

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Het aiothotraject, 15 jaar na de start

ONDERZOEK

**Een samenwerkingsmodel voor patiënten met
chronische nierschade**

NHG-STANDAARD

Eczeem

226

ONDERZOEK**Het aiothotraject, 15 jaar na de start***Corine den Engelsen, Bart Knottnerus, Geert-Jan Dinant*

232

Een samenwerkingsmodel voor patiënten met chronische nierschade*Nynke Scherpbier-de Haan, Gerald Vervoort, Chris van Weel, Jozé Braspenning, Jan Mulder, Jack Wetzels, Wim de Grauw*

236

BESCHOUWING**Somberheid in de palliatieve fase***Franca Warmenhoven, Mieke Vermandere, Peter Lucassen, Kris Vissers, Bert Aertgeerts, Jan De Lepeleire*

240

NHG-STANDAARD**Eczeem***Pauline Dirven-Meijer, Kees de Kock, Marga Nonneman, Debby van Sleenwen, Anne de Witt-de Jong, Jako Burgers, Wim Opstelten, Corlien de Vries*

239

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

253

(VER)STAND VAN ZAKEN**Comorbiditeit bij diabetes type 2***Hilde Luijckx*

259

HUISARTSENZORG IN CIJFERS**Zorgen over patiënten met verstandelijke beperking***Nienke Bakkema, Anke de Veer, Anneke Francke*

254

NASCHOLING**Inzage in het patiëntendossier***Sjaak Nouwt, Marissa Scherptong-Engbers*

260

Recente ontwikkelingen in de psychotherapie*Marcus Huibers, Harm van Marwijk*

265

CASUÏSTIEK**Bicepspeesruptuur***Allard Honig*

266

KLINISCHE LES**Gynaecomastie is niet altijd onschuldig***Henk Koopman, Jan Monkelbaan*

276

SPREEKUUR**Klapvoet***Femke Stevens, Jochen Cals*

277

Wondroos*Camiel Zeijen, Jochen Cals*

278

CATS**Systemische corticosteroïden bij acute rhinosinusitis***Bart van Schijndel, Janneke Belo*

279

PEARLS**Geen paracetamol én ibuprofen bij kind met koorts***Eefje de Bont*

223

JOURNAAL

272

INTERVIEW

231, 274

COLUMNS

264

BOEKEN

275

KENNISTOETS

280

COLOFON HG&W

Wat u ervan vindt

Iedere maand ligt er een nieuwe H&W bij u op de mat en het is een hele klus om dat voor elkaar te krijgen. Voor een deel bestaat H&W uit spontaan aangeboden artikelen, daarnaast gaan we actief op zoek naar mogelijke artikelen en andere bijdragen. De redactie probeert een zo interessant mogelijk blad te maken, gericht op het bevorderen van een wetenschappelijk gefundeerde, kwalitatief hoogstaande uitoefening van de geneeskunde door huisartsen. Om te weten in hoeverre wij daarin slagen, doen wij eens in de paar jaar onderzoek onder onze lezers.

Lezersonderzoek

Begin dit jaar hebben we weer zo'n lezersonderzoek gedaan. Alle NHG-leden ontvingen een mail met een link naar de enquête. Uiteindelijk heeft ongeveer 14% gereageerd, we hadden graag gezien dat dit percentage hoger was. Qua achtergrond van de respondenten (leeftijd, praktijkvorm, geslacht) was de uitkomst redelijk representatief, maar zij hebben vermoedelijk wel een positievere mening over H&W dan de gemiddelde lezer. Rekening houdend met deze beperkingen moeten we naar de uitkomsten kijken.



H&W krijgt van 63% van de respondenten een rapportcijfer van 8 of hoger, daar zijn wij blij mee. Voor 40% van de lezers is H&W de belangrijkste bron voor het dagelijks werk. De rubrieken met een klinische invalshoek – zoals de NHG-Standaarden, kleine kwalen, klinische lessen en casuïstiek – worden het hoogst gewaardeerd. Onderdelen die minder met de dagelijkse praktijk te maken hebben (zoals interviews en columns) worden minder gewaardeerd. Ook vinden de lezers dat we veel rubrieken hebben, zij herkennen het onderscheid dat wij daartussen maken niet. Sommige lezers vinden onderzoeksartikelen lang en saai, maar een andere groep vindt onderzoek juist een belangrijk onderdeel van H&W. Van de lezers is 68% er (sterk) aan gehecht H&W op papier te lezen, bij een andere vraag geeft 32% aan het blad ook graag op een tablet te willen lezen.

De redactie heeft in het verleden driemaal, zonder succes, geprobeerd om H&W voor Medline geïndexeerd te krijgen, mede om onze artikelen ook in PubMed te krijgen. Een Engelstalige H&W zou meer kans bieden op artikelen van hoge kwaliteit, en dan zou ook de kans toenemen dat H&W geïndexeerd wordt. Hoewel 20% van de lezers een Engelstalige H&W prima zou vinden, wil 50% dit juist niet.

Steeds meer informatie online

De twee voorpublicaties over tekenbeten, die in mei 2013 al op onze site stonden en pas in juli in print verschenen, werden door veel lezers zeer gewaardeerd. De website van H&W wordt verder echter matig bezocht. De nieuwe online service die we bieden – driemaal per week een kort bericht over een belangrijk huisartsgeneeskundig onderzoek uit de grote Engelstalige bladen – is nog niet bij veel lezers bekend.

Het lezersonderzoek geeft ons weer stof tot denken en wij zullen de resultaten gebruiken om H&W nog beter te maken. Ons doel is immers dat H&W u zo goed mogelijk helpt bij de zorg die u dagelijks levert aan uw patiënten. Wij danken degenen die de enquête hebben ingevuld en gaan ermee aan de slag. ■

Just Eekhof

VitB12-tekort door maagbeschermers

Vitamine B12-deficiëntie is niet zo'n 'hype' als vitamine D-deficiëntie, maar toch een veel voorkomende diagnose binnen onze patiëntenpopulatie. Een tekort aan vitamine B12 kan verschillende oorzaken hebben. Een van de bekendere is pernicieuze anemie, maar ook gebruik van maagbeschermers blijkt een tekort te kunnen veroorzaken.

Onderzoekers in Californië voerden een case-controleonderzoek uit, waarin zij keken naar de associatie tussen vitamine B12-deficiëntie en het ge-

bruik van protonpompremmers (PPI's) en histamine-2-receptorantagonisten (H₂Ras). Wanneer patiënten 2 jaar of langer een PPI of H₂Ras gebruikten, bleken beide middelen een verhoogd risico te geven op vitamine B12-deficiëntie. Respectievelijk betekende dit een OR van 1,65 (95%-BI 1,58 tot 1,73) en een OR van 1,25 (95%-BI 1,17 tot 1,34). Tevens was er een sterkere associatie wanneer een hogere dosis dan 1,5 PPI-pillen per dag werd ingenomen: OR 1,63 (95%-BI 1,48 tot 1,78); $p = 0,007$.

Zij concludeerden dan ook dat er een sterke, significante associatie is tussen het gebruik van PPI's of H₂Ras en een vitamine B12-deficiëntie. Bovendien blijkt dit verband onder jonge

mensen veel duidelijker dan bij ouderen. Voor 30-jarigen was het risico 8 maal hoger dan normaal, met het stijgen van de leeftijd daalde het risico.

Tevens bleek de associatie sterker naarmate de dosis toenam. Oorzaken hiervoor zijn divers en een goed causaal verband is niet te vinden. Mede hierom zijn geen harde adviezen te geven. Voor ons in de spreekkamer is het van belang de voor- en nadelen tegen elkaar af te wegen. ■

Bart van Wijk

Lam R, et al. Proton pump inhibitor and histamine 2 receptor antagonist use and vitamin B12 deficiency. JAMA 2013;310:2435-42.

Meteen fysio bij lage rugpijn

Sinds 2006 is een verwijzing van de huisarts niet meer nodig voor vergoeding van een fysiotherapeutische behandeling. Veel mensen maken intussen gebruik van deze directe toegankelijkheid. Voor lage rugpijn is nu in kaart gebracht hoeveel precies: iets meer dan de helft van de door een fysiotherapeut behandelde patiënten met pijn in de rug kwam hier terecht zonder tussenkomst van de huisarts.

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ), een representatief registratienetwerk van het NIVEL, waarbij tijdens het onderzoek 100 fysiotherapeuten waren aangesloten. Zij waren verdeeld over 40 fysiotherapiepraktijken. Jaarlijks zagen zij circa 10.000 patiënten. Van 2006 tot 2009 is bijgehouden hoe patiënten met lage rugpijn – met of zonder uitstraling – bij de fysiotherapeut terechtkwamen. Voor de wetswijziging in 2006 consulteerde 28,9% van de patiënten de fysiotherapeut zonder verwijzing van de huisarts. Na 2006 nam dit percentage geleidelijk toe tot 52,1% in 2009. Met name hoger opgeleide patiënten, patiënten met recidiverende klachten en

met een korte klachtenduur (< 7 dagen) maakten hier gebruik van. Het effect van de behandeling is niet meegenomen in dit onderzoek.

Patiënten weten hun weg naar de fysiotherapeut dus ook zonder tussenkomst van de huisarts te vinden. Of behandeling door een fysiotherapeut echt nodig is bij kortdurende lage rugpijn, is natuurlijk de vraag. Daarnaast zijn de meeste behandelingen door de fysiotherapeut tegenwoordig voor eigen

rekening van de patiënt. Anno 2014 zou het interessant zijn de baten en kosten van directe toegankelijkheid van de fysiotherapeut nogmaals te onderzoeken. ■

Linda Bröker

Scheele J, et al. Direct access to physical therapy for patients with low back pain in the Netherlands: prevalence and predictors. Pys Ther 2014;94:363-70.



Foto: Joe Belanger/Shutterstock

Samen leren en werken

Een voorwaarde voor goede samenwerking tussen partijen en het slagen van een project is dat eenieder over de juiste (en liefst dezelfde) informatie beschikt. In de eerste lijn is het aanbieden van nascholingen voor huisarts en praktijkondersteuner of praktijkassistent een voorbeeld van zo'n samenwerkingsproject, met name op het gebied van complexe medische zorg. Dat lijkt efficiënt en voor de hand liggend, maar werkt het ook?

In Groningen deden Barth Oeseburg et al. een pilot rond nut en haalbaarheid van zo'n gezamenlijke nascholing (interprofessioneel leren) op het gebied van ouderenzorg in de eerste lijn. Het

doel was een nascholing te ontwikkelen die zowel aansluit bij de kennis van de huisarts als bij die van de praktijkondersteuner. Ook werd gekeken naar uitvoerbaarheid, taakverdeling en verantwoordelijkheden. Het onderwerp was een preventieproject, waarbij de nadruk van behandeling van zieke ouderen verschoof naar het promoten van gezond oud worden.

Tien huisartsen en 10 praktijkondersteuners uit Noord-Nederland namen deel. Zij doorliepen een programma van vier gezamenlijke bijeenkomsten, literatuuronderzoek en casusinbreng. Tijdens de pilot verschoof het zwaartepunt van taken en verantwoordelijkheden rondom het zorgplan, zoals beoogd, van huisarts naar praktijkondersteuner. Als bijkomend voordeel hadden de deelnemers een positievere houding ten

opzichte van ouderenzorg.

Kanttekeningen betroffen vooral de inhoud van het aangeboden programma. Dat was, gezien de complexe thematiek, te kort en te compact. Ook was de informatievoorziening van huisarts richting praktijkondersteuner niet optimaal. De inhoud van het programma behoeft dus nog aanpassing voor het op grotere schaal kan worden ingezet. De samenwerking in deze pilot was geslaagd te noemen en genereerde meerwaarde voor taakverdeling en verantwoordelijkheden van de deelnemers. ■

Wilma Spinnewijn

Oeseburg B, et al. Interprofessional education in primary care for the elderly: a pilot study. *BMC Medical Education* 2013;13:161.



Geef ook milde rokers stopadvies

Huisartsen blijken geneigd te zijn om milde rokers ook milder te wijzen op het belang van stoppen met roken dan zware rokers. Bovendien blijkt dat de Nederlandse huisarts het roken bij meer dan driekwart van de patiënten niet aanstipt tijdens het spreekuur. In Groot-Brittannië is hier meer aandacht voor, zo blijkt uit Nederlands-Brits onderzoek.

Maastrichtse en Londense onderzoekers concluderen dit na analyse van twee nationale enquêtes, uitgevoerd in Nederland en Engeland (februari 2010-december 2011). In totaal vroegen zij 7734 Nederlandse en 10.383 Engelse rokers > 16 jaar die het afgelopen jaar bij de huisarts waren geweest, of die hen had gewezen op het belang van stoppen met roken.

In Nederland bleek 22,6% (95%-BI 21,5 tot 23,7) van de rokers dit advies te hebben meegekregen, tegenover 58,9% (95%-BI 57,6 tot 60,2) van de Engelse rokers. Opvallend genoeg kwam het rookgedrag in beide landen minder vaak ter sprake bij milde rokers (< 10 sigaretten

per dag) dan bij mensen die meer dan 10 sigaretten per dag nuttigden (OR in Nederland: 0,6; 95%-BI 0,5 tot 0,7; OR in Engeland: 0,6; 95%-BI 0,6 tot 0,7). Voor bepaalde ziekten, zoals longkanker, geldt: hoe minder sigaretten, hoe minder kans. Voor cardiovasculaire aandoeningen gaat dit echter zeker niet altijd op. Het risico daarop is niet afhankelijk van het aantal gerookte sigaretten.

Een mogelijke verklaring van het verschil tussen de Nederlandse en Engelse huisartsen zien de auteurs in de goede en goedkope infrastructuur, waarvan Engelse rokers gebruik kunnen maken als ze willen stoppen met roken. Nederlandse huisartsen en rokers worden hierin minder goed gefaciliteerd. Een stopadvies van de huisarts blijkt echter een belangrijke drijfveer om te besluiten met roken op te houden. Des te meer reden om dit advies bij elk consult aan iedere roker mee te geven. ■

Marissa Scherptong-Engbers

Kotz D, et al. Light smokers are less likely to receive advice to quit from their GP than moderate-to-heavy smokers: a comparison of national survey data from the Netherlands and England. *Eur J Gen Pract* 2013;19:99-105.

Hoe lang duurt oorpijn?

Luchtweginfecties, waaronder otitis media, zijn de meest voorkomende redenen waarvoor kinderen bij de huisarts komen. Meestal gaan de klachten vanzelf over, maar de vraag is natuurlijk: wanneer? Een goed antwoord hierop is belangrijk, want als klachten langer duren dan de dokter aangeeft, is dit vaak een reden om terug te komen en antibiotica te verwachten.

Thompson et al. deden als eersten systematisch literatuuronderzoek om deze vraag te beantwoorden met best evidence en niet op basis van losse onderzoeken of expert opinion. De auteurs concluderen dat met name oorpijn en verkoudheid bij kinderen langer aanhouden dan internationale richtlijnen momenteel aangeven.

In totaal werden 22.182 referenties bekeken in de zoektocht naar geschikte onderzoeken (observationeel onderzoek of de controlegroep van een gerandomiseerde trial). Inclusiecriteria waren: leeftijd < 18 jaar en rapportage van het beloop van luchtweginfecties na pre-

sentatie in de huisartspraktijk of op de spoedeisende hulp in een welvarend land. In totaal werden 48 onderzoeken geïnccludeerd.

Het verschil in duur van de verschillende luchtweginfecties bleek groot. Het gerapporteerde aantal dagen waarna 90% van de kinderen klachtenvrij was, bleek 7-8 dagen voor oorpijn, 2-7 voor keelpijn, 2 dagen voor croup, 21 dagen voor bronchiolitis, 25 dagen voor hoesten en 15 dagen voor verkoudheid. Helaas was het niet mogelijk om subgroepanalyses te doen voor verschillende leeftijden.

Bovenstaande duur van verschillende infecties kan de huisarts houvast bieden bij het informeren van ouders. De gevonden duur van 15 dagen voor verkoudheid (waarvoor geen NHG-Standaard bestaat) komt overeen met de vermelding op thuisarts.nl dat verkoudheid soms een paar weken kan duren. Wat betreft bijvoorbeeld keelpijn en hoesten komt het gevonden beloop goed overeen met de huidige NHG-Standaarden. ■

Alma van de Pol

Thompson M, et al. Duration of symptoms of respiratory tract infections in children: systematic review. BMJ 2013;347:f7027.

Dyspnoe bij ouderen

Kortademigheid komt frequent voor bij ouderen. Regelmatig is de onderliggende oorzaak niet duidelijk. Meer kennis hierover zou in de praktijk zeer welkom zijn. Yvonne van Mourik et al. deden hier (onder andere) onderzoek naar. Hun conclusie: kortademigheid wordt in 60% van de gevallen veroorzaakt door long- en cardiale aandoeningen, waarbij longaandoeningen twee maal zo vaak de oorzaak zijn.

Om te achterhalen wat de prevalentie is van dyspnoe bij ouderen (> 65 jaar) en wat de onderliggende oorzaken hiervan zijn, werd gekozen voor systematisch literatuuronderzoek. Dit leverde een teleurstellend aantal 'hits' op. Slechts 20 artikelen beschreven de prevalentie in de algemene populatie en slechts één onderzocht de oorza-

ken. Bovenstaande conclusies zijn dus gebaseerd op één onderzoek onder 129 personen uit 4 Deense praktijken. Gezien de variatie in voorkomen tussen de andere onderzoeken, is de bruikbaarheid in de Nederlandse praktijk beperkt. Pulmonale oorzaken, met name COPD, kwamen met 40% het meest voor. Cardiale oorzaken, waaronder hartfalen, stonden met 20% op de tweede plaats, gevolgd door een combinatie van die twee (10%). Bij 12% werd geen oorzaak gevonden en bij 16% een andere oorzaak (obesitas). Opvallend was dat schildklierproblemen en vooral anemie ontbraken.

De auteurs pleiten voor meer onderzoek, omdat zij vermoeden dat behandelbare oorzaken mogelijk onvoldoende ontdekt blijven. Terecht, maar niet alleen daarom: vooral bij kwetsbare ouderen is het een lastige afweging of



Foto: Image Point Fr/Shutterstock

verwijzing voor onderzoek naar onderliggende oorzaken zinvol is. Ook is het belangrijk om de prognose goed te kunnen inschatten en te weten welke verwachtingen de patiënt mag hebben. Juist in de eerste lijn is deze diagnostische kennis nodig voor complexe afwegingen, en het vrijwel ontbreken van wetenschappelijk bewijs op dit terrein is een ernstig hiaat. ■

Sjoerd Hobma

Van Mourik Y, et al. Prevalence and underlying causes of dyspnoea in older people: a systematic review. Age Ageing 2014 [Epub ahead of print].

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).



Het aiothotraject, 15 jaar na de start

Samenvatting

Den Engelsen C, Knottnerus BJ, Dinant GJ. Het aiothotraject, 15 jaar na de start. *Huisarts Wet* 2014;57(5):226-30.

ACHTERGROND Sinds 1998 is het mogelijk om de huisartsopleiding te combineren met promotieonderzoek als 'arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker' (aiotho). Ons doel was in kaart te brengen hoe het aantal aiotho's zich heeft ontwikkeld en hoeveel zij bijdragen aan de wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

METHODE In de database van het landelijk aiothonetwerk bepaalden wij het totaal aantal aiothotrajecten tussen 1 januari 1998 en 1 juli 2012. In PubMed inventariseerden wij voor die periode het aantal huisartsgeneeskundig relevante publicaties waarin aiotho's een aandeel hadden, en op basis van NHG-gegevens gingen wij na hoeveel aiotho's deelnamen aan NHG-richtlijnwerkgroepen. De huidige werkzaamheden van oud-aiotho's brachten wij in kaart met behulp van een vragenlijst.

RESULTATEN Op 1 juli 2012 bevatte de database 81 aiotho's en 34 oud-aiotho's, naast 16 ex-aiotho's die het onderzoek of de opleiding voortijdig beëindigd hadden. Van de oud-aiotho's waren er 33 (96%) werkzaam als huisarts en 13 (39%) als onderzoeker. Van de ex-aiotho's die voortijdig met hun onderzoek gestopt waren, was het merendeel werkzaam als huisarts, geen enkele als onderzoeker. Zowel het aantal gestarte als het aantal met succes afgeronde aiothotrajecten toonde een globaal stijgende lijn, tot respectievelijk 11 en 7 in 2011. Dat gold ook voor het aantal huisartsgeneeskundig relevante onderzoeksartikelen in PubMed met een aiotho als (co)auteur: 80 in de eerste helft van 2012. Aiotho's hadden zitting in de richtlijnwerkgroepen van 13 (15%) NHG-richtlijnen die op 1 juli 2012 gepubliceerd waren, en van 6 (38%) richtlijnen die op dat moment in herziening waren.

CONCLUSIE Aiotho's leveren een groeiende bijdrage aan de wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in Nederland. Om uitval uit het promotietraject te verminderen zou meer aandacht kunnen uitgaan naar een goede onderzoeksopzet, een reële planning en goede begeleiding.

INLEIDING

Vanuit het groeiende besef dat ook in de huisartsgeneeskunde wetenschappelijk onderzoek onontbeerlijk is,¹ werd in 1998 in Maastricht de mogelijkheid in het leven geroepen om de opleiding tot huisarts te combineren met promotieonderzoek als 'arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker' (aiotho). Nederland liep daarmee internationaal voorop. De aiothotrajecten zijn sindsdien in ons land steeds populairder geworden.²

Doel van ons onderzoek was in kaart te brengen hoe het aantal aiotho's zich heeft ontwikkeld en welke bijdrage het aiothotraject tot dusver heeft geleverd aan de wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Daartoe onderzochten wij het aantal gestarte en afgeronde aiothotrajecten sinds 1998, het aantal wetenschappelijke publicaties door (voormalige) aiotho's en het aantal bijdragen aan NHG-richtlijnen. Tevens inventariseerden we de huidige werkzaamheden van voormalige aiotho's.

METHODE

Definities en dataverzameling

Wij hanteerden de volgende definities:

- *aiotho's* zijn artsen die de huisartsopleiding volgen en daarbij promotieonderzoek doen, en ten minste één van beide onderdelen nog niet hebben afgerond;
- *oud-aiotho's* zijn artsen die zowel de huisartsopleiding als hun promotieonderzoek met succes hebben afgerond;
- *ex-aiotho's* zijn artsen die hun aiothotraject voortijdig hebben beëindigd door hetzij te stoppen met de opleiding, hetzij met het promotieonderzoek;
- *voormalige aiotho's* is de verzamelterm voor oud- en ex-aiotho's.

De aiotho's hebben zich in 2008 verenigd in een landelijk netwerk, dat de gegevens van alle individuele aiotho's verzamelt in een database. Op iedere universiteit fungeert één aiotho als contactpersoon die deze database bijhoudt en het bestuur van het netwerk tweemaal per jaar een overzicht stuurt van de aiotho's op zijn instituut. Aan de huisartsgeneeskundige onderzoeksafdelingen van de verschillende universiteiten hebben we een overzicht gevraagd van hun (oud)promovendi, om

Wat is bekend?

- Sinds 1998 is het mogelijk om de huisartsopleiding te combineren met promotieonderzoek als 'arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker' (aiotho).

Wat is nieuw?

- Op 1 juli 2012 waren er in Nederland 81 aiotho's en 34 oud-aiotho's actief.
- Gezamenlijk hadden zij meegewerkt aan 491 gepubliceerde onderzoeksartikelen die relevant zijn voor de huisartsgeneeskunde.
- Zij namen deel aan de richtlijnwerkgroepen van 13 gepubliceerde NHG-richtlijnen en van 6 richtlijnen die in herziening waren.
- Aiotho's die het traject voortijdig beëindigen, verlaten het onderzoek voorgoed. Veel van deze uitval lijkt te voorkomen door een betere onderzoeksopzet, planning en begeleiding.

UMC Utrecht, Julius Center for Health Sciences and Primary Care, Huispostnummer STR. 6.131, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. C. den Engelsen, arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker. AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: dr. B.J. Knottnerus, huisarts en onderzoeker. Universiteit Maastricht, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: prof.dr. G.J. Dinant, hoogleraar huisartsgeneeskunde • Correspondentie: c.denengelsen-2@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

ook de gegevens van de periode 1998-2008 compleet te krijgen. Als er gegevens ontbraken, hebben we de betreffende aiotho aangeschreven.

Aantal gestarte en afgeronde aiothotrajecten

Uit de aiothodatabase haalden wij gegevens met betrekking tot de aantallen actieve, oud- en ex-aiotho's, de start- en (verwachte) einddatum van hun opleiding en hun promotieonderzoek.

Aantal huisartsgeneeskundig relevante publicaties

Op PubMed zochten wij alle publicaties, tot 1 juli 2012, waaraan auteurs hebben bijgedragen die ooit aan een aiothotraject zijn begonnen. Wij excludeerden artikelen die werden gepubliceerd voor aanvang van het aiothotraject en niet-originele onderzoeksartikelen (beschouwingen, nascholingen, opinies, brieven en commentaren). Twee auteurs (CdE en BJK) beoordeelde, op basis van titel en abstract, onafhankelijk van elkaar de huisartsgeneeskundige relevantie van de geselecteerde artikelen. Om te worden geïnccludeerd moest het onderzoek zijn uitgevoerd binnen de huisartsenpraktijk of van belang zijn voor de huisartsgeneeskundige zorg in Nederland. Als niet relevant voor de huisartsgeneeskunde beschouwden zij experimenteel dier- of laboratoriumonderzoek, onderzoek naar zeer zeldzame aandoeningen die alleen in de tweede of derde lijn behandeld worden, en onderzoek uitgevoerd in niet-westerse landen. Wanneer het oordeel van de twee beoordelaars over de huisartsgeneeskundige relevantie van een artikel verschild, kwamen zij op basis van consensus tot een eindoordeel.

Voor ieder kalenderjaar scoorden wij het totale aantal gevonden relevante artikelen. Een artikel dat meer dan één aiotho als auteur had, telde slechts één keer mee.

Betrokkenheid bij NHG-richtlijnen

Voor iedere gepubliceerde NHG-richtlijn telden we het aantal voormalige en huidige aiotho's dat zitting had in de betreffende werkgroep. Voor de richtlijnen die op 1 juli 2012 in ontwikkeling waren, deden we hetzelfde op basis van een van het NHG verkregen overzicht.

Werkzaamheden van voormalige aiotho's

We stuurden alle oud- en ex-aiotho's een vragenlijst waarin we vroegen naar hun huidige werkzaamheden (huisarts, onderzoeker, overig).

RESULTATEN

Aantal gestarte en afgeronde aiothotrajecten

Op 1 juli 2012 telden we 81 aiotho's, 34 oud-aiotho's en 16 ex-aiotho's [tabel 1].

Tot en met 2012 bepaalden we in ieder kalenderjaar het aantal gestarte en het aantal afgeronde promotieonderzoeken, en voor de jaren 2013-2015 het aantal verwachte promoties op basis van de reeds gestarte trajecten. [Figuur 1] laat zien dat het aantal gestarte promotieonderzoeken is gestegen van 6 in 1998 naar 11 in 2011, met pieken van 17 in 2008 en 20 in

2009. In de eerste helft van 2012 startten 9 aiotho's met hun promotieonderzoek. [Tabel 2] geeft de jaarlijkse ontwikkeling in getallen.

Op het meetmoment, 1 juli 2012, waren in totaal 35 promotietrajecten met succes afgerond. De eerste aiotho promoveerde in 2002, in de jaren 2008, 2010 en 2011 vonden er jaarlijks 7 promoties plaats.

In [figuur 2] is het aantal huidige en oud-aiotho's per universiteit te zien. In 2012 hadden Rotterdam (n = 10), Maastricht (n = 9) en Nijmegen (n = 7) de grootste aantallen oud-aiotho's. Utrecht (n = 15), Rotterdam (n = 12) en Groningen (n = 12) hadden de grootste aantallen actieve aiotho's.

Aantal huisartsgeneeskundig relevante publicaties

Op 1 juli 2012 hadden de 131 aiotho's, oud-aiotho's en ex-aiotho's meegewerkt aan in totaal 516 originele onderzoeksartikelen, waarvan er 491 huisartsgeneeskundig relevant waren. De overige 25 artikelen hadden betrekking op experimenteel dier- of laboratoriumonderzoek (n = 11), op tweede- of derde-lijnsonderwerpen (n = 10), of waren uitgevoerd in niet-westerse landen (n = 4).

De eerste publicaties waaraan aiotho's meewerkten, verschenen in 2000. Sindsdien is er een duidelijk stijgende trend

Abstract

Den Engelsen C, Knottnerus BJ, Dinant GJ. The general practice medicine/research training programme 15 years on. Huisarts Wet 2014;57(5):226-30.

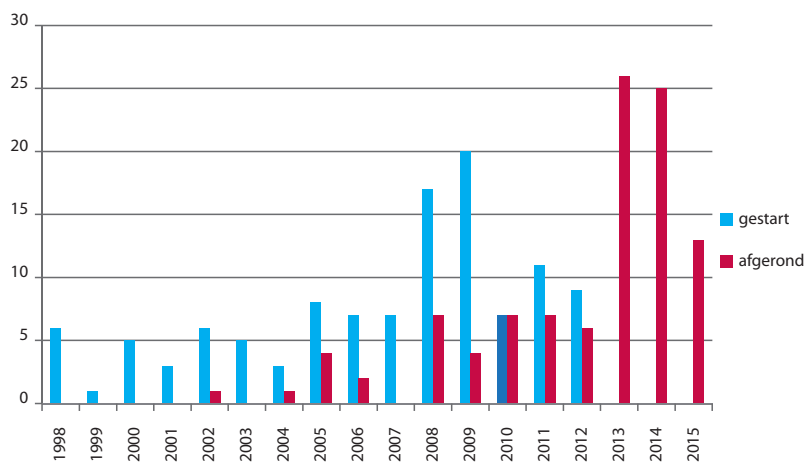
BACKGROUND Since 1998, medical students have been able to combine their vocational training in general practice with research leading to a PhD degree, the so-called 'aiotho' training programme. The aim of this study was to investigate the further careers of a number of these aiotho students and how they have contributed to the development of general practice.

METHOD Using the database of the national aiotho network, data from 1 January 1998 to 1 July 2012 were retrieved on the number of students who had started and completed the aiotho programme, the number of articles in PubMed relevant to general practice published by former aiotho students, and the number of former aiotho students who had contributed to the development of guidelines published by the Dutch College of General Practitioners (NHG). A questionnaire was used to determine the current activities of former aiotho students.

RESULTS On 1 July 2012, the database contained information on 81 aiothos and 34 former aiothos; 16 other students had stopped their study prematurely. Of the former aiotho students, 33 (96%) worked in general practice and 13 (39%) in research. None of the students who stopped their study prematurely were in research; most were general practitioners. The number of students who had started and completed their study increased from 1998 to 2012, by 11 and 7 per year, respectively. The same was true for the number of relevant publications with former aiotho students as author or co-author: 10 in 2000 and 80 in the first 6 months of 2012. Former aiotho students were involved in the publication of 15% of the NHG guidelines and in 38% of the guidelines currently under revision.

CONCLUSION Since the aiotho programme started in 1998, the number of students who started and completed the programme, the number of relevant publications by former aiotho students, and the number of former aiotho students who participated in the development of NHG guidelines have increased. The aiotho programme appears to deliver a substantial contribution to the development of general practice medicine and primary care in the Netherlands.

Figuur 1 Aantal gestarte (n = 115) en met succes afgeronde (n = 35) promotieonderzoeken binnen het aiothotraject tussen 1998 en 2012, en de nog te verwachten promoties tussen juli 2012 en december 2015 (n = 68)



zichtbaar in het jaarlijks aantal publicaties [figuur 3]. Tussen januari en juli 2012 traceerden wij in PubMed 80 artikelen, dat is meer dan het totaal over 2011.

Betrokkenheid bij NHG-richtlijnen

Op 1 juli 2012 waren er 89 NHG-richtlijnen gepubliceerd. Bij in totaal 13 richtlijnen (15%) waren 8 verschillende aiotho's betrokken, waaronder 3 ex-aiotho's, 4 oud-aiotho's en 1 aiotho die nog niet gepromoveerd was. Bij 10 van de 13 richtlijnen was het onderwerp gerelateerd aan het promotieonderzoek van de betreffende aiotho.

Op 1 juli 2012 waren er 21 richtlijnen in herziening, voor 13 daarvan was reeds een werkgroep geformeerd en aan 6 daarvan (46%) namen in totaal 7 aiotho's deel, van wie 5 oud-aiotho's en 2 nog niet gepromoveerde aiotho's. Bij al deze 6 richtlijnen

Tabel 1 Aantallen aiotho's, oud-aiotho's en ex-aiotho's en geslachtsverdeling per 1 juli 2012

	n	vrouw
Aiotho's	81	68%
■ opleiding en onderzoek nog niet afgerond	61	74%
■ opleiding afgerond	19	58%
■ onderzoek afgerond	1	0%
Oud-aiotho's	34	53%
Ex-aiotho's	16	75%
■ gestopt met opleiding	4	75%
■ gestopt met onderzoek	12	75%

Tabel 2 Ontwikkeling van het aantal aiotho-onderzoekstrajecten, 1998-2012

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gestart	6	1	5	3	6	5	3	8	7	7	17	20	7	11	9
Bezig		6	7	12	14	20	24	23	29	36	36	49	62	62	71
Afgerond					1	1	2	6	8	8	15	19	26	33	35
Totaal	6	7	12	15	21	26	29	37	44	51	68	88	95	106	115

Promotieonderzoeken, gestart en afgerond binnen het aiothotraject tussen januari 1998 en juli 2012. Van de 131 gestarte aiothotrajecten werden er 16 voortijdig gestaakt. Vier ex-aiotho's promoveerden buiten het aiothotraject.

was het onderwerp gerelateerd aan het promotieonderzoek van de aiotho's. In 5 werkgroepen was 1 aiotho actief, 1 werkgroep telde 2 aiotho's.

Werkzaamheden van oud-aiotho's

Van de 34 aangeschreven oud-aiotho's stuurden er 28 (82,4%) een ingevulde vragenlijst terug. [Figuur 4] laat hun werkzaamheden zien: 27 (96,4%) waren werkzaam als huisarts, gemiddeld voor 0,6 fte (variërend van 0,1 tot 1,0); 11 (39,3%) waren werkzaam als onderzoeker, gemiddeld voor 0,3 fte (variërend van 0,2 tot 0,5); 14 (50,0%) hadden andere werkzaamheden, zoals onderwijs en beleidsfuncties, gemiddeld voor 0,3 fte (variërend van 0,05 tot 0,8).

Werkzaamheden van ex-aiotho's

Van de 16 aangeschreven ex-aiotho's stuurden er 14 (88%) een ingevulde vragenlijst terug, onder wie de 4 ex-aiotho's die hun huisartsopleiding voortijdig beëindigd hadden. Van deze 4 waren er 2 werkzaam als onderzoeker binnen de huisartsgeneeskunde en 1 binnen het huisartsgeneeskundig onderwijs. De vierde had de huisartsopleiding vervuld voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.

Van de 12 aangeschreven ex-aiotho's die voortijdig hun promotieonderzoek beëindigd hadden, stuurden er 10 een ingevulde vragenlijst terug: 6 waren werkzaam als huisarts, 1 was werkzaam als huisarts en docent, 2 waren nog in opleiding en 1 was na de opleiding tot huisarts begonnen aan een andere opleiding tot medisch specialist. Geen van hen was nog werkzaam als onderzoeker.

Van de 8 respondenten die aangaven waarom ze hun promotieonderzoek beëindigd hadden, noemden er 3 factoren in de privésfeer, bij 3 anderen liep het onderzoek niet goed en 2 noemden een gebrek aan begeleiding. Zij rapporteerden ook andere factoren: 4 ex-aiotho's noemden tijdgebrek of planingsproblemen in combinatie met de opleiding, 2 ex-aiotho's bleken onderzoek doen niet zo leuk te vinden als ze hadden verwacht.

Van de 7 ex-aiotho's die de vraag beantwoordden of de voortijdige beëindiging in hun ogen te voorkomen was geweest, gaven er 5 aan dat dit inderdaad het geval was. Als factoren die hadden kunnen helpen noemden zij betere opzet van het onderzoek, reëlere planning en betere begeleiding.

BESCHOUWING

Doel van ons onderzoek was de groei van het aantal aiotho's weer te geven en in kaart te brengen in hoeverre het aiotho-

traject een bijdrage levert aan de wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

Sinds de invoering van het aiothotraject is het aantal gestarte promotieonderzoeken geleidelijk gestegen. In 2011 startten 11 aiotho's met hun promotieonderzoek, in de eerste helft van 2012 waren dat er 9. De pieken van 17 promotieonderzoeken in 2008 en 20 in 2009 kunnen voor een deel verklaard worden doordat de SBOH in die jaren geld beschikbaar stelde aan alle huisartsopleidingen voor 2 (extra) aiotho's. Ook de oprichting van het landelijk aiothonetwerk in 2008 kan een rol hebben gespeeld, onder andere doordat aiotho's een duidelijkere vertegenwoordiging kregen in de Landelijke Organisatie voor Aspirant Huisartsen (LOVAH) en gingen deelnemen aan het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde-Research (IOH-R). Dit alles vergrootte de naamsbekendheid van het aiothotraject.

Het aantal huisartsgeneeskundige publicaties door aiotho's toont een duidelijk stijgende lijn. Voor een deel komt dat doordat wij niet alleen publicaties door huidige aiotho's, maar ook die van oud- en ex-aiotho's geïnccludeerd hebben. Wij zijn van mening dat ook deze publicaties kunnen worden gerekend tot de bijdrage van het aiothotraject aan de wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Een eerder onderzoek rapporteerde 108 publicaties van originele onderzoeksartikelen door huisartsen-in-opleiding in de periode 2000-2005.² Wij kwamen voor de genoemde periode tot slechts 93 publicaties, hoewel wij ook publicaties door oud- en ex-aiotho's meetelden. Dit komt wellicht doordat wij uitsluitend huisartsgeneeskundig relevante artikelen includeerden en alleen in Pubmed hebben gezocht, waarin artikelen uit bijvoorbeeld *Huisarts en Wetenschap* niet geïndexeerd worden.

Ook de deelname van aiotho's aan NHG-richtlijnen stijgt: van de in 2012 reeds gepubliceerde richtlijnen had 15% een aiotho in de werkgroep, van de richtlijnen die op dat moment herzien werden was dat 46%.

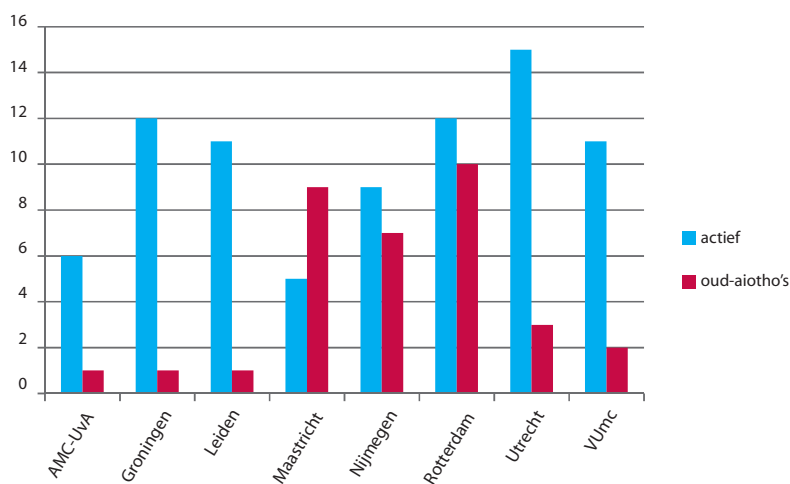
Vrijwel alle oud-aiotho's (96%) waren werkzaam als huisarts, 39% was werkzaam als onderzoeker en 50% had daarnaast nevenactiviteiten, met name in het onderwijs. Van de 17 oud-aiotho's die ten tijde van ons onderzoek niet meer actief waren als onderzoeker, leverden er 8 via deze nevenfunctie alsnog een bijdrage aan de wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

Geen van de ex-aiotho's was nog werkzaam als onderzoeker. De helft van hen was van mening dat de voortijdige beëindiging van hun promotietraject voorkomen had kunnen worden. Hier lijkt winst te behalen, onder andere door reëlere planning en betere begeleiding.

Vergelijking met SBOH-cijfers

Omdat ook de SBOH, de werkgever van huisartsen in opleiding, het aantal aiotho's bijhoudt, hebben wij hun cijfers vergeleken met die uit het aiothonetwerk. Waar wij medio 2012 81 actieve aiotho's telden, waren er in 2011 slechts 52 aiotho's in dienst bij de SBOH.³ Voor dit verschil zijn twee oorzaken aan te

Figuur 2 Aantallen actieve en oud-aiotho's per instituut, per 1 juli 2012

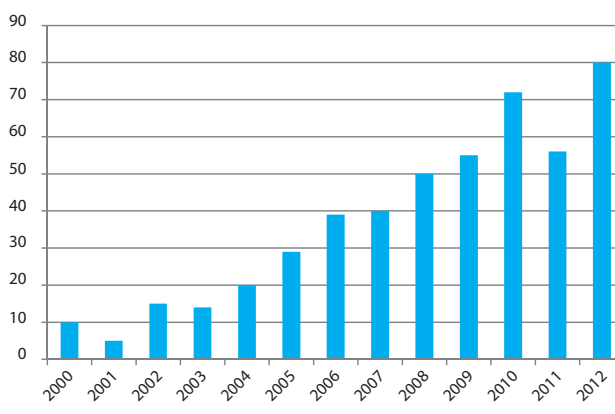


wijzen. Ten eerste zijn niet alle mensen die tijdens hun huisartsopleiding promotieonderzoek doen ook in dienst van de SBOH. Een tweede reden is dat onze definitie ruimer is dan die van de SBOH: wij noemen iemand een aiotho tot het moment dat zowel de huisartsopleiding als het promotieonderzoek zijn afgerond, bij de SBOH houdt het dienstverband van een aiotho op zodra de huisartsopleiding is beëindigd, ongeacht de status van het promotieonderzoek.

