklachten, aanhoudende reflux of retrosternale pijn (vooral bij personen > 50 jaar) overweeg verwijzing naar een expertisecentrum indien oesofaguscarcinoom wordt vastgesteld
Endoscopische resectie/ablatie	
■ standaard	protonpompremmer in adequate dosering, bijvoorbeeld omeprazol 2 dd 40 mg
■ pijnklachten	paracetamol 4 dd 1000 mg, eventueel aangevuld met morfinepreparaat
■ stenosevorming	verwijzing voor gastroscopie en dilatatie
Chemoradiotherapie	
■ retrosternale pijn	pijnstilling (paracetamol en morfinepreparaat)
■ gewichtsverlies	overleg met behandelend diëtist
■ koorts	cave leukopene koorts, overleg met behandelend oncoloog
■ tintelingen, oorsuizen	melden aan oncoloog, eventueel dosisreductie van de cisplatine
Chirurgische resectie	
■ koorts, retrosternale pijn	overleg met behandelend chirurg, cave naadlekkage, abcesvorming en pneumonie
■ gewichtsverlies	overleg met behandelend diëtist (cave recidief)
■ wondinfectie	overleg met behandelend chirurg
■ stenosevorming	verwijzing voor gastroscopie en dilatatie (cave recidief)
Palliatief traject	
■ passageproblemen	overleg met MDL-arts over stentplaatsing en/of radiotherapie
■ pijnklachten	pijnstilling volgens WHO-pijnladder
■ dyspneu bij doorgroei in de trachea	overleg met longarts of palliatief team

ger functioneert. De reflux kan ten dele worden tegengegaan met maagzuurremmers en door in half zittende houding te slapen.

AANDACHTSPUNTEN VOOR DE HUISARTS

Het is zaak patiënten met passageklachten, haematemesis, ongewild gewichtsverlies, aanhoudende retrosternale pijn of refluxklachten laagdrempelig in te sturen voor endoscopisch onderzoek, zeker als zij ouder zijn dan 50 jaar [tabel 2]. Patiënten met een barrettoesofagus worden niet altijd standaard opgeroepen voor controleonderzoek. Als de huisarts dit opmerkt, is het verstandig te overleggen met de betreffende MDL-afdeling hoe periodieke controles in de regio kunnen worden georganiseerd.

De behandeling van oesofaguscarcinomen is intensief en kan zorgen voor ernstige morbiditeit.

CONCLUSIE

De behandeling van het oesofaguscarcinoom wordt steeds sterker bepaald door patiëntgerelateerde factoren, zoals ziektestadium, algemene conditie en comorbiditeit. Expertisecentra voor de diagnostiek en behandeling van het oesofaguscarcinoom besteden veel aandacht aan de selectie van patiënten die in aanmerking komen voor een in opzet curatief behandelplan. In het verleden bestond de behandeling voornamelijk uit chirurgie. Tegenwoordig is het een gecombineerde behandeling van preoperatieve chemoradiotherapie en chirurgie, steeds vaker met minimaal invasieve technieken. De palliatieve behandeling wordt afgestemd op de individuele patiënt, waarbij gekozen kan worden uit chemotherapie, radiotherapie, stentplaatsing of een combinatie hiervan. ■

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

LITERATUUR

- 1 Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010;127:2893-917.
- 2 Van Soest EM, Dieleman JP, Siersema PD, Sturkenboom MC, Kuipers EJ. Increasing incidence of Barrett's oesophagus in the general population. *Gut* 2005;54:1062-6.
- 3 Post PN, Siersema PD, Van Dekken H. Rising incidence of clinically evident Barrett's oesophagus in The Netherlands: A nation-wide registry of pathology reports. *Scand J Gastroenterol* 2007;42:17-22.
- 4 Coleman HG, Bhat S, Murray LJ, McManus D, Gavin AT, Johnston BT. Increasing incidence of Barrett's oesophagus: a population-based study. *Eur J Epidemiol* 2011;26:739-45.
- 5 Sikkema M, Looman CW, Steyerberg EW, Kerkhof M, Kastelein F, Van Dekken H, et al. Predictors for neoplastic progression in patients with Barrett's oesophagus: a prospective cohort study. *Am J Gastroenterol* 2011;106:1231-8.
- 6 Desai TK, Krishnan K, Samala N, Singh J, Cluley J, Perla S, et al. The incidence of oesophageal adenocarcinoma in non-dysplastic Barrett's oesophagus: a meta-analysis. *Gut* 2012;61:970-6.
- 7 Enzinger PC, Mayer RJ. Esophageal cancer. *N Engl J Med* 2003;349:2241-52.
- 8 Dikken JL, Lemmens VE, Wouters MW, Wijnhoven BP, Siersema PD, Nieuwenhuijzen GA, et al. Increased incidence and survival for oesophageal cancer but not for gastric cardia cancer in the Netherlands. *Eur J Cancer* 2012;48:1624-32.
- 9 Siersema P, Van Berge Henegouwen M, Bühre W, Dullemen HM, Van der Gaast A, Hage M, et al. Oesofaguscarcinoom: Landelijke richtlijn, Versie 3.0. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra, 2010. www.oncoline.nl/oesofaguscarcinoom, geraadpleegd juni 2013.
- 10 Cao Y, Liao C, Tan A, Gao Y, Mo Z, Gao F. Meta-analysis of endoscopic sub-mucosal dissection versus endoscopic mucosal resection for tumors of the gastrointestinal tract. *Endoscopy* 2009;41:751-7.
- 11 Soetikno R, Kaltenbach T, Yeh R, Gotoda T. Endoscopic mucosal resection for early cancers of the upper gastrointestinal tract. *J Clin Oncol* 2005;23:4490-8.
- 12 Fujishiro M, Yahagi N, Kakushima N, Kodashima S, Muraki Y, Ono S, et al. Endoscopic submucosal dissection of esophageal squamous cell neoplasms. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4:688-94.
- 13 Pech O, Behrens A, May A, Nachbar L, Gossner L, Rabenstein T, et al. Long-term results and risk factor analysis for recurrence after curative endoscopic therapy in 349 patients with high-grade intraepithelial neoplasia and mucosal adenocarcinoma in Barrett's oesophagus. *Gut* 2008;57:1200-6.
- 14 Akiyama J, Marcus SN, Triadafilopoulos G. Effective intra-esophageal acid control is associated with improved radiofrequency ablation outcomes in Barrett's esophagus. *Dig Dis Sci* 2012;57:2625-32.
- 15 Krishnan K, Pandolfino JE, Kahrilas PJ, Borris L, Komanduri S. Increased risk for persistent intestinal metaplasia in patients with Barrett's esophagus and uncontrolled reflux exposure before radiofrequency ablation. *Gastroenterology* 2012;143:576-81.
- 16 Konda VJ, Waxman I. Endotherapy for Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 2012;107:827-33.
- 17 Shaheen NJ, Sharma P, Overholt BF, Wolfsen HC, Sampliner RE, Wang KK, et al. Radiofrequency ablation in Barrett's esophagus with dysplasia. *N Engl J Med* 2009;360:2277-88.
- 18 Jin HL, Zhu H, Ling TS, Zhang HJ, Shi RH. Neoadjuvant chemoradiotherapy for resectable esophageal carcinoma: a meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2009;15:5983-91.
- 19 Boonstra JJ, Kok TC, Wijnhoven BP, Van Heijl M, Van Berge Henegouwen MI, Ten Kate FJ, et al. Chemotherapy followed by surgery versus surgery alone in patients with resectable oesophageal squamous cell carcinoma: long-term results of a randomized controlled trial. *BMC Cancer* 2011;11:181-8.
- 20 Van Hagen P, Hulshof MC, Van Lanschot JJ, Steyerberg EW, Van Berge Henegouwen MI, Wijnhoven BP, et al. Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. *N Engl J Med* 2012;366:2074-84.
- 21 Omloo JM, Lagarde SM, Hulscher JB, Reitsma JB, Fockens P, Van Dekken H, et al. Extended transthoracic resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinoma of the mid/distal esophagus: Five-year survival of a randomized clinical trial. *Ann Surg* 2007;246:992-1000.
- 22 Hulscher JB, Van Sandick JW, De Boer AG, Wijnhoven BP, Tijssen JG, Fockens P, et al. Extended transthoracic resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinoma of the esophagus. *N Engl J Med* 2002;347:1662-9.
- 23 Wang S, Liao Z, Chen Y, Chang JY, Jeter M, Guerrero T, et al. Esophageal cancer located at the neck and upper thorax treated with concurrent chemoradiation: a single-institution experience. *J Thorac Oncol* 2006;1:252-9.
- 24 Tong DK, Law S, Kwong DL, Wei WI, Ng RW, Wong KH. Current management of cervical esophageal cancer. *World J Surg* 2011;35:600-7.
- 25 Verhage RJ, Hazebroek EJ, Boone J, Van Hillegersberg R. Minimally invasive surgery compared to open procedures in esophagectomy for cancer: a systematic review of the literature. *Minerva Chir* 2009;64:135-46.
- 26 Butler N, Collins S, Memon B, Memon MA. Minimally invasive oesophagectomy: current status and future direction. *Surg Endosc* 2011;25:2071-83.
- 27 Bieri SS, Van Berge Henegouwen MI, Maas KW, Bonavina L, Rosman C, Garcia JR, et al. Minimally invasive versus open oesophagectomy for patients with oesophageal cancer: A multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 2012;379:1887-92.
- 28 Watanabe M, Baba Y, Nagai Y, Baba H. Minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer: an updated review. *Surg Today* 2013;43:237-44.
- 29 Dikken JL, Van Sandick JW, Allum WH, Johansson J, Jensen LS, Putter H, et al. Differences in outcomes of oesophageal and gastric cancer surgery across Europe. *Br J Surg* 2013;100:83-94.
- 30 Van Vliet EP, Eijkemans MJ, Poley JW, Steyerberg EW, Kuipers EJ, Siersema PD. Staging of esophageal carcinoma in a low-volume EUS center compared with reported results from high-volume centers. *Gastrointest Endosc* 2006;63:938-47.
- 31 Van Vliet EP, Hermans JJ, De Wever W, Eijkemans MJ, Steyerberg EW, Faas C, et al. Radiologist experience and CT examination quality determine metastasis detection in patients with esophageal or gastric cardia cancer. *Eur Radiol* 2008;18:2475-84.
- 32 Homs MY, Steyerberg EW, Eijkenboom WM, Tilanus HW, Stalpers LJ, Barteldsman JF, et al. Single-dose brachytherapy versus metal stent placement for the palliation of dysphagia from oesophageal cancer: Multicentre randomised trial. *Lancet* 2004;364:1497-504.
- 33 Bergquist H, Wenger U, Johansson E, Nyman J, Ejnell H, Hamnerlid E, et al. Stent insertion or endoluminal brachytherapy as palliation of patients with advanced cancer of the esophagus and gastroesophageal junction. Results of a randomized, controlled clinical trial. *Dis Esophagus* 2005;18:131-9.
- 34 De Wijkerslooth LR, Vleggaar FP, Siersema PD. Endoscopic management of difficult or recurrent esophageal strictures. *Am J Gastroenterol* 2011;106:2080-91; quiz 2092.

Nacontrole darmkanker: een taak voor de huisarts?

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

Patiënten met darmkanker ervaren tekorten in de nazorg tijdens jarenlange nacontrole volgend op curatieve behandeling in de tweede lijn. Bovendien krijgen behandelend chirurgen tijdens nacontrole te maken met comorbiditeit en generalistische zorgvragen. Is een actieve rol voor huisartsen in de nazorg van darmkankerpatiënten gewenst?

HUIDIG BELEID

De huisarts verwijst patiënten bij een vermoeden van darmkanker tijdens het diagnostisch traject naar de tweede lijn. Vanaf dat moment is de specialist hun aanspreekpunt. Na curatieve behandeling worden patiënten vijf jaar gevolgd door de chirurg. In Nederland bestaat nacontrole uit periodieke CEA-bepaling (carcino-embryonaal antigeen) en echoscopie van de bovenbuik. Nacontrole maakt deel uit van de nazorg, waaronder de totale zorg na kankerbehandeling wordt verstaan. Patiënten hebben na curatieve behandeling jaarlijks twee tot vier keer contact met de tweede lijn, waarbij onderzoeksuitslagen worden besproken en lichamelijk en psychisch functioneren wordt geëvalueerd. De organisatie van de nazorg verloopt tot nu toe vaak via de behandelend specialisten. De huisarts krijgt pas een taak als de patiënt zich met vragen bij hem meldt.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Darmkanker is een van de meest voorkomende kankersoorten in Nederland. Jaarlijks wordt darmkanker bij 10.000 mensen vastgesteld. Dit aantal stijgt naar verwachting tot 14.000 in 2015, voornamelijk onder ouderen bij wie comorbiditeit vaak voorkomt. Komend jaar start in Nederland het bevolkingsonderzoek naar darmkanker, wat zal leiden tot een verdere toename van het aantal (gediagnosticeerde) mensen met darmkanker.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Specialisten worden tijdens de vijfjaarlijkse nacontroles geconfronteerd met generalistische zorgvragen, die met name

betrekking hebben op comorbiditeit en preventieve zorg. Daarnaast doen kankerpatiënten na de diagnose kanker vaker een beroep op hun huisarts vergeleken met mensen zonder kanker.¹ Bovendien ervaren patiënten na de kankerbehandeling tekorten in psychosociale ondersteuning bij onder andere angst- en depressieve klachten. Oplossingen moeten niet uitsluitend in de tweede lijn worden gezocht, aangezien generalistische zorg onmisbaar lijkt in de nazorg. Een systematische review met drie gerandomiseerde onderzoeken toont aan dat de huisarts in staat is nacontrole bij kanker uit te voeren. Deze review, waarbij borst- en darmkankernacontrole in de eerste en de tweede lijn werd vergeleken, laat zien dat er tussen beide groepen geen significant verschil aantoonbaar is in kwaliteit van leven van patiënten, het aantal recidieven en overleving.² Recentelijk toonde een Noors onderzoek naar darmkankerpatiënten evenmin een verschil aan. Zowel de Gezondheidsraad, KWF Kankerbestrijding als patiëntenverenigingen bepleiten een grotere rol voor de huisarts in de nazorg.¹ Vooralsnog ontbreekt evidence over het meest optimale nacontroleprogramma van darmkanker wat betreft inhoud en hoofdbehandelaar. Daarnaast is er onvoldoende aandacht voor systematische controle van andere aspecten van nazorg, zoals psychosociale problematiek.

