

Huisarts en Wetenschap

- ▶ **Prescriptie bij gonorrhoe niet in lijn met toegenomen gonokokkenresistentie** 5
Femke Koedijk et al.
- ▶ **NHG-Standaarden doorgelicht op arbeid** 6
Jacintha van Balen et al.
- ▶ **Barrières bij de toepassing van aanbevelingen uit NHG-Standaarden** 13
Marjolein Lugtenberg et al.
- ▶ **NICE Clinical Guidelines** 20
Tim Stokes
- ▶ **NHG-Standaard Hand- en polsklachten** 22
- ▶ **Implementatie van NHG-Standaarden: succes of probleem?** 42
Richard Grol et al.
- ▶ **Standaarden en onderzoek voor en door huisartsen** 47
Janny Dekker
- ▶ **Van richtlijnen, de dingen die niet voorbijgaan** 51
Lex Goudswaard et al.
- ▶ **Belangenverstrengeling en NHG-Standaarden** 55
Tjerk Wiersma
- ▶ **NHG-nieuws** nhg-1

Huisarts en Wetenschap

www.henw.org

Redactie

Dr. H.C.P.M. van Weert, hoofdredacteur
 Dr. L.E. Bröker
 Dr. J.W.L. Cals
 Dr. H.C.A.M. van Rijswijk
 Dr. H.J. Schers
 Dr. W.E.M. Spinnenij
 Prof. Dr. Th.J.M. Verheij
 Dr. J.C. van der Wouden

Redactiesecretariaat

H. Helsloot, M.N. Oosterom,
 A. Stalenhoef, S.H. Umans
 Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
 T (030) 282 35 50 F (030) 282 35 01
 E-mail redactie@nhg.org

Basisvormgeving

Helfrich ontwerp bureau, Deventer

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 Uitgeverij.
 Postbus 246, 3990 GA Houten
 Hafize Guven-Onder (030) 638 39 75, h.guven@bsl.nl
 Chris Krul (030) 638 37 20, c.krul@bsl.nl
 Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie.
 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
 Voor informatie en bestellingen raadpleeg
 www.bsl.nl

Nieuwe abonnementen

Abonnementen kunnen op ieder gewenst moment worden aangegaan en worden stilzwijgend met telkens een jaar verlengd tot wederopzegging. Een abonnement wordt eenmaal per jaar bij vooruitfacturering voor het aankomende jaar berekend. Een studentenabonnement loopt gelijk met het studiejaar, van 1 september t/m 31 augustus, en wordt stilzwijgend met telkens 1 jaar verlengd tot wederopzegging. Een studentenabonnement heeft een maximale looptijd van 2 jaar en wordt dan automatisch omgezet in een regulier abonnement. Bij wijziging van de tenaamstelling en/of het adres verzoeken wij u de adreswikkels met de gewijzigde gegevens op te sturen naar Bohn Stafleu van Loghum. Beëindiging van het abonnement kan uitsluitend schriftelijk en dient uiterlijk 2 maanden voor afloop van het lopende abonnementsjaar te zijn ontvangen.

Abonnementsprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratiekosten)
 particulieren: € 149,50
 studenten: € 74,75
 losse nummers: € 16,50
 Prijswijzigingen voorbehouden
 Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Uitgeverij, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernr. 32107635 op 1 januari 2008. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

ISSN 0018-7070

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. De artikelen uit H&W zijn voor NHG-leden, abonnees van de online-editie van H&W en abonnees van de gecombineerde folio/online-editie van H&W ook toegankelijk via de vakbibliotheek van Bohn Stafleu van Loghum: www.h&w.bsl.nl.



De zegeningen van de standaarden

Tot 1989 waren er geen standaarden. Hoe deden we het dan vroeger? Ik weet dat niet meer precies. Internet was er nog niet. De huisartsopleiding duurde één jaar en er was geen voortgangstoets. We kwamen aan onze informatie door te luisteren naar oudere collegae, boeken en H&W te lezen, en af en toe een nascholing te bezoeken. Maar dat was allemaal niet verplicht. Als we het echt niet meer wisten belden we een specialist; hij was de echte deskundige. Misschien waren we wel slechte dokters.

Het begin

Er is in twintig jaar tijd veel veranderd. Ik weet nog dat ik kennismakte met het NHG en lid werd van de CCS (Coördinatie Commissie Standaarden). Ik verbaasde me er aanvankelijk over dat men zo ingewikkeld deed over het opstellen van richtlijnen, maar die oudere dokters wisten het natuurlijk beter. Een omgevalen boekenkast was niet meer voldoende, er diende een echte literatuursearch te worden verricht. Mijn werkje over otitis media als voorbereiding voor een standaard kon geen genade vinden in de ogen van die geleerde heren en dat was natuurlijk terecht. Niet dat er in de latere standaard nu zoveel anders te lezen was, maar het was beter onderbouwd.

Het heden

Het werken met richtlijnen is nu gesneden koek, maar aanvankelijk was de weerstand tegen die kookboekgeneeskunde fors. Huisartsen hadden nog geen kennismaking met de tucht van de (klinische) epidemiologie; Sackett had net zijn boek gepubliceerd. Het toenmalige NHG-bestuur had een vooruitziende en vasthoudende blik, zo kun je achteraf concluderen. Het standaardenbeleid werd fors opgetuigd en daar hebben veel huisartsen aan meegewerkt. Toch moet het worden gezegd dat er niet erg veel is gewijzigd aan het format van de standaarden sinds de introductie van die eerste, stroeve teksten. En stilstand is achteruitgang in een bewegende wereld. Het

NHG is al lang niet meer de enige partij op het speelveld van richtlijnen en onze standaarden worden voor andere doeleinden gebruikt dan waarvoor ze zijn bedoeld. Externe partijen gaan op de loop met de standaarden en verheffen de inhoud ervan tot norm. Huisartsen dreigen te worden afgerekend op het aantal patiënten met diabetes mellitus met een HbA1C boven de 7, het aantal hypertensiepatiënten met een bloeddruk boven de 140 en het aantal patiënten met een te hoog cholesterolgehalte dat geen statine krijgt. En dat moet dan nog het goede statine zijn ook.

De toekomst

Daarvoor zijn die standaarden natuurlijk niet bedoeld. De 'founding fathers' (het waren inderdaad allemaal mannen) van het standaardenbeleid konden zich indertijd niet voorstellen dat ziekenfondsen zouden veranderen in zorgverzekeraars die bepaalde zorg zouden inkopen en andere niet, dat er ooit een minister zou komen die de huisartsgeneeskunde in stukjes zou opknippen en bij opbod zou verkopen en dat de NHG-Standaarden daarbij als onderlegger zouden fungeren. Het wordt dus tijd om ons te bezinnen op de toekomst van de standaarden. Moeten we wel nieuwe standaarden blijven maken, klopt het format nog wel, moeten we afwegingen explicieter maken, zijn kosten een legitiem argument (of moet de politiek dat maar uitmaken) en wat is precies de positie van de patiënt? Daartoe wil deze H&W een aanzet bieden. We kijken terug, we kijken vooruit en we kijken ook over de grens. *Panta Rhei, kai oudena menei*, oftewel veranderen is nodig.

Henk van Weert

Rubrieken in dit nummer

Huisartsenzorg in cijfers	5
Columns	59, 62
Import	60
Kennistoets	63
POEM	64
PEARLS	65
Boeken	66

Preconceptiezorg, wiens zorg eigenlijk?

In 2007 adviseerde de Gezondheidsraad in het rapport 'Preconceptiezorg, voor een goed begin' dat in Nederland preconceptiezorg een plaats zou moeten krijgen. Adviezen over onder andere niet roken, aanpassing van medicijngebruik, slikken van foliumzuur en aanpassen van voeding worden nu gegeven wanneer de zwangerschap al tot stand gekomen is. Een Stichting Preconceptie werd in het leven geroepen met afvaardiging uit verschillende beroepsgroepen. En zo vond het Tweede nationale congres preconceptiezorg plaats in september 2009. Dit werd vooral bezocht door verloskundigen en daarnaast een enkele huisarts.

Verloskundigen bieden kinderwensspreekuren aan, maar het loopt nog niet storm. Vrouwen zitten nu eenmaal niet graag bij de verloskundige in de wachtkamer tussen zwangere buurvrouwen die vragen 'en hoe ver ben jij?' Paren moeten dit consult bovendien zelf betalen omdat er geen vergoedingstarief is.

In het debat over hoe de risicogroepen bereikt moeten worden, gaat men voorbij aan het feit dat de huisarts beschikt over een HIS waarmee je vrouwen in hun vruchtbare leeftijd kunt selecteren. Eerder onderzoek naar preconceptiezorg in de huisartsenpraktijk liet al zien dat deze methode werkzaam is en dat vrouwen - anders dan vaak gedacht - graag informatie ontvangen. Dit betekent wel de nodige extra inzet van de huisarts of zijn praktijkondersteuner. Hoewel de overheid meent dat dit basiszorg is, zal de huisarts in het pas aangeplante bos van alle zorgketens deze mening niet delen zonder dat een tarief is geregeld.

Er is dus een nieuwe NHG-Standaard Preconceptiezorg in ontwikkeling, want zonder standaard geen tarief en zonder tarief geen preconceptiezorg door de huisarts. Het is eigenlijk net als met het bezoek aan het preconceptiezorgcongres zelf: zonder accreditatiepunten geen deelnemende huisartsen.

Kristel van Asselt



Foto: Shutterstock/Bartosz Ostrowski

Gezondheidsraad. Preconceptiezorg, voor een goed begin [rapport]. Den Haag, 2007.

OMA en antibiotica: kan de huisarts ouders opvoeden?

Zoals de huisarts zijn pappenheimers kent, zo kennen patiënten hun huisarts. Ouders van kinderen met oorklachten kennen vaak het voorschrijfgedrag van hun huisarts bij het behandelen van een geconstateerde otitis media. Eerdere ervaringen op het spreekuur leerden hen of de huisarts terughoudend reageert met het voorschrijven van antibiotica. Nederlandse en Finse onderzoekers onderzochten de invloed van het handelen in de dagelijkse praktijk op de verwachtingen van de ouders ten aanzien van antibioticabeleid.

Wat bleek? Die invloed was groot. In Finland werden 99% van de kinderen met OMA volgens de Finse richtlijn behandeld

met antibiotica in tegenstelling tot 78% van de kinderen in Nederland. De Finse richtlijn adviseert direct met antibiotica te starten bij een OMA. De Nederlandse standaard is terughoudend en adviseert antibiotica alleen bij risicogroepen, jonge leeftijd en bij een langere ziekte duur. Van de Finse ouders geloofden 85% dat antibiotica noodzakelijk waren voor de genezing, tegenover 55% van de Nederlandse ouders. Finse ouders bezochten daarom ook in de meeste gevallen van oorpijn bij hun kinderen de huisarts. Vreemd genoeg waren de Finse ouders wel meer ongerust dan de Nederlandse over antibioticaresistentie (88% versus 65%). Antibioticaresistentie was in Finland ook vaker een

onderdeel van gesprek tussen huisarts en ouders.

De onderzoekers concluderen dat er een sterke relatie bestaat tussen het dagelijkse voorschrijf beleid van antibiotica door de huisarts en de verwachtingen van de ouders of een antibioticum bij OMA zal worden voorgeschreven. Wanneer de dokter een terughoudend voorschrijf beleid volgt, zullen de ouders op den duur hun verwachtingen daaraan aanpassen.

Hans Uijen

Tähtinen PA et al. Parental experiences and attitudes regarding the management of acute otitis media-a comparative questionnaire between Finland and the Netherlands. Fam Pract;2009;26:488-92.

Kuurtje beschikbaar

Huisartsen doen hun best om onnodig en schadelijk antibioticagebruik te voorkomen, via het standaardenbeleid, via nascholing en patiëntenvoorlichting, en via diagnostiek. In H&W 12 van 2009 berichtten we hier uitgebreid over. Iemand die graag aan antibiotica wil komen zonder recept, blijkt hier echter niet eens veel moeite voor te hoeven doen.

Met een eenvoudige zoekopdracht via Google of Yahoo vonden Amerikaanse

onderzoekers in korte tijd 138 unieke sites, die online antibiotica verstrekken. Vijftig daarvan sturen antibiotica op zonder ook maar een vraag te stellen, bij 88 moest de aanvrager enige vragen beantwoorden. Verstrekten werden penicillines, macroliden, cefalosporinen en fluoroquinolonen. Men keek nog specifiek naar levering in Canada en Engeland, waar antibiotica alleen op recept verkrijgbaar zijn. Dat bleek echter niets uit te maken.

De zegeningen van internet zijn talrijk. Het goede nieuws is dat het bij meer dan de helft van de sites langer dan een week duurt totdat de bestelling wordt afgeleverd. En gelukkig zijn de klachten dan vaak vanzelf al overgegaan...

Henk van Weert

Mainous A et al. Availability of antibiotics for purchase without a prescription on the internet. *Ann Fam Med* 2009;7:431-5.