Beperkingen

Onze methode kan op drie manieren tot onderschatting van het aantal huisartsgeneeskundig relevante publicaties hebben geleid. Ten eerste is het niet uit te sluiten dat een aantal artikelen ten onrechte terzijde is gelegd, ten tweede zijn alle niet-onderzoeksartikelen geëxcludeerd – zoals beschouwingen, nascholingen, opinies, brieven en commentaren – en ten derde hebben wij uitsluitend gezocht in PubMed, zodat publicaties in niet door PubMed geïndexeerde tijdschriften zoals *Huisarts en Wetenschap* niet zijn meegeteld. Tegen dat laatste kan worden ingebracht dat de meeste onderzoeksartikelen in

Figuur 3 Gepubliceerde huisartsgeneeskundig relevante onderzoeksartikelen door aiotho's, oud-aiotho's en ex-aiotho's, 2000-2012



deze tijdschriften dubbelpublicaties zijn, dus waarschijnlijk eerst elders gepubliceerd zijn.

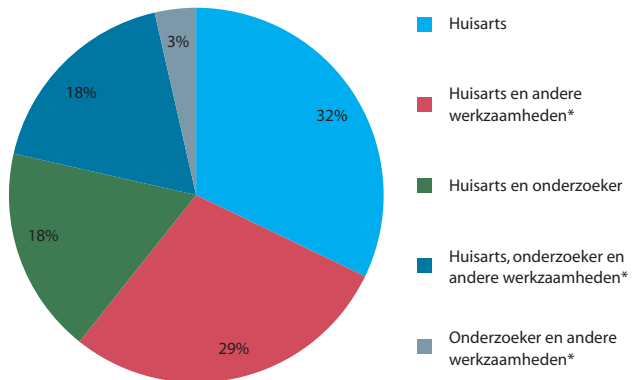
De eerstgenoemde beperking berust op het feit dat wij alleen die artikelen hebben geïnccludeerd die wij huisartsgeneeskundig relevant achtten. Wij waren ons ervan bewust dat zo'n selectie noodzakelijkerwijs arbitrair is, omdat er geen harde criteria zijn voor huisartsgeneeskundige relevantie. Een alternatieve zoekstrategie, ontleend aan een Engels bibliometrisch onderzoek naar huisartsgeneeskundig relevante artikelen in vijf landen,⁴ leverde echter een substantieel aantal duidelijk niet-huisartsgeneeskundige artikelen op. Daarom hebben wij toch vastgehouden aan onze oorspronkelijke analyse.

Dit alternatieve bibliometrische onderzoek zou wel een goed uitgangspunt kunnen zijn voor een vergelijking van het aantal aiothopublicaties met de totale wetenschappelijke output in de Nederlandse huisartsgeneeskunde. De resultaten bleken echter niet reproduceerbaar als gevolg van onduidelijkheden in de definities van huisartsgeneeskundige relevantie en huisartsgeneeskundige affiliaties – het was bijvoorbeeld niet duidelijk of multidisciplinaire onderzoeksafdelingen als behorend tot de huisartsgeneeskunde werden beschouwd.

Aanbevelingen

Als vervolg op dit kwantitatieve onderzoek kan het zinvol zijn om de bijdrage van specifieke studies en aiothotrajecten aan de wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgenees-

Figuur 4 Werkzaamheden van oud-aiotho's



* Van de 28 respondenten hadden er 14 andere werkzaamheden naast hun werk als huisarts en/of onderzoeker. Het ging daarbij om onderwijs (n = 9), bestuur, coördinatie en advies.

kunde nader te bepalen, bijvoorbeeld aan de hand van het aantal citaties in richtlijnen. Als zou blijken dat bepaalde studiekekenmerken leiden tot relevantere resultaten, dan zou men daar rekening mee kunnen houden bij de invulling van toekomstige aiothotrajecten.

Gezien de inmiddels opgedane ervaring is Nederland het aangewezen land om het voortouw te nemen in het opzetten van internationale aiothotrajecten. Een goed voorbeeld is een recent opgezet samenwerkingsverband tussen de Universiteit Maastricht en de University of Melbourne (Australië).

CONCLUSIE

Sinds de start van het eerste aiothotraject in 1998 stijgt het aantal gestarte promotietrajecten, het aantal promoties, het aantal gepubliceerde artikelen en het aantal deelnames aan richtlijncommissies door aiotho's. Aiotho's leveren een toenemende bijdrage aan de wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in Nederland. Een goede onderzoekopzet, een reële tijdsplanning en een goede begeleiding kunnen het aantal aiotho's dat actief blijft in de wetenschap mogelijk verhogen.

DANKBETUIGING

De auteurs danken de (oud-)bestuursleden van het aiothonetwerk voor het opzetten en bijhouden van de aiothodatabase en Hans Schmidt van de SBOH voor het aanleveren van de SBOH-cijfers en het becommentariëren van het conceptartikel. ■

LITERATUUR

- 1 Del Mar C, Askew D. Building family/general practice research capacity. *Ann Fam Med* 2004;2 Suppl 2:S35-40.
- 2 Olde Hartman TC, Poels PJ, Licht-Strunk E, Van Weel C. Combining vocational and research training. *Aust Fam Physician* 2008;37:486-8.
- 3 SBOH sociaal jaarverslag 2011: Opleiding huisartsen & specialisten ouderengeneeskunde. Utrecht: SBOH, 2012.
- 4 Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FD. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. *BMJ* 2011;342:d1028.



Foto: Shutterstock/David Pino Photography

Het verschil tussen A en B

Uit onderzoek blijkt, om maar wat te noemen, dat bloeddrukverlager A de bloeddruk significant verlaagt, terwijl bloeddrukverlager B daar niet in slaagt. Welke conclusie verbindt de gehaaide huisarts daaraan?

Allereerst natuurlijk dat de vergelijking wel zal zijn uitgevoerd door de fabrikant van middel A, en niet door de fabrikant van B of door onafhankelijke onderzoekers. Daar heeft de huisarts ook wel wetenschappelijke reden toe: een al wat ouder, maar nog steeds spectaculair onderzoek uit 2007 liet zien dat zoiets bij cholesterolverlagers in ieder geval wel opgaat.¹ Trials waarin statines direct met elkaar werden vergeleken, vallen significant vaker (oddsratio 34,6; 95%-BI 7,1 tot 168) in het voordeel van het middel van de sponsor uit. 'Deze vertekening moet bij de besluitvorming in overweging worden genomen,' schrijven de onderzoekers droogjes.

Maar dat bedoelen we hier niet. Er is nog iets anders waaraan gehaaide huisartsen moeten denken bij al dit soort vergelijkingen. Het lijkt eenvoudig, maar dat blijkt het, althans voor veel onderzoekers, bepaald niet te zijn: het feit dat middel A de bloeddruk significant verlaagt en middel B niet, betekent niet dat middel A significant beter is dan middel B. 'Het verschil tussen 'significant' en 'niet-significant' is niet zelf significant,' zoals statistici Andrew Gelman en Hal Stern het ooit verwoordden.² Heel toevallig gebruiken zij ook bloeddrukverlagers als voorbeeld.

Stel: het ene onderzoek, met middel A, vindt een bloeddrukverlaging van 25 mmHg met een standaardfout van 10 mmHg. Als de nulhypothese was dat we geen effect verwachtten, dan zitten we $25/10 = 2,5$ standaardfout verwijderd van de nul, dus we hebben een duidelijk significant resultaat ($p = 0,012$, voor wie het weten wil). Met middel B zijn we minder gelukkig: daar vinden we in een even goed onderzoek slechts 10 mmHg verlaging met eveneens een standaard-

fout van 10 mmHg. Nu zijn we slechts 1 standaardfout van 0 verwijderd, dus het effect is zeker niet significant ($p = 0,32$). Het verschil is evident – kunnen wij daarom besluiten voortaan middel A te gebruiken en middel B te laten voor wat het is?

Nee, dat kunnen we niet. Het verschil tussen A en B is namelijk niet statistisch significant. Dat verschil komt immers uit op $25 - 10 = 15$ mmHg, maar de standaardfout is volgens de stelling van Pythagoras 14,14 mmHg. Die 15 mmHg zit dus eveneens amper 1 standaardfout van de nul, $p = 0,29$). Gelman en Stern zijn in hun titel natuurlijk wat te stellig – het verschil kan zo groot zijn dat het weer wel significant wordt – maar de boodschap is duidelijk: om te bekijken of het verschil tussen een significante en een niet-significante uitslag significant is, is een aparte significantietoets nodig.

Die boodschap klinkt, als je het zo zegt, wat triviaal, maar dat blijkt hij bepaald niet te zijn. De Amsterdamse neurowetenschapper Sander Nieuwenhuis moest eens, voor *Nature Neuroscience*, twee manuscripten beoordelen. In beide werd dezelfde fout gemaakt: een of ander effect was bijvoorbeeld bij gemuteerde muizen significant en bij controlemuizen niet, waarna de onderzoekers concludeerden dat er verschil was tussen muizen met en zonder mutatie. Van het een kwam het ander, en op uitnodiging van het tijdschrift ploegde hij met collega's 513 neurowetenschappelijke artikelen in de grote bladen door.³ In 157 artikelen werden effecten vergeleken: 78 hanteerden de juiste methode, 79 de onjuiste. Als toegift namen ze een steekproef uit twee jaargangen *Nature Neuroscience* zelf; ze vonden geen enkel onderzoek dat de juiste procedure volgde en meer dan twintig die significantieniveaus vergeleken zoals het niet moet.

Wie er eenmaal op bedacht is, ziet de fout voortdurend opduiken in elk vakgebied – bij het vergelijken van middel en placebo, het effect van vrouwenstralen op mannenlust, het voorspellen van gedrag op grond van verschillen in muzieksmaak, knuffelen voor en na

blootstelling aan oxytocine, enzovoort enzovoort. Alleen gehaaide huisartsen, die trappen er niet meer in. ■

Hans van Maanen

LITERATUUR

- 1 Bero L, Oostvogel F, Bacchetti P, Lee K. Factors associated with findings of published trials of drug-drug comparisons: why some statins appear more efficacious than others. *PLoS Med* 2007;4:e184.
- 2 Gelman A, Stern H. The difference between "significant" and "not significant" is not itself statistically significant. *Am Stat* 2006;60:328-31.
- 3 Nieuwenhuis S, Forstmann BU, Wagenmakers EJ. Erroneous analyses of interactions in neuroscience: a problem of significance. *Nat Neurosci* 2011;14:1105-7.

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.





Een samenwerkingsmodel voor patiënten met chronische nierschade

Samenvatting

Scherpbier-de Haan ND, Vervoort GM, Van Weel C, Braspenning JC, Mulder J, Wetzels JF, De Grauw WJ. Een samenwerkingsmodel voor patiënten met chronische nierschade. *Huisarts Wet* 2014;57(5):232-5.

ACHTERGROND In de eerste lijn komt chronische nierschade onder patiënten met diabetes of hypertensie veel voor. Deze cardiovasculaire risicofactor wordt echter vaak onvoldoende aangepakt. Een samenwerkingsmodel waarin huisartsen en praktijkondersteuners via internet een nefroloog kunnen consulteren, zou dat kunnen verbeteren.

METHODE Wij voerden een cluster-RCT uit in negen huisartsenpraktijken, onder patiënten met diabetes of hypertensie en chronische nierschade (geschatte glomerulaire filtratiesnelheid $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$). Vijf praktijken pasten een jaar lang het samenwerkingsmodel toe en vier praktijken leverden reguliere zorg. Onze belangrijkste uitkomstmaten waren de gemiddelde bloeddrukverlaging en het percentage deelnemers dat de streef-bloeddruk ($\leq 130/80 \text{ mmHg}$) bereikte.

RESULTATEN Wij analyseerden de gegevens van 90 patiënten in de interventiegroep en 74 in de controlegroep. De kans dat een patiënt een systolische bloeddruk van 130 mmHg bereikte, was in de interventiegroep 2,9 keer zo groot als in de controlegroep (95%-BI 1,4 tot 5,8), de kans op een diastolische bloeddruk van 90 mmHg was 2,5 keer zo groot (95%-BI 1,3 tot 4,7). In de interventiegroep nam de systolische bloeddruk af met $8,1 \text{ mmHg}$ (95%-BI 4,8 tot 11,3), de diastolische met $1,1 \text{ mmHg}$ (95%-BI $-1,0$ tot $3,2$), tegenover $-0,2 \text{ mmHg}$ (95%-BI $-3,8$ tot $3,3$) respectievelijk $-0,5 \text{ mmHg}$ (95%-BI $-2,9$ tot $1,8$) in de controlegroep. In de interventiegroep lag bovendien het gebruik van lipidenverlagende middelen, RAS-remmers en vitamine D hoger en waren de concentraties parathormoon lager.

CONCLUSIE Een samenwerkingsmodel waarin huisarts, praktijkondersteuner en nefroloog samenwerken in de begeleiding van patiënten met diabetes of hypertensie en chronische nierschade, leidt tot een significant lagere systolische bloeddruk dan reguliere zorg.

INLEIDING

Chronische nierschade komt veel voor bij patiënten met diabetes of hypertensie binnen de eerste lijn. In zeldzame gevallen kan nierschade leiden tot terminaal nierfalen. Een dagelijkse zorg is vooral dat chronische nierschade het cardiovasculaire risico verhoogt.¹ Tijdig cardiovasculair risicomanaagement kan de achteruitgang van de nierfunctie vertragen en de incidentie van cardiovasculaire aandoeningen bij deze patiënten verlagen. Er zijn duidelijke richtlijnen voor de behandeling van chronische nierschade, maar de implementatie daarvan in de eerste lijn is matig.²⁻⁴

Wij hebben voor patiënten met chronische nierschade in de eerste lijn een model van gedeelde zorg ontwikkeld waarin de praktijkondersteuner (POH) fungeert als centraal aanspreekpunt en zo nodig een nefroloog en nefrologieverpleegkundige kan consulteren. In een cluster-RCT hebben we getest of dit model leidde tot verbetering – in termen van bloeddrukverlaging – voor patiënten met diabetes of hypertensie en chronische nierschade.

METHODE

Aan het onderzoek deden negen huisartsenpraktijken mee van het Nijmeegs Monitoring Project (NMP) van de afdeling Eerstelijns geneeskunde van Radboudumc, met in totaal 54.231 patiënten. De zorg voor patiënten met diabetes en hypertensie verloopt in deze praktijken strak volgens de NHG-Standaarden en met ondersteuning van POH's.

Wij includeerden patiënten > 18 jaar die bij de huisarts onder behandeling waren wegens hypertensie of type-2-diabetes en die een (met de MDRD-formule) geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) hadden lager dan $60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. Ernstige medische of psychiatrische aandoeningen, drugs- of alcoholmisbruik of tweedelijns nefrologische zorg in het afgelopen jaar waren redenen voor exclusie.

Omdat de interventie de organisatie van de praktijk betrof, werden de deelnemers gerandomiseerd per huisartsenpraktijk. De interventiepraktijken nodigden patiënten tijdens hun gebruikelijke controleafspraak uit om deel te nemen, tot er minimaal 20 en maximaal 28 patiënten per praktijk geïncle-

Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. N.D. Scherpbier-de Haan, huisarts, hoofd Eerstelijnsvervolgopleidingen; prof. dr. C. van Weel, emeritus hoofdleider Huisartsgeneeskunde (tevens Australian Primary Health Care Research Institute, Canberra, Australia); J. Mulder, statisticus; dr. W.J.C. de Grauw, huisarts-onderzoeker. Radboudumc, afdeling Nefrologie: dr. G.M.M. Vervoort, nefroloog; prof. dr. J.F.M. Wetzels, nefroloog. Radboudumc, IQ Healthcare; dr. J.C.C. Braspenning, senior onderzoeker • Correspondentie: nynke.scherpbier-de-haan@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: Nierstichting Nederland heeft dit onderzoek gefinancierd (PV 35). Jack Wetzels heeft bij andere gelegenheden subsidie ontvangen van Amgen, Genzyme en Pfizer. De afdeling Eerstelijns geneeskunde van Radboudumc ontving subsidie van Amgen voor de Contact-studie (implementatie van telenefrologie).

Dit artikel werd eerder gepubliceerd als Scherpbier-de Haan ND, Vervoort GM, Van Weel C, Braspenning JC, Mulder J, Wetzels JF, De Grauw WJ. Effect of shared care on blood pressure in patients with chronic kidney disease: a cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2013;63:798-806. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Wat is bekend?

■ Chronische nierschade komt veel voor bij patiënten met diabetes mellitus of hypertensie. Dit gaat gepaard met hoge cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit.

Wat is nieuw?

■ Een samenwerkingsmodel tussen huisarts, praktijkondersteuner en nefroloog is een effectieve manier om de bloeddruk te verlagen bij patiënten met diabetes of hypertensie die ook chronische nierschade hebben.

deerd waren. Om definitief te kunnen deelnemen, moesten de patiënten schriftelijk hun *informed consent* geven en bij een tweede meting opnieuw een eGFR < 60 ml/min/1,73 m² hebben. In de controlepraktijken werden deelnemers aan het begin van het onderzoek geïdentificeerd. Om te voorkomen dat zij tijdens het onderzoek toch een andere dan de gebruikelijke behandeling zouden krijgen, werd de controlepersonen pas aan het eind van het onderzoek gevraagd om *informed consent*.

De interventie bestond uit een training voor huisartsen en POH's in de interventiepraktijken, gestructureerde zorg verleend door de POH en de mogelijkheid om advies te vragen aan een nefrologisch team. De trainingen werden gegeven door een nefroloog en een nefrologieverpleegkundige. Bloeddrukmeting en bloeddrukverlaging, proteïnurie, cholesterolverlaging, bloedglucoseregulatie en leefstijladviezen waren de belangrijkste aandachtspunten tijdens de training. Een protocol werd verstrekt met behandeldoelen en behandeladviezen. Daarnaast volgden de POH's tijdens het interventiejaar nog twee trainingen in de behandeling van hyperparathyreoïdie en anemie. De POH zag de deelnemers elke drie maanden voor een consult van 20 minuten, waarbij bloeddrukbehandeling het belangrijkste aandachtspunt was. Patiënt en POH bepaalden samen welke andere behandeldoelen uit de lijst prioriteit kregen. De huisartsen superviseerden achteraf de consulten. De huisartsen en POH's konden, indien nodig, een nefrologisch team raadplegen via Telenefrologie, een consultatiemogelijkheid via internet.⁵

Aan het eind van het onderzoek vergeleken wij de gemiddelde bloeddrukdaling en het aantal deelnemers dat de streefbloeddruk van maximaal 130/80 mmHg bereikt had in de controle- en in de interventiegroep. Andere variabelen die tijdens de consulten gemonitord werden, staan in [tabel 2]. Het aantal consulten bij de nefroloog werd beschreven, evenals het aantal doorverwijzingen.

Tijdens het onderzoek maten de POH's de bloeddruk met een oscillometrische bloeddrukmeter (Stabil-O-Graph). Na een rustpauze van vijf minuten werden drie metingen verricht bij zittende patiënten; het gemiddelde van de laatste

Tabel 1 Patiëntkenmerken bij aanvang van het onderzoek, zoals vermeld in het elektronisch patiëntendossier

	Controlegroep		Interventiegroep	
Man, n (%)	39	(52,7%)	34	(37,8%)
Leeftijd, jaren (SD)	72,4	(8,2)	73,9	(8,0)
Serumcreatinine, µmol/l (SD)	117,6	(21,2)	109,0	(24,9)
eGFR, ml/min/1,73 m ² (SD)	50,0	(6,7)	49,1	(7,9)
Systolische spreekuurbloeddruk, mmHg*	142,5	(15,1)	142,7	(17,6)
Diastolische spreekuurbloeddruk, mmHg*	80,4	(8,2)	74,9	(9,2)
Comorbiditeit (%) [†]				
diabetes mellitus	35,1%		37,8%	
hypertensie	93,2%		90,0%	
myocardinfarct	5,4%		13,3%	
hartfalen	4,1%		5,6%	
TIA	8,1%		6,7%	
CVA	8,1%		11,1%	
perifeer arterieel vaatlijden	6,7%		14,4%	

CVA=cerebrovasculair accident; eGFR =geschatte glomerulaire filtratiesnelheid; TIA=transient ischemic attack.

* Bij één patient in de controlegroep kon in het huisartsinformatiesysteem geen spreekuurbloeddrukwaarde teruggevonden worden.

† Gebaseerd op ICDPC-code.

twee werd gebruikt voor de analyse. De laatst gemeten praktijkbloeddruk vóór het onderzoek diende als uitgangswaarde.

De serumconcentratie creatinine werd enzymatisch bepaald. De eGFR werd berekend met de MDRD-formule.⁶ Albuminurie werd gedefinieerd als een verhouding albumine/creatinine van ≥ 2,5 mg/mmol bij mannelijke of ≥ 3,5 mg/mmol bij vrouwelijke deelnemers. Aanvullende informatie over de functionele gezondheidstoestand van de deelnemer werd verzameld met behulp van COOP/WONCA-kaarten.⁷

Vanwege de clusterstructuur van het onderzoek hebben we multilevelanalyses uitgevoerd waarbij we rekening hielden met de variabiliteit op elk niveau van inbedding. Voor de verschillen in bloeddrukverandering tussen de interventie- en controlegroep gebruikten we een covariantieanalyse waarin de eindmeting van de bloeddruk als uitkomstwaarde en de uitgangswaarde van de bloeddruk als covariant werd gebruikt.

Tabel 2 Uitkomsten na één jaar (gemiddelde met standaarddeviatie, tenzij anders aangegeven)

Variabele	Controlegroep n = 74	Interventiegroep n = 90	Vershil/OR* (95%-BI)
Systolische bloeddruk, mmHg	142,9 (16,8)	134,7 (15,7)	-8,2 (-12,9 tot -3,6)
■ behandeldoel bereikt < 130 mmHg, n (%)	16 (21,6%)	40 (44,4%)	OR 2,9 (1,4 tot 5,8)
■ bloeddrukverschil begin-/eindmeting, mmHg (95%-BI)	0,2 (-3,6 tot 3,8)	-8,1 (-11,3 tot -4,8)	
Diastolische bloeddruk, mmHg	80,9 (11,2)	73,8 (9,6)	-4,7 (-8,4 tot -1,1)
■ behandeldoel bereikt < 80 mmHg, n (%)	37 (50%)	64 (71,1%)	OR 2,5 (1,3 tot 4,7)
■ toe- of afname, mmHg (95%-BI)	0,5 (-1,80 tot 2,9)	-1,1 (-3,2 tot 1,0)	
Serumcreatinine, µmol/l	114,2 (24,6)	110,9 (25,4)	-3,3 (-11,1 tot 4,4)
eGFR (MDRD-bepaling), ml/min/1,73 m ²	49,4 (8,0)	48,6 (8,7)	-0,7 (-3,3 tot 1,9)
Gebruik van RAAS-remmers, n (%)	47 (63,5)	73 (81,1)	

95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval; eGFR =geschatte glomerulaire filtratiesnelheid; MDRD = modification of diet in renal disease; RAAS = renine-angiotensine-aldosteronsysteem.

* Voor continue variabelen wordt het verschil weergegeven, voor discrete variabelen de oddsratio (OR). Significante verschillen zijn vet gedrukt.

RESULTATEN

Negen patiënten uit vier interventiepraktijken vielen uit: vijf wegens slechte gezondheid en vier omdat ze de extra controles te veel vonden. Eén patiënt uit de controlegroep werd uitgesloten van analyse vanwege extreme bloeddrukwaarden (270/170 mmHg).

[Tabel 2] toont alle uitkomstmaten. Na 1 jaar was de gemiddelde bloeddruk in de interventiegroep lager dan in de controlegroep. De diastolische bloeddruk was niet significant meer gedaald, maar de systolische bloeddruk daalde met gemiddeld 8,1 mmHg versus een toename van 0,2 mmHg in de controlegroep. In de clusteranalyse was het verschil 8,6 mmHg (95%-BI 3,9 tot 13,2) voor de systolische en 0,1 mmHg (95%-BI -10,0 tot 9,7) voor de diastolische bloeddruk. Ook het percentage patiënten voor wie het behandel doel voor de systolische druk (≤ 130 mmHg) werd gerealiseerd, was hoger in de interventiegroep (44,4%) dan in de controlegroep (21,6%). Voor de diastolische druk (≤ 80 mmHg) waren deze percentages respectievelijk 71,1% en 50,0%. De patiënten in de interventiegroep kregen meer RAAS-remmers, maar daarnaast ook meer lipidenverlagende middelen en vitamine D dan patiënten in de controlegroep.

De huisartsen in de interventiegroep consulteerden 50 keer een nefroloog over in totaal 31 patiënten; geen van deze consultaties leidde tot een doorverwijzing. Twee patiënten werden rechtstreeks doorverwezen naar een nefroloog. In de controlegroep werd één patiënt doorverwezen.

DISCUSSIE

Het onderzochte samenwerkingsmodel leidt bij patiënten met chronische nierschade en diabetes of hypertensie tot een significante, en ook klinisch relevante, daling van de systolische bloeddruk. In de interventiepraktijken bereikten meer deelnemers de nagestreefde bloeddruk en gebruikten ze ook meer

RAAS-remmers. Bovendien lag het gebruik van vitamine D en lipidenverlagende middelen hoger en leidde de interventie ook tot gemiddeld lagere parathormoonspiegels.

Dit zijn gunstige resultaten omdat een lagere bloeddruk samenhangt met een betere prognose.⁸ De behandeling van hypertensie valt over het algemeen toe aan de eerste lijn, maar bij patiënten met chronische nierschade is een bloeddrukbehandeling in de eerste lijn minder effectief dan bij de nefroloog.⁹ Huisartsen achten zichzelf bij deze patiënten minder bekwaam om de bloeddruk te behandelen dan bij patiënten met alleen diabetes of hypertensie, en zij bezien de bloeddrukdoelen bij chronische nierschade vaak ook met enige scepsis.¹⁰

Sterke punten

Een sterk punt van ons onderzoek is dat het is opgezet als cluster-RCT. Immers, de interventie vond plaats op het niveau van de huisartsenpraktijk en randomisatie op het niveau van de patiënt had kunnen leiden tot 'contaminatie' binnen één praktijk doordat zorgverleners kennis uit de interventie onbedoeld ook konden toepassen op controlepatiënten. De gebruikelijke zorg voor patiënten met diabetes en hypertensie was al goed georganiseerd in de deelnemende praktijken, dus de gevonden resultaten kunnen echt toegeschreven worden aan het samenwerkingsmodel. De uitgangswaarden voor de bloeddruk waren relatief laag, dus in praktijken met minder gunstige uitgangswaarden zou de verbetering nog groter kunnen zijn.

Mogelijke bias in de controlegroep hebben wij verminderd door de betrokken patiënten, huisartsen en POH's pas aan het eind van het onderzoek te informeren. Als we deze informatie al aan het begin van het onderzoek hadden gegeven, had de verhoogde aandacht voor de controlepatiënten tot een intensivering van de zorg kunnen leiden. Retrospectieve verzameling van praktijkbloeddrukwaarden was goed mogelijk omdat de kwaliteit en registratie van bloeddrukmetingen al jarenlang een aandachtspunt is in de NMP-praktijken. Nog een sterk punt is dat de diagnose chronische nierschade pas werd gesteld bij twee opeenvolgende bepalingen van een eGFR < 60 ml/min/1,73 m².

Zwakke punten

Ons onderzoek heeft ook beperkingen. Bij de selectie kan bias zijn opgetreden omdat de controlepatiënten pas een jaar na de randomisatie van hun praktijk om informed consent werd gevraagd. Wel werden zij al aan het begin van het onderzoek geïdentificeerd. In theorie zouden vooral mensen die in de loop van het onderzoeksjaar zieker werden, hebben kunnen afzien van informed consent. Ervan uitgaande dat de overblijvende – gezondere – controlepersonen dan gemiddeld een lagere bloeddruk zouden hebben, zou dat onze bevindingen juist robuuster maken.

Een tweede beperking is de pragmatische wervingsprocedure: wanneer het maximum aantal patiënten in een cluster was bereikt, stopten we met de inclusie binnen die praktijk. Het is dus mogelijk dat wij juist de relatief gezonde patiën-



Foto: Chris Lock/catharsisjelly/Flickr

ten hebben geselecteerd, die trouw naar de controles kwamen. Een derde beperking is dat we moesten uitgaan van de praktijkbloeddrukmetingen als uitgangswaarden. Het is bekend dat praktijkbloeddrukmetingen hoger uitvallen dan bloed-drukmetingen in een onderzoekssetting. Dat in de controlegroep de praktijkbloeddrukmetingen niet afwijken van de door de onderzoekers gemeten bloeddruk aan het eind van het onderzoek is in dat kader geruststellend. Een laatste beperking is dat wij de kosteneffectiviteit van de interventie niet hebben onderzocht.

Bevindingen uit ander onderzoek

In een observationeel onderzoek naar het effect van gestructureerde zorg door verpleegkundigen in de eerste lijn nam de bloeddruk af met 9/5 mmHg, maar alleen bij patiënten zonder diabetes of proteïnurie.¹¹

In de tweede lijn zijn diverse onderzoeken uitgevoerd naar de rol van verpleegkundigen bij de behandeling van patiënten met chronische nierschade. In een observationeel onderzoek onder oudere patiënten bleek multidisciplinaire zorg van onder andere een nefroloog en een gespecialiseerde verpleegkundige te leiden tot een daling van het mortaliteitsrisico met 50%.¹² En in het Nederlandse Masterplan-onderzoek leidde aanvullende intensieve steun door nurse practitioners tot 3/2 mmHg meer bloeddrukdaling ($p < 0,001$) dan de gebruikelijke nefrologische zorg.¹³

In het Verenigd Koninkrijk is een samenwerkingsmodel onderzocht waarin de eerstelijns zorgverlener de mogelijkheid had een nefroloog te consulteren over de uitslagen van laboratoriumonderzoeken en bloeddrukmetingen.¹⁴ De bloeddruk nam af en gebruik van RAAS-remmers nam toe.

Al met al ondersteunt de bestaande literatuur onze bevinding dat gestructureerde zorg voor patiënten met chronische nierschade bijdraagt aan bloeddrukverlaging. Het is veelbelovend dat ons samenwerkingsmodel leidde tot verlaging van de systolische bloeddruk, zelfs in praktijken die de zorg aan patiënten met diabetes of hypertensie al goed gestructureerd hadden. Om uitspraken te kunnen doen over cardiovasculaire eindpunten, ziekenhuisopnames en kosteneffectiviteit is echter uitgebreider en langer lopend onderzoek nodig.

VERANTWOORDING

Ethische goedkeuring en instemming

Dit onderzoek is uitgevoerd volgens de Gedragscode voor Gezondheidsonderzoek, goedgekeurd door het College Bescherming Persoonsgegevens volgens de geldende privacywetgeving, en conform de verklaring van Helsinki van 1975, die is herzien in 1983. Ethische goedkeuring was niet vereist volgens de erkende medisch-ethische toetsingscommissie Arnhem/Nijmegen (ABR NL16590.091.07). Onderzoeksregis-

tratie Netherlands Trial Register: Shared care for patients in nephrology and general practice, NTR 1140 (<http://www.trial-register.nl/trialreg/admin/rctview.asp?TC=1140>).

Dankbetuiging

Marjan Schoneveld en Wouter Koop van het laboratorium van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen waren zeer behulpzaam bij het organiseren van de laboratoriumonderzoeken.

We willen alle patiënten, huisartsen en assistenten van de NMP-praktijken bedanken voor hun deelname. Ook danken we Lea Peters-van Gemert voor de praktische zaken rond het onderzoek en Reinier Akkermans voor zijn statistische adviezen. ■

LITERATUUR

- 1 Tonelli M, Muntner P, Lloyd A, Manns BJ, Klarenbach S, Pannu N, et al. Risk of coronary events in people with chronic kidney disease compared with those with diabetes: a population-level cohort study. *Lancet* 2012;380:807-14.
- 2 De Grauw W, Kaasjager HAH, Bilo HJG, Faber EF, Flikweert S, Gaillard C, et al. Landelijke Transmurale Afspraak Chronische nierschade. Huisarts Wet 2009;52:586-7.
- 3 Chronic kidney disease: National clinical guideline for early identification and management in adults in primary and secondary care. NICE Clinical Guidelines, No. 73. London: Royal College of Physicians; 2008. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK51773/>, geraadpleegd januari 2014.
- 4 Lenz O, Mekala DP, Patel DV, Fornoni A, Metz D, Roth D. Barriers to successful care for chronic kidney disease. *BMC Nephrol* 2005;6:11.
- 5 Scherpier ND, Wetzels JF, Vervoort G, De Grauw W. Telenefrologie kan verwijzing voorkomen. *Med Contact* 2011;66:1729-31. <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/99097/telenefrologie-kan-verwijzing-voorkomen.htm>, geraadpleegd januari 2014.
- 6 Levey AS, Coresh J, Greene T, Marsh J, Stevens LA, Kusek JW, et al. Expressing the Modification of Diet in Renal Disease Study equation for estimating glomerular filtration rate with standardized serum creatinine values. *Clinical Chemistry* 2007;53:766-72.
- 7 Van Weel C. Functional status in primary care: COOP/WONCA charts. *Disabil Rehabil* 1993;15:96-101.
- 8 Wright JT, Jr., Bakris G, Greene T, Agodoa LY, Appel LJ, Charleston J, et al. Effect of blood pressure lowering and antihypertensive drug class on progression of hypertensive kidney disease: results from the AASK trial. *JAMA* 2002;288:2421-31.
- 9 Minutolo R, De Nicola L, Zamboli P, Chiodini P, Signoriello G, Toderico C, et al. Management of hypertension in patients with CKD: differences between primary and tertiary care settings. *Am J Kidney Dis* 2005;46:18-25.
- 10 Tahir MA, Dmitrieva O, De Lusignan S, Van Vlymen J, Chan T, Golmohamad R, et al. Confidence and quality in managing CKD compared with other cardiovascular diseases and diabetes mellitus: A linked study of questionnaire and routine primary care data. *BMC Fam Pract* 2011;12:83.
- 11 Richards N, Harris K, Whitfield M, O'Donoghue D, Lewis R, Mansell M, et al. Primary care-based disease management of chronic kidney disease (CKD), based on estimated glomerular filtration rate (eGFR) reporting, improves patient outcomes. *Nephrol Dial Transplant* 2008;23:549-55.
- 12 Hemmelgarn BR, Manns BJ, Zhang J, Tonelli M, Klarenbach S, Walsh M, et al. Association between multidisciplinary care and survival for elderly patients with chronic kidney disease. *J Am Soc Nephrol* 2007;18:993-9.
- 13 Van Zuilen AD, Bots ML, Dulger A, Van der Tweel I, Van Buren M, Ten Dam MA, et al. Multifactorial intervention with nurse practitioners does not change cardiovascular outcomes in patients with chronic kidney disease. *Kidney Int* 2012;82:710-7.
- 14 Jones C, Roderick P, Harris S, Rogerson M. An evaluation of a shared primary and secondary care nephrology service for managing patients with moderate to advanced CKD. *Am J Kidney Dis* 2006;47:103-14.



Somberheid in de palliatieve fase

Samenvatting

Warmenhoven F, Vermandere M, Lucassen P, Vissers K, Aertgeerts B, De Lepeleire J. Somberheid in de palliatieve fase. *Huisarts Wet* 2014;57(5):236-8.

Dat patiënten in de palliatieve fase somber en verdrietig zijn, is normaal en begrijpelijk. De exclusief psychiatrische blik die zulke somberheid benoemt als 'depressieve stoornis', is in zo'n situatie verraderlijk. Zij kan beter vervuild worden voor een bredere, 'salutogene' benadering die zich niet uitsluitend richt op klachten en risicofactoren, maar ook probeert krachtbronnen aan te boren die de patiënt helpen het verdriet een plaats te geven en 'gezonder te sterven'.

INLEIDING

Ieder jaar sterven in Nederland en Vlaanderen respectievelijk ongeveer 135.000 en 58.000 mensen, in het merendeel van de gevallen niet acuut.^{1,2} Veel mensen die uiteindelijk overlijden aan kanker, luchtwegaandoeningen of hart- en vaatziekten krijgen daaraan voorafgaand gedurende enige tijd palliatieve zorg. In de definitie van de World Health Organization (WHO) heeft deze palliatieve zorg vier dimensies: lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel of existentieel.³ Deze dimensies vormen een complex samenhangend geheel die elkaar wederzijds kunnen beïnvloeden. Veel patiënten hebben in de palliatieve fase te kampen met somberheid, en dit geeft nog steeds aanleiding tot discussie. Enerzijds is men beducht voor onderdiagnostiek van depressieve stoornissen,⁴ anderzijds vreest men de medicalisering van verdriet dat normaal is in de context van de palliatieve fase.⁵ Deze beschouwing reflecteert op de manier waarop huisartsen kunnen omgaan met somberheid bij palliatieve patiënten.

DE ACHILLESCHIEL VAN DE PALLIATIEVE PRAKTIJK

De klassiek-medische kijk op somberheid stoelt op het paradigma dat het medisch handelen slechts vorm kan krijgen rondom ziekte-entiteiten.⁶ Zonder medische diagnostiek is er geen behandeling mogelijk en daarom is het van belang om onderscheid te maken tussen 'ziek' en 'gezonder'. In het geval van somberheid leidt dit onderscheid tot een nauwkeurig omschreven psychiatrische definitie van pathologische somberheid: de depressieve stoornis volgens de classificatie van

de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, de DSM, zie [kader].⁷

Ondanks de schijnbare duidelijkheid van deze definitie laat de wetenschappelijke literatuur een grote variatie zien in de prevalentiecijfers voor depressie in de palliatieve fase: 4-58%.⁴

Een van de problemen bij de diagnostiek van depressie in de palliatieve fase is dat de DSM-definitie uitsluitend voorziet in symptomatische criteria en geen etiologische component bevat. Gebleken is dat artsen het juist in de palliatieve fase moeilijk vinden deze criteria toe te passen.⁸ Dat is niet verwonderlijk, want een sombere stemming en interesseverlies passen in deze context en zijn erg invoelbaar. Daarbij komt dat sommige symptomen zowel veroorzaakt kunnen worden door een depressieve stoornis als door een somatische ziekte. Noch artsen, noch patiënten zullen daarom snel geneigd zijn om somberheid in de palliatieve fase aan te merken als 'psychische stoornis'. Anderzijds is ook gebleken dat huisartsen bij palliatieve patiënten regelmatig somberheid en een behoefte aan emotionele begeleiding signaleren, maar de diagnose depressie niet stellen.⁹ Andere classificatiesystemen, waaronder de ICD-10 met 'somberheid' (code R45.2)¹⁰ en de ICPC met 'down/depressief gevoel' (ICPC-code P03),¹¹ kennen diagnoses die deze lacune in de DSM wellicht kunnen vullen.

Huisartsen lijken, zeker in de context van palliatieve zorg, een andere behoefte te hebben ten aanzien van de diagnostiek van depressie dan bijvoorbeeld psychiaters.¹² Het concept 'depressieve stoornis' is te krap bemeten om te voldoen aan de bredere behoefte van zowel palliatieve patiënten als huisartsen die ook normale, te verwachten somberheid in deze context adequaat willen duiden om de beste begeleidings- of behandelstrategie te kunnen bepalen.

Wellicht is het perspectief op somberheid dat de DSM biedt, niet de meest passende manier om de diagnostiek van somberheid in de palliatieve fase te ondersteunen. Zoals gezegd is het de functie van diagnostiek om tot een interventie of beleid te kunnen komen. Het woord 'diagnose' is, nauwkeuriger beschouwd, een samengesteld woord uit het Grieks: *dia* betekent 'ergens doorheen' en *gnosis* kunnen we vertalen met 'onderzoek' of 'inzicht'. Zo beschouwd is diagnostiek de leer van

De kern

- Een belangrijk aspect van palliatieve zorg is de begeleiding van emotionele klachten; de klassieke medische benadering schiet daarbij vaak tekort.
- Somberheid en verdriet zijn verschijnselen die bij de palliatieve fase horen en die aandacht verdienen zonder ze meteen te kwalificeren als een depressieve stoornis.
- Goede palliatieve zorg probeert de eigen krachtbronnen van de individuele patiënt aan te boren en zo goed mogelijk in te zetten in dienst van de *ars moriendi*.

KU Leuven, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Kapucijnenvoer 33 blok j, bus 7001, 3000 Leuven, België; dr. F.C. Warmenhoven, huisarts-onderzoeker; dr. M. Vermandere, huisarts-onderzoeker; prof. dr. B. Aertgeerts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof. dr. J.D. De Lepeleire, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, Radboudumc, afdeling Anesthesiologie, Pijn en Palliatieve Geneeskunde, Nijmegen; prof. dr. K.C.P. Vissers, hoogleraar Palliatieve Zorg, Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen; dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts-onderzoeker • Correspondentie: franca.warmenhoven@med.kuleuven.be • Mogelijke belangenverstrengeling: ZonMw financierde een deel van het onderzoek dat in het proefschrift is opgenomen (projectnummer 1150.0007).