CONCLUSIE

Huisartsen kunnen een grotere bijdrage leveren aan de nazorg van darmkankerpatiënten, aangezien bewezen is dat nacontrole door hen veilig is en er vraag is naar een generalistische benadering. Momenteel is er onvoldoende duidelijkheid over de vraag waar darmkankerpatiënten het best af zijn voor de totale nazorg.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Is de nazorg voor darmkankerpatiënten door de huisarts in de Nederlandse situatie haalbaar met behoud van kwaliteit en tevredenheid van alle betrokkenen; patiënten, chirurgen en huisartsen? ■

LITERATUUR

- 1 Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn. Amsterdam: KWF, 2011.
- 2 Lewis RA, Neal RD, Williams NH, France B, Hendry M, Russell D, et al. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review. Br J Gen Pract. 2009;59:234-247.

Tuchtrecht: fout gegaan of fout gedaan?

INLEIDING

Een klacht bij het tuchtcollege is voor de meeste huisartsen een schrikbeeld. Wat staat me als huisarts allemaal te wachten? Hoe werkt een tuchtcollege? Hoe lang gaat dit allemaal duren? Wat moet ik nu doen? Maar ook: had ik wat kunnen doen om die klacht te voorkomen? Dit zijn de vragen waar de meeste huisartsen mee zitten als iemand een klacht indient.

In 2012 hebben de tuchtcolleges in de gezondheidszorg 249 klachten (24% van het totaal) tegen huisartsen afgehandeld.¹ Dit betekent dat 1 op de 48 huisartsen in 2012 met een klacht te maken heeft gekregen.² Huisartsen kunnen ook op een andere manier een klacht krijgen. Alle huisartsen zijn aangesloten bij een regionale klachtencommissie waarbij patiënten een klacht kunnen indienen. Tevens kunnen huisartsen te maken krijgen met een klacht bij de huisartsenpost waarbij ze zijn aangesloten. In de loop van 2014 komt daar mogelijk ook nog een 'onafhankelijke geschilleninstantie' bij, die niet alleen een tweede oordeel over klachtzaken zou moeten geven, maar ook schadevergoedingen tot een bedrag van € 25.000 kan toekennen. De Eerste Kamer behandelt momenteel het voorstel voor een *Wet Kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg*, die dit moet regelen. Dit artikel focust op klachten bij de tuchtcolleges en wil laten zien waar huisartsen in de praktijk mee te maken krijgen als er een tuchtklacht tegen hen wordt ingediend en hoe ze hier het best mee om kunnen gaan.

TUCHTRECHT IN DE GEZONDHEIDSZORG

Het tuchtrecht is ingesteld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg te bewaken en te verbeteren. De meeste klachten bij tuchtcolleges zijn afkomstig van patiënten of hun directe familieleden. De wet stelt dat klagers *rechtstreeks belanghebbend* moeten zijn. Naast patiënten of hun vertegenwoordigers mag ook bijvoorbeeld een collega-arts klagen die

meent in zijn belangen te worden geschaad. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en werk- of opdrachtgevers van een arts kunnen een tuchtklacht indienen. Een van de vijf regionale tuchtcolleges, bestaande uit drie artsen en twee juristen, beoordelen vervolgens de ingediende tuchtklachten.

Het doel van het tuchtrecht is het bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. De vraag die het tuchtcollege moet beantwoorden is daarom niet de vraag of de klagers gelijk hebben, maar of de huisarts tekortgeschoten is in de zorg die hij heeft verleend. De tuchtnormen in de wet zijn heel algemeen geformuleerd. De tuchtrechter vult die open normen in de praktijk nader in aan de hand van bijvoorbeeld de rechten en plichten van arts en patiënt uit de *Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst*, maar vooral ook de regels en normen van de beroepsgroep zelf: KNMG-gedrageregels en richtlijnen, de NHG-Standaarden en wat verder in de beroepsgroep gebruikelijk is. Het gaat er hierbij niet om of het handelen van de huisarts beter had gekund, maar of hij binnen de grenzen van een redelijk bewaarde beroepsuitoefening is gebleven.

De procedure

Om tot dat oordeel te kunnen komen, start het tuchtcollege na ontvangst van een klacht eerst een vooronderzoek. Dit verloopt grotendeels schriftelijk. De secretaris van het tuchtcol-

De kern

- Het tuchtrecht is bedoeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken.
- De tuchtrechter toetst het handelen van huisartsen aan wettelijke regels en professionele standaarden, vastgelegd in bijvoorbeeld de richtlijnen van het NHG en de KNMG.
- Een meerderheid van de tuchtzaken wordt volledig schriftelijk afgehandeld. De tuchtcolleges behandelen minder dan de helft van de tuchtzaken mondeling op een zitting.
- Het tuchtcollege verklaart het grootste deel van de tuchtklachten ongegrond. In 2012 werd ongeveer 14% van alle ingediende klachten gegrond verklaard.
- De maatregelen die een tuchtrechter bij een gegronde klacht kan opleggen zijn: waarschuwing, berisping, geldboete, (voorwaardelijke) schorsing, gedeeltelijke ontzegging en doorhaling van de inschrijving in het BIG-register.
- De tuchtrechter legt maar in een beperkt percentage zaken zwaardere maatregelen op. Bij een gegronde klacht volstaat in de overgrote meerderheid van de zaken een waarschuwing of berisping.
- Schakel deskundige juridische bijstand in als u te maken krijgt met een tuchtklacht.
- Neem bij onvrede van een patiënt of incidenten in de zorg zelf het initiatief tot een gesprek en wees open over alle voor de patiënt relevante informatie. Dat helpt vaak klachten voorkomen.

Samenvatting

Van der Meer HCB, Pleumeekers HJCM. *Tuchtrecht: fout gegaan of fout gedaan? Huisarts Wet 2014;57(1):40-3.*

Huisartsenzorg blijft mensenwerk: hoezeer je je als huisarts ook inzet, een behandeling heeft niet altijd het door de patiënt beoogde of verwachte resultaat. Soms leidt dat tot een tuchtklacht. We beschrijven waar u als huisarts in een procedure bij de tuchtrechter mee te maken krijgt en welke maatregelen de tuchtrechter kan opleggen. Hoe kunt u bij een klacht het best handelen? We geven ook tips voor de fase daarvoor: hoe gaat u om met onvrede en incidenten op een manier die klachten zo veel mogelijk helpt voorkomen?

Casus

Mariska Deelstra (50 jaar) deed haar werk altijd met veel plezier en enthousiasme. Ze was en is een betrokken huisarts. Een halfjaar geleden had ze tijdens de dienst een 75-jarige vrouw gezien met pijn op de borst. Omdat ze niet helemaal een goed gevoel had aan het einde van haar bezoek, had ze met het echtpaar afgesproken dat ze later op de avond nog een keer terug zou komen. Voor de veiligheid. Een uur later echter raakte de patiënte in shock en alle pogingen haar te reanimeren liepen op niets uit. De familie was boos, teleurgesteld en vol verwijten. De weken na het treurige incident had ze verschillende gesprekken met de familie van de patiënte gevoerd, waarbij ze steeds weer had uitgelegd hoe en waarom ze tot haar besluit was gekomen en dat het haar verschrikkelijke speet dat de patiënte uiteindelijk toch

overleden was. Door die gesprekken leek er enige berusting en begrip te zijn ontstaan bij de nabestaanden. Het trof haar dan ook onaangenaam toen ze, een half jaar na dato, een brief kreeg van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg met een klacht. Nu begon ze te twijfelen. Had ze echt wel zorgvuldig genoeg gehandeld, had ze de richtlijnen wel correct toegepast, had ze alles wel goed gedocumenteerd? Zouden die dames en heren van het tuchtcollege haar afwijzingen begrijpen? Wat moest ze doen? Nog een keer de familie van de patiënte bellen en uitnodigen voor nog een gesprek? Vragen aan de eigen huisarts van het gezin of die misschien wist waarom ze opeens van gedachte waren veranderd? Het enige wat ze kon bedenken was contact op te nemen met haar rechtsbijstandsverzekering.

lege stuurt de op schrift gestelde klacht aan de aangeklaagde arts met het verzoek om hierop een schriftelijke reactie te geven. In de regel krijgt de arts voor het verweerschrift vier weken de tijd. Klager en aangeklaagde arts mogen ook vragen om een mondeling vooronderzoek. In zo'n mondeling vooronderzoek kijkt men vaak of een schikking toch nog mogelijk is: een excuus of blijk van medeleven van de arts leidt soms ook in deze fase nog tot intrekking van de klacht. In 2012 werd 2,5% van de klachten bij een mondeling vooronderzoek ingetrokken.¹ Na afronding van het vooronderzoek kan het tuchtcollege besluiten dat op basis van de verzamelde informatie al duidelijk is dat het de klacht moet afwijzen. De klacht wordt dan zonder dat die op een zitting is behandeld, in een zogenaamde raadkamerbeslissing als kennelijk ongegrond afgewezen. In 2012 werd in 66% van de afgehandelde klachtzaken een raadkamerbeslissing gegeven. Een aanzienlijk deel dus. In de overige 34% van de zaken besloot het college dat verder onderzoek op een zitting nodig was. Beide partijen krijgen dan een uitnodiging voor een zitting. Het is niet verplicht om te verschijnen. Niet verschijnen is echter niet verstandig: een partij die niet aanwezig is, kan immers niet reageren op hetgeen de andere partij te berde brengt. De zittingen van het tuchtcollege zijn openbaar, tenzij er gewichtige redenen zijn om daar van af te wijken.

Ter zitting krijgen partijen de gelegenheid hun standpunten nog eens mondeling toe te lichten. Beide partijen hebben het recht om zich tijdens de zitting te laten bijstaan. Zo nodig worden ook getuigen en deskundigen gehoord. De aangeklaagde arts krijgt voor sluiting van de zitting altijd gelegenheid voor een laatste woord. Dat is niet bedoeld om alles wat besproken is nog eens samen te vatten, maar kan een goed moment zijn om kort nog iets te zeggen over de impact die alle gebeurtenissen op de klagers, maar ook op de arts hebben gehad.

Binnen twee maanden na de zitting volgt de uitspraak. In die uitspraak verklaart het tuchtcollege de klacht gegrond of ongegrond. In 2012 werd 68% van de op een zitting behandelde klachten als ongegrond afgewezen. Dit betekent dat in 2012 van alle 1625 tegen BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren afgehandelde klachten uiteindelijk ongeveer 14% gegrond werd verklaard.

Welke maatregelen kan een tuchtrechter opleggen?

Als het tuchtcollege een klacht gegrond vindt, moet het aan de aangeklaagde volgens de wet ook een maatregel opleggen. Bij uitzondering legt het tuchtcollege ondanks een gegronde klacht geen maatregel op.

Het tuchtcollege kan de volgende maatregelen opleggen:

- een waarschuwing;
- een berisping;
- een geldboete van maximaal € 4500;
- een (voorwaardelijke) schorsing van de inschrijving in het BIG-register voor ten hoogste een jaar;
- gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid het beroep uit te oefenen;
- doorhaling van de inschrijving in het BIG-register.

De waarschuwing is de lichtste maatregel en is bedoeld als een zakelijke terechtwijzing: de tuchtrechter beoordeelt het handelen als onjuist, maar bestempelt het niet als laakbaar. Bij een opgelegde berisping is die laakbaarheid er naar het oordeel van de tuchtrechter wel.

Bij een schorsing mag een arts gedurende de in de uitspraak bepaalde tijd de praktijk niet meer uitoefenen. Zware maatregelen als schorsing zijn gelukkig maar in een kleine minderheid van de zaken noodzakelijk. Van de in 2012 gegrond verklaarde klachten kregen artsen in 63% van de gevallen een waarschuwing opgelegd. In 19% van de zaken achtte de tuchtrechter een berisping noodzakelijk. Een (voorwaardelijke) schorsing werd in 8% van de gegronde klachtzaken uitgedeeld en in 6% van de zaken werd de betrokken beroepsbeoefenaar doorgehaald uit het BIG-register. Boetes en gedeeltelijke ont-

Abstract

Van der Meer HCB, Pleumeekers HJCM. Official complaint: did something go wrong or were the wrong decisions made? Huisarts Wet 2014;57(1):40-3.