De kronkelige wegen naar richtlijnen

Wanneer het gaat over belangenverstrengeling bij de totstandkoming van medische richtlijnen, wijst de vinger vaak naar de farmaceutische industrie. Recentelijk publiceerden twee grote farmaceuten de namen van dokters en de honoraria die zij betaalden aan professionals om over hun producten

te praten. Andere bedrijven beloofden dit initiatief te volgen. Een farmaceut betaalde een slordige 3,7 miljoen dollar aan ongeveer 1100 Amerikaanse professionals gedurende een kwartaal. Elders in dit nummer beschrijft Wiersma de verschillende mogelijke vormen van belangenverstrengeling bij de NHG-Standaarden, waarbij hij naast de invloed van de industrie nog een aantal andere vormen beschrijft. Maar hoe groot is de invloed van de farmaceuten op onze richtlijnen? De Inspectie voor de Gezondheidszorg verrichtte een onderzoek dat inzicht moest geven in de mechanismen die farmaceutische bedrijven gebruiken bij de beïnvloeding van werkgroepleden bij de opstelling van behandelingsrichtlijnen. Ook wilde de inspectie een beter beeld krijgen van de banden van de werkgroepleden met de farmaceutische industrie. De inspectie selecteerde op grond van een risico-inschatting 6 behandelingsrichtlijnen en geneesmiddelenformularen, waarbij zij de kans groot achtte dat

er beïnvloeding door de farmaceutische industrie plaatsvond. Onder deze 6 waren de NHG-Standaard Diabetes mellitus en de NHG/CBO-richtlijn Depressie. Weinig verrassend, en waarschijnlijk ook onvermijdelijk, is dat individuele werkgroepleden banden met de farmaceutische industrie bleken te hebben. Feitelijke beïnvloeding van enige richtlijn kon de inspectie niet aantonen. Wel vond ze dat belangenverklaringen niet door alle werkgroepen werden gebruikt en dat deze niet uniform en niet gedetailleerd waren. Ook bleken er grote verschillen te bestaan tussen en binnen werkgroepen in de aantallen banden tussen werkgroepleden en de farmaceutische industrie. Daarom beveelt de inspectie nu de landelijke richtlijnontwikkelaars aan om een 'richtlijn voor richtlijnontwikkeling' op te stellen, met als doel bewustwording te creëren over belangenverstrengeling. Het

inspectierapport zelf lijkt daaraan ook bij te dragen. En wellicht dat zo'n richtlijn het kronkelen in behandelingsrichtlijnen meer blootlegt, waarbij openheid van zaken van de industrie over betalingen aan dokters zeker zal helpen.

Jochen Cals

Hopkins Tanne J. Merck discloses \$3.7m paid to US doctors for speeches over three months. *BMJ* 2009;339:b4409.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Behandelrichtlijnen en geneesmiddelenformularen vatbaar voor beïnvloeding door farmaceutische industrie. Den Haag, oktober 2009 (<http://www.igz.nl/actueel/nieuwsberichten/behandelrichtlijnen-vatbaar>).



Foto: Shutterstock/Fesus Robert

Boter op het hoofd

Als telduivels rekenen Mathieu et al. voor dat wij als *evidence-based medicine*-adepten of kritische consumenten van RCT's niet gerust kunnen slapen. En onze patiënten helaas ook niet. Ook standaardenmakers dienen goed uitgeslapen te zijn. Wat is het probleem? Publicatiebias! Publicatiebias kent vele gezichten: hele onderzoeken verdwijnen, onwelkome uitkomsten verdwijnen of worden veranderd of ze worden op een minder opvallende plaats gezet. Preregistratie van RCT's leek in dat kader een goed idee want het vertelt de buitenwereld dat de trial er is en wat deze gaat meten. Je moet je dan wel registreren voor je de eerste patiënt insluit. Preregistratie kreeg pas echt impact toen de internationale commissie van medische tijdschrift-redacteurs (ICMJE) stelde dat een RCT zonder trialregistratienummer publicatie

in hun bladen op zijn buik kan schrijven. Een goed initiatief, mits correct en consequent uitgevoerd. Aan die uitvoering blijkt wel wat te mankeren, want 89 (28%) van de 323 RCT's die in 2008 in topbladen werden gepubliceerd, waren niet geregistreerd. Vijfenvestig werden ge(post)registreerd nadat het onderzoek klaar was (14%) en men de kans had gehad naar de uitkomsten te kijken. Van de 147 RCT's die tijdig en volledig waren geregistreerd (46%), vertoonden er 46 (31%) discrepanties tussen geregistreerde en gepubliceerde uitkomsten. Deze discrepanties leken sterk bepaald door het $p < 5\%$ denken.

We moeten uiteraard doorgaan met het perfectioneren van trialregistratie en het sanctioneren van non-registreerders. Ook de bladen die niet tot de top behoren zouden moeten meedoen. Samenwerking

tussen medisch-ethische toetsingscommissies (METC), trialregisters en redacteurs kan een waterdicht systeem opleveren zo gauw er een centraal trialregister is opgezet. Een METC meldt aan het overkoepelende WHO trialregister welke RCT goedkeuring heeft, het register zorgt voor registratie volgens alle eisen, de METC vraagt op gezette tijden aan de onderzoekers hoe het staat met de voortgang en de redacteurs zorgen ervoor dat je zonder registratienummer niet kunt publiceren of in een speciale procedure terecht komt. Wat een wereld waarin je systematische reviews echt kunt gaan vertrouwen!

Gerben ter Riet

Mathieu S, et al. Comparison of registered and published primary outcomes in randomized controlled trials. JAMA 2009;302:977-84.

Groei van kennis leidt niet tot beter onderbouwde richtlijnen

Over hart- en vaatziekten verschijnen vrijwel elke dag nieuwe onderzoeksgegevens. Houdt dat ook in dat richtlijnen op dit gebied steeds meer *evidence-based* worden? Amerikaanse onderzoekers gingen dit na. Zij namen alle richtlijnen van het *American College of Cardiology* en de *American Heart Association* onder de loep die tussen 1984 en 2008 verschenen en ten minste eenmaal een revisie doormaakten. Het aantal aanbevelingen per richtlijn neemt in de loop der tijd met 48% toe, maar de aanbevelingen blijken gemiddeld genomen steeds minder goed onderbouwd. Bijna de helft van de aanbevelingen blijkt inmiddels op het laagste niveau van *evidence* – oordeel van deskundigen, casuïstiek en zorg zoals reeds gebruikelijk – te berusten. Het aantal aanbevelingen dat kan bogen op het hoogste niveau van bewijs nam in genoemde periode vrijwel niet toe.

Een van de redenen voor de malaise is dat de richtlijnmakers steeds meer streven naar volledigheid en proberen alle mogelijke interventies die maar denkbaar zijn

bij de kwaal in kwestie de revue te laten passeren. De schrijver van een ingezonden brief maakt de vergelijking met het streven naar perfectie van de cartografen uit het verhaal van Borges *On exactitude in science*, die pas tevreden zijn met de kaart die in een schaal van 1:1 samenvalt met het koninkrijk.

De toenemende aandacht voor details en aanbevelingen die berusten op weinig meer dan consensus in de Amerikaanse richtlijnen, heeft ook nadelen. Als de richtlijn al een belangrijke boodschap herbergt, raakt die ondergesneeuwd in de details. En *consensus-based* aanbevelingen kunnen gemakkelijker worden gekleurd door bias en belangenverstrengeling. Al met al achten de schrijvers van het begeleidende redactionele commentaar belangrijke hervormingen in het richtlijnenprogramma noodzakelijk.

De vraag is uiteraard of de analyse van de gang van zaken overzee zich laat extrapoleren naar de Nederlandse situatie en in het bijzonder naar de NHG-Standaarden. Die zijn in de loop der jaren wel dikker

geworden, maar de bulk daarvan lijkt veroorzaakt te worden door een meer gedegen onderbouwing. Met het timmermansoog geschat, lijkt de wildgroei aan slecht onderbouwde adviezen in standaarden wel mee te vallen. Of zou deze *expert-opinion* ook gekleurd zijn door bias?

Tjerk Wiersma

Tricoci P, et al. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. JAMA 2009;301:831-41.

Shaneyfelt TM, et al. Reassessment of clinical practice guidelines. Go gently into that good night. JAMA 2009;301:868-9.

Enia F. Clinical practice guidelines and scientific evidence. JAMA 2009;302:143.

De berichten, commentaren en reacties in het Journal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn van harte welkom (redactie@nhg.org).

Prescriptie bij gonorrhoe (nog) niet in lijn met sterk toegenomen gonokokkenresistentie

Femke Koedijk, Ingrid van den Broek, Christel van Dijk, Jan van Bergen

De resistentie van gonokokken tegen chinolonen (zoals ciprofloxacin) is explosief gestegen van 7% in 2002 naar 27% in 2005. Dit maakt ciprofloxacin ongeschikt als voorkeursmedicatie bij een gonokokkeninfectie. De NHG-Standaard Het soa-consult uit 2004 adviseert bij de behandeling van gonorrhoe een derdegeneratie cefalosporine (cefotaxim/ceftriaxon) als eerste keuze en ciprofloxacin als tweede. Wij hebben met behulp van data uit het GRAS-project (Gonokokken Resistentie tegen Antibiotica Surveillance) onderzocht of de chinolonenresistentie heeft doorgezet en in welke risicogroepen deze resistentie het meest voorkomt. Daarnaast zijn we met behulp van LINH-gegevens (www.nivel.nl/linh) nagegaan in hoeverre huisartsen de NHG-Standaard daadwerkelijk volgen.

Chinolonenresistentie

De eerder beschreven toenemende resistentie heeft doorgezet. Gegevens van 2006 tot en met 2008 laten een voortgaande stijging van resistentie tegen ciprofloxacin zien, tot zelfs 46% in 2008 (figuur 1). Gonokokken, geïsoleerd bij mannen die seks heb-

ben met mannen (MSM), waren in 2008 voor meer dan 50% resistent. Bij heteroseksuele personen was dit ongeveer 25%.

Diagnoses en behandelingen bij huisartsen

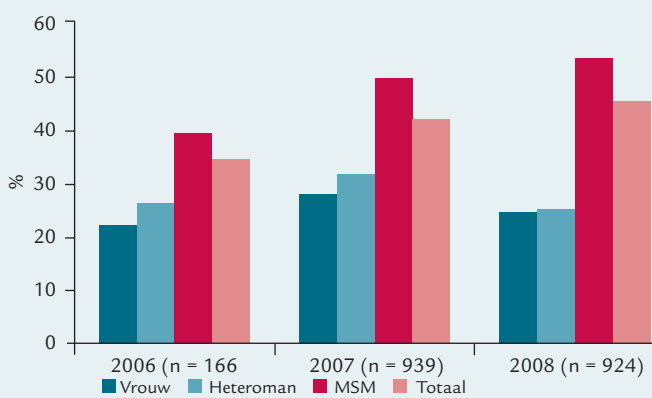
In 2005, 2006 en 2007 stelden LINH-huisartsen respectievelijk 71, 67 en 82 keer de diagnose gonorrhoe. Bij het merendeel van de episodes (90%) schreven ze ook een medicament voor. Ze behandelde tweederde van de gonorropatiënten met ciprofloxacin of met een derdegeneratie cefalosporine (tabel 1). In de loop van de drie jaren was er een toename in prescriptie van derdegeneratie cefalosporines. Echter, ciprofloxacin was nog steeds het meest voorgeschreven medicament bij een gonokokkeninfectie.

Conclusie

Huisartsen schrijven nog steeds frequent ciprofloxacin voor bij gonorrhoe, ondanks de sterk toegenomen chinolonenresistentie en ondanks het feit dat de in 2004 gereviseerde NHG-Standaard cefalosporines al als eerste keuze aanraadt. De prescriptie van cefalosporines is sindsdien weliswaar toegenomen, maar werd in 2007 nog steeds slechts toegepast in eenderde van de gevallen. Ciprofloxacin zou niet meer gebruikt moeten worden als tweede keuze indien er geen resistentiepatroon bekend is. Prescriptie van derdegeneratie cefalosporines bij de bestrijding van gonorrhoe is aangewezen (zie ook: http://www.soaaid-professionals.nl/medische_richtlijnen/nvdv).

Al met al een mooi onderwerp voor opleidingen en nascholingen, of bij een farmacotherapeutisch overleg. We pleiten echter vooral voor actuele, dynamische richtlijnen en voor systematischer gebruik van een *up-to-date* Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS). Anders verandert de gonokok sneller in zijn resistentiepatroon dan de huisarts in zijn voorschrijfgedrag... De eerste signalen over verminderde cefalosporinegevoeligheid zijn inmiddels gemeld.

Figuur 1 Ciprofloxacinresistentie van gonokokken naar geslacht en seksuele voorkeur, GRAS juli 2006 - december 2008



Tabel 1 Voorgeschreven medicatie voor gonorrhoe, LINH, 2005-2007

	2005		2006		2007	
Ciprofloxacin	33	48%	26	41%	25	39%
Derdegeneratie cefalosporines	12	17%	15	23%	21	33%
Andere antibiotica	14	20%	11	17%	7	11%
Andere medicatie, geen antibiotica	10	14%	12	19%	11	17%
Totaal	69		64		64	

De analyses over de behandeling van gonorrhoe zijn uitgevoerd met behulp van gegevens van 70 praktijken uit 2005-2007 die deelnamen aan het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). LINH maakt gebruik van gegevens uit de elektronische patiëntendossiers (EPD's) van de deelnemende huisartsen. Van patiënten met de diagnose gonorrhoe gingen we na welke antibiotica de huisarts voorschreef. We analyseerden de prescripties vanaf 2 maanden voor de datum van de eindiagnose tot en met 2 maanden daarna. We voerden de analyses over de chinolonenresistentie uit met gegevens van het GRAS-project. Binnen dit project worden systematisch gegevens verzameld over gonorrhoe en de daarbij voorkomende resistentiepatronen binnen GGD-soacentra.