Deze beschouwing is geschreven naar aanleiding van het proefschrift van Franca Warmenhoven, *Depression in palliative care. Normal sadness or disorder?* Radboud Universiteit Nijmegen, 27 mei 2013. <http://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/112641>.

Definitie van depressieve stoornis in de DSM⁷

Gedurende minimaal twee weken bijna dagelijks minimaal vijf van de volgende symptomen:

- sombere stemming;
- duidelijk verminderde interesse;
- gewichtverlies of gewichtstoename;
- slapeloosheid of overmatige slaperigheid;
- psychomotorische agitatie of remming;
- vermoeidheid;
- schuldgevoelens;
- concentratieverlies;
- terugkerende gedachten aan de dood of suïcidedachten.

De patiënt moet in ieder geval een van de eerste twee symptomen hebben: sombere stemming of een duidelijk verminderde interesse.

het doorzien, van het begrijpen 'door de dingen heen'.¹³ Als men vanuit deze hoek naar de diagnostiek kijkt, wordt duidelijk dat we meer nodig hebben dan vaste criteria voor een depressieve stoornis om de somberheid van een palliatieve patiënt daadwerkelijk te kunnen begrijpen. In de klinische praktijk vullen huisartsen de psychiatrische benadering dan ook wel degelijk aan met individuele context wanneer zij de somberheid van een patiënt in de palliatieve fase moeten beoordelen.⁹

Als het gaat om somberheid bij palliatieve patiënten hebben huisartsen een brede taakopvatting. Ook advies en ondersteuning bij het omgaan met normale, te verwachten somberheid horen daar bij. Dat huisartsen uitgaan van een breder concept van somberheid, blijkt ook uit de Vlaamse en Nederlandse richtlijnen voor depressie. Beide richtlijnen noemen uitdrukkelijk ook 'depressieve klachten' als een onderwerp dat beoordeling en beleid verdient.^{11,14} De huisarts kan klachten van somberheid met de patiënt bespreken en samen kunnen zij het beste beleid bepalen zonder dat het nodig is om de diagnose 'depressieve stoornis' te stellen. Het is belangrijk klachten van somberheid zo vroeg mogelijk in kaart te brengen, zodat men ook vroegtijdig signalen krijgt als ze ernstiger worden en zich dreigen te ontwikkelen tot een depressieve stoornis. De huisarts, die vaak een langdurige behandelrelatie heeft met de patiënt, hem in zijn eigen leefomgeving bezoekt en goed op de hoogte is van de context van familie en gezin, kan een belangrijke rol spelen in de preventie van 'pathologische somberheid'.

SALUTOGENESE: MEER RUIMTE VOOR GEZONDHEID

Een moeizame laatste levensfase die gepaard gaat met ernstige fysieke en emotionele klachten kan traumatiserend zijn voor familie en zorgverleners. Vaak maakt het juist ook veel indruk als de patiënt op een rustige, evenwichtige manier afscheid kan nemen van het leven. Misschien zouden we dit een 'gezonde' laatste levensfase kunnen noemen. Naar analogie van de toenemende interesse in 'gezonder oud worden' kunnen we ook wel eens stilstaan bij 'gezonder sterven' en wat dat eigenlijk betekent.¹⁵

De medisch socioloog Aaron Antonovsky heeft het begrip 'salutogenese' uitgewerkt, een benadering die meer nadruk geeft aan het identificeren en ondersteunen van gezondheidsbevorderende aspecten in plaats van de focus uitsluitend te leggen op risicofactoren en ziekte.¹⁶ Binnen het concept salutogenese

speelt *sense of coherence* een belangrijke rol, de mate waarin een persoon de wereld (en het eigen leven) ervaart als begrijpelijk, beïnvloedbaar en betekenisvol.¹⁷

Als we de somberheid van een palliatieve patiënt vanuit deze invalshoek bekijken, kunnen we ons afvragen of die somberheid begrijpelijk, beïnvloedbaar en betekenisvol is. Het kan goed zijn stil te staan bij de verandering van het levensperspectief van de patiënt. David Kuhl beschrijft hoe patiënten die een terminale diagnose hebben gekregen vaak een perspectiefverandering ondergaan ten aanzien van het leven, hun relaties en hun geloof.¹⁸ Vanuit 'salutogeen' oogpunt kunnen verdriet en somberheid in deze fase een functie hebben en bij 'gezonder sterven' horen, al is het maar doordat de patiënt afscheid neemt van dierbaren of van de eigen identiteit. Een voorbeeld uit een kwalitatief onderzoek naar depressie in de palliatieve fase kan dit misschien illustreren.¹⁹ Een patiënte gaf tijdens een exploratie van haar gevoelens van somberheid en verdriet aan dat zij zich eerder zorgen zou maken als ze zich niet somber zou voelen. Voor haar was de somberheid begrijpelijk en betekenisvol omdat ze afscheid moest nemen van de familie, die haar erg dierbaar was. Zij was niet alleen maar somber of verdrietig, maar ook dankbaar voor wat er allemaal nog wel was. Zo kon zij wellicht ervaren dat haar somberheid voor een deel beïnvloedbaar was, enerzijds door de ruimte te nemen stil te staan bij haar verdriet, anderzijds door haar aandacht óók te richten op de mooie momenten die er nog waren. Somberheid kan onderdeel zijn van een dynamisch proces en een duidelijke functie en betekenis hebben voor de patiënt.

PERSOONLIJKE KRACHTBRONNEN VAN DE PATIËNT

De professionele expertise van de huisarts hoeft zich niet te beperken tot het in kaart brengen van somberheid in de palliatieve fase. De 'systeemtheorie', die niet alleen rekening houdt met de klachten van de patiënt maar alle belangrijke invloeden op diens leven in kaart brengt, past waarschijnlijk beter bij de huisartsgeneeskunde. Deze systeembenadering onderzoekt de samenhang tussen verschillende elementen die het 'systeem' van de patiënt bepalen (karaktereigenschappen, sociale steun, familiegeschiedenis, persoonlijke ervaringen).⁶ Die benadering geeft een dynamische blik op het leven van de patiënt en biedt de ruimte om niet alleen naar negatieve maar ook naar positieve invloeden te kijken en de persoonsgerichte expertise in te zetten die eigen is aan de huisartsgeneeskunde.

De taak van de huisarts beperkt zich in deze zienswijze niet tot het behandelen van klachten, maar strekt zich ook

Abstract

Warmenhoven F, Vermandere M, Lucassen P, Vissers K, Aertgeerts B, De Lepeleire J. *Depression in the palliative phase. Huisarts Wet* 2014;57(5):236-8.

It is normal and understandable that patients are depressed and sad during the palliative phase, so it is not always appropriate to view and manage this depression from the psychiatric perspective of 'depressive disorder'. Instead, it might be better to use the broader 'salutogenic' approach, by which emphasis is less on symptoms and risk factors and more on finding sources of inner strength to enable the patient to acknowledge and accept their sadness and to 'die well'.

uit tot het ondersteunen van de patiënt in diens individuele waarden en krachtbronnen. Cicely Saunders (1918-2005), de oprichtster van het eerste hospice, verwoordde dat als volgt:

'You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die.'

Het identificeren en activeren van de eigen krachtbronnen bij moeilijke levenservaringen kan een belangrijke stimulans zijn voor de weerbaarheid en de gezondheid, ook in de palliatieve fase, omdat dit het repertoire om te reageren op tegenslagen vergroot.²⁰

Patiënten blijken goed in staat te zijn de eigen krachtbronnen te identificeren.²¹ Huisartsen zijn bij uitstek geschikt om daarbij te helpen. Op grond van de vaak langdurige behandelrelatie en kennis van de context zijn die krachtbronnen vaak al impliciet bekend bij de huisarts, maar als men ze concreet benoemt – en ze een plek geeft in het medisch dossier naast de risicofactoren die daar vaak al staan – wordt het makkelijker ze aan te boren en kan men ze misschien zelfs preventief inzetten.

In een onderzoek gaven 15 palliatieve patiënten in diepte-interviews aan wat hen hielp in het omgaan met somberheid. De aspecten die zij noemden, hadden te maken met henzelf (algemene attitude, levensgeschiedenis, manier van coping, spiritualiteitsbeleving), met hun relatie tot de omgeving (vrienden, familie) en met hun relatie tot de zorgverlener.

Leget heeft in zijn *ars moriendi*-model een aantal vragen geformuleerd waarmee men de krachtbronnen van de palliatieve patiënt in kaart kan brengen.²² Deze vragen [kader] zijn ook opgenomen in de *Richtlijn spirituele zorg* van Integraal Kankercentrum Nederland.²³ De huisarts kan ze samen met de patiënt bespreken en vervolgens kijken hoe ze eventueel geactiveerd kunnen worden – soms is het bespreken alleen al voldoende.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Als het gaat om de begeleiding van somberheid in de palliatieve fase zou de huisarts zich niet moeten beperken tot het beperkte concept van de depressieve stoornis. Een belangrijk gemis van dit psychiatrische concept is dat het weinig ruimte laat voor de begeleiding van normale somberheid en verdriet

in de context van het levenseinde. Ook normaal verdriet in de palliatieve fase vraagt de aandacht van de huisarts, zonder dat het nodig is dit verdriet te medicaliseren. Een goede begeleiding van normaal verdriet kan ernstiger stemmingsklachten voorkomen.

Tot slot kan men proberen de weerbaarheid van palliatieve patiënten tegen onvermijdelijke tegenslagen te vergroten door zich expliciet meer te richten op persoonlijke krachtbronnen en die te bespreken met de patiënt. ■

LITERATUUR

- 1 Statline. Causes of death; main primary causes of death, sex, age [internet]. Voorburg: CBS, 1990-2014. <http://statline.cbs.nl/StatWeb>, geraadpleegd maart 2014.
- 2 Cijfers over doodsoorzaken [internet]. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2010-2014. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Cijfers-over-doodsoorzaken/>, geraadpleegd maart 2014.
- 3 WHO definition of palliative care [internet]. Geneva: WHO, 1998-2014. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, geraadpleegd maart 2014.
- 4 Stiefel R, Die Trill M, Berney A, Olarte JM, Razavi A. Depression in palliative care: A pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Support Care Cancer* 2001;9:477-88.
- 5 Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- 6 McWhinney IR. Textbook of family medicine. Oxford: Oxford University Press, 2009.
- 7 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text revision. Washington (DC): American Psychiatric Press, 2000. Ch. 6: Mood disorders.
- 8 Reeve JL, Lloyd-Williams M, Dowrick C. Revisiting depression in palliative care settings: the need to focus on clinical utility over validity. *Palliat Medicine* 2008;22:383-91.
- 9 Warmenhoven F, Van Rijswijk E, Van Hoogstraten E, Van Spaendonck K, Lucassen P, Prins J, et al. How family physicians address diagnosis and management of depression in palliative care patients. *Ann Fam Med* 2012;10:330-6.
- 10 American Psychiatric Association. DSM-IV patiëntenzorg: Diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen voor de geneeskunde. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1996.
- 11 Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MC, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, et al. NHC-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9. <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/depressie>, geraadpleegd maart 2014.
- 12 Dowrick C. Beyond depression: A new approach to understanding and management. Oxford: Oxford University Press, 2009.
- 13 Baart A. Aandacht: etudes in presentie. Den Haag: Boom Lemma, 2011.
- 14 Heyman J, Declercq T, Rogiers R, Pas L, Michels J, Goetinck M, et al. Depressie bij volwassenen: Aanpak door de huisarts. Huisarts Nu 2008;37:284-317. <http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/depressie.html>, geraadpleegd maart 2014.
- 15 Depp CA, Glatt SJ, Jeste DV. Recent advances in research on successful or healthy aging. *Curr Psychiatry Rep* 2007;9:7-13.
- 16 Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
- 17 Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1996;11:11-8.
- 18 Kuhl D. What dying people want: Practical wisdom for the end of life. New York: PublicAffairs, 2002.
- 19 Warmenhoven F, Lucassen P, Vermandere M, Aertgeerts B, Van Weel C, Vissers K, et al. 'Life is still worth living': A pilot exploration of self-reported resources of palliative care patients while facing a terminal illness. In: Warmenhoven F. Depression in palliative care. Normal sadness or disorder? [proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2013. p. 91-106. <http://hdl.handle.net/2066/112641>, geraadpleegd maart 2014.
- 20 Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol* 2001;56:218-26.
- 21 Malterud K, Hollnagel H. Positive self-assessed general health in patients with medical problems: A qualitative study from general practice. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:11-5.
- 22 Leget C. Van levenskunst tot stervenskunst: Over spiritualiteit in de palliatieve zorg. Tiel: Lannoo, 2008.
- 23 Leget C, Staps T, Van de Geer J, Mur-Arnold C, Wulp M, Jochemsen H. Richtlijn spirituele zorg, versie 1.0 [internet]. Utrecht: VIKC, 2010. <http://www.oncoline.nl/spirituele-zorg>, geraadpleegd maart 2014.

Vragen om krachtbronnen in kaart te brengen^{22,23}

- Waar had u steun aan in eerdere moeilijke situaties?
- Wie zou u graag bij u willen hebben? Door wie zou u gesteund kunnen worden?
- Waar houdt u zich aan vast?
- Wie of wat geeft u kracht in deze situatie?
- Als u terugkijkt op uw leven tot nu toe, wat gaat er dan door u heen?
- Wat maakt het makkelijker om uzelf te zijn tijdens uw ziekte?
- Heeft u steun aan een geloof of levensbeschouwing?
- Als u terugkijkt op eerdere moeilijke ervaringen in uw leven, wat hielp u in die tijd?



Steekproefgrootte

PRAKTIJKPROBLEEM

Het is opvallend dat bij gerandomiseerde trials het aantal deelnemende patiënten sterk kan verschillen. Soms worden er 2000 patiënten ingesloten, soms zijn groepen van 25 patiënten kennelijk al groot genoeg om een eventueel verschil aan te tonen. Wat is de verklaring hiervoor?

ACHTERGROND

Bij een te verwachten groot verschil tussen twee therapeutische opties gaan we ervan uit dat dit verschil al met kleine groepen aangetoond kan worden. Indien echter een klein verschil al consequenties voor de behandeling zou kunnen hebben, moeten er veel grotere steekproeven worden gebruikt.

De steekproefgrootte is afhankelijk van een aantal factoren.^{1,2}

- In de eerste plaats moeten we rekening houden met het vinden van een verschil terwijl dat in feite niet bestaat. Dit wordt een 'type-1-fout' genoemd en wordt aangeduid als alfa (α). Onderzoekers hanteren vrijwel altijd een alfa van 5%.
- Daarnaast moeten we ook rekening houden met het misen van een wél bestaand relevant verschil. Dit wordt een 'type-2-fout' genoemd en aangeduid als bèta (β). De power of het onderscheidingsvermogen van een onderzoek is het complement van bèta (dus $1 - \beta$). Meestal houden onderzoekers een bèta op 10% of 20%.
- Ook is het van belang voor welke uitkomst de clinicus het huidige beleid wil veranderen. Op basis van kennis uit de praktijk of uit de literatuur geeft hij aan welk verschil er werkelijk toe doet. Dit noemt men een minimaal klinisch relevant verschil. Bijvoorbeeld: met een bepaald geneesmiddel wordt bij 50% genezing bereikt. De onderzoekers kunnen dan beredeneren dat een nieuw geneesmiddel pas beter is als het 10% meer mensen van hun klacht afhelpt.

UITWERKING

Met een fictief voorbeeld lichten we toe hoe groot de groepen zijn bij verschillende keuzes van de bèta en/of het minimaal klinisch relevante verschil. Bij ernstige consequenties (mortaliteit) is een kleine afname al klinisch relevant, terwijl bij behandelingen waar de consequenties minder groot zijn grotere verschillen pas relevant zijn [voorbeeld]. De gebruikte (eenvoudige) formules staan toegelicht in de geciteerde literatuur.^{1,2}

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

Voorbeeld

Onderzoekers willen nagaan of bij fasciitis plantaris de toevoeging van een corticosteroïd aan de lokale injectie met een anestheticum op de langere termijn (bijvoorbeeld 3 maanden) een beter effect heeft (minder klachten of klachtenvrij). Men weet uit de literatuur dat een gunstig effect met een lokaal anestheticum op de lange termijn slechts 30% is en wil een verbetering met 20% kunnen vaststellen. Met een power van 80% (bèta 0,20) en met een significantie van 5% kan worden uitgerekend dat er ten minste 90 personen in beide groepen moeten worden ingesloten. Wil je een power van 90%, dan moeten er 120 personen in beide groepen zitten. Om 30% verbetering te kunnen aantonen, zijn er met een power van 90% 53 mensen nodig; met een power van 80% zijn er 40 personen per groep nodig. Vind je het pas echt relevant als er 40% verbetering wordt aangetoond, dan zijn er met een power van 90% 28 mensen per groep nodig; met een power van 80% 21 personen.

BETEKENIS VOOR DE PRAKTIJK

Hoeveel patiënten in een onderzoek nodig zijn is eenvoudig te berekenen met een formule. Vanuit de praktijk wordt berekend welk gevonden verschil klinisch relevant is. Wanneer ook de kans op een type-1- en type-2-fout is gekozen, is te berekenen hoeveel patiënten minimaal in een onderzoek moeten worden ingesloten om een effect aan te tonen. Er zijn overigens altijd nog meer patiënten nodig omdat je rekening moet houden met uitvallers tijdens het onderzoek. Het is ook begrijpelijk dat men concessies moet doen indien in een pilot van een onderzoek de inclusie van proefpersonen zeer moeizaam blijkt te zijn. In dergelijke gevallen wordt dan met name de power vaak aangepast van 90% naar 80%, zodat de steekproef kleiner kan zijn. De onderzoekers nemen dan wel bewust het risico dat een wel bestaand verschil niet wordt gevonden. ■

LITERATUUR

- 1 Knuistingh Neven A, Jamin RH, Van Geldrop WJ (redactie). Vraagbaak statistiek en methodologie. Een leidraad met praktische oefeningen opgesteld door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek NHG. Utrecht: NHG, 2003.
- 2 Pocock SJ. Clinical trials, a practical approach. Chichester: John Wiley & Sons, 1995.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9600, 2300 BC Leiden: dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog, oud CWO-lid; W. van Geldrop, huisarts te Helmond, oud CWO-lid • Correspondentie: a.knuistinghneven@upcmail.nl

Belangrijkste wijzigingen

- Deze standaard vervangt de NHG-Standaard Constitutioneel eczeem en geeft ook richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van contacteczeem, acrovesiculeus eczeem, nummulair eczeem, hypostatisch eczeem en asteatotisch eczeem.
- Teerpreparaten worden niet meer aangeraden voor de behandeling van constitutioneel eczeem in de huisartsenpraktijk.

Kernboodschappen

- Bij de differentiaaldiagnostiek van eczeem speelt leeftijd een belangrijke rol.
- Indifferentie middelen, al dan niet in combinatie met lokale corticosteroiden, vormen de basis van de behandeling van eczeem.
- Bij matig eczeem voldoen meestal klasse-1- of klasse-2-corticosteroiden.
- Bij ernstig eczeem heeft starten met een klasse-3-corticosteroid de voorkeur.
- Bij verbetering van het eczeem worden corticosteroiden afgebouwd, maar de indifferente middelen gecontinueerd.
- Lokale calcineurineremmers, zoals tacrolimus en pimecrolimus, worden voor behandeling van eczeem in de huisartsenpraktijk afgeraden.
- Wees bij ieder eczeem bij volwassenen alert op de invloed van of op beroeps- werkzaamheden.

INLEIDING

De NHG-Standaard Eczeem geeft richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van constitutioneel eczeem, contacteczeem, acrovesiculeus eczeem, nummulair eczeem, hypostatisch eczeem en asteatotisch eczeem. Deze standaard vervangt de NHG-Standaard Constitutioneel eczeem en de Farmacotherapeutische richtlijn Contacteczeem. De aanbevelingen in de standaard zijn afgestemd op de

richtlijn Constitutioneel eczeem en de richtlijn Contacteczeem van de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV) en de JGZ-richtlijn Huidafwijkingen.¹ Omdat de incidentie en prevalentie van verschillende eczemen sterk zijn gerelateerd aan leeftijd, houdt de standaard in het diagnostische deel een leeftijdsindeling aan: tot vier jaar, van vier tot achttien jaar, en ouder dan achttien jaar. Bij jonge kinderen (arbitrair tot vier jaar) is constitutioneel eczeem het meestvoorkomende type eczeem in de huisartsenpraktijk. Andere bij jonge kinderen veelvoorkomende huidaandoeningen zijn seborroisch eczeem en luier-eczeem. Hiervoor wordt verwezen naar de FTR Seborroisch eczeem en de FTR Luierdermatitis. Bij oudere kinderen komen naast constitutioneel eczeem andere typen eczeem voor, zoals acrovesiculeus eczeem, nummulair eczeem en contacteczeem. Bij volwassenen is contacteczeem naast of in combinatie met constitutioneel eczeem het meestvoorkomende type eczeem. Hypostatisch eczeem en asteatotisch eczeem komen voornamelijk op oudere leeftijd voor.

ACHTERGRONDEN**Begrippen**

Eczeem: een verzamelnaam voor jeukende, polymorfe huidaandoeningen met roodheid, oedeem, papels, blaasjes, korstjes, schilfers en/of lichenificatie,

als gevolg van een niet-infectieuze ontstekingsreactie van de huid, veroorzaakt door intrinsieke en/of omgevingsfactoren.²

Constitutioneel eczeem: eczemateuze huidaandoening op kenmerkende, leeftijdsafhankelijke plaatsen bij een droge huid en atopische constitutie.^{3,4}

Contacteczeem: eczemateuze huidaandoening veroorzaakt door huidcontact met bepaalde stoffen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in:

- **irritatief contacteczeem,** veroorzaakt door huidcontact met irriterende stoffen, zoals schoonmaakmiddelen; ook *luier-eczeem* is een voorbeeld van irritatief contacteczeem;
- **allergisch contacteczeem,** veroorzaakt door huidcontact met een allergeen waarvoor bij eerder contact sensibilisatie is opgetreden; een voorbeeld hiervan is nikkelallergie.⁵

Acrovesiculeus (dyshidrotisch) eczeem: eczemateuze huidaandoening aan de handpalmen, voetzolen en zijkanalen van vingers en tenen, waarbij jeuk en blaasjes domineren.⁶

Nummulair eczeem: eczemateuze huidaandoening dat zich manifesteert met ronde ('nummulair', ter grootte van een munt), matig scherp begrensde plekken.

Hypostatisch eczeem: eczemateuze huidaandoening van de onderbenen, met vooral (nattende) roodheid, korstjes en schilfering bij chronische veneuze insufficiëntie.

Inbreng van de patiënt

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

Afweging door de huisarts

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

wijken 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 toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

Dirven-Meijer PC, De Kock CA, Nonneman MGM, Van Sleeuwen D, De Witt-de Jong AWF, Burgers JS, Opstelten W, De Vries CJH. NHG-Standaard Eczeem. Huisarts Wet 2014;57(5):240-52.

Deze standaard vervangt de NHG-Standaard Constitutioneel eczeem: Cleveringa JP, Dirven-Meijer PC, Hartvelt-Faber G, Nonneman MMG, Weisscher P, Boukes FS, NHG-Standaard Constitutioneel eczeem (eerste herziening). Huisarts Wet 2006;49(9):458-65.

Asteatotisch eczeem (eczema craquelé): droge huid met bleekrode barstjes, vooral op onderbenen van oudere patiënten.

Zie de afbeeldingen in [kader **Verschillende typen eczeem**].

Epidemiologie

Bij kinderen *jonger dan 4 jaar* komt constitutioneel eczeem verreweg het meest frequent voor.⁷ De prevalentie in de huisartsenpraktijk is bij kinderen < 1 jaar ongeveer 14%. In deze leeftijdsgroep is voor jongens de prevalentie hoger dan voor meisjes (respectievelijk 17 en 12%). Met het toenemen van de leeftijd daalt de prevalentie. Bij kinderen van 1 tot 4 jaar is de prevalentie ongeveer 8%.

Op de leeftijd *van 4 tot 18 jaar* is de prevalentie van constitutioneel eczeem ongeveer 3%. De prevalentie van irritatief contacteczeem bedraagt ook ongeveer 3%. Allergisch contacteczeem wordt in deze leeftijdsgroep zelden gezien. De overige eczemen die bij kinderen voorkomen (acrovesiculeus eczeem en nummulair eczeem) worden niet afzonderlijk geregistreerd, waardoor prevalentiecijfers ontbreken.

Vanaf 18 jaar is de prevalentie van contacteczeem in de huisartsenpraktijk ongeveer 4%. Het betreft vooral irritatief contacteczeem en veel minder vaak allergisch contacteczeem. De prevalentie van constitutioneel eczeem is ruim 1%. De overige eczemen worden niet afzonderlijk geregistreerd, waardoor prevalentiecijfers ontbreken. Bij verschillende beroepsgroepen komt werkgerelateerd irritatief of allergisch contacteczeem frequent voor, zoals bij kappers, schoonmakers, werknemers in de gezondheidszorg en metaalbewerkers.⁸ Vanaf de leeftijd (arbitrair) 50 jaar neemt de prevalentie van hypostatisch eczeem en asteatotisch eczeem toe.

Pathofysiologie en natuurlijk beloop

Constitutioneel eczeem

Kenmerkend voor constitutioneel eczeem zijn een aangeboren gestoorde barrièrefunctie van de huid, waardoor een droge huid ontstaat, en een IgE-gemedieerde sensibilisatie voor inhalatie- en voedselallergenen. De epidermis

van de aangedane huid is oedemateus met toegenomen perivasculaire infiltratie van lymfocyten, macrofagen en andere ontstekingscellen in de dermis. De precieze oorzaak van constitutioneel eczeem is onbekend. Meerdere factoren spelen een rol. Aanleg (constitutie) is een belangrijke factor. Het optreden en persisteren van constitutioneel eczeem op jonge leeftijd is geassocieerd met genetische defecten in het huidbarrière-eiwit filaggrine, waardoor de huid water minder goed kan vasthouden en sneller uitdroogt.⁹

Meer dan de helft van de kinderen met constitutioneel eczeem en een eerstegraadsfamilielid met een atopische aandoening heeft specifieke IgE-antistoffen tegen inhalatie- en voedselallergenen.^{10,11} De klinische betekenis hiervan is onduidelijk. Er is geen bewijs dat blootstelling aan of eliminatie van inhalatieallergenen het beloop van het eczeem beïnvloedt. Evenmin is er bewijs dat eliminatie van voedselallergenen het eczeem beïnvloedt, tenzij er sprake is van, overigens zeldzame, acute aller-

gische reacties op voedsel (zie de NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid).¹²

Een belangrijke beïnvloedende factor is het gebruik van water en zeep. Frequent gebruik hiervan verstoort de barrièrefunctie van de huid, waardoor de huid uitdroogt.

Constitutioneel eczeem begint meestal 3 tot 4 maanden na de geboorte. De meeste kinderen hebben mild eczeem.¹³ Op de leeftijd van 15 jaar heeft ongeveer 80% van de patiënten geen eczeem meer. Risicofactoren voor persistent eczeem zijn: begin voor de leeftijd van 1 jaar, ernstig eczeem op jonge leeftijd en aanwezigheid van astma. Van alle kinderen met ernstig constitutioneel eczeem krijgt op latere leeftijd ongeveer 30% astma en 15% allergische rinitis.¹⁴

De lokalisatie van het eczeem verandert met de leeftijd: bij kinderen onder de twee jaar zijn meestal het gelaat (het gebied rond de neus en mond blijft vrij) en de behaarde hoofdhuid aangedaan, soms met uitbreiding naar de romp en de strekzijde van de extremiteiten. Na

Abstract

Dirven-Meijer PC, De Kock CA, Nonneman MGM, Van Sleuwen D, De Witt-de Jong AWF, Burgers JS, Opstelten W, De Vries CJH. NHG Guideline Eczema. Huisarts Wet 2014;57(5):240-52.

The Dutch College of General Practitioners' Guideline Eczema gives recommendations for the diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults. It replaces the earlier guideline on atopic dermatitis. The revised guideline also covers the diagnosis and treatment of contact dermatitis, acrovesicular eczema, nummular eczema, hypostatic eczema, and asteatotic eczema.

The occurrence of the different types of eczema is age dependent. For example, the prevalence of atopic dermatitis is highest in children, whereas contact dermatitis mainly occurs in adults, as a result of daily activities or work, and hypostatic eczema typically occurs in the elderly, as a result of venous insufficiency. The diagnosis is based on the patient history and examination. Additional investigations seldom contribute to the diagnosis or treatment of eczema and are only recommended if food allergy or contact dermatitis is suspected.

Patient education is an important aspect of the management of eczema. Emollients, whether or not used in combination with topical corticosteroids, are the cornerstone of treatment. To optimize compliance, patient preference is the main determinant of the choice of emollient. Patients with moderate eczema can often be treated adequately with class 1 or 2 topical corticosteroids. In contrast, patients with severe eczema should be treated with a class 3 topical corticosteroid; however, these corticosteroids should not be applied to the face or skin folds.

If the response to treatment is good, the use of topical corticosteroids should be reduced while the use of emollients is continued. The guideline provides recommendations for the stepwise reduction in corticosteroid use and for follow-up. General practitioners should consider how the daily activities and work of patients are affected by eczema and provide specific advice for the different types of eczema.

If appropriate topical treatment has insufficient effect or the use of corticosteroids cannot be reduced, the patient should be referred for specialist treatment. If the treatment of suspected contact dermatitis or acrovesicular eczema does not have a satisfactory effect after 6 to 8 weeks, patients should be referred for investigation of potential contact allergens.

Kader Verschillende typen eczeem



Constitutioneel eczeem 1



Constitutioneel eczeem 2



Nummulaire eczeem



Constitutioneel eczeem 3



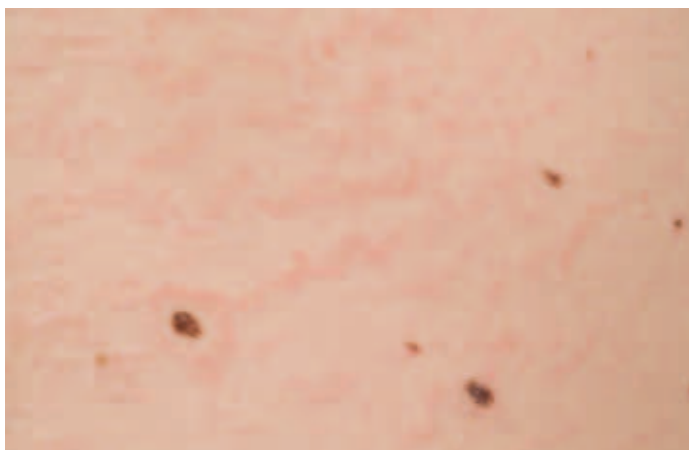
Irritatie contacteczeem



Hypostatisch eczeem



Allergisch contacteczeem



Asteatotisch eczeem



Acrovesicleus eczeem

het tweede jaar zijn vooral de knieholten, elleboogplooien, polsen en enkels aangedaan.¹⁵ De ernst en de omvang kunnen sterk variëren, klachtenvrije periodes worden vaak afgewisseld met exacerbaties. Factoren die het eczeem kunnen verergeren zijn: zweten, warm of juist koud weer, textiel (ruwe vezels, zoals wol), ziekte, stress, schoonmaakmiddelen, zeep en shampoo.¹⁶

Contacteczeem

Irritatief contacteczeem ontstaat door dat lokaal irriterende stoffen de huid via directe inwerking beschadigen. Het ontstaan van irritatief contacteczeem hangt af van frequentie en duur van de blootstelling aan de irriterende stof en de barrièrefunctie van de huid. Hoewel er geen sensibilisatie plaatsvindt en er dus geen sprake is van een allergische reactie, leidt irritatief contacteczeem, door beschadiging van de huid en verstoorde huidbarrière, wel tot een verhoogd risico op sensibilisatie voor contactallergenen en op bacteriële huidinfecties. Voorkeurslokalisaties van contacteczeem zijn bij volwassenen de handen, voeten en het gelaat. Constitutioneel eczeem en atopie verhogen het risico op irritatief contacteczeem. Sommige plantensoorten (bereklaauw, wijnruit, bleekselderij) veroorzaken in combinatie met zonlicht huidreacties. Dit zijn toxische irritatieve reacties. Irritatief contacteczeem kan persisteren wanneer vermijding van contact met de irriterende stof onmogelijk is.

Allergisch contacteczeem ontstaat door een immunologische, vertraagde (type IV) overgevoeligheidsreactie bij contact met een allergeen waarvoor na eerder contact sensibilisatie is opgetreden. Reacties kunnen zich hematogeen over het lichaam verspreiden via gesensibiliseerde T-lymfocyten en worden strooireacties genoemd. Een strooireactie is een eczematieuze reactie op een huidafwijking elders. Ook een strooireactie op een dermatomycose (een ide-reactie of mykide) is een vorm van allergisch contacteczeem (zie de NHG-Standaard Dermatomycose).

Allergisch contacteczeem verdwijnt na vermijding van het oorzakelijke allergeen, maar kan snel recidiveren na

hernieuwd contact. De aanwezigheid van actief constitutioneel eczeem vergroot het risico op allergisch contacteczeem door beschadiging van de huid en verminderde barrièrefunctie.¹⁷

Een bijzondere vorm van allergisch contacteczeem is het *fotoallergisch contacteczeem*. Dit is een allergisch contacteczeem van de aan zonlicht blootgestelde huid waarbij ultraviolette straling leidt tot vorming van allergenen. Sommige geneesmiddelen zoals sulfonamiden, tetracyclines en fenothiazinen, parfumbestanddelen en zonnebrandcrèmes (UV-filters) kunnen een fotoallergisch contacteczeem induceren.¹⁸

Na consequent vermijden van de irriterende stof of het allergeen duurt het ongeveer vier tot zes weken totdat het contacteczeem verdwenen is. Bij aanwezigheid van constitutioneel eczeem duurt het herstel langer.¹⁹

Acrovesiculeus en nummulair eczeem

Deze kunnen beide een uiting zijn van constitutioneel of allergisch contacteczeem (ook als strooireactie bij een dermatomycose), maar vaak is de precieze oorzaak onduidelijk. Er is weinig bekend over het natuurlijke beloop van acrovesiculeus en nummulair eczeem.²⁰ Vaak worden bij deze eczemen klachtenvrije periodes afgewisseld met exacerbaties.

Hypostatisch en asteatotisch eczeem

Zowel hypostatisch eczeem als asteatotisch eczeem komen voornamelijk aan de onderbenen voor en zijn soms moeilijk van elkaar te differentiëren. Hypostatisch eczeem komt vaak voor bij veneuze insufficiëntie. Waarschijnlijk speelt het oedeem daarbij een rol, maar de precieze etiologie is onduidelijk. Daarnaast kan het dragen van therapeutisch-elastische kousen irritatie geven en is allergisch contacteczeem een mogelijke oorzaak.

Asteatotisch eczeem wordt veroorzaakt door uitwendige factoren, zoals een droge omgevingslucht in de winter en frequent wassen met zeep. Deze leiden tot een uitdroging van de huid met barsten van het stratum corneum. Er is weinig bekend over het natuurlijke be-

loop van hypostatisch en asteatotisch eczeem. Vaak worden bij deze eczemen klachtenvrije periodes afgewisseld met exacerbaties.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Anamnese

Omdat incidentie en prevalentie van de verschillende soorten eczeem sterk afhankelijk zijn van de leeftijd, is de leeftijd sturend bij het afnemen van de anamnese.

Vraag bij *alle patiënten* naar:

- begin en beloop van de huidklachten;
- lokalisatie van de huidafwijkingen, nu en tijdens eerdere episoden;
- hinder: jeuk, krabben, eventuele verstoring van de nachtrust van de patiënt en het gezin, hinder bij dagelijkse bezigheden;
- eerdere episoden van (constitutioneel) eczeem, beloop en (effect van) behandeling daarvan;
- beïnvloedende factoren, zoals baden, douchen, gebruik van zeep;
- gebruik van (zelf)medicatie.

Vraag eventueel naar:

- schaamte voor het eczeem, verminderd zelfvertrouwen, invloed op seksualiteit;
- ideeën van de patiënt, ouders/verzorgenden over behandeling met corticosteroiden.²¹

Leeftijd tot 4 jaar

Indien sprake is van *jeukende huidafwijkingen op wangen, voorhoofd, de strekzijde van de extremiteiten bij kinderen < 2 jaar, in de elleboog- en knieholten, voorzijde enkels, nek en/of rond ogen bij kinderen vanaf 2 jaar* (passend bij *constitutioneel eczeem*), vraag naar:

- een droge huid;
- astma of allergische rinitis bij de patiënt of een eerstegraadsfamilielid;
- constitutioneel eczeem bij een eerstegraadsfamilielid;
- aanwijzingen voor (zelden voorkomende) voedselallergie, zoals het optreden van acute klachten van de huid (galbulten, *rash*), het maagdarmsletsel (zwelling en jeuk van mondslijmvlies en lippen, buikpijn en diarree), de luchtwegen (hoesten en piepen) of

bewustzijnsdaling na inname van bepaalde voedingsmiddelen.

Leeftijd van 4 tot 18 jaar

Indien sprake is van *jeukende huidafwijkingen in elleboog- en knieholten, voorzijde enkels, nek en/of, rond ogen* (passend bij constitutioneel eczeem), vraag dan naar:

- een droge huid;
- astma of allergische rinitis bij de patiënt of een eerstegraadsfamilielid;
- constitutioneel eczeem bij een eerstegraadsfamilielid;
- aanwijzingen voor (zelden voorkomende) voedselallergie, zoals het optreden van acute klachten van de huid (galbulten, rash), het maagdarmsstelsel (zwelling en jeuk van mondslijmvlies en lippen, buikpijn en diarree), de luchtwegen (hoesten en piepen) of bewustzijnsdaling na inname van bepaalde voedingsmiddelen.

Indien sprake is van *jeukende blaasjes aan de vingers, tenen, handpalmen of voetzolen* (passend bij *acrovesiculeus eczeem*) of van *meerdere jeukende ronde plekken op de romp of extremiteiten* (passend bij *nummulair eczeem*), vraag dan naar:

- huidafwijkingen elders (dermatomycose);
- dagelijkse bezigheden, hobby's, eventueel opleiding of werk;
- huidcontact met metalen, zoals nikkel, chroom (in leer, cement), chemicaliën, parfumbestanddelen (zie [figuur 1] in de noot voor een overzicht per lichaamsdeel van producten die allergisch contacteczeem kunnen veroorzaken);²²
- (eerder) constitutioneel eczeem.

Indien sprake is van *jeukende huidafwijkingen aan de handen, voeten en/of het gelaat* ontstaan na huidcontact met irriterende of mogelijk allergene stoffen (passend bij *contacteczeem*), vraag dan naar:

- dagelijkse bezigheden, hobby's, eventueel opleiding of werk (zoals werk met frequent watercontact);
- huidcontact met metalen, zoals nikkel, chroom (in leer, cement), chemicaliën, parfumbestanddelen (zie [figuur 1] in de noot voor een overzicht per lichaamsdeel van producten die aller-

gisch contacteczeem kunnen veroorzaken);²²

- huidafwijkingen elders (dermatomycose);
- (eerder) constitutioneel eczeem.

Leeftijd van 18 jaar en ouder

Indien sprake is van *jeukende huidafwijkingen aan de handen, voeten en/of het gelaat* ontstaan na huidcontact met irriterende of mogelijk allergene stoffen (passend bij *contacteczeem*), vraag dan naar:

- werk (zoals werk met frequent watercontact), dagelijkse bezigheden, hobby's, collega's met vergelijkbare huidklachten;²³
- huidcontact met metalen, zoals nikkel, chroom (in leer, cement), chemicaliën, parfumbestanddelen (zie [figuur 1] in de noot voor een overzicht per lichaamsdeel van producten die allergisch contacteczeem kunnen veroorzaken);²²
- huidafwijkingen elders (dermatomycose);
- (eerder) constitutioneel eczeem.

Indien sprake is van *jeukende huidafwijkingen van elleboog- en knieholten, voorzijde enkels, nek, en/of rond de ogen* (passend bij constitutioneel eczeem), vraag dan naar:

- een droge huid;
- astma of allergische rinitis bij de patiënt of een eerstegraadsfamilielid;
- constitutioneel eczeem bij een eerstegraadsfamilielid.

Indien sprake is van *jeukende blaasjes aan de vingers, tenen, handpalmen en/of voetzolen* (aanwijzingen voor *acrovesiculeus eczeem*) of van *meerdere jeukende ronde plekken* passend bij *nummulair eczeem*), vraag dan naar:

- huidafwijkingen elders (dermatomycose);
- werk, dagelijkse bezigheden, hobby's, collega's met vergelijkbare klachten;
- huidcontact met metalen, zoals nikkel, chroom (in cement, leer), chemicaliën, parfumbestanddelen (zie [figuur 1] in de noot voor een overzicht per lichaamsdeel van producten die allergisch contacteczeem kunnen veroorzaken);²²
- (eerder) constitutioneel eczeem.

Indien sprake is van *jeukende huidafwijkingen aan de onderbenen* (passend bij *hypostatistisch eczeem* of *asteatotisch eczeem*), vraag dan naar:

- klachten van veneuze insufficiëntie, zoals oedeem aan de onderbenen, een vermoeid zwaar gevoel in de benen en varices;
- gebruik van therapeutische elastische kousen;
- andere klachten/aandoeningen van de huid (pijn, toenemende roodheid, koorts).