Despite the best intentions and efforts of general practitioners, sometimes treatment does not provide the result that the patient had hoped for or expected. This may lead to an official complaint. This article describes what a GP can expect during a complaints procedure and, if there is a disciplinary investigation, what disciplinary action can be taken against the GP. How should complaints be handled? This article provides tips about an earlier phase – how to deal with dissatisfaction and incidents in such a manner as to prevent complaints being made.

Tabel Aard van de afgehandelde klachten tegen medische beroepsbeoefenaren (2012)¹

Onjuiste behandeling/verkeerde diagnose	47%
Geen/onvoldoende zorg	16%
Onjuist(e) verklaring/rapport	9%
Onheuse bejegening	5%
Onvoldoende informatie	4%
Schending beroepsgeheim	3%
Niet/te laat verwijzen	2%
Grensoverschrijdend gedrag	2%
Onjuiste declaratie	2%
Niet/te laat komen	< 1%
Overige klachten	10%

zeggingen werden in 2012 niet uitgedeeld. Sinds juni 2012 worden opgelegde tuchtmaatregelen, behalve de waarschuwing, ook aangetekend in het BIG-register. Die aantekening blijft vijf jaar zichtbaar. Bij een berisping of zwaardere maatregel volgt bovendien publicatie in een lokale krant.

Waarover gaan klachten?

De door de tuchtcolleges behandelde klachten betreffen een veelheid van onderwerpen. Inhoudelijke analyse van de uitspraken gaat het bestek van dit artikel te buiten. Toch kunnen we het thema tuchtrecht niet bespreken zonder een indicatie te geven van de thema's die bij de tuchtcolleges de revue passeren. Jaarlijks publiceren de tuchtcolleges in hun jaarrapportages cijfers over de aard van de afgehandelde klachten [tabel]. Hoewel de gehanteerde rubricering slechts een aanduiding geeft van het onderwerp van de afgehandelde klachten, ontkrachten de cijfers wel de veelgehoorde mythe dat bijna alle klachten over bejegening zouden gaan. Een meerderheid van de afgehandelde klachten heeft te maken met onvrede over de inhoudelijk verleende medische zorg.

Omgaan met onvrede en incidenten

Hoewel de meeste klachten dus wel degelijk onvrede over de inhoudelijk verleende medische zorg betreffen, spelen communicatie en bejegening bij het voorkomen van klachten een belangrijke rol. Patiënten waarderen een transparante houding van hun arts als er in de zorgverlening onverwachte of onbedoelde tegenvallers zijn. Het gevoel dat de arts informatie achterhoudt of het gesprek ontwijkt, roept bij de patiënt doorgaans meer achterdocht op en geeft vaker aanleiding tot het indienen van een klacht, dan een behandeling die niet het beoogde resultaat heeft gehad. Begrip voor en erkenning van de situatie die voor de patiënt is ontstaan – of die nu het gevolg is van een complicatie of een fout –, kunnen onvrede vaak wegnemen. Dat geldt natuurlijk ook voor een welgemeend excuus, als dat op zijn plaats is.

Neem daarom bij onverwachte tegenvallers in een behandeling of onvrede bij een patiënt zelf het initiatief tot een gesprek. Luister en toon begrip voor de situatie van de patiënt. Aangeven dat het u spijt dat het allemaal zo is gelopen, betekent niet dat u 'schuld bekent' of dat u juridische aansprakelijkheid zou erkennen. *Fout gedaan* is immers lang niet altijd

Praktische tips voor het omgaan met onvrede en incidenten

- Neem zelf op korte termijn het initiatief tot een gesprek.
- Laat de patiënt zijn of haar verhaal doen.
- Informeer naar wat er mogelijk is misgegaan.
- Luister, toon empathie, schiet niet meteen in de verdediging.
- Zeg dat u het vervelend vindt dat het zo is gelopen en zeg alleen 'sorry' als dat op zijn plaats is.
- Ga na of u vindt dat verbetermaatregelen nodig zijn en informeer patiënt daarover.
- Zorg voor adequate vastlegging in het dossier.
- Komt u er onderling niet uit: informeer de patiënt over klacht- of claimprocedure.
- Raadpleeg tijdig een deskundige: KNMG Artseninfolijn, uw rechtsbijstandverzekeraar of beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar.

Tips bij klachten en claims

- Zorg ervoor dat u altijd kunt beschikken over een accurate verslaglegging van uw patiëntcontacten in uw HIS.
- Blijf professioneel, laat emoties niet uw reactie bepalen.
- Bied, eventueel per brief, een persoonlijk gesprek aan.
- Zorg voor deskundige juridische bijstand.
- Praat erover met een collega (collega's).
- Verschijn op een zitting.

fout gedaan. Maar als u ook zelf vindt dat u wel degelijk anders had moeten handelen, mag u dat ook zeggen. Ook van uw beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar, want ook die is aangesloten bij de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afhandeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA),³ die de KNMG namens alle artsen in Nederland heeft ondertekend.

Het aangaan van het gesprek met een ontevreden of zelfs boze patiënt of nabestaande vergt uiteraard het nodige van een huisarts. Zeker in zaken die erg emotioneel beladen zijn, waar eigen gevoelens van twijfel of schuld een professionele houding kunnen bemoeilijken, is het verstandig een collega te vragen bij het gesprek aanwezig te zijn. Informeer de patiënt daar uiteraard dan wel tevoren over. Als het een eigen patiënt betreft is het ook belangrijk om met de patiënt na te gaan hoe hij de zorg voor zichzelf en zijn familie geregeld wil zien zolang de klacht onder de tuchtrechter is. Is er nog een basis van vertrouwen of wil de patiënt naar een andere huisarts overstappen?

Als het dan, zoals in de casus, ondanks alles tot een tuchtklacht komt, geldt als beste advies: laat emoties niet uw reactie bepalen. Ook in deze fase is het in veel gevallen de moeite waard om toch een persoonlijk gesprek aan te bieden, desnoods per brief of e-mail. Niet voor niets zagen we eerder al dat het persoonlijk contact zelfs tijdens een mondelinge vooronderzoek nog tot intrekking van de klacht kan leiden.

Op zich is het niet verplicht om voor een procedure bij het tuchtcollege een advocaat in de arm te nemen. Toch is het inschakelen van deskundige juridische bijstand zeer aan te bevelen. De emotionele impact van een tuchtzaak op een beroepsbeoefenaar is meestal groot, zo leert de ervaring. Naast juridische steun is er ook steun op het emotionele vlak te krijgen. Tuchtzaakhulp⁴ is een organisatie van artsen voor artsen die met een tuchtzaak te maken krijgen en kan hiervoor ingeschakeld worden. Het doel van Tuchtzaakhulp is artsen te helpen met een tuchtzaak om te gaan.

Tot slot wijzen we erop dat het belangrijk is om het HIS goed bij te houden, omdat dat zeer waardevol kan zijn voor de behandeling van een klacht. Als emoties de feiten lijken te vertroebelen en er discussie is over wat er wel of niet afgesproken of gedaan is, kan een notitie in het HIS de nodige helderheid scheppen. Een goede registratie dient natuurlijk primair de kwaliteit van de zorg. Zo snijdt het mes aan twee kanten. ■

Dit nascholingsartikel is een aflevering in de serie 'Huisarts en recht'.

LITERATUUR

- 1 Jaarverslag Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg en het College voor Medisch Toezicht 2012, www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl.
- 2 Broersen S. Inspectie stapt vaker naar tuchtrechter. *Med Contact* 2013;14:702.
- 3 Gedragscode Openheid medisch incidenten; betere afhandeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) <http://knmg.artsennet.nl/Dossiers-9/Themadossier-Klachten-en-claims/Medische-aansprakelijkheid.htm>.
- 4 <http://www.tuchtzaak.nl/>.

RELEVANTE (TUCHT)UITSPRAKEN

Voor in *Medisch Contact* gepubliceerde tuchtzaken: <http://medischcontact.artsennet.nl/themas/tuchtzaken.htm>.
Voor alle tuchtzaken: www.tuchtrecht.nl.

ALZHEIMER EN ZELFBESCHIKKING

Smit H, Van Gelderen H. Wilsverklaring. De Alzheimer-epidemie en het recht op zelfbeschikking. Arnhem: Uitgeverij AuquaZZ, 2013. 154 pagina's, € 14,95. ISBN 978 94 90 53594 0.

Doelgroep Artsen, betrokken bij euthanasievraagstukken en anderen geïnteresseerden.

Inhoud Een goed leesbaar boek voor iedereen die zich professioneel dan wel emotioneel betrokken voelt bij dit onderwerp. In de inleiding laat collega Els Borst-Eilers zien aan welk wettelijk kader het proces dat tot euthanasie leidt moet voldoen. Zij gaat echter voorbij aan alle emotionele kanten van dit proces, die ook een zeer belangrijke rol spelen. Wet en emoties zorgen ervoor dat de uitkomst van dit proces niet altijd dezelfde is.

De hoofdrolspelers in het boek zijn Henri en Wil van Gelder, beiden met hun eigen ziekteproces. Henri krijgt in 2000 een prostatitis en is erg moe. De uroloog meldt hem bot dat er geen prostaatkanker is, maar wel chronische lymfatische leukaemie. De medicijnen die worden gestart slaan niet aan, hij krijgt een stamceltransplantatie en na het hernieuwd manifest worden van de CLL, ook T-lymfocyten. Wil blijkt in 1999 al vergeetachtig. In eerste instantie leveren tests en hersenfoto niets op. Omdat haar geheugenprobleem toeneemt, wordt in 2003 opnieuw geriatriesch onderzoek en



een MRI gedaan, waarbij opnieuw geen Alzheimer wordt vastgesteld. In 2005 wordt uiteindelijk op basis van amyloïden in het hersenvocht de diagnose Alzheimer gesteld.

Het verschil tussen de manier waarop beiden met hun ziekte omgaan is groot. Henri gaat er vol in. Hij zet alles in om het proces te 'genezen, te stoppen' of in elk geval te remmen. Wil heeft al in een vroeg stadium haar wilsverklaring afgegeven: voor haar is euthanasie de enige oplossing als zij door dementie het verpleeghuis in moet. Snel is zij de regie volledig kwijt. In een vlot tempo zie je dat bij haar de dementie toeneemt ondanks alle dure medicijnen. Henri kan het maar moeilijk verwerken. Pas als de specialist echt niets meer kan doen, komt de huisarts prominenter in beeld. De huisarts heeft de deur gelukkig niet dichtgegooid. Na raadpleging van een tweede SCEN-arts wordt uiteindelijk euthanasie uitgevoerd.

Oordeel Het boek maakt duidelijk dat de huisarts een belangrijke rol kan spelen bij euthanasie, met alle bijbehorende plussen en minnen. In sommige gevallen zou de huisarts eerder en prominenter aanwezig kunnen zijn. De huisarts kan een belangrijke rol spelen om het proces wat minder technologisch te laten zijn. Het verwerken en leren omgaan met de diagnose is voor patiënten cruciaal. Door met de patiënt over euthanasie te spreken, kunnen de emoties aan de orde komen. Euthanasie moet geen vlucht zijn, maar de laatste deur die openstaat. Het euthanasiebeoordelingstraject is geen absoluut traject, ondanks de 'mooie wet' die we hebben. Het boek laat zien dat elk euthanasietraject anders is; de patiënt, zijn omgeving en ook de huisarts spelen allemaal mee en hebben een bepalende rol in dit proces. ■

Leo Nijessen

Waardering: ●●●

zeer matig ●
matig ●●
redelijk ●●●
goed ●●●●
uiterst goed ●●●●●



‘De klinische blik van de huisarts is een goed diagnostisch middel’

Afgelopen winter promoveerde Saskia van Vugt op haar proefschrift *Caring for cough. Guiding diagnosis in primary care*. In een interview vertelt ze over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Opmaat naar het onderzoek

‘In mijn laatste stage tijdens de opleiding ging ik werken in een huisartsenpraktijk in Mongolië en daar kreeg ik longontsteking’, vertelt Van Vugt. ‘De artsen daar zeiden dat dit kwam omdat ik ging hardlopen bij min twintig graden Celsius, maar dat geloofde ik natuurlijk niet. Wel was ik heel erg ziek; ik kwam zelfs op de Intensive Care terecht en lag daar aan de beademing. Uiteindelijk moest ik terug naar Nederland. Dus toen mijn studiebegeleider aan mij vroeg of ik dit promotieonder-

zoek wilde doen was dat met een knipoog: “Jij weet nu immers alles van hoestklachten!” In elk geval had ik afiniteit gekregen met het onderwerp en was ik geïntrigeerd: zou ik die pneumonie in Mongolië zelf hebben kunnen ontdekken als ik meer over hoestklachten had geweten?’

Het onderzoek van Van Vugt richtte zich alleen op de diagnostiek bij hoestklachten. ‘Bij het grote Europese onderzoek waarbij ik betrokken was, ging het ook om het effect van antibiotica, maar dat onderdeel is in Engeland opgepakt. Ik heb mij vooral gericht op: hoe haal je in je diagnostiek de longontsteking eruit?’