NHG-Standaarden doorgelicht op arbeid

Jacintha van Balen, Anja Kremer, Peter Buijs, Carel Hulshof, Lex Goudswaard

Inleiding

Van oudsher is er in Nederland een strikte scheiding tussen 'behandeling' en 'controle' van de zieke werknemer.^{1,2} Zonder deze scheiding van taken ter discussie te willen stellen, lijkt er mede door deze tweedeling ook een scheiding te zijn ontstaan tussen de wereld van de curatieve zorg en die van de arbeid. Huisartsen besteden namelijk weinig aandacht aan de relatie tussen klachten en werk, en ze werken slechts in geringe mate samen met bedrijfsartsen.³⁻⁵ De afgelopen tien jaar heeft men deze situatie door middel van diverse projecten proberen te verbeteren, in het bijzonder in het kader van het ZonMw-programma 'Sociaal-medische begeleiding bij zieke werknemers'. Deze inspanningen leidden tot diverse richtlijnen, regionale samenwerkingsexperimenten tussen huis- en bedrijfsartsen, modules 'Samenwerking huisarts-bedrijfsarts' voor de basisopleiding en nascholingsmodules.⁵⁻¹⁰

Het was al langer bekend dat onvrijwillige werkloosheid een negatieve invloed op de gezondheid heeft.¹¹ Bovendien zijn er de laatste jaren steeds meer artikelen verschenen waaruit blijkt dat het hebben van werk een positieve invloed op de gezondheid heeft.^{12,13} Meer dan voorheen spreekt men tegenwoordig werknemers tijdens een ziekteverzuimperiode aan op hun eigen verantwoordelijkheid voor het herstelproces (zie bijvoorbeeld de Wet Verbetering Poortwachter), en zien we ontwikkelingen in de

arbowereld waarbij verzuimende werknemers steeds later een bedrijfsarts zien. Werkenden met gezondheidsproblemen bezoeken hun huisarts daarom vaak al lang voordat zij hun bedrijfsarts zien. Mede in dat verband pleit men er al vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw voor dat huisartsen meer aandacht besteden aan de relatie tussen arbeid en gezondheid.¹⁴⁻¹⁶ Daarbij stelt men ook de vraag of richtlijnen als de NHG-Standaarden voldoende ingaan op de factor arbeid in brede zin, of meer specifiek op behandelingen die de terugkeer van de zieke werknemer naar het werk bevorderen. Om dit te onderzoeken hebben we de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Zijn er re-integratiebevorderende interventies voor aandoeningen die vaak langdurige arbeidsongeschiktheid veroorzaken?
- Besteden de NHG-Standaarden voldoende aandacht aan re-integratiebevorderende interventies?
- Besteden de NHG-Standaarden in brede zin voldoende aandacht aan werkaspecten?

In de eerste twee vragen ligt de nadruk op behandelingen die effectief zijn voor de terugkeer naar het werk. In de laatste vraag ligt het accent op andere aspecten van werk in relatie tot gezondheid, zoals werk als etiologische factor voor het ontstaan van aandoeningen.

Samenvatting

Van Balen JAM, Kremer AM, Buijs PC, Hulshof CTJ, Goudswaard AN. NHG-Standaarden doorgelicht op arbeid. Huisarts Wet 2010;53(1):6-12.

Doel Wij onderzochten in hoeverre de NHG-Standaarden aandacht besteden aan de relatie tussen ziekte en arbeid/re-integratie. Daarbij stelden we drie vragen. Zijn er re-integratiebevorderende interventies voor aandoeningen die vaak langdurige arbeidsongeschiktheid veroorzaken? Besteden de NHG-Standaarden voldoende aandacht aan dergelijke interventies? Besteden de NHG-Standaarden in brede zin voldoende aandacht aan werkaspecten?

Methoden We onderzochten in hoeverre tien arbeidsrelevante NHG-Standaarden afdoende ingaan op re-integratiebevorderende interventies en de relatie tussen ziekte en arbeid in bredere zin. Daarnaast verrichtten we een literatuuronderzoek naar re-integratiebevorderende behandelingsmethoden. Ten slotte bekeken we richtlijnen van andere beroepsgroepen.

Resultaten Het literatuuronderzoek leverde voor zeven NHG-Standaarden geen (3) of weinig (4) onderzoek op met werkgebonden uitkomstmaten. Positieve uitzondering was specifieke lagerugpijn (41 onderzoeken) en, in mindere mate, depressie

en angststoornissen (respectievelijk 25 en 24 onderzoeken). Met uitzondering van specifieke lagerugpijn vonden we in de standaarden weinig effectieve interventies ten behoeve van de re-integratie. Zes NHG-Standaarden besteedden enige aandacht aan arbeid en drie standaarden deden dat niet of nauwelijks.

Conclusie Met uitzondering van lagerugpijn en in mindere mate depressie en angststoornissen zijn er vrijwel geen relevante onderzoeken met werkgebonden uitkomstmaten voorhanden, hetgeen weerspiegeld wordt in de NHG-Standaarden. Deze richtlijnen zouden toch meer aandacht kunnen geven aan de relatie tussen ziekte en arbeid.

Nederlands Huisartsen Genootschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht. J.A.M. van Balen, huisarts en wetenschappelijk medewerker; afdeling Richtlijnen en Wetenschap: dr. A.N. Goudswaard, huisarts en hoofd afdeling Richtlijnen en Wetenschap. TNO Kwaliteit van Leven/Arbeid, Postbus 718, 2130 AS Hoofddorp: dr. A.M. Kremer, arts-epidemioloog; dr. P.C. Buijs, bedrijfsarts. Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam: dr. C.T.J. Hulshof, bedrijfsarts, universitair hoofddocent. Correspondentie: j.vanbalen@nhg.org. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Wat is bekend?

- ▶ Men verwacht steeds meer van huisartsen dat zij aandacht besteden aan de relatie tussen ziekte en arbeid.
- ▶ Men pleit er ook voor dat er in klinische richtlijnen meer aandacht is voor arbeid.

Wat is nieuw?

- ▶ Bij systematische bestudering van 'arbeidsrelevante' NHG-Standaarden blijkt dat deze in het algemeen weinig aandacht besteden aan behandelingen die terugkeer naar het werk bevorderen.
- ▶ De oorzaak daarvan is dat men bij klinisch (interventie)onderzoek doorgaans geen werkgebonden uitkomstmaten blijkt mee te nemen. Vanwege hun *evidence-based* karakter weerspiegelen de NHG-Standaarden deze internationale stand van de wetenschap.
- ▶ Alleen voor lagerugpijn vonden we veel onderzoek met werkgebonden uitkomstmaten. Daarom is er in deze standaard wél veel aandacht voor arbeid.
- ▶ Door systematisch te zoeken naar artikelen over arbeid en werkherleving, en naar richtlijnen van andere medische beroepsgroepen kan men in de NHG-Standaarden meer aandacht aan het aspect 'werk' geven.

Methoden

We hebben tien NHG-Standaarden geselecteerd, waarbij we aandoeningen of klachten hebben gekozen die voor dit onderzoek relevant zijn. Daarbij gingen we uit van de vijftig meest voorkomende aandoeningen die in 2002 tot een WAO-uitkering hebben geleid (bij aanvang van het onderzoek waren de gegevens uit 2002 de meest recente). De vijftig meest voorkomende aandoeningen die in 2002 tot een WAO-uitkering hebben geleid leverden veertien corresponderende standaarden op. Gezien de beschikbare tijd en financiering van het project konden we niet alle veertien aandoeningen onderzoeken. Daarom hebben we een keuze gemaakt op grond van diversiteit wat betreft aard van de aandoening (acute versus chronische aandoeningen, aandoeningen uit verschillende tracti) en bereik van de standaard (omvat deze zowel richtlijnen over diagnostiek als over beleid). Zo kwamen we tot de volgende NHG-Standaarden: Aspecifieke lagerugpijn, Lumbosacraal radiculair syndroom, Epicondylitis, Schouderklachten, Depressieve stoornis, Angststoornissen, Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct, Acuut coronair syndroom, CVA en Diabetes mellitus type 2.¹⁷ Voor de standaarden Epicondylitis en Schouderklachten maakten we gebruik van de versies uit respectievelijk 1997 en 1999.¹⁸⁻¹⁹ De vier niet geselecteerde NHG-Standaarden zijn: Hartfalen, Niet-traumatische knieproblemen, Angina pectoris en Diagnostiek van mammacarcinoom.

Vervolgens hebben we een literatuuronderzoek gedaan. We zochten voor een periode van tien jaar (van 1995 tot 2006, de start van het onderzoek) in de volgende internationale databestanden: Pubmed, PsycInfo, Ergonomics Abstracts, Cochrane library, Occupational Safety and Health CD'roms. De geselecteerde talen waren Engels, Duits en Nederlands.

De zoektermen die we voor de aandoeningen gebruikten zijn identiek aan de termen die het NHG ten behoeve van het literatuuronderzoek voor de desbetreffende standaard heeft gebruikt. We combineerden alle zoektermen voor de aandoeningen met trefwoorden die betrekking hebben op therapie, werkgebonden uitkomstmaten (zoals verzuim, terugkeer naar het werk, arbeidsongeschiktheid), re-integratie en rehabilitatie.^{20, 21} Indien deze termen weinig treffers opleverden (dit was het geval bij alle aandoeningen, behalve bij lagerugpijn) zochten we ook op termen met betrekking tot functioneren in combinatie met werk. Daarnaast zochten we naar bilaterale en multidisciplinaire richtlijnen, en naar richtlijnen van andere beroepsgroepen: Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's), Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's), multidisciplinaire richtlijnen, richtlijnen voor bedrijfsartsen van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), diagnostische richtlijnen die bedrijfsartsen gebruiken voor melding van beroepsziekten, verzekeringsgeneeskundige protocollen van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) en richtlijnen van psychologen die werkzaam zijn in de eerste lijn.

Twee onderzoekers (AK, JvB) hebben de abstracts van de gevonden artikelen gelezen en op relevantie beoordeeld. Vervolgens hebben ze op basis van hun beoordeling van de volledige tekst en de discussie een definitieve selectie gemaakt. Ze includeerden alle artikelen over interventies met werkgebonden uitkomstmaten bij volwassenen < 65 jaar. De artikelen en richtlijnen zijn tussen de eerste en tweede auteur naar onderwerp verdeeld en zijn gescoord aan de hand van de volgende vraag: wat waren de conclusies ten aanzien van de effectiviteit van de onderzochte behandeling(en) ten aanzien van de werkgebonden uitkomstmaten?

Vervolgens onderzochten we of de NHG-Standaarden voldoende aandacht besteden aan re-integratiebevorderende interventies. Hiervoor hebben we de paragraaf 'Beleid' van de standaarden doorgelezen en zijn we nagegaan in welke mate men de gevonden re-integratiebevorderende behandelingsmethoden adviseerde en of men in de noten naar de onderzoeken verwees. Hetzelfde deden we voor richtlijnen die met of door andere professionals waren gemaakt.

Ten slotte zochten we in de NHG-Standaarden naar passages waarin werkaspecten in bredere zin aan bod komen. De standaarden zijn hiervoor ingedeeld in een van de volgende drie categorieën:

- geen aandacht voor werk: in de hoofdtekst of noten noemt men werk niet of slechts een enkele keer;
- enige aandacht voor werk: in de paragraaf 'Achtergronden', 'Diagnostiek' en/of 'Beleid' noemt men werk enkele keren (naast andere punten, zoals gezin, sport en hobby) of adviseert men overleg met of verwijzing naar de bedrijfsarts;
- geïntegreerd in de hele standaard aandacht voor werk: werk komt in alle onderdelen van de standaard terug (achtergronden, diagnostiek en beleid) en vormt een wezenlijk onderdeel van het beleid.

Resultaten

Opbrengst van het literatuuronderzoek

De opbrengst van het literatuuronderzoek laat een gevarieerd beeld zien als het gaat om aantal en aard van de gevonden artikelen (zie tabel 1). Door het grote aantal onderwerpen waarover we literatuur hebben gezocht, kunnen we in dit artikel niet gedetailleerd op de inhoud van de gevonden literatuur ingaan.

Internationale literatuur

Voor de behandeling van het CVA, diabetes mellitus type 2, het acuut coronair syndroom en epicondylitis hebben we geen onder-

zoeken gevonden met werk als uitkomstmaat.

Voor beleid na een doorgemaakt myocardinfarct, lumbosacraal radiculair syndroom en schouderklachten vonden we respectievelijk 10, 7 en 7 artikelen.

We vonden meer artikelen met werkgebonden uitkomstmaten voor depressie en angststoornissen: respectievelijk 25 en 24 artikelen. In ongeveer de helft van deze artikelen ging het om concrete werkgebonden uitkomstmaten als 'verzuim' en 'terugkeer naar het werk'. In de overige artikelen was werk onderdeel van een schaal met betrekking tot beperkingen in het functioneren (naast bijvoorbeeld sociale contacten en ADL-activiteiten). We vonden

Tabel 1 Opbrengst van het literatuuronderzoek

NHG-Standaard	Internationale literatuur Andere richtlijnen	NHG-Standaard	Internationale literatuur Andere richtlijnen
CVA	Internationale literatuur: Geen artikelen met werkgebonden uitkomstmaten 8 relevante artikelen Andere richtlijnen: LESA CVA (met wijkverpleegkundigen) LTA TIA/CVA Multidisciplinaire richtlijn Beroerte Verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte	Schouderklachten	Internationale literatuur: 7 artikelen 3 Cochrane reviews 3 RCT's Andere richtlijnen: NVAB-richtlijn Klachten aan arm, schouder of nek Registratie richtlijn beroepsziekte Bovenste extremiteiten Verzekeringsgeneeskundig protocol Schouderklachten
Diabetes Mellitus type 2	Internationale literatuur: Geen artikelen met werkgebonden uitkomstmaten 2 relevante artikelen Proefschrift <i>Diabetes en werk</i> Andere richtlijnen: LESA Diabetes Mellitus type 2 (met paramedici)	Depressieve stoornis	Internationale literatuur: 25 artikelen (gedeeltelijk uit de CBO-module Arbeid & Depressie) 1 meta-analyse 16 RCT's 3 aanvullende relevante artikelen Andere richtlijnen: LESA Depressieve stoornis (met eerstelijnspsychologen) Multidisciplinaire CBO-richtlijn Depressie (inclusief module Arbeid & Depressie) Richtlijn voor psychologen Werk en psychische klachten NVAB-richtlijn Psychische klachten Registratie richtlijn beroepsziekte Depressie Verzekeringsgeneeskundig protocol Depressieve stoornis
Acuut coronair syndroom/Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct	Internationale literatuur: Acuut coronair syndroom: geen artikelen met werkgebonden uitkomstmaten Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct: 10 artikelen, 1 review, 2 RCT's Andere richtlijnen: LTA Acuut coronair syndroom LTA Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie NVAB-richtlijn Ischemische hartziekte Verzekeringsgeneeskundig protocol Myocardinfarct	Angststoornissen	Internationale literatuur: 24 artikelen 10 RCT's 3 aanvullende relevante artikelen Andere richtlijnen: LESA Angststoornis (met eerstelijnspsychologen) Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen Richtlijn voor psychologen Werk en psychische klachten NVAB-richtlijn Psychische klachten Registratie richtlijn beroepsziekte PTTS Verzekeringsgeneeskundig protocol Angststoornissen
Epicondylitis	Internationale literatuur: Geen artikelen met werkgebonden uitkomstmaten 3 relevante artikelen Andere richtlijnen: NVAB-richtlijn Klachten aan arm, schouder of nek Registratie richtlijn beroepsziekte Werkgerelateerde aandoeningen van de bovenste extremiteiten	Lagerugpijn	Internationale literatuur: 41 artikelen: 7 Cochrane reviews 1 meta-analyse 3 systematische reviews 11 RCT's Andere richtlijnen: NVAB-richtlijn Lagerugpijn Registratie richtlijn beroepsziekte Aspecifieke lagerugpijn Verzekeringsgeneeskundig protocol Aspecifieke lagerugpijn
Lumbosacraal radiculair syndroom	Internationale literatuur: 7 artikelen 3 Cochrane reviews 1 RCT Andere richtlijnen: NVAB-richtlijn Lage rugpijn Verzekeringsgeneeskundig protocol Lumbaal radiculair syndroom		

geen Cochrane reviews over depressie en angststoornissen met werkgebonden uitkomstmaten.