Lichamelijk onderzoek

Inspecteer de aangedane huid en palpeer de niet aangedane huid. Let daarbij op:

- lokalisatie (gelaat, behaarde hoofd, romp, extremiteiten, handen en voeten);
- aard van de huidafwijkingen: roodheid, oedeem, papels, krabeffecten, blaasjes, korstjes, schilfering, lichenificatie;
- aspect van de huidafwijking (nattend of droog);
- tekenen van infectie: nattend aspect met pustels, purulent exsudaat, gele korstjes;
- droge huid (ruw en droog aanvoelend).

Inspecteer bij afwijkingen aan de handen ook de voeten (strooireactie bij een dermatomycose). Let bij patiënten met eczeem aan de onderbenen op tekenen van chronische veneuze insufficiëntie (oedeem).

Voor bepaling van de ernst van constitutioneel eczeem kan de *Three-Item-Severity-score* als praktisch hulpmiddel gebruikt worden. Drie aspecten van constitutioneel eczeem (roodheid, oedeem/papels en krabeffecten) worden gescoord naar ernst (afwezig = 0, mild = 1, matig = 2, ernstig = 3) op een plaats waar het eczeem het duidelijkst is. Mild eczeem komt overeen met een TIS-score < 3, matig eczeem met een TIS-score ≥ 3 en < 6 en ernstig eczeem met een TIS-score ≥ 6. De JGZ-richtlijn Huidafwijkingen adviseert JGZ-artsen om kinderen met constitutioneel eczeem met een TIS-score ≥ 3 te verwijzen naar de huisarts voor behandeling met corticosteroiden.²⁴

Let bij patiënten met een donkere huid op een plaatselijk donkere verkleuring.²⁵ Door het pigment is de roodheid minder goed zichtbaar, waardoor het risico bestaat dat de mate van ernst wordt onderschat.

Aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek is zelden nodig. Bloedonderzoek (IgE-bepaling) heeft geen therapeutische consequenties voor constitutioneel eczeem of andere typen eczeem.¹⁰

In de volgende situaties kan gericht aanvullend onderzoek wel zinvol zijn:

- *bij vermoeden van voedselallergie*: verricht of verwijs voor voedselprovocatieonderzoek (zie de NHG-Standaard Voedsel-overgevoeligheid);
- *bij vermoeden van allergisch contacteczeem*: aanvullend onderzoek naar mogelijke allergenen ('plakproeven'); dit vindt alleen plaats in de tweede lijn (zie Verwijzing).²⁶

Evaluatie

Eczeem wordt vaak veroorzaakt door een combinatie van factoren. Differentiatie tussen verschillende typen eczeem kan moeilijk zijn. Deze kunnen ook naast elkaar voorkomen. Dit geldt met name voor eczeem aan de handen. [Tabel 1] geeft een schematische samenvatting van de verschillende typen eczemen.

Stel op basis van anamnese en lichamenlijk onderzoek de volgende diagnoses:

Constitutioneel eczeem: wanneer er naast jeuk (hoofdkenmerk), ten minste 3 van de volgende kenmerken aanwezig zijn:³

- eczeem op de buigzijden van de extremiteiten (elleboog- en knieholten, voorzijde enkels), nek, rond de ogen of, bij kinderen < 4 jaar, op wangen, voorhoofd en/of strekzijde van de extremiteiten;
- klachten van een droge huid in het afgelopen jaar;
- een voorgeschiedenis van huidafwijkingen op de buigzijden van de extremiteiten (elleboog- en knieholten, voorzijde enkels), nek, rond de ogen of op de wangen, voorhoofd en/of strekzijde van de ledematen;
- astma of allergische rinitis, nu of in het verleden of bij een eerstegraadsfamilie-lid;

- begin van de aandoening onder de leeftijd van 2 jaar.

Geïmpetiginiseerd eczeem: bij nattend eczeem met aanwezigheid van pustels, purulent exsudaat en gele korstjes. Impetiginisatie komt voornamelijk voor bij constitutioneel eczeem.

Eczema herpeticum: bij snel uitbreidende papels en blaasjes met uitgebreid purulent exsudaat, ziek zijn, malaise en hoge koorts.²⁷

Irritatief contacteczeem: bij ontstaan en verergeren van eczeem op plaatsen van huidcontact met lokaal irriterende stoffen, vooral handen, voeten en gelaat.

Allergisch contacteczeem: bij ontstaan en verergeren van eczeem na huidcontact (handen, voeten, gelaat) met allergenen of als strooieractie bij huidafwijking elders op het lichaam. Zo nodig kan aanvullend onderzoek de diagnose bevestigen.

Acrovesiculeus eczeem: bij hevig jeukende blaasjes aan de handpalmen en voetzolen en zijanten van vingers en tenen zonder duidelijke onderliggende oorzaak.

Nummulaire eczeem: bij jeukende ronde matig scherp begrensde rode huidafwijkingen met blaasjes, papels en/of schilfers zonder duidelijk onderliggende oorzaak.

Hypostatisch eczeem: bij onscherp begrensde roodheid, oedeem en krabeffecten aan de onderbenen bij chronische veneuze insufficiëntie.

Asteatotisch eczeem: bij een droge huid met bleekrode barstjes in de hoornlaag, meestal aan de onderbenen bij ouderen.

Differentiaal diagnostisch zijn de volgende aandoeningen van belang:

- *seborroïsch eczeem*: meestal scherp begrensde roodheid met vette, gelige schilfering, vooral op plaatsen waar veel talgklieren aanwezig zijn; behaarde hoofdhuid, haargrens, nasolabiaal-plooien, bij jonge kinderen voornamelijk de behaarde hoofdhuid (zie de FTR Seborroïsch eczeem);
- *luiereczeem*: roodheid, schilfering, soms papels, vesikels, erosies in het luiergebied (zie de FTR Luierdermatitis);
- *dermatomycose*: zich centrifugaal uitbreidende, scherp begrensde roodheid met schilfering en randactiviteit,

met meestal centrale genezing in gelaat, hals, romp, extremiteiten; aan de voeten rode schilferende plek(ken) met blaasjes en pustels op voetzool en voetrand of maceratie en interdigitale kloofjes, vooral tussen vierde en vijfde teen (zie de NHG-Standaard Dermatomycose);

- *intertrigo door candida*: felrode nattende scherpbegrensde plekken met rand-schilfering, jeuk en, zeer specifiek, satellietvorming, 'eilandjes voor de kust' (zie de NHG-Standaard Dermatomycose);
- *psoriasis*: rode, scherp begrensde, verheven plekken met een zilvergrijze schilfering op de strekzijden van de knieën of ellebogen, het behaarde hoofd en de lumbosacrale regio (zie de NHG-Standaard Psoriasis);
- *tylotisch eczeem*: onscherp begrensde roodheid met schilfering en forse keratose, al dan niet met ragaden aan de handpalmen en voetzolen;²⁸
- *dermatitis perioralis*: branderige roodheid, papels en pustels rond de mond, waar bij een smalle zoom rond het lippenrood vrij blijft (zie de FTR Dermatitis perioralis);
- *rosacea*: symmetrische persisterende vlekkerige roodheid in het gelaat met teleangiëctasieën en recidiverende papels en papulopustels;
- *granuloma annulare*: niet-jeukende lichtrode gladde dermale papels en noduli, die kunnen samenvloeden tot ringvormige papuleuze of noduleuze huidafwijking met centrale genezing, vooral op vingers, handruggen, armen en voetruggen;
- *cellulitis*: onscherp begrensde glanzend rode, warm en gezwollen huid, soms bulleus (zie de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties);
- *scabiës*: roodheid, jeuk, krabeffecten, 'gangetjes' tussen de vingers (zie de FTR Scabiës);
- *urticaria*: snel opkomende, voorbijgaande scherp begrensde erythemateuze zwellingen, die in grootte variëren van enkele millimeters tot centimeters en die meestal hevig jeuken of een branderig gevoel geven (zie de FTR Urticaria);
- *lichen sclerosus*: atrofie ('sigarettenpapier') en/of hyperkeratose, macroscopisch

herkenbaar als scherp begrensde, porseleinwitte glanzende plekken (zie de NHG-Standaard Lichen sclerosus).

Richtlijnen beleid

Voor het beleid wordt onderscheid gemaakt tussen een algemeen beleid dat bij alle typen eczeem van toepassing is en een specifiek beleid gericht op het type eczeem.

Algemeen beleid

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen
Geef de volgende uitleg en adviezen:

- leg uit dat eczeem niet vies of besmettelijk is;
- adviseer bij een droge huid altijd indifferente middelen te gebruiken;
- adviseer kort (richttijd 5 minuten), handwarm (37°C) en weinig frequent te baden/douchen (bij kinderen < 1 jaar 2 tot 3 keer per week),²⁹ weinig zeep te gebruiken en een droge huid daarna in te smeren met een indifferent middel. Overweeg ongeparfumeerde badolie te laten gebruiken;
- in aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over eczeem op de NHG-Publiekswaarschuwing www.thuisarts.nl of de betreffende tekst (voorheen NHG-Patiëntenbrief) meegeven (via het HIS). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard.

Medicamenteuze behandeling

Indifferente middelen, al dan niet in combinatie met lokale corticosteroiden, vormen de basis van de behandeling van eczeem. Het gebruik van lokale calcineurineremmers wordt afgeraden voor behandeling van eczeem in de eerste lijn. Deze zijn niet effectiever dan corticosteroiden en de effecten van lokale immunosuppressie zijn op lange termijn onbekend.^{30,31} Teerpreparaten worden niet meer aanbevolen voor de behandeling van eczeem in de eerste lijn, wegens beperkt bewijs voor de effectiviteit en veiligheid.³²

Lokale behandeling met indifferente middelen

Gebruik van indifferente middelen verhoogt het vochtgehalte van de huid en

vermindert de jeuk en irritatie. De praktische adviezen berusten voornamelijk op ervaring. Het is onbekend welk middel het meest effectief is. De voorkeur van de patiënt speelt een belangrijke rol bij de keuze voor het indifferente middel.³³

Hierbij gelden de volgende aanbevelingen:

- geef elke patiënt onafhankelijk van de ernst van het eczeem voorlichting over het doel en gebruik van indifferente middelen;
- laat de patiënt verschillende indifferente middelen proberen (zie [tabel 2] voor een overzicht van preparaten); eerdere ervaringen van de patiënt bepalen mede de keuze;³⁴
- schrijf als de patiënt tevreden is over het indifferente middel (of een combinatie van indifferente middelen) meerdere tubes van 100 g voor;
- adviseer de zalf en/of (vet)crème 1 tot 2 keer per dag (afhankelijk van de droogte van de huid) te smeren. De frequentie en hoeveelheid van aanbrengen is in principe niet beperkt;
- adviseer bij gelijktijdig gebruik van lokale corticosteroiden de indifferente zalf en/of (vet)crème minimaal 1 uur na de corticosteroiden aan te brengen.³⁵

Lokale behandeling met corticosteroiden

Corticosteroiden onderdrukken de ontstekingsreactie en bestrijden de jeuk.³⁶ Deze middelen zijn ingedeeld in klassen van oplopende sterkte. Het is onduidelijk welk middel per klasse het meest effectief is. Bij de keuze wordt rekening gehouden met de kosten. [Tabel 3] bevat voorbeelden van goedkope generieke middelen. Overweeg bij kinderen met uitgebreid ernstig eczeem een duurder klasse-3-corticosteroid te gebruiken met een korte halfwaardetijd, zoals fluticasonpropionaat.³⁶ Klasse-4-corticosteroiden worden voor behandeling van eczeem in de eerste lijn ontraden.

Het doel van behandeling met corticosteroiden is een volledige remissie van het eczeem. Hierbij gelden de volgende aanbevelingen:

- bepaal de behandeling op grond van de

ernst van het eczeem, het effect van de behandeling en de frequentie waarin exacerbaties optreden (zie [tabel 4]); eerdere ervaringen van de patiënt bepalen mede de keuze;

- begin bij mild eczeem (TIS-score < 3) met indifferente middelen. Start bij matig eczeem (TIS-score ≥ 3 en < 6) met een klasse-1-corticosteroid en behandel vervolgens bij onvoldoende effect met een klasse-2-corticosteroid. Start bij ernstig eczeem (TIS-score ≥ 6) met een klasse-3-corticosteroid (niet in gelaat of lichaamsplooiën);³⁸
- kies bij nattend eczeem een corticosteroid op crèmebasis en kies bij droog eczeem een vette basis (zalf of vetcrème, zoals vaselinecrème);
- start met 2 maal daags aanbrengen van corticosteroiden (zie [tabel 4]) en verlaag de frequentie na 1 tot 2 weken altijd naar 1 maal daags;³⁹
- uitleg (mondelinge en schriftelijke instructie) over het smeren is belangrijk voor een optimaal effect. [Tabel 5] is een hulpmiddel voor de hoeveelheid te gebruiken zalf/crème per lichaamsdeel, uitgedrukt in het aantal vingertoppen (VTE). Een streepje zalf met de lengte van een vingertop (het distale wijsvingerkootje van een volwassene) is een VTE en komt ongeveer overeen met 0,5 g zalf (zie [figuur 2] en [tabel 5]);⁴⁰
- behandel eczeem met corticosteroiden totdat de roodheid, oedeem/papels en krabeffecten verdwenen zijn;
- houd bij langdurig gebruik rekening met de maximaal te gebruiken hoeveelheden per week (zie [tabel 6]);
- benadruk dat bijwerkingen van klasse-1- of klasse-2-corticosteroiden zeldzaam zijn bij het geadviseerde beleid;
- klasse-1- of klasse-2-corticosteroiden kunnen ook kortdurend (2 tot 3 weken) op de oogleden worden gebruikt, behalve bij oogandoeningen zoals glaucoom;⁴¹
- beperk dagelijks gebruik van klasse-3-corticosteroiden tot 2 à 3 weken; bij langdurig dagelijks gebruik is er kans op lokale bijwerkingen, zoals atrofie, teleangiëctasieën, hypopigmentatie en striae. Wanneer de corticosteroiden slechts enkele dagen per week voor langere tijd worden gebruikt (als *pulse-thera-*

Tabel 1 Kenmerken verschillende typen eczeem

Leeftijd en type eczeem	Lokalisatie	Kenmerken klinisch beeld, natuurlijk beloop	Differentiaaldiagnose
< 4 jaar			
Constitutioneel eczeem	< 2 jaar: wangen, voorhoofd, ('narcosekapje' vrij), strekzijden extremiteiten vanaf 2 jaar: knie- en elleboogholtes, voorzijde enkels, nek en/of rond de ogen	■ vanaf 3 tot 4 maanden na geboorte ■ krabeffecten ■ droge huid ■ atopische constitutie ■ invloed van externe factoren zoals warmte, seizoen, baden/douchen, stress ■ 80% heeft op 15-jarige leeftijd geen klachten meer ■ bij ernstig eczeem: ontwikkelt ongeveer 30% later astma, 15% allergische rinitis	■ seborroïsch eczeem ('berg') ■ luiereczem ■ intertrigo door candida ■ geïmpetiginiseerd constitutioneel eczeem
4 tot 18 jaar			
Constitutioneel eczeem	kníe- en elleboogholtes, voorzijde enkels, nek en/of rond ogen	■ krabeffecten ■ droge huid ■ atopische constitutie ■ invloed van externe factoren zoals warmte, seizoen, baden/douchen, stress ■ verhoogd risico op irritatief eczeem ■ vaak spontane remissie op oudere leeftijd	■ geïmpetiginiseerd constitutioneel eczeem ■ irritatief contacteczem ■ allergisch contacteczem
Acrovesiculeus eczeem	zijkanten vingers, tenen, handpalmen en voetzolen	■ krabeffecten ■ blaasjes (of kleine erosies) domineren	■ strooireactie bij dermatomycose ■ constitutioneel eczeem ■ allergisch contacteczem ■ scabiës
Nummulair eczeem	romp, extremiteiten	■ krabeffecten ■ ronde huidafwijkingen	■ constitutioneel eczeem ■ geïmpetiginiseerd eczeem ■ allergisch contacteczem ■ dermatomycose ■ psoriasis ■ granuloma annulare
Irritatief contacteczem	afhankelijk van lokalisatie huidcontact met irriterende stof (meestal handen, voeten, gelaat)	■ jeuk minder dominant ■ beloop afhankelijk van huidcontact met irriterende stof (dagelijkse bezigheden/eventueel beroep)	■ constitutioneel eczeem ■ geïmpetiginiseerd eczeem ■ allergisch contacteczem ■ dermatitis perioralis
Allergisch contacteczem	afhankelijk van lokalisatie huidcontact met allergeen (meestal handen, voeten of gelaat) of strooireactie	■ beloop afhankelijk van huidcontact met allergeen (dagelijkse bezigheden/eventueel beroep)	■ strooireactie bij dermatomycose ■ constitutioneel eczeem ■ irritatief contacteczem ■ dermatomycose ■ dermatitis perioralis ■ urticaria
≥ 18 jaar			
Irritatief contacteczem	afhankelijk van lokalisatie huidcontact met irriterende stof (meestal handen, voeten of gelaat)	■ jeuk minder dominant ■ beloop afhankelijk van huidcontact met irriterende stof (dagelijkse bezigheden/beroep)	■ constitutioneel eczeem ■ geïmpetiginiseerd eczeem ■ allergisch contacteczem ■ tylootisch eczeem ■ dermatitis perioralis
Allergisch contacteczem	afhankelijk van lokalisatie huidcontact met allergeen (meestal handen, voeten of gelaat) of strooireactie	■ beloop afhankelijk van huidcontact met allergeen (dagelijkse bezigheden/eventueel beroep)	■ strooireactie bij dermatomycose ■ constitutioneel eczeem ■ irritatief contacteczem ■ dermatomycose ■ dermatitis perioralis ■ urticaria
Constitutioneel eczeem	kníe- en elleboogholtes, voorzijde enkels, nek en/of rond ogen	■ krabeffecten ■ droge huid ■ atopische constitutie ■ invloed van externe factoren als warmte, seizoen, baden/douchen, stress ■ verhoogd risico op irritatief eczeem	■ geïmpetiginiseerd eczeem ■ irritatief contacteczem ■ allergisch contacteczem ■ rosacea
Acrovesiculeus eczeem	zijkanten vingers, tenen, handpalmen en voetzolen	■ krabeffecten ■ blaasjes (of kleine erosies) domineren	■ strooireactie bij dermatomycose ■ constitutioneel eczeem ■ allergisch contacteczem ■ tylootisch eczeem ■ scabiës

Nummulair eczeem	romp, extremiteiten	■ krabeffecten ■ ronde huidafwijkingen	■ constitutioneel eczeem ■ geïmpetiginiseerd eczeem ■ allergisch contacteczeem ■ dermatomycose ■ psoriasis ■ granuloma annulare
Hypostatisch eczeem	onderbenen	■ (nattende) roodheid ■ oedeem ■ krabeffecten ■ vooral bij chronische veneuze insufficiëntie	■ asteatotisch eczeem ■ cellulitis ■ allergisch contacteczeem
Asteatotisch eczeem	(vooral) onderbenen	■ droge huid, bleekrode barstjes ■ oudere patiënten ■ invloed van externe factoren zoals seizoen en baden/douchen	■ hypostatisch eczeem ■ cellulitis

pie), treden deze bijwerkingen zelden op;

- overweeg bij kinderen met uitgebreid ernstig eczeem een klasse-3-preparaat te gebruiken met een korte halfwaardetijd, zoals fluticasonpropionaat;³⁶
- tijdens de zwangerschap is gebruik van klasse-1- en klasse-2-corticosteroiden veilig (zie ook de NHG-Standaard Zwangerschap en Kraamperiode).⁴²

Specifiek beleid

Constitutioneel eczeem

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen⁴⁴

Besteed aandacht aan de volgende punten:

- *oorzaak*: de precieze oorzaak is onbekend. Aanleg (constitutie) en omgevingsfactoren spelen een rol;
- *beloop*: ongeveer 80% van de kinderen heeft op de leeftijd van 15 jaar geen klachten meer. Indien het eczeem in het eerste levensjaar begint, ernstig is op jonge leeftijd of bij aanwezigheid van astma, is het risico op aanhoudend eczeem verhoogd. Van alle kinderen met ernstig constitutioneel eczeem krijgt ongeveer 30% op latere

leeftijd astma en 15% allergische rhinitis. Klachtenvrije periodes worden vaak afgewisseld met exacerbaties;

- *bloedonderzoek en eliminatie allergenen*: bloedonderzoek (IgE-bepaling) heeft geen consequenties voor de diagnose en behandeling. Eliminatie van huisstofmijt heeft geen duidelijke invloed op constitutioneel eczeem en wordt ontraden. Voedselallergie is meestal geen oorzaak van constitutioneel eczeem. Ontraad experimenteren met eliminatiediëten, ook tijdens de lactatieperiode;⁴⁵
- *belang van indifferente middelen*: gebruik van indifferente middelen verhoogt de vochtigheid van de huid en vermindert de jeuk en irritatie, ook als het eczeem rustig is;
- *risicofactoren voor exacerbaties*: warmte, synthetische of wollen kleding en ook ontvettende stoffen zoals zeep en shampoo kunnen de huid prikkelen of uitdrogen en de klachten doen verergeren. Door intercurrente (infectie) ziekten kan het eczeem opvlammen. De seizoenen kunnen een wisselende invloed hebben: bij sommigen verergert het eczeem in de winter, bij anderen juist in de zomer. Stress kan een rol spelen;
- *krabben*: jeuk geeft aanleiding tot krabben, waardoor het eczeem verergert. Huidbeschadiging door krabben kan

worden tegengegaan door de nagels kort te houden en door het kind eventueel handschoentjes of wantjes te laten dragen. Overweeg bij uitgebreid matig of ernstig eczeem een verbandpak voor te schrijven;⁴⁶

- *psychosociale gevolgen*: huidcontact is belangrijk voor de ontwikkeling van een kind. Bij oudere kinderen en volwassenen wordt aandacht besteed aan de gevoelens die met het eczeem gepaard kunnen gaan, zoals schaamte, angst en verminderd zelfvertrouwen. Ga ook in op de gevolgen hiervan voor het sociaal functioneren;
- *werk*: bij hinder van het eczeem op het werk is het verstandig om contact op te nemen met de bedrijfsarts (indien aanwezig) voor preventieve maatregelen. Ook bij geïnfecteerd eczeem en werkzaamheden in de zorg of voedingsmiddelenindustrie is contact met de bedrijfsarts aangewezen voor eventuele aanpassing van de werkzaamheden om verspreiding te voorkomen (zie de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties);
- *patiëntenvereniging*: de patiëntenvereniging Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem (VMCE) kan patiënten met (chronisch) eczeem ondersteunen in het omgaan met hun aandoening.⁴⁷

Tabel 2 Indifferentie middelen (in oplopende vethoudendheid)

Basis	Preparaat
Crème	cetomacrogolcrème lanettecrème
Vetcrème	vaselinecetomacrogolcrème vaselinelanettecrème
Zalf	koelzalf (= unguentum leniens) cetomacrogolzalf lanettezalf paraffine/vaseline in gelijke delen

Tabel 3 Voorbeelden corticosteroiden per klasse³⁷

Sterkte	Middel	Basis
Klasse 1	hydrocortisonacetaat 1%	zalf/vaselinecrème/crème
Klasse 2	triamcinolonacetonide 0,1%	zalf/vaselinecrème/crème
Klasse 3	betamethasonvaleraat 0,1%	zalf/crème

Tabel 4 Lokale behandeling van eczeem

Ernst	Behandeling ^{38,39}
mild eczeem (lichte roodheid, weinig tot geen oedeem of krabeffecten) TIS-score < 3	Start <i>indifferent middel</i> 1 tot 2 maal daags en na douchen of baden. ■ evalueer het effect van (aanpassing van) behandeling na 1 tot 2 weken: <i>bij verbetering:</i> ■ continueer <i>indifferent middel</i> , minimaal 1 maal daags en na douchen of baden; zo nodig vaker. <i>bij onvoldoende effect:</i> ■ ga mogelijke oorzaken na (therapietrouw, beïnvloedende factoren) en continueer de behandeling voor 1 week bij onvoldoende terapietrouw; ■ continueer bij goede terapietrouw met een <i>vetter preparaat</i> of zie beleid bij <i>matig eczeem</i> .
matig eczeem (matige roodheid, licht oedeem en krabeffecten) TIS-score ≥ 3 en < 6	Start <i>klasse-1-corticosteroid</i> 2 maal daags en <i>indifferent middel</i> 1 tot 2 maal daags. ■ evalueer het effect van (aanpassing van) behandeling na 1 tot 2 weken: <i>bij verbetering:</i> ■ <i>klasse-1-corticosteroid</i> 1 maal daags; ■ bouw af door steeds meer opeenvolgende dagen te staken (zie voor afbouwschema [tabel 10] en [tabel 11] in de noot); ⁴³ ■ continueer de indifferente therapie. <i>bij onvoldoende effect:</i> ■ ga mogelijke oorzaken na (therapietrouw, beïnvloedende factoren) en continueer de behandeling voor 1 week bij onvoldoende terapietrouw; ■ bij goede terapietrouw zie beleid bij <i>klasse-2-corticosteroid</i> . <i>Klasse-2-corticosteroid</i> 1 tot 2 maal daags en <i>indifferent middel</i> 1 tot 2 maal daags. ■ evalueer het effect van (aanpassing van) behandeling na 1 tot 2 weken: <i>bij verbetering:</i> ■ continueer <i>klasse-2-corticosteroid</i> 1 maal daags; ■ bouw af door steeds meer opeenvolgende dagen te staken (zie voor afbouwschema [tabel 10] en [tabel 11] in de noot); ⁴³ ■ continueer de indifferente therapie; ■ evalueer (eventueel telefonisch) bij afbouwen na 2 tot 3 weken en na 6 weken en behandel een eventueel recidief op basis van de ernst. <i>bij onvoldoende effect:</i> ■ ga mogelijke oorzaken na (therapietrouw, beïnvloedende factoren) en continueer de behandeling voor 1 week bij onvoldoende terapietrouw; ■ bij goede terapietrouw zie beleid bij <i>ernstig eczeem</i> of verwijs indien afbouwen van <i>klasse-2-corticosteroiden</i> niet lukt bij eczeem in gelaat of lichaamsplooiën.
ernstig eczeem (forse roodheid, oedeem/papels en duidelijke krabeffecten) TIS-score ≥ 6	Start <i>klasse-3-corticosteroid</i> (niet in gelaat of lichaamsplooiën) 1 tot 2 maal daags en <i>indifferent middel</i> 1 tot 2 maal daags. ■ evalueer het effect van (aanpassing van) behandeling na 1 tot 2 weken: <i>bij verbetering:</i> ■ bouw af door steeds meer opeenvolgende dagen te staken (zie voor afbouwschema [tabel 10] en [tabel 11] in de noot); ⁴³ of behandel als bij <i>matig eczeem</i> ; ■ continueer de indifferente therapie; ■ evalueer bij afbouwen na 2 tot 3 weken en na 6 weken en behandel een eventueel recidief op basis van de ernst. <i>bij onvoldoende effect:</i> ■ ga onderliggende oorzaken na (therapietrouw, beïnvloedende factoren) en continueer de behandeling voor 1 week bij onvoldoende terapietrouw; ■ continueer bij goede terapietrouw <i>klasse-3-corticosteroid</i> maximaal 1 maal daags en evalueer wekelijks; ■ bouw altijd af na 2 tot 3 weken door steeds meer opeenvolgende dagen te staken (zie voor afbouwschema [tabel 10] en [tabel 11] in de noot); ⁴³ ■ verwijs indien afbouwen van <i>corticosteroiden</i> niet lukt.
frequente recidieven	■ overweeg bij frequente recidieven preventieve <i>pulse-therapie</i> met <i>klasse-2-corticosteroid</i> 1 maal daags gedurende 2 tot 4 opeenvolgende dagen per week, naast dagelijks gebruik van een <i>indifferent middel</i> of verwijs. ⁴⁹

Medicamenteuze behandeling

Lokale behandeling

Huidverzorging met indifferente middelen is de basis van de behandeling, ook als het eczeem rustig is. Geef zo nodig (bij jeuk en tekenen van ontsteking) corticosteroiden conform het stappenplan in [tabel 4].

Behandeling met sederende antihistaminica

Er is onvoldoende bewijs voor een gunstig effect van niet-sederende antihistaminica op jeuk bij constitutioneel

eczeem. Overweeg uitsluitend bij verstoring van de nachtrust door hevige jeuk, kortdurend (maximaal 1 tot 2 weken) en alleen voor de nacht, een sederend antihistaminicum voor te schrijven of verwijs. Zie noot voor de middelen en doseringen.⁴⁸

Behandeling bij recidief of exacerbatie

Ga eventuele oorzaken na (therapietrouw bij gebruik van indifferente middelen en eventueel corticosteroiden, beïnvloedende factoren). Hervat het gebruik van

corticosteroiden volgens de adviezen in [tabel 4]. Overweeg afspraken te maken met de patiënt over het zelfstandig aanpassen van de lokale behandeling bij een exacerbatie. De afbouwschema's zijn te gebruiken als leidraad voor de behandeling (zie voor afbouwschema [tabel 10] en [tabel 11] in de noot).⁴³

Behandeling bij frequente recidieven van matig tot ernstig eczeem

Overweeg preventieve behandeling met *klasse-2-corticosteroiden* op 2 tot 4

Figuur 2 Vingertopeenheid (VTE)

achtereenvolgende dagen van de week (*pulse-therapie*), naast dagelijks gebruik van een indifferent middel.⁴⁹ De afbouwschema's zijn te gebruiken als leidraad voor de behandeling (zie voor afbouwschema [tabel 10] en [tabel 11] in de noot).⁴³ Of verwijst (zie *Verwijzing*).

Behandeling van geïnfecteerd eczeem

Bij de aanwezigheid van pustels, purulent exsudaat en gele korstjes is er sprake van geïnfecteerd eczeem, ook wel geïmpetiginiseerd eczeem genoemd. De verwekker is doorgaans *Staphylococcus aureus*. De infectie kan het eczeem verergeren. Door het eczeem goed te behandelen, neemt de kolonisatie met *Staphylococcus aureus* af en kan de infectie overgaan.⁵⁰ Behandel als volgt:

- intensiveer bij lokaal beperkte impetiginisatie van eczeem de behandeling gedurende een week conform [tabel 4];
- wanneer na een week onvoldoende verbetering is opgetreden, schrijf dan fusidinezuurcrème driemaal daags gedurende een week voor (zie de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties), waarbij de behandeling met corticosteroiden en een indifferent middel

conform [tabel 4] wordt gecontinueerd;

- overweeg behandeling met orale antibiotica bij uitgebreide impetiginisatie of persisterende afwijkingen ondanks lokale behandeling (zie de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties), waarbij de behandeling met corticosteroiden en een indifferent middel conform [tabel 4] wordt gecontinueerd.

Contacteczeem

Voorlichting en niet-medicamenteuze behandeling

Besteed aandacht aan de volgende punten:

- *oorzaak en beloop*: contacteczeem wordt veroorzaakt door contact met stoffen die de huid irriteren (bij irritatief contacteczeem) of stoffen die een allergische reactie veroorzaken op de contactplaats of elders op het lichaam (bij allergisch contacteczeem). Bij vermindering van de irriterende stof of het allergeen duurt het ongeveer vier tot zes weken totdat het eczeem verdwenen is. Bij hernieuwde blootstelling kan het eczeem recidiveren; constitutioneel eczeem vergroot het risico op irritatief eczeem;
- *vermijden expositie*: de basis van de behandeling is het vermijden van irriterende stoffen en allergenen;
- *belang van indifferente middelen*: bij irritatief eczeem vermindert gebruik van indifferente middelen de jeuk en irritatie. Het is vooral belangrijk deze te gebruiken na het wassen;
- *geen zeep*: bij irritatief contacteczeem aan de handen is het belangrijk om deze te wassen met water zonder zeep of eventueel met een handalcohol. Bij nat werk is het zinvol om wegwerpvijlhandschoenen te dragen;⁵¹

- *werk*: bij werkgerelateerd contacteczeem is het belangrijk om contact op te nemen met de bedrijfsarts voor preventieve maatregelen.⁵²

Medicamenteuze behandeling

Het medicamenteuze beleid bij contacteczeem is als volgt:

- Bij *irritatief contacteczeem*:
 - start met indifferente middelen, (minimaal) 2 maal daags en na (handen) wassen;
 - overweeg kortdurende behandeling met een klasse-1- of klasse-2-corticosteroid [tabel 4].
- Bij *allergisch contacteczeem*:
 - volg het beleid conform [tabel 4], schrijf bij lokalisatie op de behaarde hoofdhuid zo nodig een corticosteroid als lotion voor;
 - bij een eenmalige reactie kan onderhoudsbehandeling met indifferente middelen achterwege gelaten worden.

Acrovesiculeus eczeem

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

Besteed aandacht aan de volgende punten:

- *oorzaak*: naast een strooireactie bij een dermatomycose, zijn constitutioneel eczeem en allergisch contacteczeem of een combinatie van beide mogelijke onderliggende oorzaken. Vaak blijft de precieze oorzaak onduidelijk;
- *beloop*: afhankelijk van de onderliggende oorzaak kan acrovesiculeus eczeem een chronisch beloop hebben.

Medicamenteuze behandeling

Het medicamenteuze beleid bij acrovesiculeus eczeem is als volgt:

- bij afwezigheid van aanwijzingen voor een dermatomycose: volg het beleid conform [tabel 4];⁵³

Tabel 5 Overzicht gebruik vingertoppen zalf bij kinderen en volwassenen

Leeftijd	Aantal vingertopeenheden* per keer smeren					
	hoofd en hals	arm en hand	been en voet	romp (voorzijde)	rug en billen	gehele lichaam
3-12 mnd	1	1	1,5	1	1,5	8,5
1-2 jaar	1,5	1,5	2	2	3	13,5
3-5 jaar	1,5	2	3	3	3,5	18
6-10 jaar	2	2,5	4,5	3,5	5	24,5
> 10 jaar	2,5	4 (alleen hand: 1)	8 (alleen voet: 2)	7	7	40,5†

* een vingertopeenheid komt ongeveer overeen met 0,5 g.

† komt overeen met 140 g zalf per week bij 1 dd smeren.

- bij aanwijzingen zijn voor een dermatomycose; behandel conform de NHG-Standaard Dermatomycosen.

Nummulair eczeem

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

Besteed aandacht aan de volgende punten:

- **oorzaak:** constitutioneel eczeem en allergisch contacteczeem of een combinatie van beide zijn mogelijke onderliggende oorzaken. Vaak blijft de precieze oorzaak echter onduidelijk;
- **beloop:** afhankelijk van de onderliggende oorzaak kan nummulair eczeem een chronisch beloop hebben.

Medicamenteuze behandeling

Het medicamenteuze beleid bij nummulair eczeem is als volgt:

- volg het beleid conform [tabel 4].

Hypostatisch eczeem

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

Besteed aandacht aan de volgende punten:

- **oorzaak:** hypostatisch eczeem kan veroorzaakt worden door veneuze insufficiëntie, door uitdroging van de huid, door irritatie van een elastische kous en (zelden) door allergisch contacteczeem;
- **beloop:** afhankelijk van de onderliggende oorzaak kan hypostatisch eczeem een chronisch beloop hebben.

Medicamenteuze behandeling

Het medicamenteuze beleid bij hypostatisch eczeem is als volgt:

- indifferente (vet)crème gedurende de nacht; resten van indifferente middelen kunnen de levensduur van de kousen nadelig beïnvloeden;
- bij veel jeuk en roodheid: kortdurende

behandeling met een klasse-1- of klasse-2-corticosteroid [tabel 4];⁵⁴

- zie voor de behandeling van chronische veneuze insufficiëntie de NHG-Standaard Varices.

Asteatotisch eczeem

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

Besteed aandacht aan de volgende punten:

- **oorzaak:** asteatotisch eczeem wordt veroorzaakt door uitwendige factoren zoals een droge lucht (in de winter) en frequent wassen met water en zeep;
- **beloop:** bij hernieuwde blootstelling aan de genoemde uitwendige factoren kan asteatotisch eczeem recidiveren.

Medicamenteuze behandeling

- Volg het beleid conform [tabel 4].

CONTROLE EN VERWIJZING

Controles

Met betrekking tot het controleren van patiënten gelden de volgende aanbevelingen:

- evalueer het effect van de behandeling bij alle vormen van eczeem na één tot twee weken;⁵⁵
- adviseer de patiënt terug te komen bij verergering of exacerbatie van het eczeem;
- controleer patiënten ten minste jaarlijks bij chronisch gebruik van lokale middelen.

Verwijzing en samenwerking

Overweeg verwijzing naar een dermatoloog:

- bij onvoldoende reactie op de behandeling of wanneer het niet lukt om corticosteroiden af te bouwen; overweeg bij kinderen (bijvoorbeeld bij aanwezigheid van andere atopische aandoeningen) verwijzing naar een kinderarts;

- bij (allergisch of irritatief) contacteczeem en acrovesiculeus eczeem als de behandeling na zes tot acht weken geen effect heeft; aanvullende diagnostiek (plakproeven) is dan geïndiceerd.⁵⁶

JGZ-artsen: JGZ-artsen zien veel jonge kinderen met constitutioneel eczeem. In de richtlijn Huidafwijkingen wordt gebruik van de Three-Item-Severity (TIS)-score aanbevolen voor het bepalen van de ernst van het eczeem. Bij een score van 3 of hoger (matig tot ernstig eczeem) is het advies te verwijzen naar de huisarts voor behandeling met corticosteroiden.²⁴

Bedrijfsartsen: bij hinder van het eczeem bij beroepswerkzaamheden is het verstandig om contact op te (laten) nemen met de bedrijfsarts voor preventieve maatregelen. Het is de taak van een bedrijfsarts om zowel aan de werkgever als aan de patiënt advies te geven over reductie van belasting door huidirriterende factoren op het werk. Indien de bedrijfsarts verwijzing naar een dermatoloog voor aanvullende diagnostiek of behandeling noodzakelijk acht, verwijst de bedrijfsarts naar de dermatoloog.⁵² Ook bij geïnfecteerd eczeem bij werknemers in de zorg of voedingsmiddelenindustrie is contact met de bedrijfsarts aangewezen.

© 2014 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Tabel 6 Maximaal toe te passen hoeveelheid corticosteroiden per week bij langdurig gebruik*

Leeftijdsgroep	Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3
< 2 jaar	30 g	30 g	uitsluitend kortdurend bij ernstig eczeem
2-18 jaar	60 g	60 g	50 g
volwassenen	geen beperking	100 g	100 g

*gebruik klasse-2- en klasse-3-preparaten niet langer dan 2 tot 3 weken dagelijks.

Totstandkoming

In juni 2011 startte een werkgroep met het maken van de NHG-Standaard Contacteczeem. De werkgroep bestond uit de volgende leden: A.W.F. de Witt-de Jong, huisarts te Den Haag; D. van Sleeuwen, huisarts te De Meern; A.M. Sprengers, huisarts (werkgroeplid tot september 2012) te Utrecht en C.A. de Kock, huisarts te Deurne. Mede op advies van de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) werd besloten de NHG-Standaard Contacteczeem om te vormen naar de NHG-Standaard Eczeem. Vervolgens werd in september 2012 de werkgroep uitgebreid met P.C. Dirven-Meijer, huisarts te Renswoude en M.M.G. Nonneman, specialist ouderengeneeskunde Stichting Groenhuysen.

De begeleiding van de werkgroep en de redactie was in handen van C.J.H. de Vries, wetenschappelijk medewerker. Dr. W. Opstelten was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker, M.M. Verduijn, apotheker, als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie en dr. J.S. Burgers als hoofd, allen van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap. F. Jonkers was betrokken als wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie.

Patiëntenparticipatie: er is een gesprek geweest met de patiëntenvereniging Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem (VMCE), waarin ervaren knelpunten vanuit het patiëntenperspectief zijn geïnventariseerd. De VMCE heeft ook commentaar geleverd op de conceptversie van de standaard.

Samenwerking: in parallelle trajecten met de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) werd de richtlijn

Constitutioneel eczeem herzien (*herziening in maart 2014 in afrondende fase*) en is de richtlijn Contacteczeem ontwikkeld, deze tevens in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). C.J.H. de Vries, wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, participeerde namens het NHG in beide werkgroepen. P.C. Dirven-Meijer was lid van de adviesgroep van de JGZ-richtlijn Huidafwijkingen.

In augustus 2013 werd de standaard besproken in een focusgroep die bijgewoond werd door tien huisartsen, van wie twee aios, onder leiding van M. Ballieux, senior wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: prof.dr. M.Y. Berger, hoogleraar Huisartsgeneeskunde UMC Groningen; dr. S. Koning, huisarts te Vlaardingen; A.M. Sprengers, huisarts te Utrecht; dr. P. Leusink, huisarts te Gouda en seksuoloog Groene Hart Ziekenhuis Gouda; dr. F.H.W. Jungbauer, bedrijfsarts-klinisch arbeidsgeneeskundige namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB); prof.dr. C.A.F.M. Bruijnzeel-Koomen, dr. M.S. de Bruin-Weller, prof.dr. A.P. Oranje, prof.dr. S.G.M.A. Pasmans, dr. Th. Rustemeijer en dr. R.A. Tupker, allen dermatoloog en lid van de domeingroep AllergieEczeem, namens de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Prof.dr. S.G.M.A. Pasmans is tevens lid van de domeingroep Kinderdermatologie; dr. M. Kamphuis, jeugdarts namens de Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN); Y.M. Roosen, dr. I. Terree-

horst, M.L. Brouwer, dr. E.H.G. van Leer en Y.C.M. Duijvestijn, allen kinderarts namens de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK); D. Dost, apotheker KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; M.K. Schutte apotheker, adviseur Geneesmiddelenzorg namens het College voor Zorgverzekeringen (CvZ); J. Oltvoort, senior beleidsadviseur gezondheidseconomie Nefarma; M. Favié, voorzitter Bogin; G. Salemink, arts Maatschappij en Gezondheid/medisch adviseur namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN); dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts en Wetenschap*; dr. D. Bijl, arts-epidemioloog en hoofdredacteur van het *Geneesmiddelenbulletin*. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft.