Op ‘t oog diagnosticeren

Van Vugt bekeek als eerste de effectiviteit van de ‘klinische blik’ van de huisarts. ‘Die bleek heel aardig te werken. Als de huisarts denkt dat er geen sprake is van een longontsteking, is de kans erg groot dat hij het bij het rechte eind heeft: in 96% van de gevallen was er dan inderdaad geen pneumonie. Anderzijds, als de huisarts denkt dat er wel sprake is van een longontsteking, dan is de kans 60% dat hij het juist heeft en dat is nog steeds behoorlijk goed. En al zit de huisarts er wel eens naast, dan is het nog maar de vraag hoe erg dat eigenlijk is. We zagen dat als de huisarts de diagnose miste, er sprake was van veel minder ernstige klachten. En als de patiënt zeker wordt, belt die heus wel weer op en krijgt de huisarts een “nieuwe kans”. Maar het is dus wel belangrijk om altijd tegen je patiënten te zeggen dat ze terug moeten komen als de klachten verergeren. In Nederland komt het vervolgens eigenlijk altijd alsnog wel goed; behalve ouderen en zwakkeren overlijden mensen hier niet meer zo maar aan de gevolgen van een longontsteking. Van de meer dan drieduizend patiënten die in dit onderzoek zijn geïnccludeerd is niemand overleden en slechts 0,5% is uiteindelijk in het ziekenhuis opgenomen.’

Geringe waarde CRP en PCT

Dat gezegd zijnde onderzocht Van Vugt vervolgens de toegevoegde waarde van

de CRP-test. ‘Dat is natuurlijk een hartstikke leuk testje, maar wat levert ons dat nou extra op boven de anamnese en het lichamelijk onderzoek? Eerder onderzoek liet tegenstrijdige resultaten zien en had bovendien wat methodologische bezwaren. Wij hebben nu in een heel grote groep patiënten aangetoond dat het alleen zin heeft om het CRP te bepalen als je als huisarts twijfelt over de diagnose, dus bij “het grijze gebied”. In andere gevallen voegt het CRP weinig toe aan je diagnostiek via anamnese en lichamelijk onderzoek. Wel is de CRP-test een instrument dat je kunt gebruiken in je verhaal naar de patiënt toe als je die ervan wilt overtuigen dat een antibioticumkuurtje niet nodig is. Patiënten vinden het prettig om een testje te krijgen. Dus in het terugdringen van het antibioticagebruik kan de CRP-test zeker een bijdrage leveren; dat is in eerder onderzoek al aangetoond.’

Van Vugt onderzocht ook de toegevoegde waarde van een procalcitonine-test, ook al wordt deze in Nederland vrijwel nooit gebruikt. ‘In Scandinavië wordt deze PCT-test vaak ingezet en daar zeggen ze dat die heel goed zou zijn. Maar we hebben in ons onderzoek aangetoond dat de test in onze populatie hoesters geen aanvullende waarde heeft.’

Een gouden standaard?

De diagnoses werden in dit onderzoek steeds gecontroleerd met een thoraxfoto, maar Van Vugt stelt vraagtekens bij de foto als ‘gouden standaard’ in de diagnostiek. ‘Die gouden standaard heeft in elk geval een tinnen randje, want ook de foto zit er soms naast bij het aantonen van een pneumonie. Een CT-scan is betrouwbaarder, maar het is natuurlijk niet kosteneffectief om die bij elke patiënt met een mogelijke pneumonie in te zetten. Hoe dan ook, huisartsen gebruiken de thoraxfoto nou eenmaal als gouden standaard en sturen bij twijfel aan de diagnose hun patiënten in voor een foto. Maar er is nooit goed onderzoek gedaan naar de waarde van de foto en dat moeten we ons wel realiseren bij het interpreteren van onze onderzoeksresultaten.’



Simpele diagnostiek

Van Vugt heeft ook vraagtekens bij het gebruik van gecompliceerde rekenformules en formules die de huisarts als diagnostisch middel zou kunnen inzetten. 'Als het te ingewikkeld wordt haken de meeste huisartsen af en dat is zonde. Algoritmes of stroomschema's werken meestal wel goed, want die kun je in een paar seconden doorlopen. Daarom hebben we geprobeerd om een zo simpel mogelijk schema te maken voor het voorspellen van pneumonie, maar dat bleek toch lastig. Ik denk dan ook niet dat huisartsen het door mij ontwikkelde beslissingsmodel op grote schaal zullen gaan gebruiken.'

Overigens heeft Van Vugt de diagnostiek van pneumonie eenvoudiger proberen te maken door het model samen te vatten in een ABC'tje: **A**bseⁿce of runny nose, **B**reathlessness, **C**rackles, **D**iminished vesicular breathing, **E**levated pulse and **F**ever.

Aandeel astma en COPD

'We hebben ook gekeken naar het voorkomen van astma en COPD onder de patiënten met acute hoestklachten, omdat er weinig bekend was over het aandeel van die aandoeningen', vertelt Van Vugt. 'Het meeste onderzoek op dit gebied was gedaan bij mensen die al heel langdurig hoestten. Het zou interessant zijn als je de mensen met astma en COPD eruit zou kunnen pikken bij korter durende hoestklachten, omdat zij gebaat zijn bij het tijdig inzetten van inhalatietherapie of zelfs tabletten met corticosteroiden.'

Helaas bleek dit minder gemakkelijk dan de onderzoekers hadden gehoopt. 'We hebben spirometrie ingezet bij onze onderzoekspopulatie en ontdekten zo wel een aanzienlijk aantal nog niet bekende patiënten met astma of COPD. Maar om die mensen eruit te vissen alleen op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek bleek toch wel heel erg lastig. De allang bekende factoren, zoals roken en recidiverende hoest- en piepklachten, bleken ook hier van invloed. Ook hier geldt dus weer: als de hoestklachten aanhouden, moet je de patiënt laten terugkomen.'

Eigen beleid

Heeft Van Vugt haar beleid in de spreekkamer veranderd naar aanleiding van haar eigen onderzoeksbevindingen? 'Dat kan ik op die manier niet zeggen, want ik was nog geen huisarts voordat ik aan mijn onderzoek begon. Maar wel doe ik het misschien een beetje anders dan andere huisartsen. Sowieso ben ik erg bevlogen als het gaat om het ontraden van antibiotica, al denk ook ik soms aan het eind van de dag als ik moe ben en de zoveelste patiënt om antibiotica vraagt: oké, dan krijg jij een kuurtje! Maar ik ontraad dat wel vaker dan andere huisartsen. Ook denk ik dat ik bewuster de CRP-test gebruik. Omdat zo duidelijk uit ons onderzoek bleek dat de huisarts het meestal wel goed heeft als hij denkt dat een pneumonie onwaarschijnlijk of juist heel waarschijnlijk is, durf ik het meestal ook zonder CRP wel af.'

Antibiotica en prognose

In haar proefchrift vraagt Van Vugt zich af of antibiotica wellicht deels kunnen worden voorgeschreven op basis van prognostiek in plaats van alleen de diagnose. 'We zijn als dokters opgevoed en dus sterk geneigd om te behandelen op basis van een diagnose. Maar wellicht zijn er ook andere factoren waardoor sommige patiënten wel of niet baat hebben bij antibiotica. Het zou interessant zijn als we dat konden voorspellen. Bij welke patiënten zullen de klachten heel lang aanhouden of verergeren en bij wie is een gecompliceerd beloop te verwachten? Ook hiervoor zou je een voorspellingsmodel moeten ontwikkelen, bijvoorbeeld voor mensen die in het ziekenhuis opgenomen zijn geweest, langer dan vier weken hoesten of ernstige klachten hebben. Met onze gegevens kan dat worden onderzocht. Ik ben benieuwd wat daarvan de resultaten zijn.'

Na de promotie

Van Vugt heeft na haar promotie een aantal maanden als arts gewerkt in Zuid-Afrika. Vervolgens heeft ze recentelijk ook haar huisartsopleiding afgerond – twee dagen voor het interview

plaatsvond om precies te zijn! Wat zijn haar verdere plannen? 'Ik werk nu één dag per week als vaste waarnemer en ben me aan het oriënteren op wat ik daarnaast wil en kan gaan doen. Ik ben nog bezig met het afronden van een artikel over hoestklachten als nasleep van mijn promotieonderzoek. En dan heb ik nog twee kleine kinderen die me ook flink bezig weten te houden!'

Zou Van Vugt ook overwegen om nog weer onderzoek te gaan doen? 'Ja, ik zou wel weer onderzoek of iets op het gebied van wetenschap in het algemeen willen doen. Na mijn promotieonderzoek heb ik daar niet meer zo veel mee te maken gehad en het gaat langzaam weer kriebelen. In elk geval wil ik iets naast de patiëntenzorg gaan doen, maar ik weet nog niet in welke vorm. Ik realiseer me nu wel de meerwaarde die mijn promotieonderzoek me heeft gegeven. Ik neem niets zomaar meer aan. Soms zie ik dingen in de praktijk waarvan ik denk: wat is daarvan nou bewezen? En anderzijds zie ik onderzoek waarvan ik denk: zo gaat dat niet werken in de praktijk. Door de combinatie van wetenschap en praktijk ontstaat een soort brugfunctie. En die is heel nuttig om enerzijds de huisartsgeneeskunde meer evidence based te maken en anderzijds de evidence toepasbaar te maken voor de dagelijkse praktijk. Ik zou die brugfunctie dus wel graag willen onderhouden!' ■

Ans Stalenhoef



Murphy's law

Anything that can go wrong, will go wrong

Soms zijn er van die dagen dat niet iets fout gaat, maar alles. Op de ochtend dat je door de wekker heen slaapt, is ook je band lek. En als je dan noodgedwongen richting bushalte rent, zie je ook nog de bus voor je neus weggrijden. Iedereen kent deze dagen. En iedere arts kent helaas ook zo'n patiënt: die man of vrouw aan wie je nog regelmatig terugdenkt met een mengeling van schuldgevoel en medelijden. De patiënt met pech.

Deze zomer leerde ik mijn pechpatiënt kennen, de 82-jarige mevrouw Dekker. Mevrouw Dekker was een zachtaardige, nerveuze vrouw die altijd samen met haar man op het spreekuur kwam. Wanneer ze een afspraak hadden, zaten ze altijd ruim een kwartier van tevoren in de wachtkamer. Zij met haar grijze permanentje, haar handen stevig om haar handtas en een mondhoeke die zo nu en dan zenuwachtig omhoog schoot. En hij met een Franse baret op zijn hoofd en zijn blik op oneindig. Ik zou willen dat ik er een foto van had.

De eerste keer kwam mevrouw Dekker bij mij op het spreekuur vanwege pijn in de onderbuik. Ik spiekte in haar dossier en zag dat ze begin dit jaar enkele keren een urineweginfectie had gehad. Verder had ze diabetes, galstenen en angstklachten. Ze vertelde dat haar kleinzoon onlangs een auto-ongeluk hadden gehad en dat ze zich veel zorgen om hen maakte. Haar echtgenoot knikte medelevend. Meneer Dekker vertelde dat hij net een ziekteperiode achter de rug had. Het echtpaar hoopte dat er een snelle oplossing voor de klacht van mevrouw was, ze waren wel toe aan een beetje rust en tijd voor elkaar. Ze hadden het nog zo gezellig samen.

Mevrouw Dekker had een urineweginfectie waarvoor ze een antibioticakuur kreeg. Na een week zag ik haar terug. Het ging weer beter, alleen had ze zo'n last van haar darmen. Daarbij had één kleinzoon dusdanige rugklach-

ten door het auto-ongeluk gekregen dat hij nog steeds niet goed kon lopen. 'Daar ben ik zo beroerd van, ik kan er gewoon niet van eten,' snikte mevrouw Dekker. Ik had met haar te doen. We besloten de darmklachten even aan te kijken en maakten een afspraak voor over twee weken.

Twee weken later vertelde mevrouw Dekker dat het nog steeds niet lekker ging. Ze voelde zich slap. Eigenlijk was ze sinds januari al aan het kwakkelen. Ze had geen energie, minder eetlust en was steeds zo zenuwachtig. Soms ging het weer even, maar ze kreeg steeds een terugval. Het zat het echtpaar niet lekker. Mij ook niet. Ik besloot verder onderzoek in te zetten. Een week later bespraken we de uitslagen. De longfoto, het bloedonderzoek en de echo van de buik lieten behoudens galstenen geen bijzonderheden zien. Het echtpaar was opgelucht. Ze hadden ook goed nieuws gehad over de kleinzoon. Mevrouw Dekker voelde zich eindelijk een stuk beter. Ze hoopte een tijd bij dokters uit de buurt te blijven.

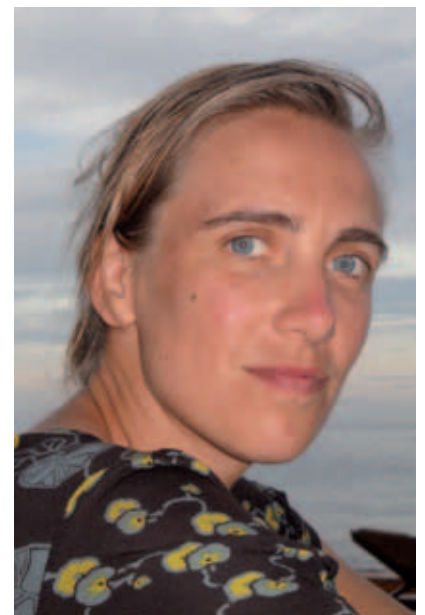
Helaas, die wens kwam niet uit. Een week later moest ik op huisbezoek omdat het niet goed ging met mevrouw. Zij had koliekpijnen rechts boven in de buik en was kotsmisselijk. Het echtpaar was duidelijk aangeslagen door deze wending. Ik vond het ook welletjes. We besloten een spoedafpraak bij de MDL-arts te maken. Deze maakte een colonoscopie. Mevrouw Dekker kon daarna direct door naar de operatietafel. Ze had een obstruerende dikkedarmtumor met uitzaaiingen in de hele buik. Het zag er niet goed uit. Ze kreeg een stoma en hoorde dat ze waarschijnlijk nog maar enkele maanden te leven had. Ook ik was aangedaan door deze uitslag, had ik haar niet eerder moeten doorsturen?