De meeste onderzoeken en reviews met werkgebonden uitkomstmaten hadden betrekking op de behandeling van lagerugpijn: 41 onderzoeken, waaronder 11 reviews (waarvan 7 Cochrane reviews) en 11 RCT's.

Andere richtlijnen

Voor een aantal van de onderzochte aandoeningen vonden we LTA's, LESA's en/of multidisciplinaire richtlijnen waarin expliciet aandacht is voor werk (zie tabel 1).

Voor een deel van de onderzochte aandoeningen bleken richtlijnen van andere beroepsgroepen beschikbaar te zijn: bedrijfsgeneeskundige richtlijnen, verzekeringsgeneeskundige protocollen en registratierichtlijnen ten behoeve van het melden van aandoeningen bij verdenking van een beroepsziekte.²²⁻²⁵

Aandacht voor re-integratiebevorderende interventies

Voor alle tien onderzochte standaarden geldt dat de opbrengst van het literatuuronderzoek aansluit bij het in de standaard geadviseerde beleid (zie tabel 2). Alleen ten aanzien van lagerugpijn vonden we veel literatuur (zowel reviews als RCT's). Dit is terug te zien in de betreffende standaard: die adviseert een activerende en tijdcontingente behandeling. De standaard noemt verwijzing naar een re-integratie-interventiebedrijf ('rug-scholen', multidisciplinaire behandeling) als een van de behandelingsmogelijkheden bij chronische lagerugpijn (> 12 weken)

en vermeldt de betreffende reviews in de noten. De standaard verwijst ook naar de NVAB-richtlijn over lagerugpijn.

Voor angststoornissen en depressie blijkt dat behandelingen die de ernst van de klachten verminderen, ook effect hebben op de werkgebonden uitkomstmaten. De NHG-Standaard Depressieve stoornis vermeldt expliciet dat de richtlijnen voor behandeling aansluiten bij de NVAB-richtlijn. Voor de overige aandoeningen waren er slechts weinig of geen onderzoeken met werkgebonden uitkomstmaten beschikbaar en maakten de resultaten van de artikelen geen aanpassing van de standaarden noodzakelijk. Voor alle standaarden betreffende de aandoeningen van het bewegingsapparaat geldt dat zij een tijdcontingente aanpak aanbevelen. Vrijwel alle onderzochte standaarden verwijzen naar richtlijnen die met of door andere beroepsgroepen zijn gemaakt (tenzij ze na publicatie van de standaard zijn verschenen).

Bredere aandacht voor arbeid in de standaarden

De tien NHG-Standaarden besteden wisselend aandacht aan het aspect 'werk' (zie tabel 3). In drie standaarden komt werk niet of nauwelijks aan de orde: Acuut coronair syndroom, CVA en Diabetes mellitus type 2.

In zes standaarden is er 'enige' aandacht voor werk: vijf standaarden adviseren om te vragen naar werkomstandigheden en problemen op het werk, en bij controles om te vragen naar contacten met de bedrijfsarts of af te stemmen met de bedrijfsarts. Drie standaarden besteden in de paragraaf 'Achtergronden' (kort) aandacht aan oorzaken/provocerende factoren in het werk.

Tabel 2 Aandacht voor re-integratie bevorderende interventies in de NHG-Standaarden

NHG-Standaard	Beleid Verwijzingen
Lagerugpijn	Beleid komt overeen met gevonden literatuur (activerend, tijdcontingent) Verwijzingen: 3 Cochrane reviews Verwijzing naar leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding bij arbeidsverzuim Verwijzing naar NVAB-richtlijn
Lumbosacraal radiculair syndroom	Beleid komt overeen met gevonden literatuur Verwijzingen: 2 Cochrane reviews
Epicondylitis	Geen re-integratiebevorderende behandelingsmethoden in literatuuronderzoek gevonden Richtlijnen met of door andere beroepsorganisaties zijn verschenen na publicatiedatum van de standaard
Schouderklachten	Beleid komt overeen met gevonden literatuur (tijdcontingent) Standaard dateert uit 1999; geen verwijzingen uit literatuuronderzoek Richtlijnen met of door andere beroepsorganisaties zijn verschenen na publicatiedatum van de standaard
Depressieve stoornis	Geen nieuwe re-integratiebevorderende behandelingsmethoden gevonden Verwijzing naar NVAB-richtlijn Verzekeringsgeneeskundig protocol verscheen na publicatie van de standaard LESA is verschenen na publicatie van de standaard
Angststoornissen	Geen nieuwe re-integratiebevorderende behandelingsmethoden gevonden Verzekeringsgeneeskundig protocol verscheen na publicatie van de standaard LESA is verschenen na publicatie van de standaard
Acuut coronair syndroom/ Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct	Beleid komt overeen met gevonden literatuur (hartrevalidatie) Verwijzing naar de richtlijn Hartrevalidatie van de Nederlands Hartstichting/Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie Verzekeringsgeneeskundig protocol verscheen na publicatie van de standaard
CVA	Geen re-integratiebevorderende behandelingsmethoden in literatuuronderzoek gevonden Verwijzing naar CBO-richtlijn Beroerte LESA, LTA en verzekeringsgeneeskundig protocol zijn verschenen na publicatie van de standaard
Diabetes mellitus type 2	Geen re-integratiebevorderende behandelingsmethoden in literatuuronderzoek gevonden LESA is verschenen na publicatiedatum van de standaard

Tabel 3 Bredere aandacht voor arbeid in de standaarden

NHG-Standaard	Percentage van WAO-instroom in 2002	NHG-code	Publicatiejaar	Aandacht voor werk
Lagerugpijn	3,8%	M54	2005	Ja, integraal
Lumbosacraal radiculair syndroom	2,7%	M55	2005	Enige
Epicondylitis	0,5%	M60	1997	Enige
Schouderklachten	1,5%	M08	1999	Enige
Depressieve stoornis	10,5%	M44	2003	Enige
Angststoornissen	4,2%	M62	2004	Enige
Acuut coronair syndroom/ Beleid na doorgemaakt myocardinfarct	1,2%	M80	2003	Nee
CVA	1,3%	M83	2005	Enige
Diabetes mellitus type 2	0,7%	M81	2004	Nee
		M01	2006	Nee

Alleen in de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn is werk een integraal onderdeel van diagnostiek, behandeling en begeleiding. De paragraaf 'Achtergronden' geeft een indicatie van de kosten ten gevolge van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, en noemt ziekteverzuim als aanwijzing voor mogelijk inadequaate ziektegedrag. De standaard adviseert de huisarts te vragen naar oorzaken en belemmeringen ten aanzien van het functioneren tijdens het werk en naar de relatie met de werkgever. Bij de controle van de patiënt krijgt de huisarts op verschillende punten het advies om actief te vragen naar verzuim en bij mogelijke stagnatie van het herstel af te stemmen met de bedrijfsarts (waarbij de standaard verwijst naar de leidraad voor huisarts en bedrijfsarts ten aanzien van de sociaal-medische begeleiding bij arbeidsverzuim). Zoals we eerder al hebben aangegeven, noemt de standaard verwijzing naar een re-integratie-interventiebedrijf als een van de behandelingsmogelijkheden.

Beschouwing

In eerste instantie hebben we onderzocht welke re-integratiebevorderende behandelingen er zijn voor tien aandoeningen die vaak tot langdurig verzuim of arbeidsongeschiktheid leiden. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat er alleen voor lagerugpijn veel onderzoek is gedaan met werkgebonden uitkomstmaten. We vonden ook redelijk wat onderzoek met betrekking tot depressie en angststoornissen, maar hierbij was werk vaak een onderdeel van uitkomstmaten naar het sociaal functioneren. Voor de overige aandoeningen vonden we weinig tot geen effectonderzoek met werkgebonden uitkomstmaten. Een belangrijke conclusie van dit onderzoek is dan ook dat het voor de meeste 'arbeidsrelevante' aandoeningen ontbreekt aan onderzoek van behandelingsmethoden waarbij werkgebonden uitkomstmaten meegenomen zijn. Voor een aantal aandoeningen blijken er bilaterale richtlijnen, multidisciplinaire richtlijnen en richtlijnen van andere professionals te zijn waarin wel werkaspecten aan de orde komen. Vervolgens zijn we nagegaan of de NHG-Standaarden voldoende aandacht aan re-integratiebevorderende interventies besteden. Voor alle standaarden bleek de (soms zeer beperkte) opbrengst van het literatuuronderzoek goed aan te sluiten bij het in de standaard geadviseerde beleid. We vonden geen belangrijke nieuwe informatie. Screening van de standaarden op re-integratiebevorderende behandelingen liet zien dat er alleen in de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn veel aandacht is voor werk. In de andere onderzochte standaarden was dit beduidend minder of in

het geheel niet het geval. Gezien de beperkte opbrengst van het literatuuronderzoek bij de overeenkomstige aandoeningen is dit echter niet verwonderlijk: omdat ze *evidence-based* zijn vormen de NHG-Standaarden vooral een weerspiegeling van de internationale literatuur: alleen wat betreft lagerugpijn is veel onderzoek met werkgebonden uitkomstmaten voorhanden en daarom is er veel aandacht voor werkhervatting en goed functioneren in het werk. Met betrekking tot de aandoeningen waarbij we weinig of geen onderzoek met werkgebonden uitkomstmaten vonden is er in de standaarden veel minder aandacht voor re-integratiebevorderende behandelingen.

Ten slotte zijn we nagegaan of er in de standaarden in bredere zin aandacht is voor het aspect 'werk'. Hier zien we hetzelfde patroon: integraal aandacht voor werk bij de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn en veel minder tot niet in de overige standaarden.

Het onderzoek heeft weinig nieuwe informatie over re-integratiebevorderende behandelingen opgeleverd, maar het bracht wel andere relevante informatie aan het licht, die bredere aanbevelingen ten aanzien van de standaarden mogelijk maakt. Zo vonden we artikelen met arbeidsrelevante informatie die in de standaard als achtergrondinformatie kan worden gebruikt. Bij epicondylitis betrof dat bijvoorbeeld informatie over werkgebonden factoren die deze aandoening kunnen veroorzaken, verergeren of in stand houden. Bij diabetes mellitus type 2 vonden we kwalitatief onderzoek naar beperkingen en problemen die deze patiënten in het werk ondervinden, waarbij hulpverleners zinvolle aanbevelingen krijgen met betrekking tot de consultvoering. Ook de richtlijnen die in samenwerking met of door andere beroepsgroepen zijn opgesteld hebben veel extra informatie opgeleverd. Deze kan in de NHG-Standaarden worden gebruikt om meer aandacht te besteden aan het aspect 'werk'.

Sterke en zwakke kanten

De opzet van dit onderzoek kent een aantal sterke en zwakke kanten. Positief is dat voor het eerst systematisch is onderzocht in hoeverre het aspect 'arbeid' aandacht krijgt in relevante NHG-Standaarden. Ook is duidelijk geworden waarom dat maar weinig gebeurt: er is slechts heel weinig onderzoek gedaan waarin werkgebonden uitkomstmaten zijn meegenomen. Positief is ook dat richtlijnen voor andere medische beroepsgroepen informatie bevatten die in de NHG-Standaarden kan worden gebruikt.

Een beperking van het onderzoek is dat we slechts tien standaarden hebben meegenomen. Omdat we standaarden hebben

Abstract

Van Balen JAM, Kremer AM, Buijs PC, Hulshof CTJ, Goudswaard AN. Dutch College of General Practitioners' treatment guidelines and return-to-work interventions. *Huisarts Wet* 2010;53(1):6-12.

Aims To investigate the extent to which Dutch College of General Practitioners (NHG) guidelines take the relationship between work and disease and return to work after illness into consideration. To this end, three questions were posed: Are there interventions that improve return to work for diseases that are often associated with long-term incapacity to work? To what extent do NHG treatment guidelines pay attention to these interventions and to 'work aspects' in general?

Methods Ten NHG guidelines concerning diseases that frequently cause long term work disability were assessed on return-to-work interventions and for their emphasis on work aspects and disease in general. The literature was searched for interventions that improve return to work. Lastly, the guidelines for other professionals groups were investigated.

Results The literature search did not identify ($n = 3$), or identified only a few ($n = 4$), studies with work-related outcomes relevant to seven NHG guidelines. In contrast, 41 studies of low back pain were identified. For depression and anxiety 25 studies and 24 studies were identified. With the exception of the guideline on low back pain, the guidelines contained few effective interventions to improve return to work. Six guidelines paid some attention to work and occupational aspects, but three others did not.

Conclusions With the exception of low back pain, and to a lesser extent depression and anxiety disorders, there are few, if any, relevant studies with work-related outcomes, which is reflected in the content of the NHG guidelines. The latter should pay more attention to the relationship between work and disease.

gekozen verdeeld over de verschillende tracti verwachten we dat de bevindingen ten aanzien van de overige standaarden hier niet sterk van zullen afwijken. Verder was het niet mogelijk om twee personen alle gevonden artikelen onafhankelijk te laten beoordelen, zoals gebruikelijk is bij bijvoorbeeld Cochrane reviews. Ook konden we de artikelen niet systematisch op kwaliteit beoordelen. In het onderzoek ligt de nadruk op re-integratiebevorderende behandelingen en we hebben voor de onderzochte aandoeningen geen systematisch onderzoek kunnen verrichten naar de etiologische factoren in arbeid. We verwachten echter dat de (incomplete) informatie die wij over etiologische factoren in het werk hebben gevonden, wel een goede indicatie geeft van hetgeen men bij systematisch zoeken zal vinden.