W. Willems en J. van Dongen, huisartsen, hebben namens de NAS tijdens de commentaaronderzoek beoordeeld of de standaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. In november 2013 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

Prof.dr. W. Bergman, dermatoloog, stelde de foto's in de standaard ter beschikking.

Op de NHG-website (www.nhg.org) staat bij de webversie van deze standaard de zoekstrategie beschreven die de werkgroep volgde bij het zoeken naar wetenschappelijke literatuur ten behoeve van de herziening van de standaard. Tevens zijn de procedures voor de ontwikkeling van de NHG-Standaarden in te zien in het procedureboek (zie www.nhg.org).

Comorbiditeit bij diabetes type 2

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

Wat is de invloed van chronische comorbide aandoeningen bij patiënten met diabetes type 2 op diabetes uitkomstwaarden op de lange termijn?

HUIDIG BELEID

Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van diabetes mellitus, zoals de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2, richten zich meestal op één specifieke ziekte. De interacties tussen ziektes of de (medicamenteuze) behandeling ervan zouden echter ook een rol kunnen spelen in de behandeling en prognose van een ziekte. In onderzoeken naar diabetes worden de patiënten met (ernstige) andere ziekten desondanks meestal geëxcludeerd van deelname. De toepasbaarheid van resultaten van deze trials en de daaruit voortvloeiende behandeladviezen in de richtlijnen zijn dus beperkt voor diabetespatiënten met comorbiditeit.

De recente herziening van de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 noemt comorbiditeit als een factor die de streefwaarde zou kunnen beïnvloeden. Vooralsnog is het niet duidelijk in welke mate of in welke richting dit geldt.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Het is denkbaar dat aanwezigheid van comorbide aandoeningen interfereert met de effectiviteit van de behandeling van diabetes. Bovendien zouden bepaalde typen of combinaties van comorbiditeit, naast diabetes, de streefwaarden van HbA_{1c} of systolische bloeddruk kunnen beïnvloeden. Informatie over daadwerkelijk behaalde (gemiddelde) waarden van HbA_{1c} en bloeddruk bij een specifiek 'comorbiditeitsprofiel' zou kunnen dienen als basis voor een gesprek met de patiënt over het opstellen van realistische streefwaarden voor deze specifieke patiënt. Dit weerspiegelt dat diabeteszorg, zoals deze binnen de ketenzorg wordt geleverd, onderdeel is van generalistische zorg voor de patiënt als geheel met al zijn gezondheidsproblemen.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Van de patiënten met diabetes mellitus type 2 in de huisartsenpraktijk heeft 85% op het moment dat de diagnose wordt gesteld al ten minste één andere chronische aandoening, zoals atriumfibrilleren, COPD, een ziekte van het bewegingsapparaat of een chronische psychische aandoening. Het is bekend dat de reductie van cardiovasculaire events door stricte

glycaemische instelling van diabetespatiënten beperkter is bij patiënten die naast diabetes veel comorbide aandoeningen hebben.¹ Onderzoeken die het effect van comorbiditeit op de diabetesinstelling beschrijven, rapporteren wisselende uitkomsten. Er zijn zowel gunstige als ongunstige effecten van comorbiditeit op de instelling beschreven, alsook afwezigheid van effect.² Voorham beschreef een gunstig effect op de behandeling van de bloeddruk (HR 4,5; p-waarde < 0,001) en HbA_{1c} (HR 2,4; p-waarde 0,03) van nieuwe, aan diabetes gerelateerde comorbide aandoeningen; en afwezigheid van effect van niet aan diabetes gerelateerde comorbide aandoeningen.³ Methodologische nadelen van eerdere onderzoeken zijn onder andere een kleine (of onduidelijke) selectie van comorbide aandoeningen en een korte follow-up van enkele maanden. Daarbij waren de bestudeerde patiëntengroepen niet altijd representatief voor de gehele diabetespopulatie.

CONCLUSIE

Het is van belang de effecten te kennen van comorbiditeit op de diabetes uitkomstwaarden van patiënten met diabetes type 2 ter evaluatie van de streefwaarden voor de behandeling van de diabetes.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Wat is het effect van reeds aanwezige, chronische comorbiditeit (totaal aantal ziekten en specifieke typen comorbiditeit afzonderlijk) op HbA_{1c} en systolische bloeddrukwaarden van patiënten met diabetes type 2 in de huisartsenpraktijk in een follow-up van vijf jaar? ■

LITERATUUR

- 1 Greenfield S, Billimek J, Pellegrini F, Franciosi M, De BG, Nicolucci A, et al. Comorbidity affects the relationship between glycemic control and cardiovascular outcomes in diabetes: a cohort study. *Ann Intern Med* 2009;151:854-60.
- 2 Bayliss EA, Blatchford PJ, Newcomer SR, Steiner JF, Fairclough DL. The effect of incident cancer, depression and pulmonary disease exacerbations on type 2 diabetes control. *J Gen Intern Med* 2011;26:575-81.
- 3 Voorham J, Haaijer-Ruskamp FM, Wolffenbuttel BH, De Zeeuw D, Stolk RP, Denig P. Differential effects of comorbidity on antihypertensive and glucose-regulating treatment in diabetes mellitus--a cohort study. *PloS one* 2012;7:e38707.

Inzage in het patiëntendossier

HET DOSSIER

Een huisarts is wettelijk verplicht om met betrekking tot de behandeling van een patiënt een dossier over die patiënt aan te leggen en te onderhouden. Artikel 7:454 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek (wellicht beter bekend als de Wgbo: Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) omschrijft dit als volgt: 'De hulpverlener (...) richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens over de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening noodzakelijk is.'

Dit patiëntendossier heeft verschillende doeleinden:

- het systematisch vastleggen van de verschillende contacten om overzicht te houden van wat er in het verleden medisch is gebeurd en het vastleggen van afspraken; dit wordt nu veelal met de SOEP-methode gedaan: Subjectief, Objectief, Evaluatie en Plan;
- het systematisch documenteren van bepalingen die zijn gedaan (bijvoorbeeld bloeddrukmetingen, laboratoriumuitslagen);
- het waarborgen van de kwaliteit van de zorgverlening aan de patiënt (goede hulpverlening);
- het waarborgen van de continuïteit van de zorgverlening aan de patiënt;
- het afleggen van verantwoording van het medisch handelen (in juridische procedures);
- het toetsen en bewaken van de kwaliteit;
- het leveren van gegevens ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek;
- het informeren van de patiënt (via inzage).

Samenvatting

Nouwt S, Scherptong-Engbers MJ. Inzage in het patiëntendossier. *Huisarts Wet* 2014;57(5):254-8.

Deze bijdrage gaat over de vraag wat het recht op inzage in het patiëntendossier inhoudt voor de huisarts en de patiënt. We beschrijven wat er in een patiëntendossier moet staan en wat niet. Ook gaan we in op de veelgestelde vraag wie de eigenaar is van het patiëntendossier. Naast het recht op inzage voor patiënten zelf, komt ook het recht op inzage van gescheiden ouders en van nabestaanden aan de orde. Ook besteden we aandacht aan de overdracht van patiëntendossiers. In de conclusie beantwoorden we de vraag welke informatie uit het patiëntendossier de huisarts uit de casus verplicht is te verstrekken.

In deze nascholing zullen we verder ingaan op het laatst beschreven doel van het patiëntendossier: wat houdt het inzage-recht in het dossier in voor de huisarts en de patiënt?

INHOUD VAN HET PATIËNTENDOSSIER

In het algemeen geldt dat een dossier moet bestaan uit informatie die voor 'goede hulpverlening' noodzakelijk is.¹ Van belang is dat de huisarts in een patiëntendossier feitelijke en objectieve informatie vastlegt. Dit is informatie over de inhoud van het medisch handelen (zoals diagnoses, verwijzingen), gegevens die van belang zijn voor de continuïteit van de zorgverlening (bijvoorbeeld chronische ziekten), gegevens die bij een volgende behandeling nodig zijn (zoals administratieve gegevens) en schriftelijke wilsverklaringen (bijvoorbeeld non-reanimatie- en euthanasieverklaringen).² De huisarts is zelf verantwoordelijk voor het patiëntendossier en zal dus per patiënt moeten beoordelen welke gegevens in het dossier opgenomen dienen te worden.

De kern

- Het medisch dossier bevat informatie die noodzakelijk is voor een 'goede hulpverlening'. Niets meer en niets minder.
- Patiënten hebben recht op inzage in en afschrift van de inhoud van hun medisch dossier. Inzage of afschrift mag niet worden verstrekt als dat de privacy van een ander schendt.
- Persoonlijke werkaantekeningen zijn aantekeningen die bedoeld zijn voor de eigen, voorlopige gedachtevorming en die bij de huisarts gerezen indrukken, vermoedens of vragen bevatten. Ze maken geen deel uit van het medisch dossier, zijn niet ter inzage voor collega-artsen en ook niet voor de patiënt.
- Noch de huisarts, noch de patiënt heeft het absolute eigendomsrecht op een medisch dossier. Minderjarigen hebben vanaf twaalf jaar zelfstandige zeggenschapsrechten over de verstrekking van gegevens uit hun medische dossiers.
- Na echtscheiding behouden de ouders in principe beiden het ouderlijk gezag. Bij gereide twijfel gaat de huisarts na wie het gezag heeft/hebben over een minderjarige. Niet-gezagdragende ouders hebben wel recht op algemene informatie over de minderjarige, maar niet op inzage in het medisch dossier.
- Het medisch beroepsgeheim geldt ook na het overlijden van de patiënt. Nabestaanden hebben wel recht op inzage als de patiënt bij leven toestemming heeft gegeven voor de gegevensverstrekking, als de huisarts de toestemming van de overleden patiënt mag veronderstellen, als sprake is van een conflict van plichten of als sprake is van een zwaarwegend belang en vaststaat dat alleen het medisch dossier opheldering kan verschaffen.
- Een huisarts moet zorgvuldig met medische dossiers omgaan. Om de continuïteit en kwaliteit van de zorg te waarborgen geeft een huisarts het dossier niet aan de patiënt zelf mee, ook niet als die van huisarts verandert.

Casus

Op het spreekuur komen mevrouw Pasman van 48 jaar en haar echtgenoot. De huisarts kent haar als een vrouw die al jaren wisselende buikpijnklasten heeft en daarvoor af en toe langskomt. Dit bezoek geeft patiënte aan dat haar buikklachten verergerd zijn en dat ze hierdoor geregeld op haar werk verzuimt. Ook beperken de klachten haar in de dagelijkse activiteiten, zoals boodschappen doen. De huisarts verricht zorgvuldig de anamnese en lichamelijk onderzoek, waarbij hij geen duidelijke aanknopingspunten voor de klachten vindt. Op de vraag of patiënte alcohol gebruikt vertelt ze in het weekend voor de gezelligheid een tot twee wijntjes te drinken. Vanwege de toename van de buikklachten besluit de huisarts, mede op haar verzoek, laboratoriumonderzoek en een echo van de buik te laten maken. Gezien het patroon van de klachten en het gebrek aan afwijkingen bij aanvullend onderzoek stelt hij de werkdiagnose prikkelbaredarmsyndroom. Omdat de klachten onlangs zijn toegenomen, besluit de huisarts haar naar een internist te verwijzen. Deze bevestigt de diagnose prikkelbaredarmsyndroom.

Haar echtgenoot, ook patiënt van de huisarts, komt enige tijd la-

ter op het spreekuur wegens hoestklachten. Tussen neus en lippen door vertelt hij dat mevrouw Pasman niet helemaal eerlijk is geweest over haar alcoholgebruik. Hij vertelt dat ze het afgelopen jaar steeds meer is gaan drinken, tot wel zes tot zeven glazen witte wijn per dag en dat hij zich zorgen maakt. Hij wil niet dat zijn echtgenote weet dat hij dit heeft verteld, want 'dan is het huis te klein'. Omdat de huisarts het belangrijke informatie vindt, vermeldt hij het toch in het dossier van mevrouw Pasman.

Bij het volgende contact met patiënte zelf vraagt de huisarts nogmaals naar het alcoholgebruik. Patiënte geeft wederom aan bijna niet te drinken. Vanwege toenemende ontevredenheid bij mevrouw Pasman verloopt de communicatie steeds moeizamer en op een gegeven moment geeft ze aan weinig vertrouwen meer in haar huisarts te hebben. Ze wil de brief van de internist graag hebben en wil weten wat de huisarts de afgelopen jaren precies over haar in het dossier heeft geschreven. Ze wil een kopie van haar hele dossier. De huisarts zegt haar toe dat zij de volgende dag een uitdraai van het dossier kan komen ophalen. De huisarts vraagt zich af welke informatie hij verplicht is aan patiënte te overleggen.

Patiënten hebben onder andere recht op inzage in en afschrift van de inhoud van hun medisch dossier. De huisarts moet inzage en afschrift verlenen binnen drie maanden na een daartoe strekkend verzoek. Er mag geen inzage in en afschrift van onderdelen van een dossier worden gegeven als daardoor de privacy van een ander geschonden wordt. Daarbij kan het gaan om gegevens die door een familielid of partner zijn verstrekt over zichzelf of over de patiënt, op voorwaarde of in het vertrouwen dat de patiënt daarvan geen kennis zal verkrijgen. De huisarts kan dan de privacy van die ander respecteren door de betreffende gegevens te verwijderen of af te schermen tegen kennisneming door de patiënt. Het privacybelang van die ander zal wel zwaarder moeten wegen, volgens de huisarts, dan het belang van inzage door de patiënt. Een voorbeeld hiervan is de aantekening in het dossier van de echtgenoot van mevrouw Pasman, waarin hij zijn zorgen uit over haar alcoholgebruik.

PERSOONLIJKE WERKAANTEKENINGEN

In de praktijk leggen huisartsen, naast de voor een goede hulpverlening noodzakelijke aantekeningen, ook persoonlijke werkaantekeningen vast. Dit zijn aantekeningen die bedoeld zijn voor de eigen, voorlopige gedachtevorming en die bij de arts gerezen indrukken, vermoedens of vragen bevatten. De aantekeningen zijn per definitie tijdelijk van aard en zijn niet bedoeld als middel tot overdracht van informatie aan anderen. Zodra de huisarts de inhoud aan een derde verstrekt (schriftelijk of mondeling), is er geen sprake meer van een 'persoonlijke' werkaantekening. Derden zijn in dit geval ook medebehandelaars, waarnemers en vervangers. In beginsel vallen dus ook huisartsen-in-opleiding (aios) daar onder. Maar men kan een aios beschouwen als degene die namens en onder verantwoordelijkheid van de huisarts een patiënt behandelt. Om die reden kan het in specifieke gevallen verdedigbaar zijn als de huisarts-opleider de persoonlijke werkaantekeningen wel deelt met de aios.

Vanwege de aard van dit soort aantekeningen maken ze géén onderdeel uit van het dossier. Dit betekent dat ook de

rechten die de patiënt heeft met betrekking tot dossiergegevens (zoals het recht op inzage of het recht op afschrift) niet van toepassing zijn op persoonlijke werkaantekeningen. Persoonlijke werkaantekeningen zijn niet hetzelfde als een zogenaamd 'schaduw dossier': een dossier dat een huisarts aanmaakt voor persoonlijk gebruik of voor een behandelteam waarin subjectieve gegevens over de patiënt worden opgenomen die later – in samengevatte vorm – in het dossier terechtkomen. Dit dossier valt wél onder het inzage-recht.

Na verloop van tijd moet de huisarts de persoonlijke aantekeningen wel vernietigen of overnemen in het dossier. In het algemeen moet men zeer terughoudend zijn met het vastleggen van persoonlijke werkaantekeningen. Informatie over een patiënt dient men immers zo veel mogelijk in het dossier vast te leggen, mede met het oog op het waarborgen van de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening aan de patiënt. Persoonlijke werkaantekeningen zouden zich dan bijvoorbeeld kunnen beperken tot vermoedens die de huisarts (nog) niet met de patiënt zelf heeft besproken.

In elektronisch opgeslagen dossiers is vaak apart ruimte voor het maken van persoonlijke werkaantekeningen. Hier voor geldt ook dat de huisarts ze in een afzonderlijk deel van het dossier moet opslaan en dat ze niet voor anderen toegankelijk mogen zijn. Zoals hierboven gezegd, kan in specifieke gevallen een uitzondering worden gemaakt voor de aios. In

Abstract

Nouwt S, Scherptong-Engbers MJ. Right to access medical records. *Huisarts Wet* 2014;57(5):254-8.

This article is about the consequences to both patients and general practitioners of the right of patients to access their medical records. This article describes what should, and should not, be recorded in a medical record and discusses the often-posed question about who 'owns' a medical record. Besides the right of a patient to access his or her medical record, there is also the question of the right of divorced parents or the relatives of deceased patients. The article also covers the sharing of medical records with other healthcare professionals. On the basis of a hypothetical case, the article concludes by answering the question about what information from the medical record the general practitioner is obliged to provide.

het HIS kan deze persoonlijke werkaantekeningen bijvoorbeeld bij 'kladblok', 'additionele gegevens' of iets dergelijks noteren (dat verschilt per HIS). Als zij wel voor anderen toegankelijk zijn, mag men deze gegevens niet als persoonlijke werkaantekeningen beschouwen.

EIGENAAR VAN HET DOSSIER

Een veel gestelde vraag is wie de eigenaar is van het medisch dossier. Noch de huisarts, noch de (meerderjarige) patiënt heeft het absolute eigendomsrecht op een medisch dossier. Wel hebben ze allebei bepaalde zeggenschapsrechten over het dossier. De huisarts bepaalt immers welke informatie in het dossier terechtkomt. De patiënt heeft recht op inzage, afschrift, aanvulling en zelfs op vernietiging van het volledige medisch dossier of van onderdelen daaruit.

Met betrekking tot de zeggenschap van minderjarigen over hun dossiers maakt de Wgbo onderscheid in vier categorieën:

- *minderjarigen tot twaalf jaar* worden vertegenwoordigd door de ouder(s) of voogd(en). Alle verplichtingen die uit de Wgbo voortvloeien, komt de arts jegens hen na. Zo is voor het sluiten van de behandelingsovereenkomst en het uitvoeren van verrichtingen uit die overeenkomst de toestemming van de ouder(s)/voogd(en) nodig. Daarnaast hebben de ouders of voogden recht op informatie. Ook voor de gegevensverstrekking aan derden is de toestemming van de ouder(s) of voogd(en) noodzakelijk.
- *de minderjarige van twaalf tot zestien jaar* dient zelf toestemming te geven voor het verstrekken van gegevens aan derden. Deze groep minderjarigen mag echter niet zelfstandig een behandelingsovereenkomst sluiten. Behalve de minderjarige zelf, moeten ook de ouders of voogden daarvoor toestemming geven (dubbele toestemming).
- *minderjarigen van zestien en zeventien jaar* gelden in het gezondheidszorg als meerderjarig en mogen zonder tussenkomst van de ouder(s) of voogd(en) een behandelingsovereenkomst sluiten. De zestien- of zeventienjarige heeft ook een zelfstandig recht op geheimhouding. Zonder diens toestemming mag de huisarts geen informatie aan derden verstrekken, en dus ook niet aan de ouder(s) of voogd(en).
- *minderjarigen die wilsonbekwaam 'ter zake' zijn (twaalf tot achttien jaar)*, dat wil zeggen niet in staat zijn tot een redelijke afweging van hun belangen ter zake, worden vertegenwoordigd door de ouder(s) of voogd(en). Zij oefenen het recht op inlichtingen, inzage en afschrift en vernietiging uit.

RECHT OP INFORMATIE VOOR GESCEIDEN OUDER

Totdat een kind zestien jaar is, treden de ouders op als wettelijk vertegenwoordigers bij beslissingen over medische behandelingen. De ouders hebben dan ook recht op de medische informatie over hun kind die nodig is om dergelijke beslissingen te kunnen nemen. Als het verstrekken van informatie echter in strijd zou zijn met het belang van het kind of als het kind nadrukkelijk bezwaar heeft gemaakt tegen de informatieverstrekking aan een of beide ouder(s), mag een huisarts weigeren de ouders informatie te geven.

Na echtscheiding behouden de ouders in de regel allebei het ouderlijk gezag over hun kind. Beide ouders hebben dan ook evenveel recht op informatie over de behandeling en de gezondheidstoestand van het kind, omdat zij beiden moeten kunnen beslissen over de behandeling van het kind. Als de rechter na echtscheiding het gezag aan één ouder heeft toegewezen, dan heeft dit gevolgen voor de rechten en bevoegdheden van de andere, niet-gezagdragende ouder.

Anders dan een gezagdragende ouder heeft een niet-gezagdragende ouder geen recht op inzage in het medisch dossier van het kind jonger dan twaalf jaar. Een niet-gezagdragende ouder heeft daarentegen wel recht op algemene belangrijke informatie over de verzorging en opvoeding van het kind. Dit recht geldt niet alleen tegenover artsen, maar bijvoorbeeld ook tegenover leerkrachten en maatschappelijk werkers. Een vraag van een niet-gezagdragende ouder als 'Heeft mijn kind de afgelopen tijd gezondheidsproblemen gehad en zo ja welke?', moet de huisarts gewoon beantwoorden. Weigeren is mogelijk als het informatie betreft die ook niet aan de gezagdragende ouder zou worden gegeven of als het belang van het kind zich tegen de informatieverstrekking verzet. Maar een vraag als 'Vindt u het ook niet toevallig dat mijn kind vaker in bed plast sinds ze minder contact met mij heeft?', hoeft een huisarts niet te beantwoorden.

Zoals gezegd is de hoofdregel dat beide ouders na echtscheiding gezagdragend blijven. Als daar geen aanleiding voor is hoeft een huisarts niet na te gaan of dat in een concrete situatie ook het geval is. Bij gereede twijfel is het echter wel raadzaam om na te gaan wie het gezag heeft/hebben over een minderjarig kind. De huisarts kan kosteloos een uittreksel uit het centraal gezagsregister opvragen. Hij kan dit verzoek schriftelijk (via post of fax) indienen bij de rechtbank in het arrondissement waar de minderjarige is geboren. Daarbij moet hij de naam van de minderjarige, de geboortedatum en de geboorteplaats vermelden.

Tot slot dient de huisarts er op te letten dat hij als behandelend arts in het algemeen geen waardeoordelen mag geven over de vraag wie van beide ouders bijvoorbeeld het beste in staat is de verzorging van het kind op zich te nemen. Als behandelend arts beperkt hij zich altijd tot het verstrekken van feitelijke informatie.³

INZAGE DOOR NABESTAANDEN

Indien, na het overlijden van een patiënt, de nabestaanden inzage wensen in het dossier, dan geldt als hoofdregel dat dit niet mogelijk is, aangezien de huisarts ook na het overlijden van een patiënt gebonden is aan het medisch beroepsgeheim. Nabestaanden of anderen kunnen de huisarts niet ontheffen van zijn geheimhoudingsplicht. De huisarts mag alleen in specifieke gevallen een uitzondering maken op de geheimhoudingsplicht: als de patiënt bij leven toestemming heeft gegeven voor de gegevensverstrekking, als de huisarts de toestemming van de overleden patiënt mag veronderstellen, als een wet (bijvoorbeeld de Wet op de lijkbezorging) tot gegevensverstrekking verplicht, als de huisarts zich in een conflict van

plichten-situatie bevindt of als er sprake is van een zwaarwegend belang.

De toestemming die de patiënt bij leven kan hebben gegeven is bijvoorbeeld vastgelegd in een schriftelijke wilsverklaring. De huisarts moet er dan wel op letten dat die verklaring een gerichte toestemming bevat die expliciet aangeeft aan wie hij welke gegevens mag verstrekken. De huisarts mag de toestemming veronderstellen als er een verzoek om inzage is gedaan door een nabestaande die bij leven een goede band had met de overleden patiënt. Bijvoorbeeld de echtgenoot die volledig en in alle openheid bij de behandeling van de patiënt betrokken was en die (bijna) altijd mee kwam met de patiënt op het spreekuur. Ook mag hij toestemming veronderstellen als belanghebbenden gegevens opvragen in verband met een klacht die tegen de huisarts is ingediend wegens een vermeende medische fout.

De Wet op de lijkbezorging schrijft voor dat de behandelend arts in geval van een natuurlijk overlijden van een patiënt een verklaring van overlijden afgeeft. Betreft het een niet-natuurlijke dood, dan moet de huisarts een forensisch arts (de gemeentelijk lijkschouwer) inschakelen. In geval van euthanasie bestaat eveneens een wettelijke verplichting tot informatieverstrekking.

Ook als sprake is van een conflict van plichten mag de huisarts gegevens van een overledene aan een ander verstrekken. Het gaat dan bijvoorbeeld om een situatie waarin een derde schade kan oplopen als de huisarts zijn beroepsgeheim zou handhaven. Een derde kan bijvoorbeeld een ander kind in het gezin zijn van wie een broertje of zusje is mishandeld. Ook als sprake is van een erfelijke aandoening en de gezondheid van familieleden in het geding is, kan sprake zijn van een conflict van plichten.

De huisarts mag gegevens aan een nabestaande verstrekken als diegene een 'zwaarwegend belang' heeft bij die gegevens. De nabestaande zal de huisarts van dat belang moeten overtuigen. Is de huisarts overtuigd van een dergelijk 'zwaarwegend belang' en is voldoende aannemelijk dat de overledene, als die nog in leven was geweest, toestemming voor de gegevensverstrekking zou hebben gegeven, dan mag de huisarts de relevante informatie verstrekken. Als die toestemming niet kan worden verondersteld, mag de huisarts zijn geheimhoudingsplicht doorbreken in gevallen waarin de nabestaanden een testament aanvechten en:

- er zwaarwegende aanwijzingen bestaan dat de erflater ten tijde van het verlijden van het testament niet over zijn verstandelijke vermogens beschikte (dus wilsonbekwaam zou zijn geweest); en
- het aannemelijk is dat opheldering daarover niet op andere wijze kan worden verkregen dan door dossierinzage.

Het is aan de huisarts om eerst vast te stellen of het dossier wel informatie bevat die de gewenste opheldering kan geven. Is dat niet het geval dan mag de huisarts volstaan met deze mededeling en blijft het dossier gesloten. In het geval de nabestaanden de huisarts vanwege deze weigering voor de civiele

rechter dagen, kan de huisarts aan de rechter uitleggen welke afweging aan de weigering ten grondslag lag.

OVERDRACHT VAN HET DOSSIER

Hoewel een patiënt dus zeggenschapsrechten heeft met betrekking tot het medisch dossier, kan de patiënt het originele dossier niet opeisen van de huisarts. Als hoofdregel geeft een huisarts nooit het medisch dossier mee aan de patiënt. De ratio hierachter is dat een huisarts zorgvuldig met medische dossiers moet omgaan. Het dossier is een belangrijk document dat de continuïteit en kwaliteit van de zorg mede moet waarborgen. Om die zorgplicht niet in gevaar te brengen kan de huisarts het beste het dossier niet aan de patiënt zelf meegeven. Ook niet als die van huisarts verandert.

Er volgt namelijk uit de 'zorg van een goed hulpverlener' dat de 'oude' huisarts het volledige dossier aan de nieuwe huisarts ter beschikking stelt. De patiënt moet wel toestemming geven voor deze overdracht.

In de praktijk komen echter wel eens situaties voor waar bij de patiënt het dossier zelf wil beheren, bijvoorbeeld indien een patiënt een nieuwe huisarts wenst, maar niet kenbaar wil maken wie deze nieuwe huisarts is. De patiënt geeft dus geen toestemming tot overdracht van zijn dossier. De 'oude' huisarts dient dan op verzoek van de patiënt een kopie van zijn medisch dossier mee te geven. Zolang niet zeker is dat patiënt een nieuwe huisarts heeft en niet bekend is wie dit is, moet de 'oude' huisarts het originele dossier blijven bewaren.⁴

Overdragen van het originele dossier zonder tussenkomst van de patiënt kan op verschillende manieren. De 'oude' huisarts kan het dossier persoonlijk of via (aangetekende) post overdragen aan de nieuwe huisarts. Een elektronisch dossier kan via e-mail worden overgedragen. Huisartsen die patiëntgegevens via e-mail versturen moeten dat uiteraard uitsluitend met een goed beveiligde e-mail doen. Anders kunnen onbevoegden de gegevens eenvoudig onderscheppen. Ook uit het huisartsinformatiesysteem is het veelal mogelijk om elektronische dossiers 'met een druk op de knop' over te dragen aan de nieuwe huisarts. Na de overdracht dient de 'oude' huisarts het dossier te vernietigen. Vaak plaatsen huisartsen een vernietigd dossier in een HIS eerst enige tijd in 'quarantaine', zodat het, indien nodig, nog terug te zetten is. Een andere optie voor elektronische dossieroverdracht is door overdracht van een 'eigenstandig document'. Dat is een elektronisch bestand dat niet meer gewijzigd kan worden. Het is te vergelijken met een pdf-versie van het dossier. Voor de 'oude' huisarts kan het bijvoorbeeld ter verdediging in een klacht- of tuchtrechtprocedure van belang zijn om te kunnen beschikken over het dossier zoals hij dat heeft overgedragen. De nieuwe huisarts kan dit document naast het nieuwe medisch dossier elektronisch opslaan. Hij kan vervolgens in een nieuw medisch dossier doorwerken.

Heeft de huisarts het elektronisch dossier van een patiënt die hij heeft aangemeld bij het Landelijk Schakel Punt (LSP) overgedragen, dan moet hij die patiënt nog wel afmelden bij het LSP. Als de patiënt daarvoor toestemming geeft, meldt de

nieuwe huisarts de patiënt dan opnieuw aan bij het LSP. Als er geen overdracht van het elektronisch dossier heeft plaatsgevonden, dan meldt de 'oude' huisarts de patiënt niet af bij het LSP, tenzij de patiënt daar zelf om verzoekt.

CONCLUSIE

Het is tijd voor een antwoord op de vraag van de huisarts uit de casus van mevrouw Pasma: welke informatie ben ik verplicht aan de patiënte te overleggen? De huisarts is verplicht om in beginsel alle informatie die in het dossier van de patiënte is vastgelegd binnen drie maanden aan haar te verstrekken. Een uitzondering geldt als de persoonlijke levenssfeer van een ander in het geding is. Dit betekent bijvoorbeeld dat de opmerking van de echtgenoot dat mevrouw Plasman wel zes tot zeven glazen wijn per dag drinkt, door de huisarts mag worden afgeschermd van inzage en afschrift. Voor zover de huisarts 'persoonlijke werkaantekeningen' heeft vastgelegd, vallen deze ook niet onder het recht op inzage en afschrift van de patiënte.

Bent u lid van de federatie KNMG en hebt u een medisch-ethische of juridische vraag, bijvoorbeeld over het medisch dossier, dan kunt u telefonisch of per e-mail advies vragen bij

de KNMG-Artseninfolijn (e-mail: artseninfolijn@fed.knmg.nl; telefoon: (030) 282 33 22 (maandag tot en met vrijdag: 8.30-17.00 uur)). Veelgestelde vragen en praktijkdilemma's kunt u vinden op de website van de KNMG: <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/artseninfolijn/FAQ-Praktijkdilemmas.htm>. ■

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

LITERATUUR

- 1 KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (2010). Te vinden op: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Richtlijnen-inzake-het-omgaan-met-medische-gegevens-2010.htm>.
- 2 KNMG-consult arts en schriftelijke wilsverklaringen (2002). Te vinden op: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Arts-en-schriftelijke-wilsverklaringen-2002.htm>.
- 3 KNMG-Praktijkdilemma: welke informatie mogen (gescheiden) ouders over hun kind(eren) ontvangen? (2013). Te vinden op: <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/KNMG-Artseninfolijn-10/FAQ-Praktijkdilemmas/Casus-Artseninfolijn/Welke-informatie-mogen-gescheiden-ouders-over-hun-kinderen-ontvangen.htm>.
- 4 KNMG-Advies voor overdracht patiëntendossier bij verandering van huisarts, een actualisering (2008). Te vinden op: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Advies-voor-overdracht-patiëntendossier-bij-verandering-van-huisarts-een-actualisering-2008.htm>.



Nico van Duijn

Wachttijden zijn gezond

De wachttijden voor medisch specialisten zijn jammer genoeg erg kort geworden. Niets krijgt meer de tijd vanzelf over te gaan. Desondanks durven veel specialisten, zeker die in ons lokale ziekenhuis, alsnog te zeggen: 'In dit geval, gezien de bevindingen, is afwachten beter.' Dat durven ze helemaal als je dat ook zo in de verwijsbrief zet. Dan zegt de specialist: 'Zoals uw huisdokter al schrijft, we kijken het even aan.' Ik kan dat rustig opschrijven, want mijn patiënten zijn mans genoeg om over hun opvattingen te onderhandelen als ze er

iets anders van vinden. Het is lastiger uit te leggen dat je niets wilt doen. Iets doen is leuker en gaat veel sneller.

Afwachten is ook lastig uit te leggen als over de brug een kliniek zit die van elke rug met spoed een MRI-scan maakt om een mogelijke hernia voor het weekend te kunnen opereren. Vlot opereren heeft grote nadelen, maar dat wil niet iedereen weten. Diezelfde kliniek kan zich overigens tv-spotjes permitteren. Waar ze dat van betalen, ik zou het echt niet weten.

Als we nu eens wachttijden organiseren van één tot twee maanden. Wat wel eerder moet, is met een telefoontje van huisarts naar specialist te regelen. De beste manier om wachttijden te krijgen

is minder capaciteit. Dit kan door alle zelfstandige klinieken uit de basisverzekering te halen en in de aanvullende verzekering te plaatsen. Die aanvullende premie stijgt dan fors, de basisverzekering wordt veel goedkoper. Dan worden mensen met een aanvullende verzekering direct aan hun hernia geopereerd als ze dat willen. Dan krijgen mensen met alleen een basisverzekering de beste zorg, van geduldige dokters die geen schade willen aanrichten, volgens de modernste richtlijnen. Dan wordt de duurste zorg matige maar snelle zorg. Dan wordt de goedkoopste zorg de beste zorg. Bezuinigen is niet zo moeilijk. ■

Zorgen over patiënten met verstandelijke beperking

Naar verwachting zullen geleidelijk aan meer mensen met een verstandelijke beperking aanspraak maken op huisartsenzorg. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat huisartsen zorgen hebben over deze ontwikkeling. Zij vinden dat hun zorg aan mensen met een verstandelijke beperking op een aantal punten verbeterd kan worden.

EXTRAMURALISERING VAN DE ZORG

De overheid is bezig met een grote hervorming van de langdurige zorg. Dit betekent onder meer dat verantwoordelijkheden voor welzijnsvoorzieningen worden overgeheveld naar de gemeente en een deel van de langdurige zorg wordt geëxtramuraliseerd. Hierdoor kan een deel van de mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking niet wonen binnen een instelling voor gehandicaptenzorg. Zij zullen daardoor vaker zelfstandig of bij familie wonen. De verwachting is dat hierdoor het aantal patiënten met een lichte of matige verstandelijke beperking in de huisartsenpraktijk geleidelijk aan toeneemt. De komende jaren moet duidelijk worden hoe groot de groep verstandelijk beperkte patiënten is die bij de huisarts komt. Ook moet nog duidelijk worden wie deze mensen gaan ondersteunen bij het wonen, werken en het zoeken van medische hulp.

KNELPUNTEN IN DE ZORG

Achttenvijftig procent van de huisartsen voorziet problemen bij een groei van het aantal mensen met een verstandelijke beperking in zijn of haar praktijk. Die verwachting is niet gestoeld op onbekendheid met de doelgroep. Bijna alle huisartsen (95%) hebben al mensen met een lichte verstandelijke beperking in hun praktijk. Tweederde (68%) heeft mensen met een matige verstandelijke beperking en een kwart (26%) heeft mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking in de praktijk. Huisartsen schatten hun kennis en vaardigheden om zorg te verlenen aan mensen met een matige en ernstige verstandelijke beperking lager in dan hun kennis over mensen met een lichte verstandelijke beperking. Vierenzestig procent ervaart op dit moment al knelpunten in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Ruim de helft van de huisartsen werkt niet samen met een arts voor mensen met een verstandelijke beperking (AVG).

KENNIS GEDRAG EN SPECIFIEKE ZIEKTEBEELDEN

Huisartsen die knelpunten ervaren vinden dat vooral hun kennis verbeterd kan worden, zowel over gedragsproblemen, psychiatrische problematiek als over specifieke medische ziektebeelden (zoals neurologische, zintuiglijke, gastro-intestinale of syndroomspecifieke problemen) [tabel]. Daarnaast ervaart bijna de helft van deze huisartsen een tekort aan tijd in een consult met een verstandelijk beperkte patiënt. Ook de samenwerking met begeleiders en artsen uit de verstandelijk gehandicaptenzorg kan beter.

SAMENWERKEN MET DE AVG

Een tekort aan kennis onder huisartsen zou onder meer opgevangen kunnen worden door betere samenwerking met AVG's. Huisartsen kunnen patiënten doorverwijzen naar een AVG-polikliniek, zie www.nvavg.nl. AVG's kunnen bijvoorbeeld ingeschakeld worden voor consultatie, medebehandeling, periodieke screening en voor ondersteuning van de familie. Op de website staat ook een handreiking voor de samenwerking tussen huisartsen en AVG's. ■

Tabel Verbeterpunten voor de zorg aan patiënten met een verstandelijke beperking

	% van huisartsen dat verbeterpunt aangeeft*
Kennis over gedragsmatige en psychiatrische problematiek	69
Kennis over specifiek medische ziektebeelden (bijvoorbeeld neurologische, zintuiglijke, gastro-intestinale of syndroomspecifieke problemen)	63
Tekort aan tijd in een consult	48
Samenwerking met begeleiders uit de verstandelijk gehandicaptenzorg	40
Samenwerking en taakverdeling tussen huisarts en AVG	40
Communicatie met de patiënt	39
Kennis van medicatiegebruik bij deze groep en/of de interactie tussen bepaalde medicijnen	38
Vaststellen van symptomen en klachten	32
Omgang met relationele en seksuele problematiek	26
Kennis van palliatieve zorg voor deze groep	24
Omgang met grensoverschrijdend middelengebruik (alcohol, drugs)	23
Duidelijk aanspreekpunt in de familie	21
Spreken over de gevolgen van ouder worden	11

* Deze percentages slaan op de groep huisartsen die knelpunten ervaart (243 van de 377 huisartsen).

De resultaten zijn gebaseerd op een vragenlijstonderzoek dat begin 2013 gehouden is onder een representatieve steekproef van 1000 Nederlandse huisartsen (respons n = 377). Contactpersoon: Nienke Bekkema (n.bekkema@nivel.nl) of Anke de Veer (a.deveer@nivel.nl).

Recente ontwikkelingen in de psychotherapie

INLEIDING

De huisarts ziet vrijwel dagelijks patiënten met psychische problemen. Soms gaan ze vanzelf over of is eerst nadere diagnostiek nodig, soms is een behandeling van de klachten in de huisartsenpraktijk afdoende (door de huisarts of POH-ggz), maar bij ernstige en/of complexe problematiek is het meestal nodig om de patiënt voor gespecialiseerde hulp te verwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het doel van alle interventies is dat er verandering plaatsvindt waardoor de patiënt zich uiteindelijk beter voelt. In dit overzichtsartikel beschrijven we enkele nieuwe vormen van psychotherapie die de laatste jaren zijn ontwikkeld: internettherapie, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT), *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) en schematherapie. We beschrijven wat de therapie inhoudt, voor wie deze vorm van therapie het meest geschikt is, en bespreken de wetenschappelijke evidentie aan de hand van een aantal recente overzichtsartikelen. Ook gaan we in op de discussie die er over deze nieuwe vormen van psychotherapie gevoerd wordt. We sluiten af met praktische implicaties voor de huisartsenpraktijk.

INTERNETTHERAPIE

Het laatste decennium is er veel te doen geweest over het volgen van therapie via internet of de computer. Daarbij gaat het doorgaans om een zelfhulpmodule, meestal gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, in de vorm van een beperkt aantal lessen die de patiënt op elk gewenst moment zelf kan volgen, al dan niet ondersteund door een hulpverlener die op afstand advies en feedback kan geven. Het gaat daarbij nadrukkelijk niet om een nieuwe vorm van therapie, maar om een nieuwe manier van het aanbieden of beschikbaar maken van therapie.

Samenvatting

Huibers MJ, Van Marwijk HWJ. *Recente ontwikkelingen in de psychotherapie. Huisarts Wet* 2014;57(5):260-4.

Op het gebied van de psychotherapie heeft zich de laatste jaren een aantal nieuwe ontwikkelingen voorgedaan. In dit nascholingsartikel beschrijven we een aantal van deze nieuwe vormen van psychotherapie: internettherapie, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, *Mindfulness-based Cognitive Therapy*, *Acceptance and Commitment Therapy* en schematherapie. We beschrijven de inhoud van deze behandelingen, gaan in op de wetenschappelijke evidentie ervoor en geven aan voor welke groepen patiënten deze therapieën effectief zijn gebleken. We eindigen met praktische implicaties voor de huisartsgeneeskundige praktijk.