Na het ontslag uit het ziekenhuis ging ik bij het echtpaar langs. Mevrouw Dekker was blij dat ze weer thuis was. In het ziekenhuis had ze geen oog dicht gedaan vanwege het rumoer op zaal. Het verzorgen van de stoma was wel even wennen, dat ding lekte soms. Verder vroeg ze of ik even naar haar medicijnen kon kijken, ze moest er op-

eens zoveel meer slikken. Meneer Dekker las de namen op: acenocoumarol, lanoxin, mesalazine en nog een paar namen waarover hij zijn tong brak. Ik keek op de baxterrol en zag bovenaan de naam 'mevrouw Joosten' staan. Mevrouw Dekker had de medicijnen van haar buurvrouw uit het ziekenhuis meegekregen. 'Het lijkt wel alsof alles fout gaat, wat is dat toch dokter,' riep meneer Dekker wanhopig. Tja, dacht ik terwijl ik mijn hand op zijn schouder legde, dat is Murphy's law. ■

Siri Visser

Siri Visser is waarnemend huisarts.



KENNISTOETS: VRAGEN

De huisarts maakt een visite bij de heer Jonker, 51 jaar. Zijn echtgenote heeft hier eerder die ochtend om gevraagd, omdat haar man sinds anderhalve dag hevig duizelig en misselijk is. Na anamnese en onderzoek stelt de huisarts de waarschijnlijkheidsdiagnose neuritis vestibularis. De huisarts legt uit dat de klachten doorgaans binnen vier dagen afnemen. Zij vraagt de heer Jonker opnieuw contact met haar op te nemen indien zijn klachten niet binnen deze termijn zijn afgenomen. Zij schrijft betahistine voor tegen de duizeligheid en metoclopramide tegen de misselijkheid.

1. De genoemde termijn (binnen 4 dagen) is in dit geval correct.
2. Het voorschrijven van betahistine is in dit geval correct.
3. Het voorschrijven van metoclopramide tegen de misselijkheid is in dit geval correct.

De huisarts heeft samen met de aios de bevalling begeleid van mevrouw Vrede, 29 jaar. De bevalling is goed verlopen en de huisarts onderzoekt het pasgeborene meisje. Haar armpjes en beentjes bewegen symmetrisch. Hij (1) onderzoekt haar beide heupjes op dysplastische heupontwikkeling (DHO).

4. Dit onderzoek (1) hoort bij het standaardonderzoek van de pasgeborene door de huisarts.

De aios bespreekt de familieanamnese met zijn opleider. De vader van de pasgeborene, 39 jaar, heeft coxartrose. De opleider zegt dat het in de familie op jonge leeftijd voorkomen van coxartrose zonder bekende oorzaak een risicofactor is voor DHO.

5. De opleider heeft gelijk.

Het echtpaar Hendriksen komt op het spreekuur om te praten over het drankprobleem van de heer Hendriksen, 62 jaar. Sinds hij een half jaar geleden met vervroegd pensioen is gegaan, drinkt hij elke dag minstens vier flesjes bier. Zijn vrouw zegt dat het drankgebruik leidt tot ruzies in het gezin en dat de sociale contacten eronder lijden. De heer Hendriksen ontkent dat de problemen worden veroorzaakt door de alcohol. Na een uitgebreid gesprek stelt de huisarts de diagnose problematisch alcoholgebruik. Hij meet de bloeddruk van de heer Hendriksen. Hij stelt voor om laboratoriumonderzoek te doen (1) om een betere indruk te krijgen van de mate van het alcoholgebruik.

6. Een risicofactor voor problematisch alcoholgebruik is in dit geval de pensionering.
7. Het meten van de bloeddruk is bij de gestelde diagnose zinvol.
8. Laboratoriumonderzoek is voor het doel na (1) geschikt.

Recent is door de huisarts bij Stefan, 7 jaar, de diagnose astma gesteld. Zijn ouders komen nu met een aantal vragen op het spreekuur. Op de vraag of deze klachten kunnen verdwijnen, antwoordt de huisarts dat kinderen van Stefans leeftijd kans hebben dat de astmaklachten voor of rond de puberteit verdwijnen. De ouders van Stefan vragen ook of hun zoon een poederinhalator kan krijgen in plaats van de voorgeschreven dosisaerosol met voorzetskamer. De huisarts antwoordt dat een poederinhalator pas wordt gegeven bij voldoende inspiratiekracht, (1) hetgeen voor Stefan nog niet geldt.

9. De kans dat astmaklachten voor of rond de puberteit verdwijnen, zoals hierboven vermeld, ligt dicht bij 40% dan bij 70%.
10. Het gestelde na (1) is correct.

De antwoorden staan op pagina 52.

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.

Acute duizeligheid

WAT IS HET PROBLEEM?

Wanneer een patiënt zich presenteert met acute duizeligheid gaat het meestal om het subtype 'vertigo', ofwel de illusie dat je zelf of je omgeving draait dan wel beweegt. Acute draaiduizeligheid wordt vaak als alarmerend ervaren, zowel door dokter als patiënt. De huisarts staat voor de uitdaging om met een eenvoudig gereedschap in weinig tijd onderscheid te maken tussen centrale oorzaken (ernstig/zeldzaam) en perifere oorzaken van draaiduizeligheid (niet ernstig/veelvoorkomend).

WAT MOET IK WETEN?

De gemiddelde huisarts ziet jaarlijks 10-20 patiënten met draaiduizeligheid, voornamelijk vrouwen. Acute draaiduizeligheid wordt meestal veroorzaakt door neuritis vestibularis of door benigne paroxysmale positieveranderingsduizeligheid (BPPD). Andere perifere oorzaken zijn de ziekte van Ménière (zeldzaam) en beschadiging van het labirint door infarct, infectie of trauma (zeldzaam). Centrale oorzaken van draaiduizeligheid zijn onder meer vestibulaire migraine (soms), aandoeningen van hersenstam of cerebellum (ischemie/bloeding/tumor: zeldzaam) en een brughoektumor (zeer zeldzaam). Bedenk dat, gezien de anatomie van hersenstam en cerebellum (alle structuren zitten dicht op elkaar), een centrale oorzaak van draaiduizeligheid in afwezigheid van neurologische klachten onwaarschijnlijk is.

Tot op heden is er nauwelijks wetenschappelijk bewijs voor toepassing van diagnostische tests bij de klacht duizeligheid in de huisartsenpraktijk. Veel van deze tests zijn nooit onderzocht op diagnostische accuratesse. Wanneer een test toch werd onderzocht, ging het meestal om tweede/derdelijns onderzoek bij patiënten die niet representatief zijn voor de huisartsenpraktijk. Onderdelen uit de anamnese die mogelijk een centrale oorzaak van duizeligheid voorspellen, zijn onder andere: leeftijd > 50 jaar (Oxford Level of Evidence [LOE] 3), begeleidend hoofd- of nekpijn (LOE 2) en aan de duizeligheid gepaard gaande neurologische verschijnselen, zoals dubbelzien, slikklachten of een gestoorde spraak (LOE 4). Voor de veel toegepaste kiepproef volgens Dix-Hallpike (positief bij BPPD) is de wetenschappelijke onderbouwing beperkt (gemiddelde sensitiviteit voor BPPD is 80%, specificiteit onbekend). Minder bekend maar veelbelovend is de Head Impulse Test (HIT) voor het aantonen van een perifere vestibulaire oorzaak van duizeligheid (gepoolde sensitiviteit 63% (95% BI 40-81%), specificiteit 93% (83-98%), positieve likelihood ratio 9,3 (4,3-20,1). Bij deze test fixeert de patiënt zijn ogen op een voorwerp in de middellijn (bijvoorbeeld neus huisarts), waarna de arts het hoofd van de patiënt in het horizontale vlak snel naar links en rechts beweegt. De test is negatief wanneer de patiënt in staat is te blijven fixeren, en positief wanneer de ogen van de

patiënt eerst meebewegen in de richting van de opgelegde zijdelinge beweging en vervolgens compensatoir 'herfixeren' (www.youtube.com/watch?v=CZXDNLGG8k). Een negatieve HIT bij acute draaiduizeligheid kan passen bij een centrale oorzaak, terwijl een positief resultaat pleit voor een perifere vestibulaire oorzaak (LOE 1). Wanneer bij lichamelijk onderzoek een nieuwe neurologische afwijking wordt gevonden, pleit dit voor een centrale oorzaak (LOE 2).

WAT MOET IK DOEN?

De huisarts moet allereerst een ernstige oorzaak uitsluiten. Hij vraagt naar de duur van de duizeligheid, een mogelijk (baro) trauma, uitlokkende factoren (zoals hoofdbewegingen), begeleidend klachten (acute doofheid, oorsuizen, hoofdpijn, lichtschuwheid, dubbelzien, spraakstoornissen, slikstoornissen, afname kracht/gevoel) en eventueel naar het cardiovasculair risicoprofiel (prior kans op een cerebrovasculaire oorzaak van draaiduizeligheid neemt toe bij meer cardiovasculaire risicofactoren). Tijdens lichamelijk onderzoek doet de huisarts een korte screening van de ogen (nystagmus, oogbewegingen, aanwijnzen voor Horner's syndroom (miosis/ptosis)), oren (trommelvliezen, gehoor globaal), gelaat (spierkracht, dysarthrie, dysfagie) en extremiteiten (spierkracht, sensibiteit, coördinatie, vermogen om te lopen). Directe verwijzing behoeven: elk begeleidend neurologisch verschijnsel, nieuwe hoofdpijn, acute doofheid en een verticale nystagmus. Wanneer er geen aanwijzingen zijn voor een ernstige oorzaak, verricht de huisarts de kiepproef van Dix-Hallpike en de HIT om respectievelijk BPPD en neuritis vestibularis aan te tonen. Indien – bij aanhoudende draaiduizeligheid zonder rode vlaggen – de Dix-Hallpike en de HIT negatief zijn, kan er sprake zijn van vestibulaire migraine of de ziekte van Ménière. De huisarts kan in dat geval symptomatisch behandelen en (niet-acute) verwijzing overwegen.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Draaiduizeligheid door neuritis vestibularis kan de eerste dagen bijzonder hevig zijn. In de acute fase kan de huisarts zo nodig een anti-emeticum voorschrijven (zoals metoclopramide). De klachten nemen meestal na een paar dagen af. Soms blijven ze gedurende langere tijd in mildere vorm aanwezig. Wanneer de klachten langer dan een maand aanhouden, is vestibulaire rehabilitatie (LOE 1) het overwegen waard. De patiënt kan hiervoor verwezen worden naar fysiotherapeut of KNO-arts. ■

LITERATUUR

- 1 Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: www.cebm.net/index.aspx?o=5653.
- 2 Dros J, Maarsingh OR, Van der Horst HE, Bindels PJ, Ter Riet G, Van Weert HC. Tests used to evaluate dizziness in primary care. CMAJ 2010;182:E621-E631.
- 3 Tarnutzer AA, Berkowitz AL, Robinson KA, Hsieh YH, Newman-Toker DE. Does my dizzy patient have a stroke? A systematic review of bedside diagnosis in acute vestibular syndrome. CMAJ 2011;183:E571-E592.
- 4 Barraclough K, Bronstein A. Vertigo. BMJ 2009;339:b3493.

Chronische duizeligheid

WAT IS HET PROBLEEM?

Huisartsen vinden de klacht duizeligheid vaak lastig: het is een specifiek verschijnsel en het kent veel verschillende oorzaken. Regelmatig blijft de oorzaak onduidelijk, ook na uitgebreid onderzoek. Bij chronische duizeligheid is veelal sprake van meer dan één oorzaak, met name onder ouderen. De uitdaging voor de huisarts is identificatie van de verschillende oorzaken, met name die waarvoor behandeling bestaat.

WAT MOET IK WETEN?

Van alle 65-plussers bezoekt 10% jaarlijks de huisarts vanwege duizeligheid. Er bestaat geen eenduidige definitie van chronische duizeligheid. Van deze groep heeft 70% langer dan zes maanden klachten.

Duizeligheid wordt onderverdeeld in vier subtypen: vertigo (draaierigheid), presyncope (licht in het hoofd), disequilibrium (onvastheid ter been) en overige duizeligheid. De helft van alle duizelige ouderen lijdt aan een combinatie van deze subtypen.

Uit de Tweede Nationale Studie (NS2) kwam naar voren dat huisartsen bij 40% van de duizelige ouderen een symptoomdiagnose als einddiagnose registreerden. De onderzoeksgroep Dizziness In Elderly Patients (DIEP) deed onderzoek naar oorzaken van duizeligheid bij ouderen in de huisartsenpraktijk. Een cardiovasculaire aandoening bleek de meest voorkomende hoofdoorzaak van duizeligheid (57%; vooral orthostatische hypotensie), gevolgd door een aandoening van het evenwichtsorgaan (14%; met name benigne paroxysmale positieveranderings-duizeligheid (BPPD)). Bij 62% van de patiënten was sprake van verschillende oorzaken; bij 25% speelde medicatiegebruik een medebepalende rol en bij 20% een psychiatrische aandoening. Het DIEP-onderzoek liet tevens zien dat patiënten die zich ernstig beperkt voelen door duizeligheid, meer kans hebben op een angst- of stemmingsstoornis.