Aanbevelingen

Het past in de integrale benadering van de huisarts om aandacht te besteden aan werk, hetgeen strookt met het paradigma van de huisartsgeneeskunde. In het Verenigd Koninkrijk hebben de dertig meest vooraanstaande medisch-wetenschappelijke organisaties

vanuit deze gedachte een gezamenlijke verklaring ondertekend waarin ze hun leden oproepen alles in het werk te stellen om hun patiënten zo veel mogelijk te begeleiden naar actieve deelname aan het werk.²⁶ Ook binnen het veld van de huisartsgeneeskunde in Nederland wijst men er op dat het hebben, houden en bespreken van werk belangrijk is met het oog op de gezondheid.^{27, 28} Als het uitgangspunt dat werk gezondheidsbevorderend is explicieter in richtlijnen naar voren zou komen, zou dat de aandacht voor de factor arbeid in de spreekkamer bevorderen.

Daarnaast kunnen we een aantal praktisch aanbevelingen geven ten aanzien van het richtlijnenproces. Allereerst kan men bij het ontwikkelen en herzien van NHG-Standaarden systematisch aandacht besteden aan arbeids- en re-integratieaspecten door gebruik te maken van een algemene zoekstrategie gericht op onderzoeken met werkgebonden uitkomstmaten en artikelen met andere arbeidsrelevante informatie. Ook kan men extra informatie verkrijgen over etiologische factoren in het werk en re-integratiebevorderende behandelingen door richtlijnen en protocollen van andere disciplines systematisch te raadplegen – vooral van medische professionals die per definitie met arbeid te maken hebben: bedrijfs- en verzekeringsartsen – en door bronnen met informatie over beroepsziekten te gebruiken.

Ten slotte zou men, waar relevant, bedrijfs- en verzekeringsartsen meer kunnen betrekken bij de ontwikkeling van standaarden en de daarvan afgeleide implementatie- en onderwijsmaterialen. Mede daarom is onlangs een blauwdruk ontwikkeld die handvatten moet geven voor het opnemen van werk- en maatschappelijke participatieaspecten in richtlijnen.²⁹

Bovenstaande aanbevelingen zijn al gebruikt bij de herziening van de standaarden Schouderklachten en Epicondylitis (die parallel liepen aan dit onderzoek). Net als de NHG-Standaard Specifieke lagerugpijn besteden beide (recentelijk herziene) standaarden expliciet aandacht aan de factor werk.

Ten slotte: een belangrijke uitkomst van ons onderzoek is dat er te weinig onderzoek voorhanden is met werkgebonden uitkomstmaten. Wij zouden daarom ten sterkste willen aanbevelen dat onderzoekers, opdrachtgevers en financiers er bij toekomstig onderzoek naar 'arbeidsrelevante' aandoeningen op toezien dat men werkgebonden uitkomstmaten meeneemt in de onderzoeksopzet.

Dit onderzoek is uitgevoerd door TNO Kwaliteit van Leven/Arbeid en het NHG, geadviseerd door de NVAB, en is mogelijk gemaakt dankzij een subsidie van het UWV.

Literatuur

- 1 Van der Meer H, Willems H. Verwijsfunctie voor de verzekeringsarts? Advies over de mogelijkheden en wenselijkheden van een verwijsfunctie voor de verzekeringsarts werkzaam in het publieke domein. Utrecht: KNMG, januari 2009. www.nvvg.nl.
- 2 Buijs P, Tudor Hart J. Why Dutch GPs do not certify. *Br J Gen Pract* 1997;12:860-1.
- 3 Anema JR, Jettinghoff K, Houtman I, Schoemaker C, Buijs PC, Van den Berg R. Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the OP and GP. *J Occup Rehabil* 2006;16:41-52.
- 4 Van Weel C, Orbon K, Van der Gulden J, Buijs PC, Folgering J, Thoo-



- nen B, et al. Occupational health and general practice: from opportunities lost to opportunities capitalised. *Med Lav* 2006;97:288-94.
- 5 Buijs PC, Van Amstel R, Van Dijk FJ. Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve co-operation. *Occup Environ Med* 1999;56:709-13.
 - 6 Hulshof CTJ, Nauta AP, Van der Klink JIL, Faber E, Broersen JPI, Miedema H, et al. Project Afstemming Richtlijnen Arbeid en Gezondheid (PARAG). *De Huisarts in Nederland/Tijdschr voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneesk* 2002;3:34-36.
 - 7 Faber E, Bierma-Zeinstra SMA, Burdorf A, Nauta AP, Hulshof CTJ, Overzier PM. Training general practitioners and occupational physicians to collaborate does not influence sick leave of low back pain patients. *J Clin Epidemiol* 2005;58:75-82.
 - 8 Romeijnders ACM, Vriezen JA, Van der Klink JIL, Hulshof CTJ, Terluin B, Flikweert S, et al. Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken Overspanning. *Huisarts Wet* 2005;48:20-3.
 - 9 Buijs PC, Anema JR, Evers M, Van Dijk FJ, Van der Klink, JIL. How GPs can manage work-related psychological complaints: design and pilot of a guideline. A contribution to solve a big problem. *Eur J Gen Pract* 2007;12:138-41.
 - 10 Anema JR, Buijs PC, Van Putten DJ. Samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen: een praktische leidraad. *Med Contact* 2001:790-93.
 - 11 Blonk RWB. Het lukt niet zonder werk. Over psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel. [Oratie] Almere: PlantijnCasparie, 2006.
 - 12 Waddel G, Burton K. Review on work, health and well being. London: TSO, 2006.
 - 13 Convenant van LHV en NVAB inzake samenwerking bij sociaal medische begeleiding. Utrecht, april 1997.
 - 14 Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatiernr. 2005/10.
 - 15 Gezondheidsraad. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Verslag van het symposium Beoordelen, behandelen, begeleiden. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatiernr. A07/07.
 - 16 ZonMw. Programma 'Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg'. Den Haag: ZonMw, 2007.
 - 17 www.nhg.org > NHG-Standaarden.
 - 18 Assendelft WJJ, Rikken SAJJ, Mel M, Schoonheim PL, Schoemaker PJ, Dijkstra HR, et al. NHG-Standaard Epicondylitis. *Huisarts Wet* 1997;41:533-41.
 - 19 Winters JC, De Jongh AC, Van der Windt DAWM, Jonquière M, De Winter AF, van der Heijden GJMG, et al. NHG-Standaard Schouderklachten. *Huisarts Wet* 1999;45:222-31.
 - 20 Moerman M, Haafkens J, Schuring M, Van Dijk F. Literatuurstudie 'chronisch ziekten en werk'. Zoekstrategie voor het opsporen van literatuur over chronisch ziekten en werk in internationale databestanden. Amsterdam: AMC, Coronel Instituut, 2001.
 - 21 Varekamp I, Hulshof CTJ, Van Dijk FJH, Van Vliet C. Evidence-based medicine voor de bedrijfsarts: zoekstrategieën voor de internationale literatuur over moeilijk objectieveerbare aandoeningen. *Tijdschr voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneesk* 2005;13:343-7.
 - 22 <http://nvab.artsennet.nl> > richtlijnen en leidraden.
 - 23 www.beroepsziekten.nl > registratie richtlijnen.
 - 24 www.gr.nl > zoeken op 'protocollen'.
 - 25 www.stichtingvgi.nl > publicaties.
 - 26 Black C. Working for a healthier tomorrow. London: The stationary Office, 2008. <http://www.workingforhealth.gov.uk> > Carol-Blacks-Review.
 - 27 Van Weel C, Orbon K, Van der Gulden J, Buijs P, Folgering H, Thoonen B, et al. Occupational health and general practice: from opportunities lost to opportunities capitalised? *Med Lav* 2006;97:288-94.
 - 28 De Kock CA, Knottnerus JA, Lagro-Janssen ALM. Het werk en het leven. Arbeidsleven patiënt verdient meer aandacht van de huisarts. *Med Contact* 2006;61:1502-5.
 - 29 De Boer WE, Mentink RH, Hulshof CT, Van Barneveld T, Sterk AH, Van Vliet C. Blauwdruk participeren in richtlijnen. Leidraad voor het effectief opnemen van participeren en functioneren in werk in richtlijnen Utrecht:VGI/NVAB/CBO, 2008.

Welke barrières ervaren huisartsen bij de toepassing van aanbevelingen uit NHG-Standaarden?

Marjolein Lugtenberg, Paul de Vries, Adrie Evertse, Judith Zegers-van Schaick, Gert Westert, Jako Burgers

Inleiding

Klinische richtlijnen worden beschouwd als belangrijke instrumenten om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.¹ In de praktijk blijkt hun impact echter niet optimaal te zijn. Verschillende onderzoeken hebben laten zien dat richtlijnen slechts een matig effect hebben op verandering van het zorgproces en dat er nog veel ruimte is voor verbetering.²⁻⁶ Zo schrijven huisartsen in ongeveer eenderde van de gevallen niet volgens de NHG-Standaarden voor. Dit percentage is in de afgelopen jaren redelijk stabiel gebleven.^{7,8} Bovendien blijken er grote verschillen te bestaan tussen huisartsen en tussen de standaarden.⁷⁻⁹

Om het navolgen van richtlijnen in de praktijk te bevorderen, wordt aanbevolen om een gedegen barrièreanalyse onder de doelgroep uit te voeren.^{10,11} Uiteenlopende barrières op verschil-

lende niveaus kunnen de implementatie van richtlijnen bemoeilijken, bijvoorbeeld op het niveau van de huisarts zelf, van de patiënt en van de organisatorische en sociale context.¹⁰⁻¹⁴ Een recente internationale review van kwalitatieve onderzoeken¹⁵ liet zien dat huisartsen zes soorten barrières ervaren bij de toepassing van richtlijnen: de inhoud van de richtlijnen; het *format* van de richtlijnen; de individuele ervaring van de huisarts; het behoud van de arts-patiëntrelatie; professionele verantwoordelijkheid en praktische belemmeringen.

Slechts enkele onderzoeken hebben gekeken naar meerdere richtlijnen tegelijk en hielden rekening met het scala aan barrières dat een rol kan spelen bij het naleven van richtlijnen.¹² Ook kijken richtlijnonderzoeken doorgaans naar barrières op het gebied van de richtlijn als geheel, en niet naar het niveau van de individuele

Samenvatting

Lugtenberg M, De Vries PR, Evertse AJ, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Welke barrières ervaren huisartsen bij de toepassing van aanbevelingen uit NHG-Standaarden? *Huisarts Wet* 2009;53(1):13-9.

Inleiding Ondanks de bekendheid en acceptatie van NHG-Standaarden is het gebruik ervan door huisartsen niet optimaal. Om hier meer inzicht in te krijgen hebben we onderzocht welke barrières huisartsen ervaren bij de implementatie van aanbevelingen uit NHG-Standaarden in de praktijk.

Methoden We organiseerden 6 focusgroepen waaraan 30 huisartsen deelnamen (gemiddeld 7 per focusgroep). Uit 12 NHG-Standaarden hebben we 56 kernaanbevelingen afgeleid. In elke focusgroep werden de barrières bij de implementatie van de kernaanbevelingen van 2 NHG-Standaarden besproken. De focusgroepdiscussies werden opgenomen en getranscribeerd. Voor de analyse werd gebruikgemaakt van een bestaand model van barrières.

Resultaten De barrières varieerden sterk binnen NHG-Standaarden en elke kernaanbeveling kende een eigen combinatie van barrières. Veelgenoemde barrières waren: 'oneens zijn met de aanbeveling door een gebrek aan toepasbaarheid of gebrek aan bewijs' (68% van de kernaanbevelingen), 'omgevingsfactoren zoals organisatorische belemmeringen' (52%), 'gebrek aan kennis met betrekking tot de kernaanbevelingen' (46%) en 'richtlijnfactoren zoals onduidelijke of vaag geformuleerde aanbevelingen' (43%).

Beschouwing Ons onderzoek laat een breed scala barrières zien dat de implementatie van kernaanbevelingen in de praktijk bemoeilijkt. Om het gebruik van NHG-Standaarden in de praktijk te bevorderen zijn specifieke implementatiestrategieën nodig, gericht op het patroon van barrières van de individuele kernaanbevelingen. Daarnaast zouden NHG-Standaarden transparanter moeten zijn voor wat betreft het onderliggende bewijs en de toepasbaarheid van aanbevelingen en vraagt comorbiditeit in richtlijnen extra aandacht. Ten slotte kunnen focusgroepen worden beschouwd als een innovatief medium voor richtlijnonderwijs en implementatie.

Universiteit van Tilburg, Tranzo, Postbus 90153, 5000 LE Tilburg; M. Lugtenberg, promovendus; J.M. Zegers-van Schaick, science practitioner; prof. dr. G.P. Westert, hoogleraar Kwaliteit van Zorg, tevens werkzaam bij het RIVM. Stichting KOEL: P.R. de Vries, huisarts en projectleider; A.J. Evertse, huisarts en directeur. UMC St Radboud, IQ healthcare: dr. J.S. Burgers, huisarts en senior onderzoeker.

Correspondentie: m.lugtenberg@uvt.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: dit project werd mede gefinancierd door Stichting KOEL.²⁴

Dit artikel is een vertaling van: Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implementation Science* 2009;4:54. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Wat is bekend?

- ▶ NHG-Standaarden hebben een grote bekendheid onder huisartsen en worden algemeen geaccepteerd.
- ▶ Toch worden de aanbevelingen niet optimaal geïmplementeerd in de huisartsenpraktijk.

Wat is nieuw?