In een tijd van kostenbesparing en wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg heeft internet een aantal evidente voordelen: het is goedkoop en laagdrempelig, en zeer gebruiksvriendelijk omdat de patiënt zelf bepaalt waar en wanneer hij zijn therapielessen volgt. Een nadeel is het ontbreken van contact met een echte therapeut, wat het voor sommige mensen moeilijk maakt om therapietrouw te zijn en de lessen af te maken.

Er is de laatste jaren voor tal van stoornissen zeer veel onderzoek naar internettherapie gedaan, vooral naar modules die gebaseerd zijn op cognitieve gedragstherapie (CGT). Uit recente meta-analyses blijkt dat internettherapie voor lichte tot matige angst en depressie effectiever is dan een niet-actieve controleconditie (wachtlijstconditie) en net zo effectief als gewone *face-to-face*-therapie.^{1,2} Dat laatste verdient een kanttekening, want er zijn maar weinig onderzoeken waarin men internettherapie met gewone therapie vergelijkt. Bovendien is de 'gewone' therapie in deze sessies vaak een speciale onderzoekstherapie met een klein aantal sessies, die niet representatief is voor de therapie die doorgaans in de gespecialiseerde ggz wordt gegeven. We weten dus niet hoe effectief internettherapie is vergeleken met reguliere psychotherapie.

Er is ook onderzoek gedaan naar de effectiviteit van internettherapie in de huisartsenpraktijk. Brits onderzoek liet zien dat cognitieve gedragstherapie via internet effectiever is dan de gebruikelijke huisartsenzorg bij angst en depressie in de eerste lijn.³ Nederlands onderzoek van onder andere de eerste auteur liet juist zien dat er bij de behandeling van depressie geen verschil is in effectiviteit tussen CGT via internet, gebruikelijke zorg door de huisarts en een combinatie van CGT via internet en gebruikelijke zorg, en dat de effecten van de behandeling in alle drie condities zeer beperkt waren.⁴ In dit onderzoek werd de CGT via internet niet begeleid en inmiddels is duidelijk dat dat de effectiviteit ernstig beperkt.⁵ Uit een ander onderzoek dat plaatsvond in Engelse huisartsenpraktijken bleek dat CGT via internet met een therapeut effectiever is dan gebruikelijke zorg door de huisarts, waarbij de onderzoekers aantekenen dat de kosten bijna even hoog zijn als bij *face-to-face*-therapie.⁶

Internettherapie is dus een veelbelovende, maar vrijwel

De kern

- Nieuwere vormen van psychotherapie zijn niet per se effectiever dan bestaande.
- Een aantal van de nieuwere vormen zijn alleen bewezen effectief bij een specifieke diagnose.
- *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* is effectief bij PTSS, schematherapie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis en *Mindfulness-based Cognitive Therapy* bij herhaalde lijf herstellende depressie.

VU, afdeling Klinische Psychologie, Van der Boechorststraat 1, 1081 BT Amsterdam; prof.dr. M.J.H. Huibers, psycholoog/psychotherapeut, en hoogleraar Klinische Psychologie en Experimentele Psychotherapie. VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde; dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts en universitair hoofddocent Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: m.j.huibers@vu.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

nog niet in de eerste lijn geïntegreerde therapievorm voor lich- te tot matige klachten. Bij ernstigere klachten is doorverwij- zing naar de gespecialiseerde ggz waarschijnlijk verstandiger. Het kan voor een breed scala aan problemen een goede eerste stap zijn in de eerste lijn of als wachtlijstconditie in de tweede lijn. Een internetapplicatie biedt als extra voordeel dat deze ook ondersteuning bij het diagnostisch proces geeft (mits er terugkoppeling aan de huisarts plaatsvindt). Vooral hieraan is in de eerste lijn grote behoefte, bijvoorbeeld bij de afgrenzing van levensproblemen en stress met psychische stoornissen in engere zin. Modules zoals KleurJeLeven.nl zijn beschikbaar op internet en bieden ook informatie aan de huisarts en andere verwijzers.

EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is een be- handeling die men speciaal heeft ontwikkeld voor mensen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt en voor mensen met een posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Het is een op het eerste gezicht curieuze behandeling: de patiënt wordt gevraagd een traumatische herinnering op te roepen, waarna hij met zijn ogen de vinger van de therapeut moet vol- gen die horizontaal voor het gezicht van de patiënt heen en weer gaat.

EMDR werd aanvankelijk met veel scepsis ontvangen door therapeuten en onderzoekers,⁷ maar uit verschillende meta- analyses blijkt inmiddels dat het een effectieve behandeling voor PTSS is, en net zo effectief als CGT.⁸ Aanvankelijk dacht men dat EMDR, dat qua structuur en opzet op CGT lijkt, in we- zen niet veel anders is dan CGT en daaraan zijn effectiviteit ontleent, maar een recente meta-analyse laat zien dat de oog- bewegingen een additief effect hebben.⁹ Bovendien weten we inmiddels meer over het onderliggende werkingsmecha- nisme. Uit een reeks experimenten van de Utrechtse psycholoog Marcel van den Hout blijkt dat de oogbewegingen het werk- geheugen zodanig belasten dat de traumatische herinnering als minder levendig en minder emotioneel wordt ervaren.^{10,11} Dit illustreert dat het aantonen van het onderliggende wer- kingsmechanisme de beste empirische onderbouwing voor een bewezen effectieve therapie vormt, en bovendien ruimte biedt voor verbetering van de therapie. We kunnen dus stellen dat EMDR een effectieve behandeling is voor PTSS.

MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY

Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) bouwt voort op cog- nitieve gedragstherapie, maar voegt daar elementen als meditatie aan toe, gebaseerd op het mindfulness-based stressreductieprogramma dat Kabat-Zinn heeft ontwikkeld. Men heeft MBCT ontwikkeld als terugvalpreventieprogra- ma voor patiënten die hersteld zijn van depressie. MBCT leert patiënten om zich meer bewust ('mindful') te worden van hun gedachten, gevoelens en lichamelijke gewaarwordingen. In plaats van gedachten en gevoelens te willen veranderen (zo- als in CGT), leert MBCT de patiënt om deze te zien voor wat ze zijn, namelijk representaties in de geest die komen en gaan,

en die niet per definitie de realiteit weerspiegelen. Zo leert de patiënt om afstand te nemen van zijn negatieve gedachten en gevoelens, en vooral het rumineren (het onophoudelijk 'rond- pompen' van negatieve gedachten in de hoop daarmee iets op te lossen) te doorbreken.

Uit een recente meta-analyse blijkt dat MBCT bij patiën- ten die hersteld zijn van depressie effectiever is in de preventie van terugval, dan de gebruikelijke zorg of placebocontrole, en even effectief is als voortgezette antidepressieve medicatie.¹² Wel is het zo dat dit terugvalpreventie-effect relatief vaker optreedt bij patiënten die drie of meer eerdere depressieve epi- sodes hebben doorgemaakt, en niet bij patiënten met twee of minder episodes.

Inmiddels weten we iets meer over het mogelijke wer- kingsmechanisme van MBCT. Brits onderzoek liet zien dat een toename in mindfulness en zelfcompassie tijdens de MBCT-behandeling de effecten van MBCT bij recidiverende depressie kon verklaren. Dergelijke veranderingen trof men in veel mindere mate aan bij de controlegroep, die gecontinuu- eerde antidepressiva kreeg voorgeschreven.¹³

Het gaat dus om een heel specifieke subgroep van pa- tiënten waarvoor MBCT een bewezen effectieve interventie is. Toch is MBCT mateloos populair in de ggz en zelfs daarbuiten, en wordt het inmiddels toegepast bij tal van andere klachten en problemen. Dat is zorgwekkend, want er is nog maar wei- nig bewijs beschikbaar dat MBCT ook voor andere klachten effectief is. Eerder hebben we wel eens opgemerkt dat psycho- therapeutische interventies waarvoor het minste bewijs voor de effectiviteit bestaat, meestal zeer populair zijn.¹⁴ Er wordt op dit moment onderzoek gedaan naar MBCT als behandeling voor de acute fase van depressie en een aantal andere stoornis- sen, maar het is nog te vroeg om hieruit conclusies te trekken.

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY

Grondlegger Steven Hayes heeft *Acceptance and Commitment The- rapy* (ACT) volgens eigen zeggen ontwikkeld uit onvrede met de vermeende tekortkomingen van CGT. ACT is volgens hem gebaseerd op gedragstherapie (en niet op cognitieve gedrags- therapie, waarbij naast het gedrag ook de gedachten worden onderzocht en veranderd) en maakt gebruik van de zogeheten *relational frame theory*, waarin de therapeut relaties legt tussen taal, cognities en gedrag.

ACT deelt dus met MBCT aspecten als mindfulness en ac- ceptatie, waardoor patiënten leren een andere houding aan

Abstract

Huibers MJH, Van Marwijk H. Recent developments in psychotherapy. *Huisarts Wet* 2014;57(5):260-4.

The field of psychotherapy has seen several new developments in recent years. In this refresher course paper, we describe a few of these new forms atization and reproces- sing, mindfulness-based cognitive therapy, acceptance and commitment therapy, and schema therapy. We describe the content of these treatments, review the scien- tific evidence for these therapies, and indicate for which groups of patients these therapies have been found to be effective. We conclude with a few practical implica- tions for general practice.

te nemen ten opzichte van hun gevoelens en gedachten. ACT kent zes zogeheten 'behandelprocessen': acceptatie (niet meer vechten tegen het onvermijdelijke), 'cognitieve defusie' (leren scheiden van gedachten en gedrag), contact met het huidige moment (mindfulness), het zelf als context (zien dat je niet je eigen problemen bent), verhelderen van waarden (wat vind ik zelf belangrijk?) en gecommiteerde actie (bereidheid om stapsgewijs te veranderen). Patiënten passen deze processen vervolgens toe aan de hand van concrete opdrachten waarin ze leren om 'naar hun eigen, persoonlijke waarden toe te werken'.

Een recente meta-analyse laat zien dat ACT voor een aantal stoornissen en problemen, zoals angst en depressie, effectiever is dan wachtlijstcondities, placebocontroles of gebruikelijke zorg.¹⁵ ACT is niet effectiever dan andere vormen van psychotherapie, zoals cognitieve gedragstherapie.

SCHEMATHERAPIE

Ook schematherapie is ontwikkeld omdat de grondlegger ervan, Jeffrey Young, van mening was dat cognitieve gedragstherapie onvoldoende effectief is in de behandeling van complexe problematiek, zoals persoonlijkheidsproblematiek en chronische depressie. Schematherapie bouwt nadrukkelijk voort op CGT, maar voegt daar technieken uit andere therapiestromingen aan toe, zoals experimentele technieken (waarbij de patiënt leert om contact te maken met zijn emoties) en het nadrukkelijk inzetten van de therapeutische relatie als interventietechniek. Een belangrijk uitgangspunt is dat vroege, disfunctionele schema's (*early maladaptive schemas*, gedefinieerd als een negatieve opvatting of perceptie van zichzelf, anderen en de omgeving die al op jonge leeftijd is ontwikkeld) ten grondslag liggen aan de problematiek en het ongewenste gedrag veroorzaken, en dat die schema's daarom veranderd moeten worden. Schematherapie wijkt af van de eerder genoemde therapieën als het gaat om duur: waar de meeste vormen van psychotherapie slechts tien tot twintig (wekelijkse) sessies kosten, kan schematherapie een aantal jaren in beslag nemen.

Schematherapie is in eerste instantie ontwikkeld voor de behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). In de laatste jaren is er veel onderzoek verschenen naar de empirische basis van het schemamodel en de effectiviteit van schematherapie, veelal gecentreerd rond de Maastrichtse psycholoog Arnoud Arntz. In een inmiddels beroemde RCT vonden de onderzoekers dat schematherapie bij BPS effectiever is dan *transference-focused therapy*, een psychoanalytische vorm van psychotherapie.¹⁶ Bovendien bleek dat de therapie effect heeft op alle negen DSM-kenmerken van BPS, wat zeer opmerkelijk is gezien het feit dat men persoonlijkheidsstoornissen als BPS tot voor kort als onbehandelbaar beschouwde. Ook bleek uit de kosteneffectiviteitsanalyse bij dit onderzoek dat schematherapie zich al tijdens de behandeling begint uit te betalen door een besparing op kosten, zoals crisisopvang.¹⁷

Een recente review liet zien dat er veel empirisch bewijs bestaat voor het schemamodel, vooral wat betreft de schema's

zelf.¹⁸ Ook stelde men vast dat schematherapie een effectieve behandeling is voor BPS, al is het aantal onderzoeken klein. Een zeer recent onderzoek vond dat schematherapie op de langere termijn effectiever is dan de gebruikelijke zorg of een andere vorm van psychotherapie in een grote groep patiënten met voornamelijk cluster C persoonlijkheidsstoornissen (afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, ontwijkende persoonlijkheidsstoornis, obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis).¹⁹ Ook is er onderzoek gaande naar de effectiviteit van schematherapie bij chronische depressie, maar de resultaten daarvan zijn nog niet bekend.²⁰

Schematherapie is dus een effectieve behandeling voor BPS, en is mogelijk ook geschikt voor andere persoonlijkheidsstoornissen en complexe psychopathologie.

DE DODO EN DE DERDE GOLF

Een bekend fenomeen in de psychotherapie is het 'oordeel van de dodo' (*the dodo bird verdict*, verwijzend naar een scene uit *Alice in Wonderland*), de bevinding dat bijna alle vormen van psychotherapie ongeveer even effectief zijn. Dit wordt al gevonden sinds de jaren dertig van de vorige eeuw en is onlangs nog eens bevestigd in een meta-analyse waaruit blijkt dat er geen verschillen zijn in effectiviteit tussen therapieën voor depressie.²¹ Er zijn echter ook meta-analyses die dit weer tegenspreken.²² Bovendien zijn er voorbeelden van therapieën die wel degelijk beter zijn dan andere, zoals cognitieve gedragstherapie bij de paniekstoornis. Daarbij moeten we ook opmerken dat cognitieve gedragstherapie veel vaker is onderzocht dan andere vormen van psychotherapie, en dus naar alle waarschijnlijkheid de meest nauwkeurige evidentie biedt. Er zijn onderzoekers die beweren dat het 'oordeel van de dodo' aantoont dat alle therapieën via dezelfde mechanismen werken, terwijl anderen beweren dat je dat zo niet kunt vaststellen.²³

Een aantal van de beschreven nieuwe behandelingen (in het bijzonder MBCT en ACT) duidt men wel eens aan als '*third wave*' (derde golf) therapieën. De eerste golf is de gedragstherapie, die in de jaren vijftig werd ontwikkeld door mensen als Skinner en Ferster. Cognitieve gedragstherapie stamt uit het eind van de jaren zestig en is door Aaron Beck ontwikkeld, en geldt als de '*second wave*' (tweede golf). Lange tijd beschouwde men de tweede golf als een verbetering ten opzichte van de eerste golf, omdat de therapeut met de focus op gedachten (cognities) een breder arsenaal tot zijn beschikking kreeg om de klachten aan te pakken. Overigens staan strikt gedragsmatige behandelingen de laatste jaren weer in de (hernieuwde) belangstelling, bijvoorbeeld bij de behandeling van depressie.²⁴

Wat opvalt bij de zogenaamde *third wave*-therapieën is dat er geen enkele tussen zit die het duidelijk beter doet dan bestaande therapieën als CGT. Nadere beschouwing leert bovendien dat wat men vaak als iets heel nieuws verkoopt in wezen toch is terug te voeren tot elementen die ook in de bestaande therapieën aanwezig zijn. Bij de cognitieve gedragstherapie bijvoorbeeld leert de patiënt om meer afstand van zijn gedachten te nemen door de functionaliteit van de gedachten te onderzoeken ('wat heb ik eraan om dit te denken?'), wat verge-

Tabel Overzicht van de nieuwe vormen van psychotherapie en hun indicatiegebied

Psychotherapie	Wanneer geschikt?
Internettherapie	Voorname bij lichte tot matige depressieklachten
EMDR	Bij trauma en posttraumatische stress-stoornis
MBCT	Vooralsnog alleen als terugvalpreventie na herhaaldelijk herstelde depressie (mogelijk ook bij depressie en andere stoornissen)
ACT	Bij verschillende stoornissen, zoals angst, depressie, pijnklachten, enzovoort
Schematherapie	Vooralsnog alleen bij de borderline persoonlijkheidsstoornis (mogelijk ook bij andere persoonlijkheidsstoornissen en chronische depressie)

lijikbaar is met wat de patiënt bij MBCT of ACT leert. Daarmee is natuurlijk niet gezegd dat het strikt dezelfde therapieën zijn, maar van een zekere overlap is duidelijk sprake.

Er zijn daarom onderzoekers die het nut van deze nieuwe therapieën betwijfelen.²⁵ Als ze niet effectiever zijn dan de bestaande therapieën en ook nog eens volgens dezelfde principes werken, waarom dan al die moeite gestoken in de ontwikkeling van iets nieuws? Beter is het om het onderzoek naar bestaande therapieën uit te breiden, in het bijzonder naar de onderliggende mechanismen die het effect kunnen verklaren of de indicatie kunnen aanscherpen. Dergelijk onderzoek is ingewikkeld en vraagt om geduld, maar levert op de langere termijn waarschijnlijk meer op dan de ontwikkeling van nieuwe therapieën.

BESCHOUWING

We bespreken in dit artikel een aantal nieuwe vormen van psychotherapie die het even goed doen als bestaande therapieën [tabel]. Maar wat kan de huisarts met deze informatie? Allereerst is er de kwestie van zelf behandelen of doorverwijzen. Die keuze is niet altijd gemakkelijk te maken, maar een vuistregel is dat de huisarts enkelvoudige én eenvoudige psychische klachten het beste zelf kan behandelen, al dan niet in samenwerking met de POH-ggz. Bij ernstige en/of complexe problematiek verwijst de huisarts de patiënt door naar de ggz. De patiënt met laatstgenoemde klachten is naar ons idee uiteindelijk het meest gebaat bij precieze diagnostiek en zorgvuldige staging en profilering, in het beste geval door een goed multidisciplinair team.

Wij adviseren daarom om patiënten met psychische klachten die niet in de huisartsenpraktijk of eerste lijn geholpen kunnen worden door te verwijzen naar een goed georganiseerde en gemakkelijk toegankelijke ggz-instelling, waar men zo veel mogelijk evidence-based werkt, waar zorgvuldige diagnostiek en indicatiestelling plaatsvindt met gevalideerde instrumenten (bijvoorbeeld semigestructureerde klinische interviews, zoals de SCID), waar men snel en kort terugkoppelt naar de eerste lijn en waar een breed aanbod aan soorten therapie voorhanden is. Op die manier is de kans het grootst dat de patiënt een behandeling krijgt aangeboden die bij hem past. Denk als huisarts vooral mee over type psychotherapie en overleg met de POH-ggz, die de ggz vaak goed kent. Bij complexe casussen met bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblematiek kan de indicatiestelling echter het beste bij de ggz zelf plaatsvinden, waar een multidisciplinair team zich over de casus kan buigen. Nu is de vraag wel hoe de huisarts kan bepalen of een instelling aan deze voorwaarden voldoet. De regi-

onale kaderhuisartsen ggz, die inmiddels overal in Nederland beschikbaar zijn, kunnen hierbij adviseren (<https://psyhag.nhg.org>). Regionale of lokale samenwerkingsafspraken kunnen huisartsen en patiënten ook houvast geven en maken het mogelijk geïntegreerde zorg te bieden.

CONCLUSIES

- Nieuwe vormen van psychotherapie die de laatste jaren zijn verschenen zijn onder andere internettherapie, EMDR, MBCT, ACT en schematherapie.
- Deze vormen van psychotherapie zijn effectief, maar niet per se effectiever dan bestaande vormen, zoals cognitieve gedragstherapie (op schematherapie na wellicht).
- EMDR, MBCT en schematherapie zijn alleen bewezen effectief bij een specifieke diagnosecategorie (EMDR is effectief bij PTSS, MBCT bij herhaaldelijk herstelde depressie en schematherapie bij BPS).
- Omdat de nieuwe therapieën sterk lijken op de bestaande, zonder dat er sprake is van grotere effectiviteit, is het zaak kritisch te blijven ten opzichte van de nieuwe therapieën.
- De huisarts doet er goed aan om ernstige en/of complexe gevallen door te verwijzen naar een gespecialiseerde ggz-instelling waar men evidence-based werkt. ■

LITERATUUR

- 1 Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One* 2010;5:e13196.
- 2 Van 't Hof E, Cuijpers P, Stein DJ. Self-help and Internet-guided interventions in depression and anxiety disorders: a systematic review of meta-analyses. *CNS Spectr* 2009;14(Suppl 3):34-40.
- 3 Proudfoot J, Ryden C, Everitt B, Shapiro DA, Goldberg D, Mann A, et al. Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185:46-54.
- 4 De Graaf LE, Gerhards SA, Arntz A, Riper H, Metsemakers JF, Evers SM, et al. Clinical effectiveness of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *Br J Psychiatry* 2009;195:73-80.
- 5 Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med* 2007;37:319-28.
- 6 Kessler D, Lewis G, Kaur S, Wiles N, King M, Weich S, et al. Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet* 2009;374:628-34.
- 7 Herbert JD, Lilienfeld SO, Lohr JM, Montgomery RW, O'Donohue WT, Rosen GM, et al. Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: implications for clinical psychology. *Clin Psychol Rev* 2000;20:945-71.
- 8 Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD003388.
- 9 Lee CW, Cuijpers P. A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2013;44:231-9.
- 10 Van den Hout MA, Engelhard IM, Rijkeboer MM, Koekebakker J, Hornsveld H, Leer A, et al. EMDR: eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behav Res Ther* 2011;49:92-8.

- 11 Van den Hout MA, Bartelski N, Engelhard IM. On EMDR: eye movements during retrieval reduce subjective vividness and objective memory accessibility during future recall. *Cogn Emot* 2013;27:177-83.
- 12 Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011;31:1032-40.
- 13 Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Taylor RS, Byford S, et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behav Res Ther* 2010;48:1105-12.
- 14 Huibers MJ, Bockting CL, Van Oppen P, Cuijpers P. De kwaliteit van cognitieve therapie in Nederland. *Gedragsther* 2010;43:115-8.
- 15 Powers MB, Zum Vorde Sive Vording MB, Emmelkamp PM. Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychother Psychosom* 2009;78:73-80.
- 16 Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:649-58.
- 17 Van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Giesen-Bloo JH, Van Dyck R, Spinhoven P, et al. Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *Br J Psychiatry* 2008;192:450-7.
- 18 Sempertegui GA, Karreman A, Arntz A, Bekker MH. Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clin Psychol Rev* 2013;33:426-47.
- 19 Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicentered randomized controlled trial on the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*, in druk 2013.
- 20 Renner F, Arntz A, Leeuw I, Huibers M. Treatment for chronic depression using schema focused therapy. *Clin Psychol Sci Prac* 2013;20:166-80.
- 21 Cuijpers P, Van Straten A, Andersson G, Van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:909-22.
- 22 Tolin DF. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010;30:710-20.
- 23 Huibers MJH, Cuijpers P. Common (non-specific) factors in psychotherapy. In *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, Cautin R, Lilienfeld SO, Editors. New York: Wiley & Sons; 2013.
- 24 Dimidjian S, Barrera M Jr, Martell C, Muñoz RF, Lewinsohn PM. The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;7:1-38.
- 25 Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A. The empirical status of the 'new wave' of cognitive behavioral therapy. *Psychiatr Clin North Am* 2010;33:701-10.

zeer matig ●
 matig ●●
 redelijk ●●●
 goed ●●●●
 uitstekend ●●●●●

OVERZICHTELIJKE UPDATE OVER ONCOLOGIE

Bröker LE, Eekhof JAH. Ontwikkelingen in de oncologie. Klinische relevantie voor de huisarts. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014. ISBN: 978-90-36804-35-6.

Doelgroep Huisartsen en artsen-in-opleiding tot specialist huisartsgeneeskunde.

Inhoud Het perspectief van iemand die kanker heeft, is de afgelopen decennia fors verschoven. Vroege opsporing en gerichtere behandeling hebben de vooruitzichten van kankerpatiënten verbeterd. Iedere huisarts heeft circa 80 (ex-) kankerpatiënten in de praktijk en dat aantal breidt zich uit. Zij leven aanmerkelijk langer dan voorheen. De auteurs pleiten voor een actievere rol van de huisarts bij de nacontrole en nazorg van kanker. Voorwaarden hiervoor op het gebied van kennis en organisatie staan beschreven in het laatste hoofdstuk, 'De huisarts als hoofdbehandelaar in de chronische fase'.

Het boek laat zich goed gebruiken ter aanvulling van kennis over behandelwijzen en korte- en langetermijn-

gevolgen van kanker. De auteurs beschrijven de belangrijke rol van de huisarts bij screening op en diagnostiek van kanker. In algemene hoofdstukken houden zij de belangrijkste screeningsprogramma's tegen het licht en staan ze stil bij de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van behandeling. Van de top-tien bij mannen en vrouwen komen 18 lokalisaties aan bod.

De hoofdstukken zijn logisch opgebouwd. Ze brengen de huisarts met kernpunten, heldere tekst, tabellen, een enkele afbeelding en het benoemen van aandachtspunten snel op de hoogte van bestaande en nieuwe kennis. In de meeste hoofdstukken schetsen de auteurs in klare taal om hoeveel patiënten het in de praktijk gaat; als maat voor succes noemen ze de extra overleving in maanden dan wel jaren, of het sterftepercentage. Het was de duidelijkheid ten goede gekomen als dit consequenter was doorgevoerd. Meer aandacht voor de uniformiteit van de hoofdstukken zou de standaard van dit boek verhogen. De index is een goede hulp voor wie zoekt naar één begrip, medicament of behandeling.

Oordeel Het boek is een aanrader voor huisartsen en artsen-in-opleiding tot specialist huisartsgeneeskunde. Het brengt de grote hoeveelheid kennis van oncologie die een huisarts nodig heeft in één uitgave samen. Na lezing ben je weer op de hoogte, en als naslagwerk geeft het precies voldoende informatie. Het verdient, gelijk de standaarden, uniformering en een regelmatige update. ■

Herman Bueving

Waardering: ●●●●



Bicepspeesruptuur

CASUS

Een 69-jarige man meldt zich op het spreekuur vanwege een voor hem onverklaarbaar hematoom op zijn rechterbovenarm. Hij heeft een aantal dagen geleden zijn balkondeuren met kracht achter zich gesloten, daarna is het hematoom geleidelijk ontstaan. Er is anamnestic verder geen sprake van een trauma of overbelasting van deze arm. De medische voorgeschiedenis bevat geen bijzonderheden en de patiënt gebruikt evenmin bloedverdunders.

Bij lichamelijk onderzoek ziet de huisarts een fors hematoom over de ventrale zijde van zijn rechterbovenarm, verder is er bij flexie van de rechterbovenarm tegen weerstand een opvallende contour van de musculus biceps te zien.

Er is geen functiebeperking van de schouder of bovenarm en er zijn geen pijnklachten.

Aanvullend onderzoek met een echo van de rechterbovenarm toont naast een fors hematoom proximaal in de bovenarm mogelijk een partiële ruptuur van de lange arm van de bicepspees (proximaal).

In overleg met de orthopeed stelt de huisarts een conservatief beleid voor, dat bestaat uit rust, NSAID's en fysiotherapie. De patiënt is na zes weken volledig hersteld.



klassiek beeld is een palpabel defect in de distale biceps, die toeneemt bij flexie van de elleboog.³

De huisarts stelt de diagnose op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Echografie kan de diagnose bevestigen, maar is niet altijd nodig.⁴

De behandeling kan chirurgisch en conservatief zijn, en hangt af van leeftijd, activiteit, comorbiditeit en mate van last.⁴ De prognose is bij beide behandelingen goed. Gemiddeld genomen wordt er 20% krachtsverlies gemeten. Een partiële bicepspeesruptuur kan meestal conservatief worden behandeld. In een aantal gevallen is echter verwijzing naar de orthopedisch chirurg nodig voor reconstructie.⁵ ■

LITERATUUR

- 1 Safran MR, Graham SM. Distal biceps tendon ruptures: incidence, demographics, and the effect of smoking. Clin Orthop Relat Res 2002;404:275-83.
- 2 Mazzocca AD, Spang JT, Arciero RA. Distal biceps rupture Orthop Clin North Am 2008;39:237-49.
- 3 Bernstein AD, Breslow MJ, Jazrawi LM. Distal biceps tendon ruptures: a historical perspective and current concepts. Am J Orthop 2001;30:193-200.
- 4 Chillemi C, Marinelli M, De Cupis V. Rupture of the distal biceps brachii tendon: conservative treatment versus anatomic reinsertion-clinical and radiological evaluation after 2 years. Arch Orthop Trauma Surg 2007;127:705-8.
- 5 Bain GL, Johnson LJ, Turner PC. Treatment of partial distal biceps tendon tears. Sports Med Arthrosc 2008;16:154-61.

BESCHOUWING

Huisartsen zien vaak patiënten met klachten van het bewegingsapparaat. Zij kunnen diagnostiek en behandeling veelal in eigen hand houden, maar deze casus beschrijft een andere situatie.

Een (partiële) bicepspeesruptuur is een relatief zeldzame aandoening. De incidentie wordt geschat op 1,2 per 100.000 patiënten per jaar en betreft in het merendeel van de gevallen (96%) een proximale ruptuur van de lange arm van de biceps, vaak van de dominante arm. De piekincidentie ligt tussen de 40 en 60 jaar en het betreft meestal mannen.^{1,2}

De klinische presentatie is divers; patiënten kunnen klagen over pijn en krachtsverlies, maar soms zijn er nauwelijks klachten. Er kan ook sprake zijn van een 'knappend geluid' in de bovenarm na zwaar tillen, na een val of sporten.

Bij lichamelijk onderzoek kan de huisarts een ecchymose bij de bovenarm zien en soms een abnormale positie van een spierbuik van de biceps: te hoog bij een ruptuur van de distale pees, te laag bij een proximale ruptuur (*Popeye sign*). Een

Gynaecomastie is niet altijd onschuldig

INLEIDING

Gynaecomastie is een proliferatie van het borstweefsel bij mannen. Deze één- of tweezijdige borstvergroting is meestal fysiologisch, als gevolg van veranderingen in de verhouding tussen oestrogenen en androgenen in verschillende levensfasen. Bij pasgeborenen zijn het transplacentair overgebrachte moederlijke oestrogenen die zowel bij jongens als bij meisjes borstvergroting kunnen veroorzaken. Deze vorm van gynaecomastie verdwijnt meestal binnen het eerste levensjaar.¹ In het begin van de puberteit veroorzaakt het door de testes geproduceerde oestrogeen bij een nog niet voldoende op gang gekomen testosteronproductie gynaecomastie bij ongeveer de helft van alle jongens.² De piekincidentie ligt bij 13-14 jaar, het fenomeen verdwijnt meestal spontaan binnen 12-18 maanden. Gynaecomastie heeft de hoogste prevalentie (72%) onder mannen in de leeftijd 50-69 jaar,³ als gevolg van een dalende testosteronspiegel en gedeeltelijke omzetting van testosteron naar oestradiol in het vetweefsel.

Gynaecomastie kan ook niet-fysiologisch zijn en ontstaan als gevolg van een onderliggende aandoening of van medicijn- of druggebruik waardoor de balans tussen oestrogenen en androgenen verstoord raakt.

Een klein percentage van de patiënten met gynaecomastie gaat ermee naar de huisarts. De meesten zijn 5-25 jaar.⁴ Deze klinische les bespreekt drie jonge mannen met gynaecomastie.

Samenvatting

Koopman H, Monkelbaan JF. Gynaecomastie is niet altijd onschuldig. *Huisarts Wet* 2014;57(5):266-70.

Gynaecomastie is vaak fysiologisch bij pasgeborenen, pubers en mannen boven de 50. Men kan meestal volstaan met geruststelling en afwachtend beleid. Bij mannen van andere leeftijdsklassen, vooral als de gynaecomastie in korte tijd ontstaat, kan er een onderliggende oorzaak in het spel zijn. Vaak gaat het om drugs, medicatie, voedingssupplementen of anabole steroïden; men kan de patiënt vragen deze op proef gedurende één maand te staken. Aanvullend onderzoek is geïndiceerd als er aanwijzingen zijn voor een lever-, nier- of schildklieraandoening, primair of secundair hypogonadisme of een (zeldzame) testistumor. Dat onderzoek zal meestal bestaan uit echografie van mammae en scrotum, gevolgd door laboratoriumonderzoek.

Patiënt A

Een 21-jarige jongeman met een blanco voorgeschiedenis meldt zich op het spreekuur vanwege een zwelling van de rechter borst, die last geeft bij hardlopen. De zwelling bestaat al jaren, maar is voor zijn gevoel het laatste jaar groter geworden. Er is geen tepelvloed. Aan de huid rond de tepel zijn geen bijzonderheden te zien en de tepel is niet gevoelig. De aanvullende anamnese vermeldt geen klachten. De familieanamnese is negatief voor mamma-, ovarium- of testistumoren. Patiënt gebruikt matig alcohol en geen drugs.

Bij het lichamenlijk onderzoek zien we een niet-zieke 21-jarige jongeman met een BMI van 26 kg/m². Achter de rechter tepel is een schijf palpabel met een doorsnede van ongeveer 5-6 cm. De schijf is mobiel en niet drukpijnlijk. Aan de linker mamma worden geen bijzonderheden gezien of gevoeld. Aan hoofd, hals, oksels, supra- en infraclaviculair worden geen vergrote lymfeklieren gepalpeerd. De testes imponeren beiderzijds als normaal.

Patiënt B

Een 28-jarige jongeman meldt zich op het spreekuur vanwege een 'bolletje' dat hij sinds enkele weken onder de linker tepel voelt. De tepel is gevoelig bij aanraking. Er is geen afscheiding uit de tepel en ook aan de huid rond de tepel is niets bijzonders opgemerkt. Er zijn verder geen klachten, de libido is niet verminderd en er zijn geen erectiestoornissen.

De voorgeschiedenis van patiënt B vermeldt een orchidopexie rechts op 12-jarige leeftijd en een appendectomie op 24-jarige leeftijd. De familieanamnese is negatief voor mamma- en testiscarcinoom. Patiënt gebruikt geen medicijnen. Enkele jaren geleden heeft hij korte tijd anabole steroïden gebruikt. Die gebruikt hij nu niet meer, maar hij neemt wel voedingssupplementen.

Bij het lichamenlijk onderzoek wordt een gezond uitziende, atletisch gebouwde jongeman gezien met een BMI van 21,2 kg/m². Onder de linker tepel wordt een schijfje gevoeld van circa 1 cm doorsnede, dat los ligt van huid en onderlaag. Aan de regionale lymfeklierstations worden geen bijzonderheden gevoeld. De rechter testis voelt iets kleiner aan dan de linker testis. Volgens patiënt is dit onveranderd en al langere tijd het geval. Verder worden er geen afwijkingen gevonden, in het bijzonder geen tekenen die wijzen op het gebruik van anabole steroïden zoals spierhypertrofie, striae en acne en/of huiddefecten ten gevolge van injecties.

De kern

- Gynaecomastie bij pasgeborenen, pubers en mannen ouder dan 50 is vaak fysiologisch. Men kan meestal volstaan met geruststelling en afwachtend beleid.
- Bij patiënten uit andere leeftijdsgroepen kan gynaecomastie, vooral als die in korte tijd ontstaat, een onderliggende oorzaak hebben.
- Onderliggende oorzaken kunnen zijn: medicamenten, voedingssupplementen of anabole steroïden, lever-, nier- en schildklieraandoeningen, primair of secundair hypogonadisme, en in zeldzame gevallen een testistumor.
- Indien met anamnese en lichamenlijk onderzoek geen oorzaak kan worden gevonden, zijn laboratoriumonderzoek (lever-, nier- en schildklierfunctie) en eventueel echografie van mammae en scrotum aangewezen. In tweede instantie kan hormonale screening worden ingezet.

Patiënt C

Een 21-jarige jongeman meldt zich op het spreekuur vanwege een sinds drie dagen bestaande, bij aanraking gevoelige linker tepel. Tevens voelt hij daar een schijfje onder de tepel. Hij heeft verder geen klachten. Zijn medische voorgeschiedenis is blanco. Een neef van hem had testiscarcinoom op 19-jarige leeftijd. In de anamnese zijn geen alcohol- of drugintoxicaties gebleken.

Bij het lichamelijk onderzoek wordt een tengere jongeman gezien met een BMI van 19 kg/m². Achter de linker tepel wordt een schijfje gepalpeerd van ongeveer 1 cm doorsnede. Het schijfje is mobiel en iets gevoelig bij aanraking. Er is geen tepelvoed en aan de huid rond de tepel zijn geen afwijkingen te zien. Er worden geen vergrote lymfeklieren gepalpeerd. Aan de rechter mamma worden geen bijzonderheden gezien of gevoeld. De rechter testikel voelt aanzienlijk groter aan dan de linker, maar patiënt heeft dit nooit bemerkt.

WEL OF GEEN GYNAECOMASTIE?

Als men bij lichamelijk onderzoek onder een of beide tepels een schijfvormige, mobiele en elastisch aanvoelende zwelling vindt die concentrisch is ten opzichte van de tepel, dan is gynaecomastie waarschijnlijk. Als de patiënt klaagt over borstvorming terwijl er geen schijf voelbaar is, kan er sprake zijn van pseudo-gynaecomastie. Pseudo-gynaecomastie is een lokale vetophoping zonder glandulaire proliferatie die vooral bij patiënten met overgewicht kan worden aangetroffen.

Een hard aanvoelende zwelling in een van de borsten die excentrisch ligt ten opzichte van de tepel of het tepelhofcomplex is verdacht voor een mammacarcinoom, zeker als de tepel ook is ingetrokken of (bloederig) vocht afscheidt. Pijn en gevoeligheid worden vaker gezien bij gynaecomastie en zijn ongebruikelijk bij mammacarcinoom.

Echografisch onderzoek kan helpen het onderscheid te maken tussen gynaecomastie en pseudo-gynaecomastie. Bij een verdenking op mammacarcinoom is mammografie aangegeven, zo nodig met biopsie. De diagnose mammacarcinoom wordt in Nederland bij ongeveer 100 mannen per jaar gesteld, meestal bij oudere mannen. Gynaecomastie, ongeacht de oorzaak, is niet geassocieerd met een verhoogde kans op mammacarcinoom. Een uitzondering vormen mannen met het syndroom van Klinefelter: zij hebben een 16 maal zo grote kans op mammacarcinoom als mannen zonder dit syndroom.⁵

DIAGNOSTISCHE BENADERING VAN GYNAECOMASTIE

[Tabel 1] vermeldt voor alle leeftijden de oorzaken van gynaecomastie en hun relatieve frequentie.⁶ De in de literatuur genoemde percentages lopen nogal uiteen, afhankelijk van de definitie van gynaecomastie (grootte van de klierschijf), de gemiddelde leeftijd van de onderzochten en de populatie waarin het onderzoek plaatsvond. Met zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek kan bij 83% van de patiënten de oorzaak van de gynaecomastie worden opgespoord.⁷ [Tabel 2] geeft een overzicht van de klachten en bevindingen die bij de verschillende oorzaken kunnen passen.

Allereerst moet de hulpvraag worden verhelderd. Is de patiënt ongerust (bijvoorbeeld over borstkanker) of is het probleem vooral cosmetisch? Vervolgens is het van belang te weten wanneer de gynaecomastie is begonnen. Een gynaecomastie die al

Tabel 1 Oorzaken van gynaecomastie*

Oorzaak	Frequentie
Idiopathisch	25%
Puberteit	25%
Medicatie	10-20%
Levercirrose of ondervoeding	8%
Primair hypogonadisme (bijvoorbeeld syndroom van Klinefelter)	8%
Testistumor	3%
Secundair hypogonadisme (bijvoorbeeld door hypofysetumor)	2%
Nieraandoening	1%
Hyperthyreoïdie	2%
Andere	6%

* De percentages berusten op onderzoek in de tweede lijn. In de huisartsenpraktijk is het percentage idiopathische gynaecomastie waarschijnlijk groter.

jaren bestaat, heeft zelden een pathologische achtergrond en rechtvaardigt terughoudendheid in de diagnostiek.⁸ Een gynaecomastie die in korte tijd ontstaat, vereist wel de nodige waakzaamheid, omdat dan de kans op onderliggende pathologie groter is. Pijn en gevoeligheid van de tepel en/of tepelhof wijzen op ontstaan van gynaecomastie in minder dan 6 maanden.

Relatief veel voorkomende oorzaken van gynaecomastie zijn drug- of medicijngebruik, anabole steroïden en voedingssupplementen [tabel 3]. Sommige voedingssupplementen bevatten fyto-oestrogenen, plantaardige stoffen die affiniteit voor de oestrogeenreceptor hebben, of anabole steroïden die eveneens gynaecomastie kunnen veroorzaken. Het Nederlands Zekerheidssysteem Voedingssupplementen Topsport (NZVT) publiceert een database met de producten die voldoen aan de eisen van de dopingautoriteit.⁹ Van de producten op deze lijst heeft men zekerheid dat zij geen dopinggeduide stoffen (waaronder anabole steroïden) bevatten. Uitgebreide diagnostiek kan achterwege blijven als blijkt dat de gynaecomastie verdwijnt of afneemt bij staken van het middel. Dit is meestal binnen een maand te verwachten.

Gynaecomastie op latere leeftijd komt vaak voor en wordt niet zelden bij toeval ontdekt. Met het stijgen van de leeftijd neemt het percentage lichaamsvet toe en bij oudere mannen kan de reeds genoemde verstoring in de balans tussen oestrogenen en androgenen proliferatie van borstklierweefsel veroorzaken. Asymptomatische gynaecomastie is bij deze patiënten zelden een reden voor nader onderzoek.