De basis voor diagnostiek van chronische duizeligheid is de anamnese. Hoewel richtlijnen over duizeligheid tal van diagnostische tests adviseren, bestaat hiervoor nauwelijks wetenschappelijke onderbouwing. Uitgebreide onderbouwing is er wel voor inzet van de Epley-manoeuvre ter behandeling van BPPD (Oxford Level of Evidence (LOE) 1) en voor vestibulaire rehabilitatie bij neuritis vestibularis (LOE 1). De diverse aanbevelingen bij orthostatische hypotensie (water drinken, zoutsuppletie of steunkousen) zijn niet wetenschappelijk onderbouwd. Uit de NS2-gegevens bleek dat huisartsen voor 10% van de ouderen met niet-vestibulaire duizeligheid antivertigineuze medicatie voorschreven. Ook hiervoor ontbreekt de wetenschappelijke onderbouwing. De onderbouwing voor betahistine bij de ziekte van Ménière, tot slot, is beperkt en niet conclusief.

WAT MOET IK DOEN?

Beoordeel altijd de medicatiestatus. Besteed aandacht aan medische voorgeschiedenis, subtype duizeligheid, duur van de

episode, begeleidend verschijnselen en uitlokkende of beïnvloedende factoren. Loop de verschillende oorzaakscategorieën van duizeligheid systematisch af (medicatie, cardiovasculair, bewegingsapparaat, neurologie, psychiatrie, vestibulair, visus). Doe dit ook wanneer de hoofdoorzaak is geïdentificeerd: mogelijk zijn er andere, bijdragende, oorzaken die ruimte bieden voor behandeling. Overweeg een cerebrovasculaire oorzaak bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico en onbegrepen draaiduizeligheid. Houd rekening met een angst- of stemmingsstoornis wanneer een patiënt zich ernstig beperkt voelt door de duizeligheidsklachten.

Stel zelf voorafgaand aan lichamelijk/aanvullend onderzoek kritische vragen: 'Weet ik na deze test meer?', 'Levert de uitkomst aanknopingspunten voor behandeling?' Meer diagnostiek betekent meer gegevens, maar niet per definitie extra (zinvolle) informatie. Verricht lichamelijk/aanvullend onderzoek indien de anamnese hiertoe aanleiding geeft, bijvoorbeeld auscultatie van het hart bij inspanningsgebonden klachten. Verwijzing voor diagnostiek kan zinvol zijn, bijvoorbeeld naar een klinisch geriater bij multifactoriële duizeligheid met valneiging. Verricht de Epley-manoeuvre bij een vermoeden van BPPD (<http://www.youtube.com/watch?v=mx1VoQtDquc&feature=youtu.be>). Overweeg vestibulaire rehabilitatie bij persistente duizeligheid na neuritis vestibularis, bijvoorbeeld door te verwijzen naar een fysiotherapeut of KNO-arts.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Orthostatische hypotensie kan ontstaan als het lichaam zich na houdingsverandering niet snel genoeg aanpast en er te weinig bloed naar de hersenen stroomt. Deze aanpassing verloopt minder goed op hogere leeftijd. Ook medicatie, zoals alfablokken of ACE-remmers, kan orthostatische hypotensie veroorzaken. Wijs de oudere patiënt op de folder 'Ik ben ouder dan 70 jaar en duizelig' (www.thuisarts.nl). BPPD herstelt meestal binnen een maand. U kunt de patiënt eventueel adviseren de Epley-manoeuvre thuis uit te voeren (<http://youtube.com/pa6t-Bpg494>).

Ten slotte: chronische duizeligheid is moeilijk te behandelen. Inzet van behandeling is doorgaans (multifactoriële) reductie van ervaren beperking in plaats van genezing. ■

LITERATUUR

- 1 Oxford Centre for EBM: www.cebm.net/index.aspx?o=5653.
- 2 Maarsingh OR, Dros J, Schellevis FG, Van Weert HC, Van der Windt DA, Ter Riet G, et al. Causes of persistent dizziness in elderly patients in primary care. *Ann Fam Med* 2010;8:196-205.
- 3 Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Cochrane Database Syst Rev* 2004, update 2010.
- 4 Hillier SL, McDonnell M. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev* 2011.

VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam; dr. O.R. Maarsingh, huisarts-onderzoeker en epidemioloog • Correspondentie: o.maarsingh@vumc.nl



Mirena en acne

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 Een 23-jarige vrouw komt op het spreekuur met de wens over te stappen van orale anticonceptie naar het levonorgestrelhoudend spiraal (Mirena®). Zij heeft sinds het gebruik van orale anticonceptie acne en heeft gehoord dat een levonorgestrelhoudend spiraal (LS) dit kan verminderen. Wij vroegen ons af of gebruik van een LS het beloop van acne vulgaris gunstig of ongunstig beïnvloedt.

Zoekstructuur Zoekstrategie Cochrane Library: 'intrauterine device' en 'acne'. Zoekstrategie PubMed: 'Intrauterine Devices' [MeSH] AND 'acne' [tw]. Limits: last 20 years, humans, English.

Resultaten In de Cochrane-database selecteerden we 6 publicaties; één artikel was relevant voor onze vraagstelling.¹ Deze publicatie bevatte 2 relevante referenties van RCT's over het verband tussen het LS en acne.^{2,3} De zoekstrategie in PubMed leverde geen RCT's op. Wel vonden we twee artikelen – een prospectief niet-gerandomiseerd en een open niet-vergelijkend onderzoek – die eveneens relevant waren voor onze vraagstelling.^{4,5}

Bespreking Andersson et al. vergeleken het LS met het koperhoudend spiraal en keken naar bijwerkingen en redenen voor vroegtijdige verwijdering. Deze RCT onderzocht 2758 vrouwen gedurende 5 jaar. Bij 3 maanden gebruik kwam acne als bijwerking significant vaker voor bij het LS dan bij het koperhoudend spiraal (3,5% versus 0,4%; $p < 0,001$). Na 5 jaar was dit verschil niet langer significant (1,8% versus 0,3%). Vrouwen met een LS lieten het spiraal significant vaker vroegtijdig verwijderen vanwege acne (2,3% versus 0,4%; $p < 0,05$).^{1,2}

In een RCT van Suhonen et al. werden vrouwen met het LS vergeleken met gebruiksters van orale anticonceptie gedurende 1 jaar ($n = 200$). Vrouwen met het LS kregen relatief meer last van acne, maar dit verschil was niet significant (OR 1,75 [1,0-3,1], $p = 0,051$).^{1,3}

Kelekci et al. vergeleken het effect van het LS en het koperhoudend spiraal op menstruatie en dysmenorroe bij 74 vrouwen met en zonder adenomyose, een vorm van endometriose. In dit prospectieve niet-gerandomiseerde onderzoek werden de gebruiksters van beide spiralen dermatologisch getest vóór plaatsing, en 1 en 12 maanden na plaatsing. Bij LS-gebruiksters werden 12 maanden na plaatsing significant hogere ac-

nescores gezien, vergeleken met de baselinescore ($1,33 \pm 0,67$ versus $1,17 \pm 0,49$ op schaal 1-4; $p < 0,05$).⁴

Dubuisson et al. keken in een open, niet-vergelijkend onderzoek naar bijwerkingen die kunnen leiden tot vroegtijdige verwijdering van het LS bij vrouwen tussen 35 en 45 jaar ($n = 203$). Bij 54 van de 203 vrouwen (26,6%) bleek sprake van een mogelijk met LS geassocieerde bijwerking, waarvan acne de meest voorkomende was (8,9%). In totaal lieten 23 vrouwen het LS vroegtijdig verwijderen, van wie twee vanwege acne.⁵

Conclusie Het Mirena-spiraal bevat levonorgestrel, een hormoon met androgene werking. In twee onderzoeken kwam de bijwerking acne vulgaris vaker voor bij het LS dan bij het koperhoudend spiraal en bij één onderzoek kwam acne vulgaris vaker voor bij het LS dan bij orale anticonceptie. Acne vulgaris kan optreden in de eerste 12 maanden na plaatsing en is waarschijnlijk van voorbijgaande aard. Acne als bijwerking van het LS is op dit moment een van de redenen om het LS vroegtijdig te verwijderen.

Betekenis In tegenstelling tot wat bovenstaande patiënte verwachtte, lijkt acne juist vaker voor te komen bij gebruik van een LS. Voor de huisarts is het van belang om vrouwen met wens tot plaatsing van een LS te informeren over acne vulgaris als mogelijke bijwerking, en te benadrukken dat deze bijwerking waarschijnlijk vanzelf weer verdwijnt. Mogelijk zal dit ertoe leiden dat minder vrouwen het spiraal vroegtijdig laten verwijderen vanwege acne. Ten slotte is het zinvol dat de huisarts vrouwen met contactreden acne ook vraagt naar aanwezigheid van een LS als mogelijke verklaring voor de klachten. ■

LITERATUUR

- 1 French R, Sorhaindo AM, Van Vliet HAAM, Mansour DD, Robinson AA, Logan S, et al. Progestogen-releasing intrauterine systems versus other forms of reversible contraceptives for contraception. The Cochrane Library, 2010, Issue 2: CD001776.
- 2 Andersson K, Odland V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs during five years of use. Contraception 1994;49:5672.
- 3 Suhonen S, Haukkamaa M, Jakobsson T, Rauramo I. Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: a comparative study. Contraception 2004;69:407-12.
- 4 Kelekci S, Kelekci K, Yilmaz B. Effects of levonorgestrel-releasing intrauterine system and T380A intrauterine copper device on dysmenorrhea and days of bleeding in women with and without adenomyosis. Contraception 2012;86:458-63.
- 5 Dubuisson J, Mugnier E. Acceptability of the levonorgestrel-releasing intrauterine system after discontinuation of previous contraception: results of a French clinical study in women aged 35 to 45 years. Contraception 2002;66:121-8.

Intermitterend gebruik inhalatiecorticosteroiden

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 Richtlijnen adviseren inhalatiecorticosteroiden (ICS) dagelijks te gebruiken bij patiënten met persisterend astma. In de praktijk zien we echter frequent dat patiënten hun medicatie intermitterend gebruiken of dat artsen het advies geven de ICS tijdelijk te gebruiken bij het begin van een exacerbatie, gedurende 1-2 weken.

Klinische vraag Is er verschil in effectiviteit en veiligheid tussen het dagelijks en intermitterend gebruik van ICS door kinderen en volwassenen met (een vermoeden van) persisterend astma?

Conclusie auteurs In de meta-analyse van deze review zijn de data gebruikt van 1211 patiënten uit zes verschillende trials, gepubliceerd voor 2012. Vier trials hadden betrekking op kinderen en twee trials richtten zich op volwassenen. Alle trials waren van methodologisch goede kwaliteit. Er is geen statistisch significant groepsverschil aangetoond in het risico op een exacerbatie die orale corticosteroiden vereist (RR 1,07; 95% BI 0,87-1,32). Dagelijks gebruik van ICS is iets beter qua peak-expiratory-flow, symptoomvrije dagen, astmacontrole en gebruik van β_2 -agonisten als noodmedicatie. Er werden geen significante groepsverschillen gezien in geblazen FEV₁, kwaliteit van leven, luchtweghyperreactiviteit, bijwerkingen, aantal eerstehulpbezoeken en ziekenhuisopnames.

Beide behandelingen lijken veilig te zijn, er zijn echter wel aanwijzingen dat continu gebruik van ICS geassocieerd is met afgenomen groei over de studieduur van 44-52 weken (0,41cm; 95% BI 0,13-0,69).

Beperkingen Opvallend genoeg heeft slechts één auteur de titels en samenvattingen beoordeeld op inclusie. Van de geïncludeerde onderzoeken is de gemiddelde follow-up betrekkelijk kort en lijkt er een zwaartepunt te liggen bij onderzoeken die betrekking hadden op kinderen. Er zijn twee trials geïncludeerd, waarbij er grote kans is dat het nog niet gaat om astma, maar om bijvoorbeeld postvirale bronchiale hyperreactiviteit.

COMMENTAAR

Huisartsen krijgen regelmatig de vraag of intermitterend gebruik van ICS niet ook volstaat voor de behandeling van astma.

Patiënten hebben moeite met therapietrouw, zeker als ze periodes klachtenvrij zijn. Sommige patiënten zouden wellicht zelfs kiezen voor iets meer klachten, als dit gebruiksgemak oplevert. De auteurs van deze review zijn dan ook ingegaan op een bijzonder interessante en prikkelende onderzoeksvraag. Maar wat nu te adviseren? Er lijken geen statistisch significante verschillen te bestaan in belangrijke uitkomstmaten, zoals exacerbaties, waarbij orale corticosteroiden vereist zijn. Of zijn deze verschillen niet gevonden, gezien de beperkte power? Door de brede betrouwbaarheidsintervallen zullen de mogelijk relevante verschillen ook niet eenvoudig aangetoond kunnen worden.

Verder is de vraag of deze onderzoekspopulatie zich wel eenvoudig laat vertalen naar de Nederlandse huisartsgeneeskundige setting. In onze praktijken zien we minder ernstig zieke kinderen en in Nederland is het meest voorgeschreven ICS fluticason, een middel dat in deze review niet getest is.