- ▶ Huisartsen ervaren een breed scala aan barrières bij de implementatie van aanbevelingen uit NHG-Standaarden. De focus van de barrières verschilt tussen de NHG-Standaarden en elke kernaanbeveling laat een specifieke combinatie van barrières zien.
- ▶ Om de implementatie van aanbevelingen te bevorderen zijn specifieke implementatiestrategieën noodzakelijk, die zijn afgestemd op het patroon van barrières van de kernaanbevelingen.
- ▶ Meer transparantie voor wat betreft het onderliggende bewijs en de toepasbaarheid van aanbevelingen kan de implementatie van aanbevelingen bevorderen.
- ▶ Focusgroepen vormen een effectief medium voor richtlijneducatie en implementatie.

aanbevelingen binnen een richtlijn.¹⁶⁻¹⁹ De aanbevelingen binnen één richtlijn kunnen echter verschillende barrières oproepen. Dat maakt het zinvol om de analyse te richten op barrières van de individuele aanbevelingen, en zo de interventies ter bevordering van de implementatie van richtlijnen in de praktijk te optimaliseren.

In dit onderzoek zijn we nagegaan welke barrières huisartsen ervaren bij de implementatie van NHG-Standaarden door ons specifiek te richten op de kernaanbevelingen binnen de standaarden. Bestudering van een brede en diverse set van richtlijnen biedt inzicht in de meest prominente barrières die huisartsen ervaren bij het toepassen van NHG-Standaarden in de praktijk. Resultaten van dit onderzoek kunnen vervolgens worden gebruikt als input voor de ontwikkeling van op maat gemaakte implementatiestrategieën.

Methoden

Opzet van het onderzoek

We organiseerden zes focusgroepsessies van ieder twee uur, waarin twaalf NHG-Standaarden centraal stonden. Focusgroepen zijn bij uitstek geschikt om diepte-informatie te verkrijgen en om onderliggende cognities en motivaties te verkennen.²⁰⁻²³ Dit is met name van belang wanneer gedragsverandering wordt beoogd.

Selectie van NHG-Standaarden

We selecteerden de twaalf standaarden op basis van een vragenlijst die is afgenomen bij een expertpanel van huisartsen (n = 16). De huisartsen voor dit panel zijn gerekruteerd via Stichting KOEL, de organisatie die verantwoordelijk is voor nascholing van huisartsen in het Zuidwesten van Nederland.²⁴

Het expertpanel kreeg een overzicht van alle NHG-Standaarden die zijn gepubliceerd vanaf 2003, en werd gevraagd te beoordelen

(a) in hoeverre men het relevant vond het effect van de betreffende NHG-Standaard op de kwaliteit van zorg te bestuderen en (b) in hoeverre men een verbetering in de zorgkwaliteit verwachtte na implementatie van de betreffende NHG-Standaard. Daarnaast vroegen we hen 5 NHG-Standaarden te noemen die volgens hen prioriteit zouden moeten hebben als onderdeel van een richtlijnimplementatieonderzoek. Op basis hiervan zijn 12 NHG-Standaarden geselecteerd (tabel 1). Uit deze 12 NHG-Standaarden zijn vervolgens 56 kernaanbevelingen afgeleid (Appendix 1, zie website www.henw.org).

Tabel 1 Geselecteerde NHG-Standaarden

NHG-Standaard	Aantal kernaanbevelingen	Publicatiejaar
Astma bij kinderen	7	2006
Atriumfibrilleren	5	2003
Cardiovasculair risicomanagement	7	2006
CVA	5	2004
Depressieve stoornis (depressie)	5	2003
Het rode oog	3	2006
Rhinosinusitis	2	2005
Het soa-consult	4	2004
Slaapproblemen en slaapmiddelen	7	2005
Schildklierandoeningen	3	2006
TIA	3	2004
Urineweginfectie	5	2005

Selectie van deelnemers

Huisartsen werden geworven via de website en elektronische nieuwsbrief van Stichting KOEL. Zij konden zich aanmelden voor meerdere sessies en kregen 2 accreditatiepunten per sessie aangeboden. Alle 34 huisartsen die zich hadden opgegeven voor één of meerdere focusgroepen werden uitgenodigd; 30 van hen (88%) namen deel aan de focusgroepen (range 5-13). Tien huisartsen deden mee aan meer dan één focusgroep.

De helft van de deelnemende huisartsen was man. De meeste deelnemers waren tussen de 45 en 54 jaar oud (37%), werkten in een groepspraktijk (45%) en werkten in een dorp of kleine stad (39%). In vergelijking met de totale populatie van Nederlandse huisartsen²⁵ waren huisartsen uit groepspraktijken, dorpen en kleine steden licht oververtegenwoordigd.

Focusgroepsessies

De deelnemers ontvingen een week van tevoren een kopie van de kernaanbevelingen van de NHG-Standaarden. In elke focusgroepsessie werd een semi-gestructureerde discussie gevoerd over de barrières die de deelnemers ervaren bij de implementatie van de kernaanbevelingen van twee NHG-Standaarden. De sessies werden geleid door een huisarts met ruim vijftien jaar ervaring als huisarts en richtlijnmaker (JB) en een onderzoeker (ML). Een draaiboek met open vragen werd ingezet om de sessies te structureren. De zes focusgroepen werden tussen maart en juni 2008 gehouden bij Stichting KOEL in Zwijndrecht, en werden op band opgenomen.

Gegevensanalyse en -synthese

De focusgroepdiscussies werden getranscribeerd. Twee onderzoekers (ML en JZ) bestudeerden de transcripties onafhankelijk van

elkaar en classificeerden de uitspraken volgens het model van Cabana et al.¹² Dit model onderscheidt drie hoofdcategorieën barrières bij het volgen van richtlijnen: (1) barrières gerelateerd aan kennis, (2) barrières gerelateerd aan attitude (3) barrières gerelateerd aan gedrag. Deze hoofdgroepen zijn onderverdeeld in verschillende subcategorieën. Voor uitspraken die niet binnen de bestaande categorieën van het model pasten, formuleerden we additionele typen barrières (tabel 2). De onderzoekers vergeleken hun resultaten en bediscussieerden discrepanties totdat consensus werd bereikt. Zo nodig werd een derde onderzoeker (JB of GW) geconsulteerd.

In de synthese van gegevens is de kernaanbeveling de analyse-eenheid. Voor elke barrière uit het model berekenden we het aantal en het percentage van kernaanbevelingen waarop de barrière van toepassing was.

Resultaten

Waargenomen barrières

De huisartsen namen de volgende barrières waar (tabel 2):

- gerelateerd aan attitude: bij 91% van de kernaanbevelingen;
- gerelateerd aan gedrag: bij 82% van de kernaanbevelingen;
- gerelateerd aan kennis: bij 46% van de kernaanbevelingen.

Binnen deze drie hoofdcategorieën werden de volgende barrières het meest genoemd: het oneens zijn met de aanbevelingen (68% van de kernaanbevelingen), omgevingsfactoren (52%), gebrek aan kennis met betrekking tot de aanbevelingen (46%) en factoren gerelateerd aan de richtlijn of aanbeveling (43%). Tabel 3 toont de waargenomen barrières per NHG-Standaard.

Barrières gerelateerd aan kennis

Onvoldoende op de hoogte zijn van de aanbeveling

Huisartsen waren over het algemeen op de hoogte van het bestaan

van de NHG-Standaarden, maar waren niet (geheel) bekend met de inhoud van 46% van de kernaanbevelingen (tabel 2). Bij sommige kernaanbevelingen kenden huisartsen een deel van de aanbeveling, maar wisten dan bijvoorbeeld niet wat de exacte aanbevolen dosis voor een medicijn was (box 1). Onvoldoende op de hoogte zijn van de aanbeveling werd het meest gerapporteerd voor de NHG-Standaarden TIA en Het soa-consult (tabel 3).

Box 1 – Voorbeelden van barrières gerelateerd aan kennis

Onvoldoende op de hoogte van aanbeveling

NHG-Standaard Slaapproblemen en slaappmiddelen

'Mag ik heel eerlijk zijn? Ik heb de standaard nooit gelezen, nooit bekeken, nooit ...'

NHG-Standaard CVA (KA 2)

'Ik kende die 160 mg acetylsalicylzuur gedurende twee weken niet[...]. Ik begin altijd gewoon met 80 mg.'

Barrières gerelateerd aan attitude

Oneens zijn met de aanbeveling

Het 'niet eens zijn met de aanbeveling' was de meest voorkomende barrière bij de huisartsen (68%), meestal omdat de aanbeveling niet goed toepasbaar was (57%, zie tabel 2). Huisartsen gaven aan dat de voordelen van toepassing vaak niet opwegen tegen de nadelen, of dat een aanbeveling niet toepasbaar was op een specifieke groep patiënten, zoals patiënten met comorbiditeit (box 2). Twijfel over het onderliggende bewijs en onbekendheid met het bewijs (23%) waren ook redenen om de aanbeveling niet te implementeren (box 2). Het oneens zijn met de aanbeveling kwam als barrière naar voren bij alle kernaanbevelingen van de NHG-Standaarden Rhinosinusitis, Schildklieraandoeningen, TIA en Urineweginfecties (tabel 3).

Tabel 2 Barrières* die huisartsen ervaren bij de implementatie van kernaanbevelingen uit de geselecteerde NHG-Standaarden

Ervaren barrières	Kernaanbevelingen (n = 56)		NHG-Standaarden (n = 12)	
	n	%	n	%
Kennis	26	46	10	83
Gebrek aan kennis m.b.t. aanbeveling	26	46	10	83
– onvoldoende op de hoogte zijn van de aanbeveling	26	46	10	83
Attitude	51	91	12	100
Oneens zijn met de aanbeveling	38	68	12	100
– interpretatie/ gebrek aan bewijs†	13	23	9	75
– gebrek aan toepasbaarheid	32	57	12	100
Onvoldoende in staat denken te zijn de aanbeveling toe te passen	11	20	8	67
Gebrek aan uitkomstverwachting	17	30	10	83
Weerstand om te veranderen/ gebrek aan motivatie	15	27	8	67
Gedrag	46	82	12	100
Patiëntfactoren	22	40	11	92
– wensen en eisen van de patiënt	14	25	9	75
– (on)vermogen/ gedrag van patiënt†	11	20	8	67
Richtlijn-/aanbevelingsfactoren	24	43	11	92
– onduidelijk/ verwarrend†	18	32	11	92
– onvolledig/ verouderd†	8	14	4	33
– te complex†	3	5	3	25
Omgevingsfactoren	29	52	12	100
– gebrek aan tijd/ tijdsdruk	7	13	5	42
– gebrek aan/ onhandige materialen/ apparatuur	7	13	5	42
– organisatorische belemmeringen	20	36	11	92
– gebrek aan financiële vergoeding	2	4	2	17

* Barrières zijn geclassificeerd volgens model van Cabana et al. (1999); † Additionele typen subbarrières

Onvoldoende in staat denken te zijn de aanbeveling toe te passen

Bij 20% van de kernaanbevelingen gaven de huisartsen aan het gevoel te hebben de aanbevelingen niet adequaat te kunnen toepassen in de praktijk. Reden is dat men de vaardigheden hiervoor mist door gebrek aan training of ervaring. Men had hierbij vaak meer vertrouwen in de expertise van andere zorgverleners (box 2). Dit type barrière werd het meest genoemd voor de kernaanbevelingen van de NHG-Standaarden Schildklieraandoeningen en Het soa-consult (tabel 3).

Box 2 – Voorbeelden van barrières gerelateerd aan attitude

Gebrek aan toepasbaarheid – voordelen wegen niet op tegen de nadelen

NHG-Standaard Urineweginfectie (KA 4)

'Ik geef meestal ciprofloxacine 10 dagen [...], omdat augmentin naar mijn gevoel toch wel slecht verdragen wordt.'

Gebrek aan toepasbaarheid – niet toepasbaar op patiëntenpopulatie

NHG-Standaard Depressieve stoornis (KA1)

'Het probleem is natuurlijk dat je in de dagelijkse praktijk geen zuivere depressies of zuivere angst- en paniekstoornissen ziet. Er zijn altijd overlappingen mogelijk. En dan is er toch onduidelijkheid.'

Interpretatie/gebrek aan bewijs – gebrek aan bewijs

NHG-Standaard Atriumfibrilleren (KA3)

'Ik doe alleen TSH. Kijk, als ik nou de zin zou zien van een laag Hb en glucose, want wat dat met een AF te maken heeft, ik zie dat niet....'

Onvoldoende in staat denken te zijn een aanbeveling toe te passen

NHG-Standaard Schildklieraandoeningen (KA 2)

'Ik heb geen ervaring met het behandelen van hyperthyroïdie en ik zie er maar een paar per jaar... Tja, en dan vind ik het toch een beetje mager om daar mee aan de gang te gaan.'

Gebrek aan uitkomstverwachting

NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (KA 6)

'...als HAIO dacht ik: kom we gaan ze eraf halen, maar nu hoor ik van iedereen: nee, niet doen, niet aan beginnen, dat kost alleen maar zoveel energie, dat levert helemaal niets op. En dan op een gegeven moment denk je van: nou, laat ook maar.'

Weerstand/moeite om bestaande praktijken te veranderen

NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (KA 4)

'In de nieuwe standaard staat dat je moet kijken naar de systolische druk [...]. In mijn hoofd zit toch dat je naar de diastolische druk kijkt. En dan voel ik me even schuldig als ik dan net iemand met 150 zie [...]. Dat vind ik wel een beetje... een hele grote omschakeling.'

Gebrek aan uitkomstverwachting

Bij 30% van de kernaanbevelingen waren huisartsen het op zich eens met de inhoud van de aanbeveling, maar geloofden ze niet dat toepassing ervan daadwerkelijk zou leiden tot betere resultaten voor de patiënt (box 2). Gebrek aan uitkomstverwachting werd met name gerapporteerd voor de kernaanbevelingen uit de NHG-Standaarden Rhinosinusitis, Astma bij kinderen en Slaapproblemen en slaapmiddelen (tabel 3).

Weerstand om bestaande praktijken te veranderen/ gebrek aan motivatie

Huisartsen gaven bij 27% van de kernaanbevelingen aan dat ze moeite hadden om bestaande gewoontes en routines aan te passen of dat ze onvoldoende gemotiveerd waren om bestaande praktijken te veranderen (box 2). Dit type barrière werd vooral genoemd voor de NHG-Standaarden Het rode oog en Cardiovasculair risicomanagement (tabel 3).