Abstract

Koopman H, Monkelbaan JF. Gynaecomastia is not always harmless. *Huisarts Wet* 2014;57(5):266-70.

Gynaecomastia can occur in newborn infants, adolescents, and men older than 50 years. In most cases, patients can be reassured and a wait-and-see policy adopted. However, in males in other age groups and with rapid-onset gynaecomastia, there may be an underlying problem. In many cases, drugs, medication, and food supplements are the culprits and patients can be advised to discontinue their use for 1 month; however, further investigations, usually echography of the breast and scrotum, followed by laboratory investigations, are warranted if there are signs of liver, kidney, or thyroid gland disorders, primary or secondary hypogonadism, or, albeit rare, testicular tumour.

Tabel 2 Klachten en afwijkingen die passen bij de verschillende oorzaken van gynaecomastie.

Afwijking	Klachten	Bevindingen bij lichamelijk en aanvullend onderzoek
Testistumor	vergrote testis, infertiliteit, lage rugpijn, libidoverlies, bloed ophoesten	palpabele, vast-elastische zwelling in testis
Hypogonadisme		
■ primair	erectiele disfunctie, vasovegetatieve verschijnselen	achtergebleven grootte en veranderde consistentie van de testis, onvolledige ontwikkeling van secundaire geslachtskenmerken voor de puberteit
■ secundair	libidoverlies, erectiele disfunctie, hoofdpijn, visusklachten	afname testisgrootte, gezichtsveldverlies, tekenen van hypothyreoïdie, overmaat of tekort van groeihormoon, zelden galactorroe
Hyperthyreoïdie	gewichtsverlies, palpitations, diarree, nervositeit, slapeloosheid, warmte-intolerantie	struma, tremor, tachycardie, exophthalmus
Leveraandoening	anorexia, misselijkheid, overgeven, gewichtsverlies (of toename door ascites), jeuk	geelzucht, vergrote of verschrompelde lever, ascites, oedeem, spidernaevi
Nieraandoening	anorexia, moeheid, misselijkheid, braken, oligurie of polyurie	lethargie, hypertensie, geelgraauwe huid
Anabole steroïden	libidoverlies, erectiele disfunctie	spierhypertrofie, striae op borsten en schouders, acne, testisatrofie, huiddefecten door injecties

Tabel 3 Middelen die gynaecomastie kunnen veroorzaken

Antibiotica	metronidazol, ketoconazol, minocycline, isoniazide
Antiandrogeen	cyproteron, finasteride
Anxiolytica/antidepressiva	diazepam, tricyclische antidepressiva, fenothiazinen, haloperidol, SSRI's
Cardiovasculaire middelen	digoxine, ACE-remmers, calciumantagonisten, amiodaron, spironolacton, reserpine, minoxidil
Chemotherapeutica	methotrexaat, vincristine
Maagmiddelen	cimetidine, ranitidine, omeprazol
Hormonen	anabole steroïden, oestrogenen
Overige	antivirale therapie tegen hiv, metoclopramide, penicillamine, fenytoïne, sulindac, theofylline
Drugs	marihuana, amfetamine, cocaïne, heroïne, alcohol
Voedingssupplementen	vooral fyto-oestrogenbevattende plantaardige stoffen

een tweetal pathologisch aandoende en vergrote lymfeklieren zien. De X-thorax toont een minimale densiteit, projecterend over de ventrale zijde van de negende rib rechts.

AANVULLEND ONDERZOEK

Scrotale echo

Treft men bij lichamelijk onderzoek een palpabele tumor in een van de testes aan, dan is scrotale echografie noodzakelijk. Of dit onderzoek ook moet plaatsvinden als men géén palpabele tumor aantreft, is een punt van discussie want er zijn onderzoeken die melding maken van echografisch vastgestelde testistumoren die niet palpabel waren.^{10,11} Er zijn zelfs auteurs die aanbevelen bij gynaecomastie altijd een scrotale echografie te doen.¹² Men zou in dergelijke gevallen kunnen overwegen de risicofactoren voor een testiscarcinoom (bijvoorbeeld cryptorchisme in de voorgeschiedenis of een positieve familieanamnese) te betrekken in de beslissing wel of geen scrotale echografie te verrichten. Testiscarcinomen hebben een piekincidentie van 17-18 per 100.000 in de leeftijdsgroep van 25-34 jaar en zijn dus in het algemeen vrij zeldzaam.¹³ Toch is waakzaamheid geboden bij een acuut ontstane gynaecomastie. Gemiddeld wordt bij ongeveer 2-3% van de patiënten met gynaecomastie een testistumor gevonden.^{6,14} Het gaat hier echter wel om onderzoeken die voornamelijk in tweedelijns-populaties werden verricht, dus er kan sprake zijn geweest van selectiebias. Veelvoorkomende vormen van gynaecomastie die fysiologisch zijn of ontstaan zijn door het gebruik van geneesmiddelen of voedingssupplementen worden niet vaak doorverwezen naar de tweede lijn, dus het werkelijke aandeel van testistumoren bij gynaecomastie zal in de huisartsenpraktijk waarschijnlijk kleiner zijn.

Laboratoriumonderzoek

Indien alle voorgaande onderzoeken niets hebben opgeleverd, dan is de volgende stap laboratoriumonderzoek naar lever-, nier- en schildklierfuncties. Als deze normaal blijken, moet vervolgens hypogonadisme worden uitgesloten door de serumconcentraties testosteron, oestradiol en luteïniserend hormoon (LH) te bepalen. In endocrinologie geïnteresseerde

Patiënt A (vervolg)

Op eigen verzoek wordt patiënt A verwezen naar een chirurg. Deze laat echografisch onderzoek van mammae en testes verrichten. De echo brengt rechts een duidelijke klierschijf met vetweefsel in beeld. Aan de testes worden echografisch geen afwijkingen gezien. In overleg wordt besloten de klierschijf te verwijderen. Bij histologisch onderzoek toont het verwijderde weefsel geen tekenen van maligniteit.

Patiënt B (vervolg)

Patiënt B wordt verwezen voor echografisch onderzoek van de mammae en de testes. Bij dit onderzoek wordt dorsaal van de linker tepel een in vergelijking met rechts prominent aanwezige klierschijf gezien, passend bij gynaecomastie. Bij scrotale echografie wordt een normale linker testis (14 ml) gevonden. De rechter testis (10 ml) toont het beeld van enige fibrosering, passend bij een status na orchidopexie. Alvorens verder onderzoek te verrichten krijgt patiënt B het advies het gebruik van de voedingssupplementen te staken.

Patiënt C (vervolg)

Bij echografisch onderzoek van de mammae wordt dorsaal van de linker tepel ter plaatse van de gepalpeerde schijf een inhomogeen, echoarm, niet scherp afgrensbaar gebied gezien met een doorsnede van 1 cm. Het echobeeld past bij gynaecomastie. Bij scrotale echografie heeft de rechter testis een volume van 23 ml en bevat centraal een inhomogene, goed gevasculariseerde, echoarme en matig afgrensbare laesie. Dit beeld past bij een maligne afwijking [figuur]. De linker testis is 13 ml en is echografisch normaal. Aanvullend echografisch onderzoek van het abdomen laat para-aorta

huisartsen kunnen dit in eigen beheer doen, meestal zal de internist dit onderzoek uitvoeren.

Er is sprake van primair hypogonadisme wanneer men bij een verlaagde testosteronspiegel een verhoogd LH aantreft. Dit is onder andere het geval bij het syndroom van Klinefelter. Een verlaagde testosteronspiegel bij een normaal of verlaagd LH kan wijzen op secundair hypogonadisme, een aanvullende prolactinebepaling kan dan onthullen of dit hypogonadisme het gevolg is van een prolactineproducerende hypofysetumor. Ten slotte wordt de concentratie humaan choriongonadotrofine (hCG, positieve zwangerschapstest!) bepaald om eventuele ectopische productie door een testiscarcinoom op het spoor te komen. Een testiscarcinoom kan daarnaast ook zorgen voor een verhoogde oestradiolspiegel bij een normaal of verlaagd LH.

Patiënt A (vervolg)

Na een korte herstelperiode kan patiënt A zonder klachten weer aan het werk. Een half jaar later blijkt zich geen recidief meer te hebben voorgedaan.

Patiënt B (vervolg)

Een maand na het staken van de voedingssupplementen meldt patiënt B dat de klachten zijn verdwenen. Bij onderzoek is het schijfje onder de linker tepel niet meer voelbaar.

Patiënt C (vervolg)

Patiënt C wordt verwezen naar de uroloog. Deze vindt een verhoogde concentratie tumormarkers in het serum en verricht een radicale inguinale orchidectomie rechts. Het pathologisch-anatomisch onderzoek wijst uit dat er sprake is van een non-seminoom testiscarcinoom. CT-scans van thorax en abdomen bevestigen het bestaan van een viertal longlaesies en een para-aortale lymfadenopathie. Patiënt wordt verwezen naar de oncoloog voor een in opzet curatieve chemotherapie.

BESPREKING

Patiënt A wilde eigenlijk al meteen worden doorverwezen naar een chirurg om de klierschijf te laten verwijderen. De zwelling bestond al sinds zijn puberteit maar was de laatste jaren iets toegenomen. Bekend is dat gynaecomastie die tijdens de puberteit ontstaat bij 4% van de patiënten persisteert.⁸ Bij ruim de helft (58%) van deze patiënten komt gynaecomastie in de familie voor.¹⁵ Na één à anderhalf jaar is het klierweefsel in de borst gefibroseerd, het blijft dan voelbaar als een schijf. De borstvergroting die daarna nog plaatsvond, kan op het conto van lokaal vetweefsel worden geschreven. Het gaat bij patiënt A duidelijk niet om een acuut ontstane gynaecomastie en anamnestic is er ook geen verdenking op een hormonale stoornis of een schildklier- of nierfunctiestoornis. Ook het lichamelijke onderzoek deed geen verdenking rijzen op een tumor in de borst of testis. De huisarts zou patiënt A hebben kunnen vragen eerst wat af te vallen alvorens verder te gaan met onderzoek en behandeling. Patiënt zag hier echter geen heil in.

Bij patiënt B en patiënt C is de gynaecomastie wél na de pu-

Figuur Echografisch beeld van de rechter (A) en de linker (B) helft van het scrotum van patiënt C



A De rechter testis bevat centraal een inhomogene, echoarme en matig afgrensbare laesie.



B Het echobeeld van de linker testis vertoont geen afwijkingen.

berteit ontstaan, en bovendien in korte tijd. Bij patiënt B wees de anamnese er al op dat een voedingssupplement de oorzaak zou kunnen zijn. Het gebruikte supplement stond niet op de lijst van het NZVT, dus het kan naast fyto-oestrogenen ook anabole steroïden bevat hebben. Toch besloot de arts patiënt B te verwijzen voor een echografie, vanwege de orchidopexie in de anamnese en omdat de testes asymmetrisch aanvoelden.

Bij patiënt C bleek het echografisch onderzoek cruciaal voor het constateren van een testistumor. Bij laboratoriumonderzoek bleek dat de in korte tijd ontstane gynaecomastie het gevolg was van ectopische productie van hCG (humaan chorion-gonadotrofine) door deze testistumor.

CONCLUSIE

Gynaecomastie tijdens de puberteit en bij mannen boven de 50 jaar komt vaak voor en is meestal fysiologisch. Na zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek zijn geruststelling en afwachtend beleid geïndiceerd. Bij patiënten van andere leeftijden moet men rekening houden met een onderliggende oorzaak. Zeker bij jonge mannen bij wie zich in korte tijd gynaecomastie ontwikkelt, moet men actief op zoek gaan naar een onderliggende aandoening.

Bij patiënten die een middel gebruiken dat het optreden van gynaecomastie kan verklaren, wacht men gedurende een maand het effect van staken af.

Het vermoeden van een testiscarcinoom is een indicatie voor scrotale echografie. Zo nodig kan aanvullend laboratoriumonderzoek een eventuele lever-, nier- of schildklierfunctiestoornis uitsluiten. Zijn de laboratoriumuitslagen normaal, dan volgt een hormonale screening om primair of secundair hypogonadisme uit te sluiten. Bij deze screening kan alsnog een oestrogeen- of hCG-producerende testistumor aan het licht komen. ■

LITERATUUR

- McKiernan JF, Hull D. Breast development in the newborn. *Arch Dis Child* 1981;56:525-9.
- Biro FM, Lucky AW, Huster GA, Morisson JA. Hormonal studies and physical maturation in adolescent gynaecomastia. *J Pediatr* 1990;116:450-5.
- Niewoehner CB, Nuttal FQ. Gynaecomastia in a hospitalized male population. *Am J Med* 1984;77:633-8.
- De Jongh TOH. Borstzwelling bij mannen/gynaecomastie. In: Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W, redactie. *Kleine kwalen in de huisartspraktijk*. 6e dr. Amsterdam: Reed Business Education, 2013.
- Male breast cancer. In: Fentiman IS. *Detection and treatment of early breastcancer*. Philadelphia (PA): Lippincott, 1990.
- Braunstein GD. Gynaecomastia. *N Engl J Med* 1993;328:490-5.
- Hines SL, Tan WW, Yasrebi M, DePeri ER, Perez EA. The role of mammography in male patients with breast symptoms. *Mayo Clin Proc* 2007;82:297-300.
- Braunstein GD. Clinical practice: Gynaecomastia. *N Engl J Med* 2007;357:1229-37.
- NZVT: Nederlands Zekerheidssysteem Voedingssupplementen Topsport [internet]. Rotterdam: Dopingautoriteit, 2001-2014. http://www.dopingautoriteit.nl/nzvt_geraadpleegd_maart_2014.
- Pierik FH, Dohle GR, Van Muiswinkel JM, Vreeburg JT, Weber RF. Is routine scrotal ultrasound advantageous in infertile men? Is routine scrotal ultrasound advantageous in infertile men? *J Urol* 1999;162:1618-20.
- Carmignani L, Gadda F, Mancini M, Gazzano G, Nerva F, Rocco F, et al. Detection of testicular ultrasonographic lesions in severe male infertility. *J Urol* 2004;172:1045-7.
- Hendry WS, Garvie WH, Ah-See AK, Bayliss AP. Ultrasonic detection of occult testicular neoplasms in patients with gynaecomastia. *Br J Radiol* 1984;57:571-2.
- Testicular cancer incidence statistics [internet]. London: Cancer Research UK, 2013. http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/types/testis/incidence_geraadpleegd_maart_2014.
- Harris M, Rizvi S, Hindmarsh J, Bryan R. Testicular tumour presenting as gynaecomastia. *BMJ* 2006;332:837.
- Johnson RE, Murad MH. Gynaecomastia: Pathophysiology, evaluation, and management. *Mayo Clin Proc* 2009;84:1010-5.

Driemaal per week nieuws op onze website: www.henw.org

Heeft u al naar de nieuwsberichten op onze website gekeken? Driemaal per week (maandag, woensdag en vrijdag) worden daar korte samenvattingen van voor de huisarts relevant wetenschappelijk nieuws uit buitenlandse medische tijdschriften gepubliceerd. Wilt u op de hoogte worden gehouden van de nieuwe nieuwsberichten? Volg ons dan op Twitter, Facebook of via RSS.

Een vijftigjarige vrouw komt op het spreekuur met een pijnlijke blauwgekleurde middelvinger. Wat is uw diagnose?

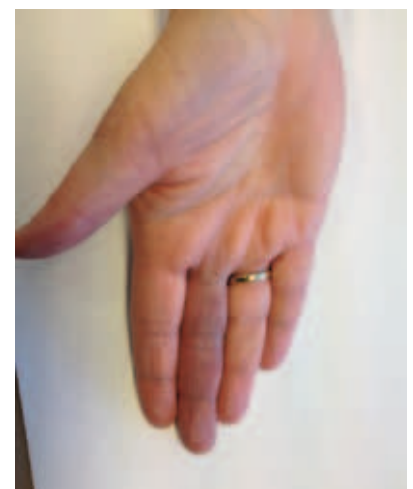
- Traumatisch hematoom
- Ziekte van Raynaud
- Achenbach-syndroom
- Acute arteriële afsluiting

Wilt u het goede antwoord weten?

Kijk op www.henw.org



Fotoquiz van de maand mei



Ondertussen in TPO...

In het redactioneel staat hoofdredacteur Sietsche van Gunst stil bij de transitie van ziektegeoriënteerde zorg naar persoonsgerichte zorg. Want dat klinkt allemaal mooi, maar wat betekent het eigenlijk voor de praktijkondersteuner? Persoonsgerichte zorg voor mensen met complexe zorgvragen is immers belangrijk maar niet eenvoudig.

CASEMANAGER DEMENTIE

Bij de zorg voor demente patiënten is het helemaal lastig. Deze patiënten

maken als het ware een geheel eigen transitie door en als praktijkondersteuner moet je uitvogelen hoe je hen zo goed mogelijk kunt helpen. De casemanager dementie is er om zoveel mogelijk te regelen voor deze patiënten en hun mantelzorgers. Jacomine de Lange beschrijft in haar beschouwing welke taken de casemanager precies heeft en hoe complex die zijn. Zo heeft de casemanager vaak te maken met zorgweigeren en met overbelaste mantelzorgers. Ook het ontbreken van een

structurele financiering van de casemanager is een punt van aandacht.

Sandra Torn is in opleiding tot casemanager dementie en haakt met haar praktijkverhaal mooi aan bij De Lange.

WELZIJN OP RECEPT

De huisartsen in Gezondheidscentrum De Roerdomp in Nieuwegein constateerden dat eenderde van hun patiënten last heeft van psychosociale aandoeningen als eenzaamheid, angst of depressie. Patiënten die ze blijkbaar niet voldoende konden helpen met hun reguliere zorg in de praktijk. Dat, en het boek *Mentaal vermogen* van Jan Auke Walburg bracht hen op het project Welzijn op recept. Walburg schrijft over zes principes van duurzaam geluk die het mentaal vermogen bepalen: positief en optimistisch denken, zingeving, bewust leven en genieten, interactie met anderen, gezonde leefstijl en geluk delen. In een interview vertelt Karen de Groot hoe de huisartsen samen met Walburg deze principes hebben verwerkt in welzijnsprojecten en hoe Welzijn op recept werkt.

NIEUWSGIERIG?

Dit is maar een kleine greep uit de inhoud. Dus heeft uw praktijkondersteuner nog geen abonnement? Vraag dan een proefexemplaar aan en bezoek ook eens de website www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl. Het Tijdschrift voor praktijkondersteuning is een gezamenlijke uitgave van het NHG en Bohn Stafleu van Loghum. Het verschijnt tweemaandelijks en kost € 81,00 per jaar (print en online toegang).

Meer informatie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon (030) 6383736, www.bsl.nl. ■



'Telenefrologie heeft veel praktische voordelen'

In juni promoveerde Nynke Scherpbier op haar proefschrift *Optimising chronic kidney disease management in primary care. Is shared care the answer?* In een interview vertelt ze over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Onderzoek met vleugels

Scherpbier vertelt dat ze altijd al belangstelling heeft gehad voor het onderwerp van haar promotieonderzoek. 'Tijdens mijn opleiding deed ik in Indonesië onderzoek naar het nefrotisch syndroom bij kinderen en dat vond ik erg interessant. En ik wilde altijd huisarts worden, maar vond mijn arts-assistentie in interne geneeskunde zo leuk dat ik zelfs even overwoog of ik niet toch internist zou worden. De Nierstichting honoreerde in 2007 dit projectvoorstel, dat huisarts Wim de Grauw samen met twee nefrologen had ingediend. Het achterliggende idee was: chronische nierschade neemt alleen maar toe; wetende welke zorgvraag op ons afkomt, hoe organiseren we dat dan? Je hebt het daarbij over taakdelegatie en zorgafstemming tussen de eerste en tweede lijn.'

Onderdeel van het onderzoek betrof de ontwikkeling van een consultatiemogelijkheid tussen huisartsen en nefrolo-

gen, ofwel 'telenefrologie'. Scherpbier: 'Al tijdens onze pilot verspreidde die telenefrologie zich door heel Nederland. Daardoor kreeg het onderzoek vleugels en dat was erg leuk!'

Eiwituitscheiding

Een van de onderzoeken bracht de stand van zaken rond chronische nierschade in de huisartsenpraktijk in kaart. Scherpbier: 'Opmerkelijk was dat van veel patiënten de nierfunctie wel bekend was bij de huisarts, maar dat vervolgens weinig werd gekeken naar de albuminurie. Eigenlijk zou je standaard moeten kijken naar de eiwituitscheiding bij deze patiënten. Vermoedelijk is dit inmiddels wel meer bekend nu hierover een Landelijke Transmurale Afspraak is verschenen. Misschien is die zorg nu dus wel beter; dat zouden we eigenlijk opnieuw moeten bekijken. Tijdens mijn onderzoek kwam chronische nierschade erg in *the picture* en het was dan ook helemaal niet moeilijk om praktijken te vinden die wilden meedoen. Ze kregen lijstjes van alle patiënten met nierschade in de praktijk en het "verwijsadvies" uit de Landelijke Transmurale Afspraak. Zelfs dát vonden ze al heel leuk en nuttig, laat staan als ze ook nog mochten meedoen met de telenefrologie-pilot. Veel praktijken gebruikten hun aanpak van deze zorg als verbeteringsproject in het kader van de praktijkaccreditering. Dan leverde het dus ook nog iets tastbaars op; dat maakte het extra aantrekkelijk om aan dit onderzoek in combinatie met zorginnovatie mee te doen.'

Verlaging van het PTH

'Een verhoogd PTH kwam erg veel voor bij patiënten met chronische nierschade in de eerste lijn', vertelt Scherpbier. 'Hier wordt echter maar weinig naar gekeken. Lastig is dat je het PTH wel gemakkelijk kunt verlagen met vitamine D, maar dat we eigenlijk niet weten of patiënten daardoor ook langer en gezonder zullen leven. Iemand zou eens daadwerkelijk moeten aantonen dat verlaging van het PTH de kans op hart- en vaatziekten verkleint. We weten alleen dat het bij dialysepatiënten goed is om het PTH te verlagen, maar we kunnen hieraan geen

algemeen advies verbinden voor alle patiënten met chronische nierschade.'

Bloeddruk en Sharing

Deel van het promotieonderzoek was de Sharing-studie, waarin het ging om gedeelde zorg tussen huisarts, praktijkondersteuner en nefroloog. Vier praktijken vormden de controlegroep waarin 'gebruikelijke zorg' werd verleend. In de vijf praktijken die het Sharing-model toepastten was er een training voor de medewerkers, een praktijkondersteuner die gestructureerde zorg verleende en een consultatiemogelijkheid via 'telenefrologie'. Scherpbier keek vervolgens naar het effect op de bloeddruk, de nierfunctiewaarden, het medicatiegebruik en de functionele gezondheidstoestand van de betreffende patiënten. 'De effecten van Sharing waren over de gehele lijn goed, maar bovenal zagen we bij de interventiegroep een veel lagere bloeddruk en dat is heel gunstig. Bij een kortetermijnonderzoek als het mijne is de bloeddruk zelfs het enige waar je op kunt varen. Maar of de patiënten uiteindelijk geen hart- en vaatziekten ontwikkelen kun je alleen bepalen in onderzoek met een langere looptijd. Hoe dat ook zij, we zagen door Sharing veel verbetering.'

Voordelen van telenefrologie

Het meest enthousiast is Scherpbier als ze dieper ingaat op de pilot waarin telenefrologie werd ingezet. 'We ontwikkelden eerst het instrument en keken vervolgens wat er gebeurde als dit in de praktijk werd toegepast. Die resultaten waren gunstig. Huisartsen verwezen nog maar weinig, terwijl ze aangaven dat ze dat zonder telenefrologie vaker zouden doen. Daarnaast heeft telenefrologie veel praktische voordelen: je kunt het op een tijdstip doen dat jou goed uitkomt en de gemiddelde duur van de consultatie was slechts negen minuten. Bovendien is je consultatie meteen goed gedocumenteerd, want het wordt direct weggeschreven in je HIS.'

Scherpbier vervolgt: 'Inmiddels heeft een andere onderzoeker het onderzoek naar het effect van telenefrologie voortgezet bij een veel grotere groep patiënten. Hierin bleek dat huisartsen veel



minder vaak consulteren en verwijzen dan de Landelijke Transmurale Afspraak voorschrijft. Ook komt er een onderzoek naar de redenen waarom huisartsen zo weinig overleggen en verwijzen. Daarbij kijken we dan ook of nefrologen telenefrologie kunnen gebruiken om patiënten terug te verwijzen. En tot slot gaat weer een andere aiotro in samenwerking met Oxford onderzoeken of het zin heeft om te screenen op chronische nierschade.’

Even speculeren...

Heeft Scherpbier op voorhand enig vermoeden waarom huisartsen zo weinig overleggen en verwijzen? ‘Daar ben ik vooral zelf ook benieuwd naar, nu kan ik er hooguit over speculeren. Misschien komt het doordat er bij deze oudere patiënten veel comorbiditeit speelt en de huisarts dus denkt: deze patiënt heeft al zo veel ernstigs, diens prognose wordt door andere factoren beïnvloed. Ook kan er sprake zijn van wat ik altijd “therapeutisch nihilisme” noem, oftewel: er is toch niets aan te doen. Misschien is er gebrek aan kennis en weet niet iedere huisarts dat chronische nierschade een echte risicofactor is voor hart- en vaatziekten. Maar ook het omgekeerde kan een rol spelen, dat de huisarts denkt: wat de nefroloog doet, kan ik met de Landelijke Transmurale Afspraak in de hand zelf net zo goed.’

Scherpbier overweegt verder: ‘We zien dat nefrologen in Engeland hun patiënten heel gemakkelijk terugverwijzen naar de eerste lijn, omdat chronische nierschade daar is vervat in het *Quality of Outcome Framework*. Daar wordt dus goed gelet op chronische nierschade, ook in de eerste lijn, en dat geeft de nefrologen vertrouwen dat ze veilig kunnen terugverwijzen. In Nederland geven nefrologen daarentegen aan dat ze niet goed zicht hebben op wat er in de eerste lijn gebeurt; dat kan dus de reden zijn waarom ze niet gemakkelijk terugverwijzen.’

Samenwerking met apothekers

In weer een volgende onderzoekspoot bekeek Scherpbier het nut van samenwerking tussen huisarts en apotheker bij chronische nierschade. ‘We verstrekten de apotheken informatie over de nier-

functie van de geïncludeerde patiënten en keken vervolgens hoe vaak zij advies gaven tot wijziging van de voorgeschreven medicatie en hoe vaak de huisartsen die adviezen overnamen. Bij een op de negen voorschriften deed de apotheker een voorstel tot wijziging en in de helft van die gevallen nam de huisarts dat advies over.’

Dat gaat dus om minder dan 5% van de voorschriften; is dat niet te weinig om echt significant te zijn? Scherpbier: ‘Nee, want de gevolgen kunnen ingrijpend zijn. In de HARM-studie bleek de nierfunctie een prominente plaats in te nemen. Verschillende factoren kunnen een rol spelen. Sommige geneesmiddelen worden niet of onvoldoende geklaard bij een verstoorde nierfunctie en dan moet je deze lager doseren. Diuretica moet je juist hoger doseren. En dan zijn er nog geneesmiddelen die schadelijk zijn voor de nieren. Die 5% lijkt dus misschien niet zo veel, maar is wel degelijk relevant. Tegengwoordig moeten apothekers dan ook over de nierfunctie kunnen beschikken. Huisartsen hebben zelf ook een medicatiebewakingssysteem, maar toch haalt de apotheker er nog dingen uit. Als huisarts krijg je nu eenmaal verschrikkelijk veel alerts op je scherm, die klik je makkelijk weg. Het is dus heel gunstig dat de samenwerking met apothekers op veel plaatsen al goed op gang is gekomen.’

Praktisch ingesteld

Scherpbier sluit haar proefschrift af met ‘Aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk’. Dat zouden meer promovendi moeten doen! Scherpbier glimlacht: ‘Daar houd ik nu eenmaal van. De vragen in mijn onderzoek komen voort uit de praktijk, dus moeten ook de antwoorden gericht zijn op de praktijk.’

De meeste van deze aanbevelingen zijn in dit interview al wel aan de orde gekomen, maar een paar verdienen nog aandacht. Bijvoorbeeld: ‘Feedback aan huisartsenpraktijken op basis van laboratoriumuitslagen zou een goede manier kunnen zijn om praktijken te helpen de patiënten met CNS te herkennen.’ Scherpbier licht toe: ‘Wil je bekijken hoe in je praktijk de zorg voor patiënten met chronische nierschade is geregeld, dan

kunnen sommige HIS'en de labuitslagen uitdraaien. Maar je kunt ook aan het lab een overzicht vragen of dit via het dashboard ‘gezonde nieren’ zichtbaar maken; daarop kun je zo bekijken wie je zelf kunt behandelen, wanneer je moet consulteren en wanneer verwijzen.’

Een andere aanbeveling plaatst bij het belang van bloeddrukverlaging de kanttekening dat de bloeddruk – zeker bij kwetsbare ouderen – ook niet overbehandeld moet worden. Scherpbier: ‘Bij de zeer ouderen moet de systolische bloeddruk niet onder de 70 dalen om de doorstroming in de hersenen en nieren niet te belemmeren.’

Verder onderzoek

Een soortgelijk rijtje aanbevelingen geeft Scherpbier voor nader onderzoek. Ook dit is goeddeels al in dit interview aangehaald, maar Scherpbier vult aan: ‘Ik vind het leuk dat er vervolgonderzoek is gestart naar aanleiding van de bevindingen uit mijn onderzoek. Daarbij gaat het dus vooral om het verwijzen en terugverwijzen. Maar ook vind ik het van belang dat we kijken hoe we de patiënt kunnen betrekken bij de terugverwijzing. Dan moeten we hem dus wel goed informeren! Bij huisartsen leeft soms onterecht het idee dat je de patiënt niet hoeft te vertellen dat hij chronische nierschade heeft omdat dit past bij de leeftijd of omdat ze geen ongerustheid teweeg willen brengen.’

Na de promotie

Scherpbier werkte voorheen altijd al bij de opleiding en is daar na haar promotie weer teruggekeerd. Ze is nu hoofd van de vier Nijmeegse eerstelijns vervolgoopleidingen: die van huisarts, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts en verslavingsarts. ‘Dat bepaalt natuurlijk een groot deel van mijn agenda. Daarnaast draai ik nog een dag per week praktijk en doe ik nog wat onderzoek naar nieraandoeningen. Het leuke van mijn functie vind ik dat opleiding, praktijk en onderzoek nu zo mooi bij elkaar komen, want dat voedt elkaar. Voor mij is die driepoot onlosmakelijk met elkaar verbonden!’ ■

Ans Stalenhoef



Gelijk

‘Hoeveel graden is het absolute nulpunt?’

‘-273 graden, dacht ik.’

‘Ja, je hebt gelijk!’

‘Yes!!’

Soms onthoud je triviale feitjes. Waarom je nou net die informatie hebt onthouden is vaak onduidelijk. Ik heb bijvoorbeeld helemaal niets met het absolute nulpunt. Het onthouden van dat feit heeft me ook nooit iets extra's gebracht, behalve dat ik er vorige maand een keer mee scoorde met Triviant. En dat is eigenlijk al heel wat. Want gelijk hebben is leuk. Tenminste, dat vind ik. Het is in ieder geval beter dan geen gelijk hebben. Maar voor een arts gaat dit niet altijd op. Soms voelt het dan beter om ongelijk te hebben of is het vervelend wanneer je gelijk hebt.

Zo had ik enige tijd geleden een 48-jarige vrouw op mijn spreekuur. Ze had de laatste tijd een ‘vol’ gevoel in haar bovenbuik. Hierdoor had ze weinig trek en was ze ook ongewild een paar kilo afgevallen. Tien jaar geleden had ze borstkanker gehad en de huidige klacht maakte haar angstig. Ze vroeg zich af of dit met de borstkanker te maken kon hebben. Bij het lichamenlijk onderzoek voelde ik een keiharde lever tot voorbij het maagkuiltje. ‘Oei, dit is vast uitgezaaide borstkanker,’ dacht ik. Ik verwees haar direct door voor aanvullend onderzoek. Een dag later volgde de uitslag. Ik had ongelijk! Het bleek een hemangioom in de lever te zijn. Vanwege de positie ook niet ideaal, maar het was in ieder geval geen kanker. Het voelde goed om geen gelijk te hebben.

Een paar weken later had ik een ouder echtpaar tegenover me zitten. Ze kwamen bijna nooit bij de dokter en dat wilden ze graag zo houden. De reden van hun bezoek was dat de vrouw sinds een paar weken last had van jeukende huiduitslag, met name bij de oksels en de vagina. Ze bleek meerdere schimmelinfecties te hebben. Ik stelde voor om glucose te prikken en legde

uit dat dit een aanwijzing voor suikerziekte zou kunnen zijn. ‘Nee hoor dokter, dat heb ik niet, ik eet haast nooit suiker,’ zei de vrouw overtuigd. Maar helaas, haar suiker was fors verhoogd. Ik had gelijk, maar de patiënt was er absoluut niet blij mee. Dat voelde niet goed.

Toch gebeurt er iets aparts wanneer je de juiste diagnose stelt. Voor de patiënt is het vaak akelig nieuws, maar als dokter voel ik me juist goed dat ik er achter ben gekomen wat er aan de hand is. Het heeft me jaren studie gekost om bij een bepaald scala aan symptomen de juiste diagnose te stellen. Dus wanneer dit lukt geeft dat toch een gevoel van triomf, ook al is dat soms totaal misplaatst. Ik denk nog regelmatig terug aan de eerste keer dat ik deze misplaatste triomf meemaakte.

Het gebeurde tijdens mijn laatste fase als co-assistent. Ik werkte toen in een klein ziekenhuis in Tanzania op de mannenafdeling. Zoals bij veel tropische stages kreeg ik hier veel meer verantwoordelijkheid dan ik in Nederland gewend was. Iedere ochtend deed ik op mijn afdeling de visite en bepaalde ik het beleid bij de patiënten die de afgelopen nacht waren opgenomen. Op een ochtend lag er een zieke, brakende man op mijn afdeling. Hij had de afgelopen dagen diarree gehad met hevige pijn in zijn buik. Na het lichamenlijk onderzoek dacht ik dat deze man een darmperforatie zou kunnen hebben. Hij kon direct door naar de operatiezaal waar de andere co-assistent bezig was. Vanwege een structureel tekort aan personeel bracht ik de patiënt er zelf naartoe. Ik nam hem mee over een stuk onverhard terrein in een rolstoel met lekke banden. Bij iedere hobbel gaf die arme man een gil van de pijn.

Later die dag kwam mijn collega naar me toe. Ze hadden de patiënt geopereerd en hij bleek inderdaad een darmperforatie te hebben. ‘Je had gelijk!’ zei mijn collega lachend en gaf me een schouderklop. ‘Yes!’ riep ik uitgelaten. Een paar seconden later hoorde ik dat de man het niet had gered. Beduusd liep ik weg over het knollenveld.

En ik schaamde me. Het blijft een raar vak, dokter zijn. Heb ik gelijk of niet? ■

Siri Visser

Siri Visser is waarnemend huisarts.



KENNISTOETS: VRAGEN

Op de huisartsenpost ziet de huisarts Ruben, anderhalf jaar. Ruben heeft sinds drie dagen koorts en oorpijn. Hij is zieker aan het worden en huult veel. Bij onderzoek vindt de huisarts symptomen van een dubbelzijdige otitis media acuta, hij wil een antibioticakuur voorschrijven. Omdat eerder gebleken is dat Ruben overgevoelig is voor amoxicilline, schrijft de huisarts cotrimoxazol voor in een correcte dosering. De huisarts instrueert de ouders contact op te nemen als de klachten binnen 24 uur na het starten van het middel niet zijn verminderd.

1. Het gekozen antibioticum is in dit geval correct.
2. De termijn van 24 uur is correct.

De heer Jaspers, 81 jaar, bezoekt het spreekuur. Hij heeft een gezwollen scrotum. Hij heeft geen pijn en is niet ziek. De huisarts onderzoekt de heer Jaspers. Bij palpatie voelt (1) de huisarts links geen duidelijke grens tussen testikel en zwelling, en (2) bevindt de zwelling zich proximaal van de epididymis. (3) Doorlichting van het scrotum is diafaan. De huisarts overweegt de diagnoses varicokèle en hydrokèle. Voor een varicokèle pleit/pleiten:

3. - de bevinding na (1);
4. - de locatie van de zwelling na (2);
5. - de bevinding na (3).

Tijdens een nachtdienst gaat de huisarts op spoedvisite bij Coen, 17 jaar. Coen is onwel geworden op een eindexamenfeest.

Hij vertoonde trekkingen en is nu verminderd aanspreekbaar. De huisarts treft een zwetende jongeman aan in stabiele zijligging. Op de vloer ligt braaksel. Zijn Glasgow Coma Score is verlaagd. Hij heeft koorts (40,8°C), de bloeddruk is 180/110 mm Hg en de pols 110 slagen/min. Zijn pupilreacties zijn normaal, maar zijn pupillen zijn opvallend wijd. De huisarts vermoedt intoxicatie met een geestverruimend middel. Tot de mogelijke oorzaak/oorzaken hiervan behoort/behoren in dit geval:

6. - cocaïne;
7. - ingestie van cannabis ('spacecake');
8. - amfetamine.

De huisarts heeft mevrouw Wiegers, 35 jaar, gedurende vier weken behandeld met ferrofumaraat vanwege ijzergebreksanemie. De anemie is het gevolg van overmatig vloeien tijdens de menstruaties. De uitgangswaarde was 6,0 mmol/l. Inmiddels gebruikt zij orale anticonceptiva en is het maandelijks bloedverlies minimaal geworden. Het Hb is inmiddels 7,8 mmol/l. De huisarts adviseert mevrouw nog (1) vier weken door te gaan met dezelfde ferrofumaraatdosering. Zij legt uit dat dit nodig is om de ijzervoorraad weer op peil te brengen.

9. De correcte dosering ferrofumaraat bedraagt 3 maal daags 200 mg.
10. De genoemde termijn bij (1) is correct.

De antwoorden staan op pagina 280.

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 NHC. 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.

Klapvoet

WAT IS HET PROBLEEM?

Een klapvoet (voetheffersparese) is een vervelende aandoening die direct problemen geeft bij het lopen en een valgevaar oplevert. Een klapvoet heeft vele oorzaken, maar meestal gaat het om verminderd functioneren van de kuitbeenzenuw (nervus peroneus neuropathie). In veel gevallen is de diagnose te stellen op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek.

WAT MOET IK WETEN?

De voetheffers worden aangestuurd door de kuitbeenzenuw die vlak boven de knie aftakt van de heupzenuw (nervus ischiadicus), die op zijn beurt vanuit de plexus lumbosacralis en de zenuwwortels L4 en L5 ontspringt. Ter hoogte van de knie loopt de kuitbeenzenuw over het fibulakopje, waar hij zeer gevoelig is voor compressie en rek, en splitst vervolgens in de oppervlakkige en diepe kuitbeenzenuw (nervus peroneus superficialis en profundus). Een spontane klapvoet heeft doorgaans een perifere oorzaak: meestal betreft het een verminderde functie van de peroneus (veelal door compressie ter hoogte van de knie), minder vaak een L5-radiculopathie of polyneuropathie en zelden uitval van de heupzenuw of een spierziekte. Indien de voetheffersparese pijnloos is, gaat het vrijwel altijd om een peroneus neuropathie. Uitval van de profundus zorgt voor verminderde dorsaalflexie van de voet en tenen, en verminderde sensibiliteit van de huid tussen de eerste en tweede teen. Uitval van de superficialis zorgt voor zwakte van de enkeleversie en verminderde sensibiliteit van de voetrug en de laterale zijde van het onderbeen. De mate van uitval is afhankelijk van de locatie, de ernst en de duur van het letsel of de compressie. Een klapvoet komt vrijwel uitsluitend voor bij volwassenen en meer bij mannen dan bij vrouwen. Centrale oorzaken zijn zeer zeldzaam (uitval van de mediofrontale cortex cerebri, caudacompressie of motorische voorhoornaandoeningen) en geven vrijwel altijd meer klachten dan een klapvoet alleen.

WAT MOET IK DOEN?