De beperkte follow-up tijd van 12-52 weken is tevens een punt van aandacht bij het maken van een keuze. Wat zijn de eventuele consequenties van intermitterend ICS-gebruik op de lange termijn (meer dan een jaar) voor bijvoorbeeld de longfunctie? Astma kenmerkt zich ten slotte pathofysiologisch door een chronische inflammatie van de luchtwegen.

Moet u ondanks bovenstaande de optie van intermitterend ICS toch nog met uw patiënt bespreken? De auteurs geven aan dat zij op basis van hun meta-analyse hier geen duidelijke uitspraak over kunnen doen. Het blijft zoals altijd een kwestie van maatwerk. De arts zal de voor- en nadelen van elke behandeloptie zorgvuldig moeten afwegen, ook rekening houdend met een eventueel langetermijneffect. Intermitterend gebruik van ICS is wellicht voor sommige patiënten het hoogst haalbare. Stimuleer uw patiënten dan in elk geval de puffer 1-2 weken aaneengesloten te gebruiken en evalueer uw beleid regelmatig. Verder lijkt dagelijks gebruik, zoals de NHG-standaarden adviseren, toch te prefereren. ■

LITERATUUR

- 1 Chauhan BF, Chartrand C, Ducharme FM. Intermittent versus daily inhaled corticosteroids for persistent asthma in children and adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art.No.: CD009611. DOI: 10.1002/14651858.CD009611.pub2.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Juist / 2. Onjuist / 3. Juist

Een continu aanwezige draaiduizeligheid die verergert door beweging, zonder gehoorverlies of neurologische uitvalverschijnselen, wijst op een *neuritis vestibularis*. Deze aandoening wordt gezien als neuropathie; de oorzaak is onbekend. Er is een associatie met het voorkomen van infecties, met name van de luchtwegen. De heftigheid van de duizeligheid maakt bedrust vaak noodzakelijk. De duizeligheid neemt meestal binnen enkele dagen af. Wel kunnen hierna langere tijd lich- te klachten blijven bestaan. Er is geen behandeling waardoor de aandoening sneller geneest. Indien nodig kan de patiënt medicatie tegen misselijkheid en braken gebruiken.

Verheij AAA, Van Weert HCPM, Lubbers WJ, Van Sluisveld ILL, Saes CAF, Eizenga WH, et al. NHG-Standaard Duizeligheid. www.nhg.org.

4. Onjuist / 5. Juist

Het standaardonderzoek van de extremiteiten van pasgeborenen bestaat uit de beoordeling van het bewegingspatroon van armen en benen en het onderkennen van dysmorphe kenmerken. Het onderzoek van de heup hoeft niet direct post-partum te gebeuren, omdat er geen geschikte onderzoeksmethode bestaat. Het eerste heuponderzoek en de anamnese voor risicogroepdetectie kunnen plaatsvinden na circa vier weken, (meestal) op het consultatiebureau voor zuigelingen. Bij 1-5% van de pasgeborenen wordt luxeerbaarheid van de heupen vastgesteld. Het natuurlijk beloop van de neonataal luxeerbare heup is in de meeste gevallen gunstig: 80-90% herstelt zich spontaan. Dysplastische heupontwikkeling (DHO) komt vaker voor bij meisjes, bij kinderen die in het laatste trimester van de zwangerschap in stuit lagen, bij een positieve familie-anamnese voor DHO en/of coxarthrose voor het 45^{ste} jaar, bij kinderen met voetafwijkingen, torticollis, neurologische afwijkingen of exorotatiestand van een been.

Van Aarnhem AMS, Van Bommel MD, Crone-Kraaijeveld E, Merx JAM, Renckens ALJM, Somford RG, et al. NHG-Standaard Onderzoek van de pasgeborene. www.nhg.org.

6. Juist / 7. Juist / 8. Onjuist

De belangrijkste groep met vergroot risico op alcoholproblematiek wordt gevormd door mannen met psychosociale problemen als gevolg van ingrijpende levensgebeurtenissen. Vanwege de ongeveer verdubbelde kans op morbiditeit en mortaliteit, gerelateerd aan hart- en vaatziekten, en de bloeddrukverhogende werking van alcohol, zijn er aanwijzingen dat het zinvol is de bloeddruk te meten. Laboratoriumonderzoek van CDT (koolhydraatdeficiënt transferrine), gammaGT en MCV geeft geen definitief uitsluitsel over de mate van het alcoholgebruik en wordt daarom niet aanbevolen. Een afwijkende waarde van één van deze tests is wel een extra aanwijzing voor problematisch alcoholgebruik. Bij sommige patiënten kan de huisarts gebruikmaken van bovengenoemde bloedtests om de patiënt te motiveren zijn gedrag te veranderen of het alcoholgebruik te volgen.

Meerkerk CJ, Aarns T, Dijkstra RH, Weisscher PJ, Njoo K, Boomsma LJ. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (tweede herziening). www.nhg.org.

9. Onjuist / 10. Onjuist

De diagnose astma is bij kinderen van 6 jaar en ouder op grond van het klachtenpatroon – het aanvalsgewijs optreden van kortademigheid met piepen en eventueel hoesten – en lichamelijk onderzoek, ondersteund door allergologisch onderzoek en spirometrie, met een redelijke mate van zekerheid te stellen. Bij tweederde van de kinderen, bij wie deze diagnose is gesteld op de leeftijd van 6 jaar of ouder, verdwijnen de symptomen en klachten voor of rond de puberteit. Bij de helft van deze groep treden op latere leeftijd echter opnieuw klachten op. Bij voldoende inspiratiekracht is de longdepositie van *poederinhalatoren* hoger dan die van dosis-aerosolen zonder inhalatiekamer. Bovendien bestaat er geen coördinatieprobleem. Het hangt van de inspiratiekracht van het individuele kind af wanneer het een poederinhalator kan gebruiken. Dit lijkt haalbaar vanaf 6 à 7 jaar.

Bindels PJE, Van der Wouden JC, Ponsioen BP, Brand PLP, Salomé PL, Van Hensbergen W, et al. NHG-Standaard Astma bij kinderen (tweede herziening). www.nhg.org.



Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

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

Redactiesecretariaat

Henny Helsloot, Marjolien 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



Meerwaarde

De computer in mijn spreekkamer bleek onlangs te traag geworden voor mijn HIS, dus moest ik een nieuwe aanschaffen. Die was wel lekker snel, maar ik moest opeens ook allerlei software en randapparatuur vervangen, en certificaten en handige toepassingen opnieuw installeren. Op dat moment was die nieuwe computer in mijn ogen niet meer zo fijn!

Kent u dat fenomeen? Aan de ene kant zie je de gemakken, aan de andere kant de nadelen – oftewel een *double bind*. We komen die bij het NHG ook regelmatig tegen. Huisartsen zijn tevreden over hun wetenschappelijke vereniging omdat we honderden klinische onderwerpen hebben samengevat in goed toegankelijke standaarden, de taal van een eenduidige registratie in het HIS hebben geschreven, scholing en indicatoren hebben ontwikkeld en publieksversies van de richtlijnen op Thuisarts.nl hebben gezet. Maar ik hoor ook terug dat huisartsen het soms als een last voelen als het NHG weer iets nieuws uitbrengt. De verschijning van een nieuwe standaard geeft soms eerder een schuldge-



voel dan een 'ha, lekker handig!'-gevoel. Daarin speelt mee dat anderen vaak normen verbinden aan onze richtlijnen. Je vraagt je dan af of we bijvoorbeeld de NHG-Standaard over Parkinson wel hadden moeten maken. Met andere woorden: als er een patiënt tegenover je zit met mogelijk de ziekte van Parkinson, is het dan wel of niet handig dat er een standaard over bestaat? Ik denk het wel, maar het voelt niet goed dat ervan wordt uitgegaan dat u zo'n standaard meteen uit uw hoofd kent.

Wij zien uw *double bind*, maar we willen er ook voor blijven zorgen dat u relevante informatie op het juiste moment ter beschikking heeft, zodat u zich kunt concentreren op de zorgvraag van de patiënt. Want daarin ligt de meerwaarde van het NHG.

Rob Dijkstra

Thuisarts.nl wint innovatieprijs ZN!

ZN reikt de Niek de Jongprijs tweejaarlijks uit voor 'goed nieuws in de gezondheidszorg'. Ditmaal sleepte Thuisarts.nl de prijs in de wacht, onder meer omdat het 'een goed hulpmiddel is voor mensen die thuis informatie zoeken, en in de spreekkamer veel wordt gebruikt door huisartsen in hun gesprek met de patiënt'. Ook wordt gewaardeerd dat Thuisarts.nl bijdraagt aan de transparantie van de zorg en het zelfmanagement van de patiënt.

Nu ook Thuisarts-app en films

Afhankelijk van de goedkeuring door de App-store verschijnt een dezer dagen ook de Thuisarts-app. Hiermee kan de patiënt persoonlijke informatie toevoegen, zoals medicatie of vragen aan de huisarts. Later komt ook een



André Rouvoet, voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland, overhandigt de bij de prijs behorende cheque van 10.000 euro aan Ton Drenthen, projectleider van Thuisarts.nl.

Android-versie uit. Het laatste nieuws over de apps leest u op www.nhg.org. Ook zijn inmiddels de eerste filmpjes toegevoegd aan Thuisarts.nl; hiervan volgen er dit jaar meer.

Nieuw! NHG-Praktijkhandleiding Bevolkingsonderzoek darmkanker

Deze maand gaat het bevolkingsonderzoek darmkanker van start en daarmee krijgt ook u als huisarts te maken. Daarom heeft het NHG een Praktijkhandleiding over dit onderwerp ontwikkeld, die aansluit bij de andere materialen die u ondersteunen bij de uitvoering van het bevolkingsonderzoek. Deze Praktijkhandleiding beschrijft onder meer de verschillende stappen van het bevolkingsonderzoek en de rol van de huisarts en praktijkassistente daarin.

Bovendien: gratis e-learning!

Alle huisartsen hebben bovendien gratis toegang tot de e-learning die is ontwikkeld over het bevolkingsonderzoek darmkanker. Deze 'internet-PIN' kunt u vinden op www.nhg.org onder scholing > e-learning.

De regionale screeningsorganisaties organiseren geaccrediteerde scholingsbijeenkomsten voor huisartsen en praktijkassistenten.

Denk mee over oncologische huisartsenzorg!

Kanker is een veelvoorkomende ziekte geworden, met vaak een langdurige fase van zorg na de initiële behandeling. Steeds meer patiënten komen dan terug in de huisartsenzorg. Het NHG ontwikkelt een Standpunt over de rol van de huisarts in de verschillende fasen van het oncologisch zorgproces en beschrijft de richting waarin de

huisartsenzorg zich in de komende jaren wil ontwikkelen. Het concept-NHG-Standpunt *Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk* gaat nu de commentaarronde in en ook uw reactie wordt zeer op prijs gesteld. U vindt het concept-Standpunt op HAweb.nl. De reactietermijn sluit op 10 maart.

Help, een spoedgeval!

Maar liefst 2533 huisartsen bezochten het NHG-Congres over de spoedhulpverlening door de huisarts; een record-aantal! Hieronder leest u een korte impressie van het congres en van de preconference de avond tevoren. Een uitgebreider verslag, gelardeerd met diverse foto's, is te vinden op www.nhg.org; hierin is ook aandacht besteed aan enkele workshops.

Preconference: Theatergroep Plezant speelt *Oog in Oog*

Op de donderdagavond voorafgaand aan het congres bezoeken zo'n zeshonderd congresgangers deze theatervoorstelling. Huisarts Arthur heeft een fout gemaakt en de echtgenote van de overleden patiënt neemt hem dat zeer kwalijk. Terwijl hij wacht op de tuchtzaak volgen we hem bij alle emoties die hij doormaakt. Angst, woede en frustratie wisselen elkaar af. Bovenal zijn gevoel van eenzaamheid is aangrijpend. En hoe kan het toch dat al zijn collega's hem in de steek laten en zorgvuldig zwijgen over hun eigen aandeel in de zaak? Veel bezoekers praten nog lang na over de voorstelling, waarin zoveel herkenbare zorgen en angsten voorbijkwamen. 'Schuldig of niet schuldig, that's the question!'

Prijsuitreikingen

Nadat de congresgangers welkom zijn geheten worden twee prijzen uitgereikt:

- **Casuïstiekprijs:** deze wordt jaarlijks toegekend voor de beste klinische les in H&W. Dit jaar is de winnaar Rob van Kimmenaede. De jury vond zijn artikel *Een eenzijdig vergrote tonsil* (Huisarts Wet 2013;56(2):80-2) het best omdat dit echt vanuit de huisarts is geschreven. Helaas is Van Kimmenaede de dag tevoren gevallen bij het schaatsen en daarbij 'acuut geblesseerd' geraakt; hij kan de prijs dus niet zelf in ontvangst nemen.
- **Heert Dokterprijs:** deze wordt jaarlijks uitgereikt voor het beste onderzoeksartikel in H&W. Dit jaar is de winnaar Ferdinand Schreuder. De jury vond zijn artikel *Vitamine D bij pijn van het bewegingsapparaat* (Huisarts Wet 2013;56(7):310-3) het best, want: 'Het is een mooi klein onderzoek en de resultaten zijn direct toepasbaar in de huisartsenpraktijk.'