Barrières gerelateerd aan gedrag

Patiëntfactoren

Voor 40% van de kernaanbevelingen werden patiëntfactoren waargenomen als barrière. Meestal (25%) omdat de aanbevelingen uit de NHG-Standaard volgens de huisartsen zouden botsen met de wensen en voorkeuren van de patiënten (tabel 2). Ook het (on)vermogen en het gedrag van een patiënt werden in dit verband genoemd (20%). Patiënten zijn bijvoorbeeld niet in staat een benodigde handeling uit te voeren of komen niet opdagen bij een vervolgspraak (box 3). Patiëntfactoren werden vooral als barrière genoemd voor de NHG-standaarden Rhinosinusitis, Het rode oog en Schildklieraandoeningen (tabel 3).

Richtlijn-/aanbevelingsfactoren

Factoren die zijn gerelateerd aan de aanbeveling of richtlijn werden bij 43% van de kernaanbevelingen gerapporteerd als barrière

Tabel 3 Ervaren barrières bij de implementatie van kernaanbevelingen per NHG-Standaard

NHG-Standaard (aantal kernaanbevelingen)	Kennis		Attitude		Weerstand om te veranderen/ gebrek aan motivatie	Patiëntfactoren	Gedrag	
	Onvoldoende op de hoogte zijn van aanbeveling	Oneens zijn met aanbeveling	Onvoldoende in staat denken te zijn aanbeveling toe te passen	Gebrek aan uitkomstverwachting			Richtlijn-aanbevelingsfactoren	Omgevingsfactoren
Astma bij kinderen (7)	+	++	--	+	--	-	+	-
Atriumfibrilleren (5)	--	+	--	--	-	--	+	++
Cardiovasculair risicomanagement (7)	--	-	--	--	+	-	-	-
CVA (5)	+	++	-	-	--	--	++	--
Depressieve stoornis (depressie) (5)	--	+	--	--	--	-	--	--
Het rode oog (3)	-	+	-	-	+	+	--	++
Rhinosinusitis (2)	--	++	--	++	--	++	+	+
Het soa-consult (4)	++	+	+	-	+	+	++	+
Slaapproblemen en slaapmiddelen (7)	+	-	--	-	--	-	--	-
Schildklieraandoeningen (3)	+	++	+	--	--	+	-	++
TIA (3)	++	++	-	-	-	-	-	-
Urineweginfectie (5)	+	++	--	-	-	--	-	++
Gemiddelde 12 NHG-Standaarden (4,7)	-	+	--	-	-	-	-	+

-- barrière relevant voor 0 tot 25% van de kernaanbevelingen; - barrière relevant voor 25 tot 50% van de kernaanbevelingen; + barrière relevant voor 50 tot 75% van de kernaanbevelingen; ++ barrière relevant voor 75 tot 100% van de kernaanbevelingen

(tabel 2). De meest genoemde bezwaren waren: de aanbevelingen zijn onduidelijk of verwarrend (32%), geven niet alle relevante informatie of zijn verouderd (14%), of zijn te complex (5%) (box 4). Deze barrières werden het meest genoemd voor de NHG-Standaarden Het soa-consult, CVA en Astma bij kinderen (tabel 3).

Omgevingsfactoren

Omgevingsfactoren waren de meest genoemde barrières gerelateerd aan gedrag (52%, tabel 2). Daarbij ging het vooral om organisatorische belemmeringen (36%), vaak buiten de eigen praktijk – zoals logistieke problemen op de huisartsenpost. Ook werden organisatorische belemmeringen binnen de eigen praktijk gerapporteerd, zoals gebrek aan communicatie of een gebrek aan opleiding of vaardigheden van praktijkassistenten. Organisatorische belemmeringen tussen organisaties waren een onduidelijke taakverdeling tussen organisaties en een gebrek aan samenwerking met specialisten in ziekenhuizen (box 5).

Overige omgevingsgerelateerde barrières waren gebrek aan tijd (13%) en een gebrek aan materialen en apparatuur (13%) (box 5). Dit type barrière werd voornamelijk genoemd bij de NHG-Stan-

Box 3 – Voorbeelden van barrières gerelateerd aan gedrag: patiëntfactoren

Patiëntfactoren – Wensen en eisen van de patiënt
NHG-Standaard Rhinosinusitis (KA2)

'Het probleem zit meer in het algemene spanningsveld van mensen die wat willen. De patiënten die verwachten dat jij antibioticum voorschrijft. Daar zit soms frictie in ja.'

Patiëntfactoren – (on)vermogen en gedrag van de patiënt
NHG-Standaard Astma bij kinderen (KA2)

'Nou ja, sommige kinderen kunnen hele mooie curven blazen, maar bij een heel groot deel klopt er helemaal niets van dus daar doe je vervolgens eh... Nou ja, bij sommige kinderen lukt het gewoon niet.'

NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (KA 7)

'Ja, ik probeer het wel. Maar er zijn er ook altijd patiënten die zich eraan onttrekken en niet komen opdagen. Altijd. Ook met medicijnen.'

Box 4 – Voorbeelden van barrières gerelateerd aan gedrag: richtlijn-/aanbevelingsfactoren

Richtlijn-/aanbevelingsfactoren – Onduidelijk/ verwarrend
NHG-Standaard Astma bij kinderen (KA1)

'Ik heb de aanbeveling [over RAST-test bij kinderen tot zes jaar] wel vijf keer gelezen, maar toen snapte ik 'm nog niet!'

Richtlijn-/aanbevelingsfactoren – Onvolledig/ verouderd
NHG-Standaard CVA (KA1)

'Ja, ik denk dat deze aanbeveling met de huidige stand van zaken echt niet meer kan... Eigenlijk zegt iedereen in Nederland op dit moment, dat moet je niet doen, die mensen moeten zo snel mogelijk naar de stroke-service... Het zijn volgens mij gewoon verouderde inzichten die erin staan.'

daarden Het rode oog, Schildklieraandoeningen, Atriumfibrilleren en Urineweginfecties (tabel 3).

Beschouwing

Ons onderzoek laat zien dat huisartsen een breed scala aan barrières ervaren bij het toepassen van de kernaanbevelingen uit NHG-Standaarden in de praktijk. De focus van de barrières verschilt tussen de NHG-Standaarden en elke kernaanbeveling heeft een eigen combinatie van barrières. Meervoudige interventies die zijn afgestemd op de specifieke combinatie van barrières van de verschillende kernaanbevelingen, lijken daarom nodig om de implementatie van NHG-Standaarden in de praktijk te bevorderen. De meest voorkomende barrière was dat huisartsen het niet eens waren met aanbevelingen uit de NHG-Standaarden. Zij twijfelden aan het onderliggende wetenschappelijke bewijs of vonden het onvoldoende duidelijk waarom ze een aanbeveling moesten

Box 5 – Voorbeelden van barrières gerelateerd aan gedrag: omgevingsfactoren

Omgevingsfactoren – Organisatorische belemmeringen (buiten eigen praktijk)

NHG-Standaard Urineweginfectie (KA 1)

'Moet je dan dus in het weekend die dipslide inzetten? Dat is heel vervelend want als je op zondag iemand hebt die dat doet, moet je op maandag iemand hebben die die dipslide afleest.'

Omgevingsfactoren – Organisatorische belemmeringen (binnen eigen praktijk)

NHG-Standaard Het rode oog (KA2)

'Ik zou dat [antibioticum] wel willen verminderen ja, en dan zit voornamelijk de bottleneck denk ik bij de telefonisch aangevraagde recepten ... Daar zit een groot verbeterpunt ja. Want de assistente die denkt dat er altijd wat aan moet gebeuren, dat er altijd wat moet voorgeschreven worden.'

Omgevingsfactoren – Organisatorische belemmeringen (tussen organisaties)

NHG-Standaard CVA (KA 4/5)

'Het is ook onduidelijk wat het ziekenhuis doet en wat er nog blijft liggen voor ons als patiënten terug naar huis gaan. Het zou mooi zijn als er een formeel overdrachtsmoment is.'

Omgevingsfactoren – Gebrek aan tijd/ tijdsdruk

NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (KA 1/2)

'Prachtig, als we dat allemaal kunnen doen in cardiovasculair risicomanagement, tsjongejonge, maar dat is wel een dagtaak erbij voor mij en voor de praktijkondersteuner.'

Omgevingsfactoren – Gebrek aan/ onhandige materialen en apparatuur

NHG-Standaard Het soa-consult (KA 3)

'Er zijn dus per test verschillende media en dat is heel onhandig... En bij die uitstrijkjes moet je weer een medium hebben dat je maar kort kan bewaren....'

toepassen. Daarnaast vonden veel huisartsen dat de aanbevelingen slecht toepasbaar zijn in de praktijk door de heterogeniteit van patiëntpopulaties. In eerdere onderzoeken bleek al dat een beperkte toepasbaarheid het naleven van richtlijnen belemmert, zeker bij patiënten met comorbiditeit.^{18,26,27} Richtlijnen zijn doorgaans ziektespecifiek en excluseren patiënten met complexe problematiek.²⁸⁻³¹ Meer onderzoek is nodig om na te gaan hoe comorbiditeit in richtlijnen kan worden verwerkt, om zo de toepasbaarheid van aanbevelingen in richtlijnen te vergroten.^{29,30,32} Omgevingsgerelateerde barrières, in het bijzonder organisatorische belemmeringen, werden vaak gerapporteerd als barrière. Deze belemmeringen hadden vooral betrekking op logistieke problemen binnen de eigen praktijk of op de huisartsenpost. Net als in eerdere onderzoeken^{17,33-36} noemde men daarnaast de gebrekkige samenwerking en afstemming met andere zorgverleners als probleem. Verbeterpunten zijn het beter organiseren van de zorg en het verbeteren van multiprofessionele samenwerking. Standardiseren van processen en procedures en afspraken maken tussen verschillende groepen zorgverleners op het gebied van doorverwijzing en follow-up, zouden hieraan bij kunnen dragen. De huisartsen in ons onderzoek waren over het algemeen op de hoogte van het bestaan van de NHG-Standaarden, mede omdat ze een vast onderdeel van de nascholing vormen. Toch bleken de huisartsen bijna de helft van de kernaanbevelingen uit de geselecteerde NHG-Standaarden niet (goed) te kennen. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de hoeveelheid richtlijnen waarmee huisartsen worden geconfronteerd; jaarlijks worden er acht tot tien nieuwe standaarden of herzieningen geproduceerd. Het op regelmatige basis organiseren van focusgroepen onder huisartsen zou de kennis over NHG-Standaarden kunnen bevorderen. De huisartsen in ons onderzoek waardeerden de focusgroepen zeer en zagen ze als een effectief medium voor richtlijnonderwijs en -implementatie. De effectiviteit van interactieve educatie met actieve betrokkenheid en participatie is eerder aangetoond.³⁷⁻³⁹ Stichting KOEL heeft het concept van de focusgroepen tot speerpunt gemaakt in haar periodieke bijscholingsprogramma voor huisartsen en praktijkmedewerkers.

Ook factoren op het gebied van de aanbeveling of richtlijn zelf werden genoemd als barrière bij de implementatie. Huisartsen geven de voorkeur aan korte aanbevelingen, die eenvoudig te begrijpen zijn.^{12,40} De uitdaging ligt dus in het produceren van simpele en duidelijke aanbevelingen die tegelijkertijd rekening houden met de complexe problemen die huisartsen in de dagelijkse praktijk zien. De presentatie van richtlijnen in meerdere *formats*, zoals algoritmes, samenvattingen van een of twee pagina's en elektronische versies met hyperlinks naar meer gedetailleerde informatie, zou in de uiteenlopende behoeften van artsen en patiënten kunnen voorzien.^{40,41}

Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

Een eerste sterk punt van ons onderzoek is de inclusie van een groot aantal NHG-Standaarden die allemaal zijn geproduceerd in een lang bestaand richtlijnprogramma. De meeste kwalita-

tieve onderzoeken beperken zich tot een specifiek onderwerp en includeren slechts een of twee richtlijnen.^{18,19,40,42,43} Ten tweede is onze barrièreanalyse specifiek gericht op de kernaanbevelingen in plaats van op richtlijnen als geheel. Dit levert gedetailleerdere informatie op die nodig is om het gebruik van NHG-Standaarden in de praktijk te bevorderen. Professionele organisaties, regionaal of landelijk, kunnen deze informatie gebruiken om meervoudige interventies te ontwikkelen die specifiek zijn gericht op de aanbevelingen in de richtlijn. Ten slotte kunnen richtlijnontwikkelaars de resultaten van ons onderzoek gebruiken bij het updaten van de richtlijnen om zo de acceptatie en implementeerbaarheid van hun aanbevelingen te vergroten.

Ons onderzoek heeft ook een aantal beperkingen. Ten eerste hebben we de mening verzameld van een relatief klein aantal huisartsen, waarbij huisartsen in groepspraktijken en dorpen en kleine steden licht oververtegenwoordigd bleken te zijn.²⁵ Doel van ons onderzoek was echter om mogelijke barrières kwalitatief op te sporen en niet zozeer het kwantificeren van hun relatieve belang bij een representatieve groep huisartsen. Resultaten van dit onderzoek worden gebruikt als input voor een vragenlijstonderzoek bij een grotere groep huisartsen om onze resultaten te kwantificeren. Ten tweede includeerden we in onze focusgroepen alleen huisartsen en geen andere zorgverleners. Sommige barrières zijn echter gerelateerd aan het handelen van praktijkassistenten of praktijkondersteuners; daarom lijkt het zinvol om andere zorgverleners in de toekomst ook in focusgroepen te betrekken. Focusgroepen blijken een effectieve methode om informatie over barrières te verzamelen. De resultaten geven inzicht in de redenen waarom huisartsen aanbevelingen uit de NHG-Standaarden niet optimaal volgen en bieden zinvolle suggesties voor verbeteringen. Ook laten ze zien dat bij een individuele aanbeveling meerdere barrières een rol kunnen spelen. Een gedetailleerde barrièreanalyse, zoals uitgevoerd in dit onderzoek, biedt mogelijkheden om meervoudige, barrièregestuurde en op maat gemaakte implementatiestrategieën te ontwikkelen die het gebruik van NHG-Standaarden in de praktijk bevorderen.