Ga na of er sprake is (geweest) van uitlokkende factoren voor een klapvoet: externe compressie (zoals veel met de benen over elkaar zitten, lang gehurkt zitten, recent trauma aan het been, gipsverband of langdurige bedrust), overrekking (inversietrauma van de enkel of het langdurige gestrekt houden van het been), lokale druk in de knieholte (bijvoorbeeld Bakerse cyste), recent gewichtsverlies, een (heup)operatie, diabetes

mellitus of chemotherapie. Vraag of de patiënt verdere problemen in been of rug ervaart. Let op pijn, zwelling en roodheid van het been. Laat de patiënt lopen en kijk of er een hanentred is (looppatroon waarbij de knie hoog wordt opgetild om slepen van de voet te voorkomen). Dit laatste is het geval bij een ernstige voetheffersparese. Controleer of de patiënt op de hakken kan staan en gaan. Onderzoek de dorsaalflexie en eversie van de voet en beoordeel de kracht. Ga na of er sprake is van verminderde sensibiliteit van de (onder)benen en de voeten. Sla de reflexen van de kniepees en achillespees aan beide kanten. Beoordeel en vergelijk ook de spierkracht van de grote spiergroepen van het bovenbeen. Bij een peroneus mononeuropathie is de kracht in deze spieren normaal, zijn de reflexen normaal en is er geen roodheid of zwelling en zelden pijn. Controleer de knieholtes op palpabele massa's en laat zo nodig een echo maken. Palpeer ook het verloop van de nervus peroneus en tik erop ter hoogte van de fibulakop. Indien dit sensaties opwekt in het verloop van de zenuw (teken van Tinel), wijst dit op drukneuropathie op deze plek. Verwijs naar een neuroloog bij een dubbelzijdige klapvoet of een eenzijdige klapvoet gecombineerd met andere neurologische afwijkingen.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat een klapvoet ontstaat door een verlamming van de spieren die de voet en tenen omhoog tillen, waardoor de voet tijdens het lopen eerst met de tenen de grond raakt en vervolgens met de hak tegen de grond klapt. Leg uit dat de klachten meestal binnen twee tot drie maanden vanzelf overgaan. Adviseer de patiënt om niet met de benen over elkaar te zitten en zo weinig mogelijk te hurken. Vraag de patiënt om na twee maanden terug te komen en verwijs naar een neuroloog indien er geen verbetering is. Adviseer schoenen met een platte hak die tot boven de enkel reiken om zwikken van de enkels te voorkomen. Verwijs bij ernstige zwakte naar de fysiotherapeut voor gerichte spierkrachttraining. Adviseer bij een ernstige parese om een enkel-voetorthese te laten aanmeten om valgevaar te minimaliseren. ■

LITERATUUR

- 1 Stewart JD. Foot drop: where, why and what to do? *Practical neurology* 2008;8:158-69.
- 2 Marciniak C. Fibular (peroneal) neuropathy: electrodiagnostic features and clinical correlates. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2013;24:121-37.
- 3 Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Patiëntvoorlichting: Klapvoet. www.neurologie.nl (beschikbaar via: <http://www.neurologie.nl/publiek/patientenvoorlichting/klapvoet>).

Wondroos

WAT IS HET PROBLEEM?

Huidinfecties komen vaak voor. De bijbehorende roodheid of pijn is voor de patiënt meestal de reden om naar de dokter te gaan. Bij diepe huidinfecties gaat het meestal om het been, de arm of het gezicht en de klacht gaat regelmatig gepaard met koorts en algehele malaise. Het is soms lastig onderscheid te maken tussen diepe bacteriële huidinfecties zoals erysipelas, cellulitis en erysipeloïd, en andere diagnoses zoals diepveneuze trombose (DVT), tromboflebitis, contactdermatitis, necrotiserende fasciitis of hypostatisch oedeem bij varices.

WAT MOET IK WETEN?

Cellulitis is een bacteriële infectie van de subcutis, terwijl erysipelas een bacteriële infectie van de huid én subcutis is die gepaard kan gaan met koorts, koude rillingen, algemene malaise, hoofdpijn en braken. Een scherpbegrensd erytheem is kenmerkend voor erysipelas, waarbij de huid ook warm en geïndureerd is. De veroorzaker is meestal *Streptococcus pyogenes*, soms andere (bètahemolytische) streptokokken of *Staphylococcus aureus*. Erysipelas komt gemiddeld voor bij 5-6 per 1000 patiënten per jaar, maar de incidentie bij ouderen boven de 75 jaar is hoger: 8,1 per 1000 patiënten. Diabetes mellitus, hartfalen of lymfoedeem vergroten het risico op erysipelas, en ook de kans op complicaties indien ze onbehandeld blijven. De infectie kan de lymfebanen (verder) aantasten, waardoor er (meer) oedeem ontstaat. De aanwezigheid van oedeem geeft een verhoogde kans op recidieven. Chronisch NSAID-gebruik kan de ontstekingsverschijnselen maskeren. Erysipelas is een klinische diagnose. Aanvullend onderzoek is niet nodig om de diagnose te stellen.

WAT MOET IK DOEN?

Vraag naar de aard en het beloop van de klachten, vraag of de patiënt koorts of koude rillingen heeft (gehad). Beoordeel of er een verhoogd risico is voor erysipelas: immuuncompressie, diabetes mellitus, hartfalen, lymfoedeem, overmatig alcoholgebruik of eerdere soortgelijke huidinfecties. Vraag naar werk in de vlees- of visverwerkende industrie, dit geeft een verhoogde kans op erysipeloïd (huidinfectie met door dieren overgebrachte bacterie *Erysipelothrix rhusiopathiae*, waarbij feneticilline eerste keus is). Vraag bij twijfel over het onderscheid met DVT naar risicofactoren. Koorts en koude rillingen maken DVT onwaarschijnlijker. Denk bij een rode en warme huid bij een gewricht ook aan jicht.

Vraag de patiënt of hij/zij een porte d'entrée heeft (gehad) en zoek deze actief. Vaak zit deze tussen de tenen, in de vorm van ragaden of door dermatomycose, maar ook een ulcus cruris of een 'gewone' wond kan de ingang zijn. Let op roodheid, warmte, pijn, swelling en functiebeperking. Wees bij blaarvorming bedacht op necrotiserende fasciitis.

Behandel een vastgestelde erysipelas met flucloxacilline 4 dd 500 mg oraal gedurende 10 dagen. Een smalspectrumpenicilline is voor de *Streptococcus pyogenes*-infectie voldoende, maar gezien de kans op een menginfectie met *Staphylococcus aureus*, die in 80% van de gevallen bètalactamase vormt, is flucloxacilline de eerste keus. Geef bij een allergie voor penicilline claritromycine 2 dd 500 mg oraal gedurende 7-10 dagen (kinderen 2 dd 7,5 mg/kg lichaamsgewicht/dag) of azitromycine 1 dd 500 mg oraal gedurende 3 dagen (kinderen 10 mg/kg lichaamsgewicht/dag).

Verwijs de patiënt met spoed bij (vermoeden van) zeer zeldzame complicaties als sepsis, necrotiserende fasciitis of gangreen. Verwijs ook bij persisterende hoge koorts én niet reageren op antibiotische behandeling binnen 48 uur.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat de klachten worden veroorzaakt door erysipelas, wat in de volksmond ook belroos of wondroos wordt genoemd, en dat dit een bacteriële infectie van de huid is. Vertel dat het belangrijk is om dit te behandelen met een antibioticum om complicaties als bloedvergiftiging te voorkomen. Leg uit dat de patiënt binnen 24-48 uur effect moet merken, maar dat de roodheid nog enkele weken kan aanhouden. Tijdens het herstel kan de huid vervellen. Noem alarmsymptomen en adviseer om dan direct contact op te nemen: blijvende koorts, zieker worden, meer pijn of het niet verdragen van de medicatie. Als pijnstilling mag de patiënt paracetamol of een NSAID nemen. Adviseer een goede hygiëne en zo mogelijk hooghouden of compressief zwachtelen van het aangedane lichaamsdeel. Leg uit dat het risico op een recidief groter is na elke episode. Vraag de patiënt daarom om terug te komen bij soortgelijke klachten, benadruk het belang van goede hygiëne in geval van een wond of ander huiddefect en leg uit dat hier soms aanvullende behandeling voor nodig is, zoals een antimycoticum. Verwijs de patiënt naar verdere informatie over wondroos naar thuisarts.nl. ■

LITERATUUR

- 1 Bruggink S. Geen consensus over het effectiefste antibioticum bij cellulitis en erysipelas. *Huis Wet* 2011;54:175.
- 2 Sillevius Smit JH, Van Everdingen JE, Van der Horst HE, Starink TM. Dermatovenereologie voor de eerste lijn. Houten: BSL, 2009.
- 3 Wielink G, Koning S, Oosterhout RM, Wetzels R, Nijman FC, Draijer LW. NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2007;50:426-44.



Systemische corticosteroiden bij acute rhinosinusitis

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 Rhinosinusitis – vaak gekenmerkt door rinorroe, verstopte neus en aangezichtspijn – is een veelvoorkomende klacht in de huisartsenpraktijk. De incidentie bedraagt 20 per 1000 mannen en 34 per 1000 vrouwen per jaar, met een piek op de leeftijd tussen 30 en 40 jaar.¹ De oorzaak is een ontstekingsreactie van de mucosa in de neus, meestal door een (virale) infectie, al dan niet geluxeerd door hyperreactiviteit of allergie. De klachten zijn doorgaans self-limiting na 2 tot 4 weken^{1,2} en behandeling bestaat uit pijnstilling en decongestiva. Antimicrobiële behandeling is in het algemeen niet zinvol. Bij persisterende of recidiverende klachten in de groep patiënten met een (verhoogd risico op een) afwijkend beloop kan de huisarts corticosteroidenneusspray overwegen. Ondanks het te verwachten lokale anti-inflammatoire effect op de nasale mucosa, is de evidence voor het gebruik van corticosteroidenneusspray beperkt. Mogelijk blokkeert de neusverstopping een adequate werking en wordt een te lage therapeutische spiegel bewerkstelligd. Theoretisch gezien zou systemische toediening van corticosteroiden een groter anti-inflammatoir effect kunnen bereiken, maar de NHG-Standaard Rhinosinusitis vermeldt hierover niets. De vraag is: wat is het effect van systemische toediening van corticosteroiden op het beloop en herstel van klachten bij patiënten met acute rhinosinusitis?

Zoekstructuur We doorzochten de Cochrane Database en PubMed met de MeSH-termen ‘sinusitis’, ‘rhinitis’ ‘glucocorticoids’ met de filters ‘Randomized Controlled Trial, published in the last 5 years, Humans, English, Dutch’. We vonden 17 onderzoeken, waarvan er 2 relevant waren voor onze vraagstelling.

Resultaten Venekamp et al. bespreken in een Cochrane-review het effect van systemische corticosteroiden op resolutie of vermindering van klachten bij acute sinusitis.³ Zij includeerden 4 RCT's (n = 1008 patiënten), waarbij de interventie bestond uit het enkele dagen toedienen van orale (methyl)prednison of betamethason; controlepatiënten kregen placebo of NSAID. Alle patiënten kregen aanvullend orale antibiotica. Op korte termijn bleken patiënten die werden behandeld met orale corticosteroiden minder symptomen te hebben dan patiënten die een placebo of NSAID kregen (dag 3-7: RR 1,4 (95%-BI 1,1 tot 1,8); dag 4-10/12: RR 1,3 (95%-BI 1,0 tot 1,7).

Venekamp et al. onderzochten in een RCT 185 patiënten (verschenen na de Cochrane-review) waarbij gerandomiseerd

werd voor een zevendaagse behandeling met prednisolon of placebo. Aanvullend antibiotica en intranasale corticosteroiden mochten vrij worden voorgeschreven. Het percentage patiënten met resolutie van pijn of drukgevoel in het aangezicht op dag 7 betrof 62,5% in de prednisolongroep versus 55,8% in de placebogroep (RR 1,12; 95%-BI 7,9 tot 21,2). De mediane duur van de totale symptomen was min of meer gelijk in beide groepen: 7 versus 9 dagen (p = 0,17).

Aanvullend commentaar De geïncludeerde onderzoeken in de Cochrane-review hebben methodologische tekortkomingen. De hoge statistische heterogeniteit in de primaire analyse (I^2 statistic $\geq 75\%$) roept de vraag op of de data uit de verschillende trials niet te veel uiteenlopen om betrouwbaar te kunnen poolen. In alle geïncludeerde onderzoeken wordt een complete case-analyse verricht, ondanks uitvallers, zonder dat een scenarioanalyse wordt verricht. Uit het *worst case scenario* van de auteurs van de Cochrane-review blijkt dat het gunstige effect van orale corticosteroiden niet meer aantoonbaar is. Daarbij zijn de onderzoeken minder generaliseerbaar naar de huisartsenpraktijk: patiënten werden vooral gerekruteerd in de tweede lijn, waarbij radiologische bevindingen als inclusiecriteria dienden.

Venekamp et al. impliceren met (de titel van) hun RCT dat de interventie uit monotherapie met systemische corticosteroiden bestaat. Uiteindelijk blijkt toch 19,3% van de interventiegroep versus 18,6% van de controlepatiënten aanvullend behandeld te zijn met antibiotica en 18,2% versus 17,4% met corticosteroidenneusspray. Mogelijk dat hierdoor het niet-significante effect van corticosteroiden in werkelijkheid nog kleiner is dan de in dit onderzoek gevonden waarden.

Conclusie Kortdurend, systemisch gebruik van corticosteroiden bij patiënten met acute rhinosinusitis lijkt geen effect te hebben op herstel of beloop van klachten.

Betekenis Bij een ongecompliceerd beloop van acute rhinosinusitis kan volstaan worden met symptomatische behandeling, zoals corticosteroidenneussprays, antihistaminica en cromoglicaten, conform de adviezen in de NHG-Standaard Rhinosinusitis. Het nut van systemische corticosteroiden is niet aangetoond en wordt vooralsnog niet aanbevolen. ■

LITERATUUR

- 1 De Sutter A, Burgers JS, De Bock GH, Dagnelie CF, Labots-Vogelzang SM, Oosterhuis WW, et al. NHG-Standaard Rhinosinusitis (tweede herziening). Huisarts Wet 2005;48:615-24.
- 2 Venekamp RP, Bonten MJM, Rovers MM, Verheij TJM, Sachs APE. Systemic corticosteroid monotherapy for clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a randomized controlled trial. CMAJ 2012;184:751-7.
- 3 Venekamp RP, Thompson MJ, Hayward G, Heneghan CJ, Del Mar CB, Perera R, et al. Systemic corticosteroids for acute sinusitis. Cochrane Database Syst Rev 2011;12:CD008115.

Geen paracetamol én ibuprofen bij kind met koorts

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 In Nederland is paracetamol een veelgebruikt middel bij kinderen met koorts. Buiten Nederland wordt daarnaast veel gebruikgemaakt van ibuprofen. Het is mogelijk dat de combinatie van beide nog effectiever is in het verlagen van de temperatuur en het verbeteren van het algemeen welbevinden.

Klinische vraag Wat is de effectiviteit en het risico van paracetamol en ibuprofen, afwisselend of gecombineerd, bij de behandeling van kinderen met koorts?

Conclusie auteurs Het gelijktijdig toedienen van paracetamol en ibuprofen leidt in vergelijking met één van beide middelen afzonderlijk tot een lagere temperatuur (2 onderzoeken, $-0,70^{\circ}\text{C}$; 95%-BI $-1,05$ tot $-0,35$) en minder kinderen met koorts na vier uur (2 onderzoeken, RR 0,08; 95%-BI 0,02 tot 0,42). Combinatie van paracetamol en ibuprofen leidt echter niet tot een verbetering van algemeen welbevinden. Het afwisselen van beide middelen resulteerde ook in een temperatuursdaling één uur na het tweede middel (2 onderzoeken, $-0,60^{\circ}\text{C}$; 95%-BI $-0,94$ tot $-0,26$) en in minder kinderen met koorts na drie uur (2 onderzoeken, RR = 0,25; 95%-BI 0,11 tot 0,55). Eén onderzoek concludeerde dat de met koorts geassocieerde pijnscore bij afwisseling van paracetamol en ibuprofen significant lager was. In totaal werden vijf serieuze bijwerkingen gerapporteerd. De review omvat zes onderzoeken met in totaal 915 kinderen van 6 maanden tot 14 jaar.¹

Beperkingen De onderzoeken verschillen sterk in methodologie en zijn beperkt in aantal en omvang. Slechts twee onderzoeken keken naar een vorm van algemeen welbevinden.

COMMENTAAR

Deze review is beperkt door het aantal onderzoeken en het verschil in gebruikte methodologie, zoals de auteurs ook zelf aangeven. Het risico op complicaties is een belangrijke reden om voorzichtig te zijn met een combinatie van ibuprofen en paracetamol. Complicaties zijn echter zeldzaam en geen enkel onderzoek was er in omvang op berekend om een verschil in complicaties aan te tonen. Daarbij merken de auteurs op dat de toediening van antipyretica in deze onderzoeken onder gecontroleerde omstandigheden is gebeurd. De vraag is hoe representatief dit is voor de dagelijkse praktijk, waar ouders zelf inschatten wanneer en hoeveel antipyretica zij hun kind geven.

In hoeverre is deze review dan relevant voor de Nederlandse huisartsenpraktijk? De review is gericht op landen waar ibuprofen bij kinderen geaccepteerd is en heeft als doel

het effect van paracetamol in combinatie met ibuprofen te onderzoeken, niet afzonderlijk. Op basis hiervan zijn ibuprofen en paracetamol op een hoop gegooid en is het niet mogelijk tussen beide middelen afzonderlijk een vergelijking te maken. Er zijn onderzoeken die aantonen dat ibuprofen de temperatuur sneller laat dalen dan paracetamol. Er zijn echter ook onderzoeken die een vergelijkbare effectiviteit laten zien. Er is in ieder geval weinig bewijs dat één van beide effectief is in het verbeteren van algemeen welbevinden, laat staan dat één van beide effectiever is. Eén geïncludeerd onderzoek laat wel zien dat de combinatie ibuprofen-paracetamol mogelijk leidt tot minder aan koorts gerelateerde pijnklachten. Dat de beschreven onderzoeken lichaamstemperatuur als primaire uitkomstmaat hebben gekozen is begrijpelijk. Deze uitkomst is eenvoudig en objectief te meten. Er zijn echter onderzoeken die een mogelijk nadelig effect van het verlagen van koorts laten zien op de immuunrespons. In combinatie met het gebrekkige bewijs op het gebied van algemeen welbevinden betekent dit dat koortsverlaging geen doel op zich moet zijn bij een ziek kind. Toekomstig onderzoek voor de Nederlandse spreekkamer moet zich dan ook richten op de effecten van paracetamol en ibuprofen op het algemeen welbevinden van kinderen met koorts, liefst gemeten op een universele, internationaal vergelijkbare manier.

De NHG-Standaard Kinderen met koorts raadt ibuprofen over het algemeen niet aan vanwege het risico op bijwerkingen als nierfunctiestoornissen en gastro-intestinale klachten, en gezien het tegenstrijdige bewijs over het verschil in effectiviteit bij kinderen met koorts.

Op basis van deze review is het aannemelijk dat een combinatie van paracetamol en ibuprofen kan leiden tot een sterkere daling van de temperatuur. Een verlaging van de lichaamstemperatuur is echter geen doel op zichzelf en een verbetering van algemeen welbevinden is met deze review niet aangetoond. Er is echter wel een toegenomen risico op fouten in toediening wanneer ouders thuis deze middelen moeten combineren. Zolang er geen effect op comfort is aangetoond blijft überhaupt de vraag of ibuprofen als monotherapie bij kinderen met alleen koorts (en geen pijn) is aan te raden. Adviseer ouders daarom zeker niet om paracetamol en ibuprofen bij kinderen met koorts te combineren. ■

LITERATUUR

- 1 Wong T, Stang AS, Ganshorn H, Hartling L, Maconochie IK, Thomsen AM, et al. Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children. Cochrane Database Syst Rev 2013;10:CD009572.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Juist / 2. Onjuist

Het antimicrobieel geneesmiddel van eerste keus bij OMA bij kinderen is in alle gevallen amoxicilline gedurende één week in een dosering van 40 mg/kg lichaamsgewicht per dag. Bij contra-indicaties voor amoxicilline geeft de huisarts azitromycine of cotrimoxazol: azitromycine gedurende drie dagen in een dosering van 10 mg/kg lichaamsgewicht per dag, en cotrimoxazol gedurende 5 tot 7 dagen in een dosering van 36 mg/kg lichaamsgewicht per dag. Bij behandeling met een antimicrobieel geneesmiddel instrueert de huisarts de verzorgers van het kind contact op te nemen als de klachten binnen 48 uur na het starten van het middel niet zijn verminderd.

Damoiseaux RAMJ, Van Balen FAM, Leenheer WAM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Otitis media acuta (tweede herziening). www.nhg.org.

3. Onjuist / 4. Juist / 5. Onjuist

Een varicokèle is een varicosis van de veneuze plexus pampiniformis in de funiculus spermaticus. Bij onderzoek van de epididymis voelt dit als een zak met wormen, waarvan de grootte wisselt afhankelijk van de lichaamshouding en toeneemt bij intra-abdominale drukverhoging. Een hydrokèle is een vochtophoping tussen de bladen van de tunica vaginalis. Deze voelt als een vochtophoping rondom de testis, waarbij de hydrokèle zo groot kan zijn dat de testis erin verborgen wordt en niet meer palpabel is. Doorlichting van het scrotum van de achterzijde, in een donkere kamer, is diafaan bij een met vocht gevulde zwelling: een hydrokèle of spermatokèle; licht wordt tegengehouden door vaten, bloed, tumor of hernia.

Bosch JHLR, Prins A, redactie. Urologie. Praktische huisartsgeneeskunde. 2e herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.

Van Bezooijen BPJ, Wiermsa TJ, Schlattmann TJM, Zwartendijk J, redactie. Compendium Urologie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Urologie, 2008.

6. Juist / 7. Onjuist / 8. Juist

De beelden van een acute amfetamine- en cocaïne-intoxicatie lijken sterk op elkaar. De klachten en symptomen hebben betrekking op het centrale zenuwstelsel en het cardiovasculaire systeem: angst, opwinding, hallucinaties, psychose, motorische onrust, tremoren, myoclonieën, ataxie, hypertonie, convulsies, mydriasis, (supra)ventriculaire tachycardieën, angina pectoris, hyperthermie en hypertensie.

Ernstige cannabisintoxicatie treedt vrijwel uitsluitend op na ingestie. De symptomen zijn stoornissen in het kortetermijngeheugen, de zintuigelijke waarneming, oriëntatie, motorische coördinatie en/of het spreken, naast psychotische en delirante beelden. Daarnaast kunnen tachycardie en bloeddrukwisselingen en tremoren met spierzwakte optreden.

Keeman JN, Schadé E, redactie. Spoedeisende hulp in de huisartspraktijk. 2e herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.

Thijs LG, Delooz HH, Goris RJA, Schers HJ, redactie. Acute geneeskunde. 6e herziene druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2005.

9. Onjuist / 10. Onjuist

De behandeling bij ijzergebreksanemie bestaat uit ferrofumarate tabletten 200 mg 3 dd een halve tablet, bij inname tijdens of na maaltijd 3 dd 1 tablet. Controleer het Hb 4 weken na start van de ijzersuppletie, en wanneer naar verwachting – uitgaande van gemiddelde stijging van ten minste 0,5 mmol/l per week – het Hb weer normaal is. Na normalisering van het Hb continueert de huisarts de ijzersuppletie nog 8 tot 10 weken.

Van Wijk MAM, Mel M, Muller PA, Silverentand WCJ, Pijnenborg L, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Anemie. www.nhg.org. Farmacotherapeutisch Kompas. www.fk.cvz.



Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

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

Redactiesecretariaat

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

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

Abonnementenadministratie

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

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementenprijzen

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

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

ISSN 0018-7070



Hoeveel patiënten heeft u?

We zijn geneigd om alle mensen die bij ons in de praktijk staan ingeschreven 'patiënten' te noemen, terwijl veel van hen helemaal niet ziek zijn. Ook de dikke van Dale omschrijft patiënt als 'een zieke die onder behandeling is'. Is een groot deel van onze patiënten dan gezond? Als je de nog steeds geldende WHO-definitie van gezondheid uit 1948 leest ga je twijfelen; gezondheid is 'een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden' en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek. Als je de definitie strikt neemt zal het aantal volledig gezonde mensen gering zijn.

De afgelopen decennia zagen we een verschuiving in de huisartsenzorg van het behandelen van zieke mensen naar het behandelen van mensen zonder ziekte maar met risicofactoren zoals hypertensie. Preventie wordt belangrijker en ook iemand die iets mankeert kan vaak nog prima functioneren.



De voormalig huisarts Machteld Huber ging op zoek naar een omschrijving die meer bij deze tijd past en publiceerde daarover in het BMJ: 'Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.' Deze dynamische en nog nader uit te werken definitie past beter bij onze taak als huisarts om in samenspraak met de patiënt doelen en beleid van de behandeling te bepalen en eigen regie en optimaal functioneren meer prioriteit te geven. Dan zou het zo maar eens kunnen zijn dat wanneer iemand u vraagt hoeveel patiënten u in uw praktijk heeft, u antwoordt: 'Ongeveer de helft.'

Rob Dijkstra

NHG gastheer GIN-conference 2015

In 2002 werd het Guidelines International Network opgericht, mede op initiatief van Nederlandse richtlijnmakers. Sindsdien is er een jaarlijkse GIN-conference in wisselende landen. Dit jaar vindt het congres plaats in Melbourne van 20 t/m 23 augustus. Volgend jaar neemt het NHG de organisatie van het congres voor zijn rekening, samen met diverse partners uit de gezondheidszorg. Het congres zal dan plaatsvinden van 7 t/m 10 oktober in de Beurs van Berlage te Amsterdam. Nieuwsgierig naar GIN? Kijk op www.g-i-n.net voor meer informatie. Uiteraard houden we u te zijner tijd in deze kolommen op de hoogte van de inhoud van het congres.

Nu verkrijgbaar: Procollaire GGZ

We kondigden u al eerder de verschijning aan van het boek Procollaire GGZ. In het boek vinden u en uw poh-ggz alle benodigde informatie bij de begeleiding van patiënten met psychische klachten, vastgelegd in handzame protocollen. Nu het aantal poh's-ggz gestaag stijgt, maar de huisarts eindverantwoordelijk blijft voor haar werkzaamheden, is het nuttig om duidelijke afspraken te maken over taakverdeling, wijze van overleg en de inhoud van de zorg. Ook hierover is informatie te vinden in dit boek. Er is onder meer aandacht voor:

- psychische klachten en psychosociale problemen;
- depressieve klachten en depressie;
- angstklachten en angststoornissen;
- slapeloosheid;
- verminderen en afbouwen van slaapmiddelen en sedativa.

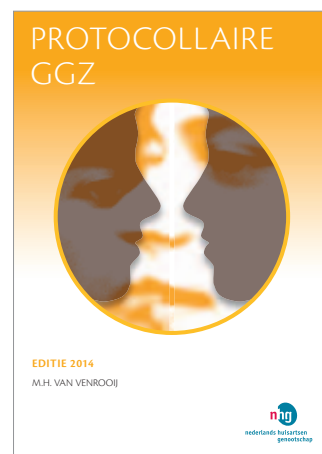
Het boek is inmiddels verschenen en u kunt het bestellen in de webwinkel op www.nhg.org. De kosten bedragen

€ 24,50 voor NHG-leden en € 35,- voor niet-leden.

Nu onderhanden: Procollaire wondbehandeling

Ondertussen wordt alweer hard gewerkt aan de volgende loot aan de stam van de succesvolle reeks boeken rond protocollaire zorgverlening. Ditmaal gaat het om wondbehandeling; hierover verschijnt niet alleen een 'papier' boek, maar ook een digitaal gedeelte dat u altijd bij de hand heeft wanneer u een wond moet behandelen. U weet dan steeds precies welke smeersels, verbanden, hechtmaterialen en instrumenten u bij elke wond nodig heeft!

Het boek Procollaire wondbehandeling zal nog deze zomer verschijnen.



NHG-webprogramma Diabetes

Voor praktijkverpleegkundigen en -ondersteuners is er nu ook een e-learning over diabetes mellitus type 2 beschikbaar. Zij leren de belangrijkste wijzigingen in de herziene standaard door het maken van diverse opdrachten. Ook is er volop aandacht voor alles wat er komt kijken bij een goede diabeteszorg in de huisartsenpraktijk. De inhoud van het programma is gebaseerd op het nieuwe

competentieprofiel van de poh. Het webprogramma is geaccrediteerd voor twee uur door de CADP (Commissie Accreditering Deskundigheidbevordering Praktijkassistenten en -ondersteuners, opgericht door NHG, LHV en NVDA). Geïnteresseerd? U kunt het webprogramma aanschaffen via de webwinkel op www.nhg.org.

Bijeenkomst oud-bestuurders NHG

Regelmatig organiseert het NHG een bijeenkomst voor oud-bestuurders om hen op de hoogte te houden van en te raadplegen over de actuele ontwikkelingen en plannen van 'hun' wetenschappelijke vereniging. Omdat hierbij ook ex-leden van de NHG-Verenigingsraad welkom zijn, is het niet louter een reünie van 'grijze bollen', maar zijn er ook diverse jongeren aanwezig.



Jongste ontwikkelingen

NHG-bestuursvoorzitter Rob Dijkstra heet de aanwezigen welkom en vertelt over de jongste feiten. Op dit moment telt het NHG ruim 11.000 leden en zijn er 130 bureaumedewerkers. De duidelijkste groei is zichtbaar in het aantal ICT-projecten, want op dit gebied wordt heel veel ontwikkeld. Twee jaar na de lancering heeft Thuisarts.nl bijvoorbeeld al tienduizenden pageviews per dag en met de Thuisarts-app krijgt de patiënt diverse mogelijkheden om goed beslagen ten ijs op het consult te komen. En wat te denken van de zojuist gelanceerde 'Oculus Rift'? 'Hartstikke makkelijk, straks hoeft je niet meer fysiek naar de huisarts maar kun je via zo'n bril naar het consult gaan.'

Toekomstvisie huisartsenzorg 2022

Een van de kernpunten uit de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 *Modernisering naar menselijke maat* is het verlenen van de juiste zorg op de juiste tijd en de juiste plaats. Dit is heel actueel want er

komt op dit moment erg veel op de huisarts af. Enkele ambities uit de Toekomstvisie worden kort aangestipt, waaronder:

- Zorg in de buurt als het kan, verder weg als het moet.
- Een persoonlijke relatie van de huisarts met zijn patiënten, oftewel minimaal op drie dagen per week praktiseren.
- Een betere service aan de patiënt met gebruikmaking van ICT, maar ook flexibilisering van de openingstijden.
- Behoud van de internationale koploperspositie.

NHG-Meerjarenbeleidplan 2013-2017

Er is veel gaande in de zorg, bijvoorbeeld rond de decentralisatie van de jeugdzorg, de WMO en de herstructurering van de langdurige zorg. De zorgverzekeraars hebben meer eigen bedrijfsrisico, met alle gevolgen van dien, en er is wederom 'een ongebreidelde inzet op substitutie'. In de nieuwe bekostigingsstructuur is sprake van een verdeling van het budget in:

- 75% voor het 'dagelijks werk';
- 15% voor programmatische multidisciplinaire zorg;
- 10% beloning voor uitkomsten en innovaties.

Nu dit vanuit één vast budget moet worden bekostigd, betekent vergroting van het ene segment dus verkleining van een ander segment. Ook kan het betekenen dat als andere zorgverleners taken van de huisarts overnemen, de vergoeding voor de huisarts omlaag gaat.

Workshops en evaluatie

Na een levendige discussie over deze recente ontwikkelingen in de zorg verdelen de oud-bestuurders zich over een aantal workshops. Tijdens de evaluatie maakten de oud-bestuurders enkele nuttige opmerkingen. Over de visitatie in het kader van de herregistratie ontwikkelt zich nog een kleine discussie:

- 'Het visitatie-instrument is nog niet klaar of we liggen al achter. Je zou niet alleen aan visitatie moeten deelnemen, maar ook iets met de resultaten moeten doen.'
- 'Het NHG moet van tevoren goed duidelijk maken waar het evaluatiegesprek over gaat en dat zou liefst niet een veroordelende toon moeten hebben maar een ondersteunende.'
- 'Maar er zijn nu eenmaal een paar rotte appels en die moet je er op den duur ook uit kunnen halen. Die toon mag dus wel degelijk veroordelend worden.'

En wat betreft de financiering van de visitatie komt de tip: 'Kijk eens of je die bij de herregistratiekosten kunt trekken.'

Afsluiting

Rob Dijkstra bedankt de aanwezigen: 'Het was fijn om u te kunnen vertellen waar we mee bezig zijn, maar vooral ook om uw suggesties en ideeën te horen.' Een van de aanwezigen heeft echter nog een laatste tip: 'Ga vooral door met het organiseren van dit soort bijeenkomsten!'

Hierna is het tijd voor een geanimeerde borrel en een diner in de Domus Medica. (AS)

NHG-AGENDA 2014 data



- **NHG-Voorjaarscongres Hart in Beweging** 22 mei
- **NHG-Wetenschapsdag** 13 juni
- **Algemene Ledenvergadering** 26 juni
- **NHG-Congres Dokteren doe je niet alleen** 21 november

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

De nieuwe Kwaliteitsnorm Tolkgebruik:

Hulp bij de keuze voor een professionele tolk

Is in een specifiek consult de inzet van een professionele tolk nodig of kan vertaling door bijvoorbeeld een familie-lid of een buurvrouw volstaan? De onlangs gepubliceerde Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg biedt u een kader voor het maken van deze keuze.

Verschillende afwegingen

Voor een goede behandeling is het cruciaal dat huisarts en patiënt elkaar goed begrijpen. Bij de communicatie met anderstaligen zult u dus een inschatting maken of de taalbarrière een goed wederzijds begrip in de weg staat. Zo ja, dan kan een professionele tolk onontbeerlijk zijn. Maar soms kan ook een informele tolk volstaan om verantwoorde zorg te kunnen verlenen. Bij het maken van die keuze spelen diverse overwegingen een rol.

Natuurlijk weegt de wens van de patiënt zelf zwaar. Wil die graag zelf iemand meenemen naar het consult? En is die informele tolk voldoende in staat om de klachten van de patiënt én de vragen, afwegingen en voorlichting van de huisarts goed onder woorden te brengen? Ook de aard van de problematiek speelt een rol. De relatie tussen tolk en patiënt kan een objectieve vertaling van emotionele of taboebeladen onderwerpen hinderen. Denk hierbij aan ongeneeslijke ziekten, gynaecologische of psychische problemen, het vermoeden van huiselijk geweld of relatie- en gezinsproblematiek.

De kwaliteitsnorm brengt deze afwegingen in kaart aan de hand van een aantal praktische vragen. Dit kan u helpen om gepast en doelmatig met de inzet van tolken om te gaan.

Vergoeding tolken onderzocht

Zo'n tweeënhalf jaar geleden schafte minister Schippers de financiering voor tolkendiensten af en zorgorganisaties vrezden dat dit de kwaliteit van de zorg negatief beïnvloedt. Daarom is aan het NIVEL gevraagd om offerte uit te brengen voor het onderzoeken van situaties waarin het noodzakelijk is om een professionele tolk in te zetten bij de zorg voor anderstaligen en wat de gevolgen kunnen zijn als dit niet gebeurt.

Meer weten?

De volledige tekst van de Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg vindt u op www.nhg.org. Hierin is ook een handig schema opgenomen dat u kan helpen bij de keuze tussen een professionele of informele tolk.



foto: Shutterstock

De Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg is op initiatief van Pharos opgesteld door KNMG, KNOV, LHV, NHG, NPCF en NVvP. De norm helpt hulpverleners bij het maken van een zorgvuldige afweging over de inzet van een professionele tolk. Alle betrokken organisaties zullen zich de komende tijd inzetten voor de implementatie van de kwaliteitsnorm onder zorgverleners en patiënten.

Verwijzen naar de GGZ

De wijzigingen in de GGZ-structuur hebben veel gevolgen voor de dagelijkse praktijk. Het NHG wil u hierover zo goed mogelijk informeren en hulpmiddelen bieden om blijvend passende zorg aan de patiënt met psychische problematiek te kunnen verlenen. Daarbij werkt het NHG nauw samen met de PsyHAG, de LHV en diverse betrokken beroepsorganisaties.

Samenwerkingsafspraken

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ gaf opdracht tot het ontwikkelen van samenwerkingsafspraken tussen huisartsenzorg, generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ. Deze zullen zorgen voor inhoudelijke afstemming tussen de diverse hulpverleners in de GGZ. Ook de LHV is hierbij betrokken. De landelijke samenwerkingsafspraken zullen medio 2015 klaar zijn en kunnen dan worden gebruikt voor het maken van regionale afspraken over verwijzing, terugverwijzing, consultatie, taakafbakening, verantwoordelijk-

heidsverdeling en monitoring bij gedeelde zorg. Ook wordt de richtlijn *Informatie-uitwisseling huisarts – tweedelijns-GGZ* komend jaar herzien.

Screeningsinstrumenten

Verschillende instanties ontwikkelen screeningsinstrumenten als hulpmiddel bij verwijzing. Omdat deze niet wetenschappelijk zijn onderbouwd hebben LHV en NHG aangegeven dat huisartsen ze niet zullen gebruiken. Wel is een goede verwijsbrief van belang. Binnenkort zullen de betrokken partijen proberen te komen tot een betere aansluiting bij de dagelijkse praktijk van het HHM-verwijsmodel, ontwikkeld in opdracht van VWS.

U wordt steeds op de hoogte gehouden van de laatste stand van zaken en de beschikbaarheid van nieuwe producten via de NHG-Nieuwsbrief en berichten in deze kolommen. Raadpleeg ook het 'webdossier GGZ' op www.nhg.org.

‘Je kunt samenwerking ook zien als je krachten bundelen’



Kees in 't Veld behoeft voor de meeste huisartsen geen introductie; bij talloze gelegenheden is hij namens het NHG ‘opgetreden’ toen hij nog hoofd van de NHG-afdeling Implementatie was en hij verwierf grote bekendheid als mede-auteur van het *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. Vanwege zijn talent in het leggen van verbindingen vroeg het NHG hem voorzitter te worden van de Wetenschappelijke Programmacommissie van het NHG-Congres 2014. In een interview vertelt hij over de eerste contouren van het congresprogramma.

Waarom is gekozen voor een congres over samenwerking?

‘Op dit moment is samenwerking een erg belangrijk thema, want er verandert veel in de zorg, ook voor huisartsen. Die moeten meer dan ooit gaan samenwerken: in de wijk en met medisch specialisten, andere eerstelijns hulpverleners en de gemeente. Je kunt samenwerking ook zien als “je krachten bundelen” en dat zal hard nodig zijn om een kwalitatief goede zorg te kunnen blijven bieden aan de mensen die aan ons zijn toevertrouwd. En die zorg moeten we bovendien op een duurzame manier vormgeven. Het is bij al die veranderingen goed om het heft in eigen hand te nemen, zodat we als huisartsen kunnen meesturen in de richting die we wenselijk vinden. Want er zal sprake zijn van een soort “ruilverkaveling” met medisch specialisten en andere eerstelijns hulpverleners. Dan moet je ervoor zorgen dat je de dingen kunt blijven doen waar je goed in bent en waar de patiënt baat bij heeft.’

Wat vormt de kern van het congresprogramma?

‘We hebben afgesproken dat we twee aspecten centraal stellen: Wat betekenen alle veranderingen voor de patiënt? En: Wat leveren die op voor de huisarts en de huisartsenzorg? Veel huisartsen vragen zich af of we alles wat op ons afkomt wel aankunnen

en of we dat überhaupt wel willen. Maar je kunt de nieuwe situatie natuurlijk ook vol vertrouwen het hoofd bieden, als spin in het web voor alle spelers in het veld. Dan werk je vanuit je kracht! Daarvoor moeten we dan wel ons best doen en dus samenwerken. De vele mogelijkheden daartoe zijn leuk om uit te diepen.’

Zijn de keynote speakers al bekend?

‘Voor de openingslezing komt Martin Marshall, professor of Healthcare Improvement, over uit Engeland; hij gaat in op innovaties in de gezondheidszorg en zet de toon voor het perspectief van het congres, ook internationaal. In de tweede lezing vertelt gedragsbiologe Wineke Schoo over de biologische grenzen van samenwerking. Zij is parkmanager van Burgers Zoo, waar zij werkt met groepen chimpansees. En Marcel Levi, bestuursvoorzitter van het AMC, houdt de slotlezing over de samenwerking tussen medisch specialisten en huisartsen.’

En kun je al iets vertellen over de programmaonderdelen?

‘Natuurlijk proberen we weer leuke, innovatieve werkvormen te vinden. Hiervoor zal onder meer het HoutenBeen-Theater ook dit jaar weer zorgen. ZonMw heeft het programma *Op één lijn* afgesloten en dat levert wel vijftig projecten op met een forse implementatiepotentie; die willen we presenteren op een markt. Ook besteden we aandacht aan medische inhoud: het project “Kapot” uit de regio Emmen over de zorg

voor mantelzorgers; een project hoe het wel lukt om te stoppen met roken; mooie voorbeelden van consultatie van medisch specialisten. Ook staan we stil bij “dappere dokters”: medisch specialisten en huisartsen die samen de zorg zó stroomlijnen dat je optimaal gebruikmaakt van de middelen en toch goede zorg blijft verlenen. Wat betreft de semiplenaire sessies zal het niet meevallen om die van het Congres Spoedzorg te evenaren, maar we doen ons best om ons congressthema overtuigend over het voetlicht te brengen!’

Hoe zou je huisartsen willen motiveren om naar het congres te komen?

‘Je put als huisarts beslist nieuwe inspiratie uit het programma en dat helpt je om lol te houden in je werk. Je hoort de *do's and don'ts* bij het zoeken naar nieuwe wegen tot samenwerking. We hebben een erg leuke programmacommissie met huisartsen die vol enthousiasme aan de slag zijn gegaan en die hun tentakels overal in het veld hebben. Ik ben ervan overtuigd dat dat z'n weerslag zal hebben op de diverse programmaonderdelen. Overigens sta ik niet alleen in mijn enthousiasme: de keynote speakers zullen de komende tijd appetizers gaan schrijven in H&W. Het congres wordt ook dit jaar weer een “driegenmenu”, met als voorgerecht het pre-event: Ernst van der Pasch treedt dan voor ons op met zijn nieuwe theatervoorstelling “Beter”. Het hoofdgerecht vormt het congres zelf en als toetje hebben we een fantastisch feest in de Amsterdam Arena, uiteraard met een swingende band. Er is, kortom, volop reden om op 20 en 21 november naar de RAI te komen!’ (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