Ferdinand Schreuder ontvangt de Heert Dokterprijs voor zijn artikel *Vitamine D bij pijn van het bewegingsapparaat*

Opening van het congres

Bij de opening van het congres gaat NHG-bestuursvoorzitter Rob Dijkstra in op het nieuwe NHG-Standpunt over de huisartsgeneeskundige spoedzorg. Hij houdt een pleidooi voor de uitbreiding van de diagnostische mogelijkheden in de huisartsenpost, waarbij hij de röntgenfoto bij enkelblessures als voorbeeld neemt. 'Als wij röntgenonderzoek in eigen beheer kunnen uitvoeren, is alleen op enkelblessures al meer dan een miljoen euro per jaar te besparen.' Ook attendeert Dijkstra de aanwezigen erop dat binnenkort de Kaderopleiding Spoedzorg van start gaat. Congresvoorzitter Yvonne Guldmond opent hierna het wetenschappelijk deel van het programma met een korte toelichting op een aantal programmaonderdelen. 'Het ABCDE vormt de basis voor het leren denken in toestandsbeelden in plaats van diagnoses. Dit is nodig voor een uniforme aanpak binnen de spoedzorg. Het NTS is daarbij essentieel in de triage.'

Openingslezingen

- **Veiligheid in de gezondheidszorg – het belang van onderzoek naar incidenten en ongevallen.** Mr. Tjibbe Joustra, voorzitter van de Onderzoeksraad voor Veiligheid, kan veel vertellen over maatregelen om de veiligheid in de luchtvaart te bevorderen. Bij heel veel rampen blijkt miscommunicatie de oorzaak. 'Misschien kwam het onlangs in Tuitjenhorn ook wel door de onderlinge communicatie dat de situatie zo uit de hand kon lopen.' Joustra benadrukt dan ook het belang van een goede, open benadering van elkaar, en een sfeer waarin je elkaar kunt aanspreken op fouten of gedrag. Echter: 'De Onderzoeksraad is niet op zoek naar schuldigen, maar naar manieren om te kijken hoe het beter kan.' Certificering biedt onvoldoende garanties voor veiligheid. Het melden van incidenten blijft de meeste mogelijkheden tot verbetering bieden.

NHG-AGENDA 2014 data



- **Nieuwjaarssymposium kaderhuisartsen** 16 januari
- **Huisartsbeurs** 22 maart
- **Derde Nederlands Triage Congres** 10 april
- **NHG-Voorjaarscongres 2014 Hart in Beweging** 22 mei
- **Algemene Ledenvergadering** 5 juni
- **NHG-Wetenschapsdag** 13 juni
- **NHG-Congres Dokteren doe je niet alleen** 21 november

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

• *Huisarts en spoed, dat doen we goed!* Dr. Paul Giesen, projectleider Spoedzorgonderzoek UMC St Radboud, stelt dat in Nederland de spoedzorg uitstekend is georganiseerd. Maar de rol van de huisarts in de triage is nog niet helemaal uitgekristalliseerd. Interessant is dat er grote verschillen zijn in de spoedzorgconsumptie in diverse landen. 'De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de eigen praktijk doet de zorgconsumptie op de huisartsenpost afnemen!' Overigens is er nu een lichte daling te zien in de spoedzorgconsumptie, nadat deze eerst sterk was toegenomen na de oprichting van de huisartsenposten. Toch is slechts 10% van de spoedhulpvragen echt onnodig; 70% is noodzakelijk en 20% is 'invoelbaar'. Zorgpuntje is dat de triage in de dagpraktijk van matige kwaliteit is. De praktijkassistente heeft moeite met het herkennen van hoge urgentie en de benodigde hulpinzet. Bij 55% van de praktijken checkt de huisarts niet de door de assistente gegeven adviezen, terwijl is aangetoond dat dit de kwaliteit daarvan doet toenemen. 'Nu er minder ambulancemeldkamers komen en minder SEH's, wordt het de vraag of wij geen "huisartsen-plus-spoedzorg" moeten gaan leveren.' De taakverdeling in de spoedzorg is volgens Giesen de komende uitdaging.

Workshops: leren en doen

Bij een congres met zo'n 'spannend' thema is het niet verbaazingwekkend dat de workshops een zeer levendig beeld bieden. Natuurlijk kun je je kennis verdiepen – en dat is nuttig. Maar op veel plekken kun je lekker zelf aan de slag – en dat is nuttig én leuk! In de 'vaardighedencarousels' kunnen de aanwezigen bijvoorbeeld oefenen in het hechten van wonden op echte varkenspootjes, het verwijderen van een corpus alienum uit (varkens)ogen, het inbrengen van een blaaskatheter of een intraveneuze canule, maar ook in veiligheids technieken en nog veel meer! Er zijn simulatiepatiënten op vele plekken, bijvoorbeeld bij de scenariotrainingen. Het blijft lastig om het diagnosesdenken los te laten in spoedeisende situaties. 'Op weg naar een spoedgeval denk ik al: het zal wel dit of dat zijn, en als ik dan ter plaatse kom richt ik me daar ook meteen op', zegt een van de deelnemers. Maar natuurlijk zijn er ook voordelen, aldus een workshopleider:

'De meerdere kennis van een arts heeft inderdaad als nadeel dat er meteen een diagnose naar boven komt. Maar als je het ABCDE hebt doorlopen heeft het wel degelijk zin dat je met je diagnostische kennis gericht kunt verwijzen en dus tijd bespaart die anders op de SEH in de diagnostiek zou gaan zitten.'

Slotlezing

Pia Dijkstra, bekend van televisie maar tegenwoordig Tweede Kamerlid namens D66 met de zorg in haar portefeuille, begint met: 'Felicities met dit fantastische congres en de uitstekende kwaliteit van de zorg in Nederland. Ik ben een enorme fan van de huisarts!' Ook zij is een voorstander van één loket voor de spoedzorg. Verder streeft ze ernaar dat patiënten een eigen bijdrage zullen gaan betalen voor spoedzorg, onder meer om de gang naar de huisartsenpost terug te dringen. Ze hoopt dat ook te bereiken door huisartsenpraktijken twee avonden per week en op zaterdag open te stellen. Dat voorstel oogst bepaald weinig bijval uit de zaal!

Afsluiting en feest

Maaik Aarden noemt zich zelf 'veranderoloog'. Ze heeft vandaag vaak horen zeggen dat huisartsen het diagnosesdenken moeten loslaten om zich het urgentiedenken eigen te maken. 'Maar om iets los te kunnen laten moet je het eerst vasthouden!' Zij sluit het congres af, geflankeerd door twee jongleurs die de kunst van het vasthouden en loslaten nog eens echt beheersen. Virtuoso's en zeer geestig! Na de afsluitende borrel vertrekken de gelukkigen die een van de 850 kaartjes wisten te bemachtigen voor het diner en feest naar Château Neercanne. Omdat zoveel mensen achter het net bleken te vissen, is een uitwijkmogelijkheid gevonden in de 'Bonbonnière'. Neercanne blijkt een wonderschone locatie en na het diner barst het feest hier los. Er wordt hevig geswingd, vooral door de vele aanwezige aiossen. Voor degenen die het wat rustiger aan willen doen zijn er echter voldoende ruimten waar op normaal volume een gesprek kan worden gevoerd.

Al met al kan worden teruggekeken op een drukbezocht en zeer geslaagd congres! (AS)



Aankondiging Congres 2014

Dokteren doe je niet alleen!

Cees in 't Veld, voorzitter van de congrescommissie 2014, vertelt: 'Ik heb het woord "samenwerking" vandaag ettelijke malen gehoord. Het thema van het komende congres sluit daarbij naadloos aan.' Het congres *Dokteren doe je niet alleen. Concrete samenwerking in de praktijk, de eerste en de tweede lijn* vindt plaats op 21 november in de RAI en het feest vindt plaats in de Amsterdam Arena.



Over de nieuwe Landelijke Vereniging POH-GGZ



Leonore Nicolai is als psycholoog al jarenlang betrokken bij de huisartsenzorg. Zij werkte onder meer met het NHG samen in projecten rond vrouwegezondheidszorg, seksuologie, SOLK en arbocuratieve samenwerking. Nu is zij mede-initiatiefnemer tot en voorzitter van de onlangs opgerichte Landelijke Vereniging POH-GGZ, die inmiddels zo'n tweehonderd leden heeft. In een interview vertelt ze over het eerste symposium van de jonge vereniging en de plannen voor de toekomst.

Waarom is deze vereniging opgericht?

'Het aantal poh's-ggz groeit gestaag;

momenteel zijn er circa zeventienhonderd actief. Maar het gaat nu nog niet zozeer om een beroep als wel om een functie binnen de huisartsenvoorziening. De huidige poh-ggz komt uit alle richtingen aanwaaien: het zijn psychologen, psychiaterisch verpleegkundigen, mensen uit het algemeen maatschappelijk werk, praktijkverpleegkundigen met een ggz-achtergrond en noem maar op. Wij als vereniging willen graag meer verbanden leggen tussen de poh's-ggz en we willen zelf meedenken en -beslissen over hoe de functie er in de toekomst uit zal gaan zien. In de huisartsenpraktijk heb je weinig contacten met andere poh's-ggz en er is nog geen stramien voor nascholing, intervisie of supervisie. Bij het NHG heb ik jaren geleden al gezien hoe je een beroepsgroep kunt opbouwen en hoe je de kwaliteit van zorg op peil brengt en houdt. Dat willen we graag ook voor de poh-ggz op poten zetten.'

Jullie hielden in november je eerste symposium; was dat een succes?

'Ja, daar waren we erg blij mee! Van de 200 leden namen er zo'n 125 deel aan het congres en de sfeer was heel levendig en enthousiast. Het hoofdthema was "verbinding" en dat betrof niet alleen de verbinding die de poh-ggz heeft met de huisartsenpraktijk en de patiënt, maar ook hoe je verbinding kunt houden met jezelf zodat je overeind blijft. Want het is werk dat veel van je vraagt.'

Was er ook aandacht voor de relatie tot de basis-ggz?

'Een van de lezingen ging over de rol van de poh-ggz ten opzichte van de basis-ggz. De tweedelijns-ggz moet 30% bezuinigen, dus komt en blijft een groter aantal patiënten met ggz-problematiek in de huisartsenvoorziening. De poh-ggz zal dit deels opvangen; pas bij ernstige problematiek wordt de patiënt volgens het convenant doorverwezen naar de basis-ggz of de specialistische ggz. Omdat het vooral een bezuinigingsmaatregel is, zitten hier haken en ogen aan. Je zou willen dat het was ingegeven vanuit de patiënt en een kwalitatief goede aanpak, maar dat is nu niet het geval. Toch ben ik zeer zeker een voorstander van een laagdrempelig loket voor de ggz in de huisartsenpraktijk en in de buurt van de patiënt.'

Kun je nog iets meer vertellen over het symposium?

'In de middag waren er twee workshopronden en de afsluiting was een plenaire discussie over de behoeften en noden van de deelnemers om hun werk goed te kunnen doen. Die discussie verliep heel geanimeerd. Een belangrijk punt was dat bijna elke poh-ggz ervaart dat acht gesprekken per dag het maximaal haalbare is om je werk goed en betrokken te kunnen blijven doen. Wordt het meer, dan kun je vaak niet meer echt goed luisteren en de aandacht geven die de patiënt nodig heeft, want de gesprekken zijn zeer intensief. In de huisartsenwereld – waar een consultuur van acht à tien minuten normaal is – wordt gedacht dat je in de ons gegeven twintig

minuten heel veel kunt doen. Maar twintig minuten is vaak onvoldoende, zeker in het begin van het traject, vanwege de belastende problematiek en de intensiteit van het contact. Bovendien is het lastig om snel naar een volgende patiënt om te schakelen. Als vereniging scharen we ons achter dit gesignaleerde knelpunt en willen we daar ook iets aan gaan doen.'

Waren er nog meer van dergelijke noden?

'De aanwezigen vonden ook de financiering van de poh-ggz op schaal 7 onbegrijpelijk laag, want die past niet bij het werk dat we doen. Het gaat hier om mensen die jaren als psychiaterisch verpleegkundige hebben gewerkt, afgestudeerde psychologen en ervaren mensen uit het AMW. Die lage inschaling komt natuurlijk ook voort uit de bezuinigingsgedachte. Maar wij zien nu de patiënten die de huisarts anders zelf moet zien en krijgen beduidend minder betaald. Het is nooit de bedoeling geweest dat de huisartsenpraktijk winst kan maken met de functie poh-ggz! De winst situatie voor de huisarts is dat een aantal "heart sinking patients" niet meer op zijn spreekuur komen.'

Welke uitdagingen zien jullie voor de toekomst?

'We willen natuurlijk de belangen van de poh-ggz naar voren brengen. Zoals gezegd gaat dat om het aantal consulten per dag, maar ook om de inbedding in de huisartsenpraktijk, het ontwikkelen van nascholing, het formuleren van nascholingseisen en het organiseren van supervisie en intervisie. Daar willen we een goed systeem voor ontwikkelen. Er is nog een heleboel te doen!' (AS)

Redactie NHG-nieuws

Joost Blijham, voorzitter

Anika Corpeleijn

Annet Janssen

Simone Sinjorgo

Ans Stalenhoef, eindredacteur

Colofon

Contact

Ans Stalenhoef

Postbus 3231

3502 GE Utrecht

Telefoon 030 - 2823500

E-mail: a.stalenhoef@nhg.org

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

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