Dankbetuiging

De auteurs bedanken alle huisartsen die hebben deelgenomen aan de focusgroepen en de medewerkers van Stichting KOEL die hebben geholpen met het werven van huisartsen en het faciliteren van de focusgroepsessies.

Literatuur

- 1 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsey CR, Vale L et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:1-72.
- 2 Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;342:1317-22.
- 3 Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, Russell I, Hurwitz B, Watt I et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality Health Care* 1995;4:55-64.
- 4 Grimshaw J, Eccles M, Ruth T, MacLennan GS, Ramsay CR, Fraser C et al. Toward evidence-based quality improvement: evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J Gen Intern Med* 2006;21 S14-20.

- 5 Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA* 2001;286:2578-85.
- 6 Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2009;18:385-92.
- 7 Braspenning J, Schellevis F, Grol R. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Nijmegen/ Utrecht: WOK/ NIVEL 2004.
- 8 Van Dijk L, Volkers A, Wolters I, De Bakker D. Het gebruik van elektronische formularia in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL 2008.
- 9 Van den Berg MJ, De Bakker DH, Van Roosmalen M, Braspenning JCC. De staat van de huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL 2005.
- 10 Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997;7105:418-21.
- 11 Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
- 12 Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-65.
- 13 Foy R, Walker A, Penney G. Barriers to clinical guidelines: The need for concerted action. *Br J Clin Gov* 2001;6:167-74.
- 14 Pagliari H, Kahan J. Researching perceived barriers and facilitators to implementation: a coded review of studies. In: Thorsen T, Mäkelä M, eds. *Changing professional practice*. Copenhagen: Danish Institute for Health Services Research 1999:169-90.
- 15 Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *Br J Gen Pract* 2007;57:971-8.
- 16 Boivin A, Legare F, Gagnon M-P. Competing norms: Canadian rural family physicians' perceptions of clinical practice guidelines and shared decision-making. *J Health Serv Res Policy* 2008;13:79-84.
- 17 Kasje WN, Denig P, Haaijer-Ruskamp FM. Specialists' expectations regarding joint treatment guidelines for primary and secondary care. *Int J Qual Health Care* 2002;14:509-18.
- 18 Smith L, Walker A, Gilhooly K. Clinical guidelines of depression: a qualitative study of GPs' views. *J Fam Pract* 2004;53:556-61.
- 19 Cranney M, Warren E, Barton S, Gardner K, Walley T. Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. *Fam Pract* 2001;18:359-63.
- 20 Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000.
- 21 Murphy E, Mattson B. Qualitative research and family practice: a marriage made in heaven? *Fam Pract* 1992;9:85-91.
- 22 Mays N, Pope C. Qualitative research: rigour and qualitative research. *BMJ* 1995;311:109-12.
- 23 Mays N, Pope C. Qualitative research in health care: assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000;320:50-2.
- 24 Stichting Kwaliteit en Opleiding Eerstelijnszorg (KOEL). (accessed 2009) Available from: www.stichtingkoel.nl.
- 25 Hingstman L, Kenens RJ. *Cijfers uit de registratie van huisartsen - peiling 2007*. Utrecht: NIVEL 2007.
- 26 Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997;157:408-16.
- 27 Francke A, Smit M, De Veer A, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak* 2008;8:38.
- 28 Schoen C, Osborn R, Huynh PT, et al. On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Aff* 2006;25:w555-71.
- 29 Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005;294:716-24.
- 30 Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004;351:2870-4.
- 31 Shaneyfelt TM, Centor RM. Reassessment of clinical practice guidelines: go gently into that good night. *JAMA* 2009;301:868-9.
- 32 Durso SC. Using clinical guidelines designed for older adults with diabetes mellitus and complex health status. *JAMA* 2006;295:1935-40.
- 33 Kasje WN, Denig P, De Graeff PA, Haaijer-Ruskamp FM. Physicians' views on joint treatment guidelines for primary and secondary care. *Int J Qual Health Care* 2004;16:229-36.
- 34 Berendsen AJ, Benneker W, Schuling J, Rijkers-Koorn N, Slaets JPI, Meyboom-de Jong B. Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists - a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2006;6:155.
- 35 Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, Kovess V, Falissard B. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice* 2005;6:18.
- 36 Heideman J, Laurant M, Verhaak P, Wensing M, Grol R. Effects of a nationwide programme: interventions to reduce perceived barriers to collaboration and to increase structural one-on-one contact. *J Eval Clin Pract* 2007;13:860-6.
- 37 Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Getting research findings into practice: closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998;317:465-8.
- 38 Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999;282:867-74.
- 39 O'Brien M, Freemantle N, Oxman A, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;1:pc118.
- 40 Cabana MD, Ebel BE, Cooper-Patrick L, Powe NR, Rubin HR, Rand CS. Barriers pediatricians face when using asthma practice guidelines. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:685-93.
- 41 Hayward RSA, Guyatt GH, Moore KA, McKibbon KA, Carter AO. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997;156:1715-23.
- 42 Schers HMGP, Wensing MP, Huijsmans Z, van Tulder MP, Grol RP. Implementation barriers for general practice guidelines on low back pain: a qualitative study. *Spine* 2001;26:E348-53.
- 43 Schouten JA, Hulscher MEJL, Natsch S, Kullberg B-J, Meer JWM, Grol RPTM. Barriers to optimal antibiotic use for community-acquired pneumonia at hospitals: a qualitative study. *Quality Saf Health Care* 2007;16:143-9.

NICE Clinical Guidelines: involving patients, sharing decision-making, considering cost effectiveness

Tim Stokes

Key messages

- Patient involvement can lead to recommendations that address issues of key concern to patients.
- Guideline recommendations should be written so they promote shared decision making.
- Cost effectiveness is important as clinicians make decisions about use of resources at individual patient level.

The UK's National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) has now published over eighty evidence-based clinical guidelines covering a wide range of clinical areas in primary and secondary care since 2002. In 2006 the World Health Organisation (WHO) considered NICE to be 'one of the largest, most productive and best organized developers of clinical guidelines in the world.'¹ NICE commissions standard guidelines from four National Collaborating Centres (NCCs), three of which are hosted by medical Royal Colleges, and since 2007 has had its own short clinical guideline programme. NICE is continually developing and refining its methods and has a comprehensive *Guidelines Manual*² for its guideline developers. While NICE guidelines share many features of other national guidelines there has been a particular emphasis on stakeholder engagement (through a rigorous public consultation process), user involvement (through the recruitment

Samenvatting

Stokes T. NICE Clinical Guidelines: involving patients, sharing decision-making, considering cost effectiveness Huisarts Wet 2010;53(1):20-1.

NICE is een onafhankelijk instituut binnen het Verenigd Koninkrijk. NICE ontwikkelt onder andere richtlijnen voor medisch handelen voor de National Health Service. Anders dan de standaarden van het NHG besteden de NICE-richtlijnen expliciet aandacht aan kosten-effectiviteit en gezamenlijke besluitvorming van dokter en patiënt. NICE betreft gebruikers (zowel patiënten als mantelzorgers) actief bij het opstellen van richtlijnen.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Manchester, UK: dr T. Stokes, Clinical Director van 2004 tot 2006 en hoofd van het NICE Short Clinical Guidelines Programme 2006-2009. Hij adviseert NICE tegenwoordig over het nieuwe Quality Indicator Programme.

Correspondentie: tim.stokes@nice.org.uk

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

of patient members to all guideline development groups), shared decision making and the need to explicitly consider cost effectiveness as well as clinical effectiveness when making recommendations. NICE is also currently developing methods to link research evidence to guideline recommendations through GRADE evidence profiles.³ This commentary specifically reviews the way in which NICE clinical guidelines involve patients, ensure shared decision making and address cost effectiveness when drafting guideline recommendations as these are areas that are likely to be of most interest to a Dutch audience.

The involvement of patients

Patient involvement in NICE clinical guidelines is achieved in two ways.⁴ First, the public consultation process at each stage of a clinical guideline's development ensures that patient stakeholder organisations can shape the clinical content of the guideline through commenting on the guideline's scope and on its draft version before publication. Second, at least two patient and carer (people who look after patients with the relevant condition) members sit on each multidisciplinary guideline development group (GDG). NICE has a dedicated Patient and Public Involvement Programme (PPIP) that helps recruit patient and carer members of GDGs and also supports them through the guideline development process. Patient and carer members have equal status to professional members and their key role is to ensure that the views, experiences and interests of patients inform the GDG's work. This may include: 1. identifying issues of concern to patients or carers to help develop the guideline's review questions; 2. reading summaries of the research evidence from a patient or carer perspective to judge – for example, whether or not the identified papers address issues that patients and carers consider important; 3. making sure that patients and carers' perspectives are taken into account when the group draws up recommendations for clinical practice and when it considers stakeholders' comments made during the consultation process and 4. helping produce a patient version of the guideline ('Understanding NICE guidance' booklet). The integration of relevant patient experiences into each review question helps to make the question patient-centred as well as clinically appropriate. For example, a review question that looks at the effectiveness of chemotherapy for a terminal cancer is more patient-centred if it integrates patient views on whether it is preferable to prolong life or to have a shorter life but of better quality. Review questions can also focus specifically on key aspects of the

patient experience. For example, the NICE postnatal care guideline conducted a literature review to determine whether there are cultural differences that need to be considered in delivering information and support on breast or bottle-feeding. In such reviews qualitative research is increasingly being used by guideline developers⁵ alongside reviews of randomized controlled trials.

Shared decision-making

Shared decision-making means that information exchange is a two way process in the consultation and both deliberation and decision are made by both health care professional and patient. This is in contrast to a 'paternalistic' model where information is given to the patient and deliberation and decision are made by the health care professional or an 'informed' model where information is given to the patient and the patient makes the deliberation and decision.⁶ NICE has promoted shared decision making through ensuring that its clinical guidelines address issues of importance to both patients and health care professionals and by highlighting the need to ensure the patient's agenda is addressed. For example, the NICE antibiotic prescribing for respiratory tract infections guideline makes a specific recommendation that patients' or parents'/carers' concerns and expectations should be determined and addressed when agreeing the use of the three antibiotic prescribing strategies (no prescribing, delayed prescribing and immediate prescribing) for respiratory tract infections in primary care. NICE has also issued guidance that has a specific focus on shared decision-making about medicines: the medicines adherence guideline. This guideline makes a set of specific recommendations that address how health care professionals can increase patient involvement in decisions about prescribed medicines and how they can support patients to increase their adherence with prescribed medication. It emphasizes that the purpose of assessing adherence is not to monitor patients but rather to find out whether patients need more information and support. The guideline was developed using standard NICE methods,² but the developers carried out a thorough review of the relevant social science as well as medical literature on shared-decision making about medicines.⁷

Considering the cost effectiveness of diagnostic tests and treatments

Arguably the most important differentiating feature of NICE clinical guidelines is their brief to consider cost effectiveness as well as clinical effectiveness when making recommendations on 'which test?' or 'which drug?' It should be noted that NICE's Technology Appraisal (TA) programme uses health economic evaluation in its assessment of selected new and established health technologies for the NHS in England and Wales.⁸ Health economics is about improving the health of the population through the efficient use of resources and it does apply at the level of individual clinical decisions. While health care professionals already take resources and value for money into account when making clinical decisions the incorporation of good-quality health-economic evidence into clinical guidelines can help to make this more consistent. NICE's

clinical guidelines may incorporate and contextualize recommendations on the use of specific drugs already recommended by NICE as being cost effective through its TA programme. For example, NICE issued a TA on the use of statins which stated that they should be used as part of the management strategy for the primary prevention of cardiovascular disease (CVD) for adults who have a 20% or greater 10-year risk of developing CVD and that therapy should usually be initiated with a statin with a low acquisition cost. The accompanying lipid modification clinical guideline helps implement this recommendation in UK primary care through specifying how cardiovascular risk should be assessed and discussed with the patient and through recommending that treatment should be initiated with a specific low acquisition cost statin: simvastatin (40mg). Alternatively, NICE's own guideline developers may carry out de novo health cost effectiveness analysis when no appropriate health economic evaluation exists. For example, the coeliac disease guideline developed a model to estimate the cost effectiveness of serological test strategies for detecting coeliac disease in patients presenting with signs and symptoms which was used to inform the specific clinical guideline recommendations.

Conclusion

In conclusion, NICE clinical guidelines have strong patient involvement, promote shared decision-making and make cost effective recommendations. The challenge, as with all national guideline programmes, remains their effective implementation.

References

- 1 De Joncheere K, Hill S, Klazinga N, Makela M, Oxman AD. The Clinical Guideline Programme of the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2006. [<http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/boardmeeting/brdjan07item2b.pdf>.]
- 2 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The guidelines manual. London: NICE, 2009. www.nice.org.uk.
- 3 Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. for the GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6.
- 4 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Contributing to a NICE clinical guideline: a guide for patients and carers. London: NICE, 2006. www.nice.org.uk.
- 5 Tan T, Stokes T, Shaw EJ. Use of qualitative research as evidence in the clinical guideline program of the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Int J Evid Based Health* 2009;169-72.
- 6 Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999;49:651-61.
- 7 Nunes V, Neilson J, O'Flynn N et al. Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, 2009.
- 8 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Guide to the methods of technology appraisal. London: NICE, 2008. www.nice.org.uk.

Complete literatuurlijst op www.henw.org.

NHG-Standaard Hand- en polsklachten

Eerste herziening

Peters-Veluthamaningal C, Willems W, Smeets JGE, Van der Windt DAWM, Spies MN, Strackee SD, Vos K, Wind LA, Geraets JJXR. *Huisarts Wet* 2010;53(1):22-39.

Inleiding

De NHG-Standaard Hand- en polsklachten geeft richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van patiënten met klachten van de hand en pols in de huisartsenpraktijk. De huisarts wordt bij hand- en polsklachten meestal direct op het spoor van een specifieke aandoening gezet. Daarom behandelt deze standaard de diagnostiek en het beleid bij de meest voorkomende specifieke aandoeningen van de hand en pols: carpaletunnelsyndroom (CTS), ganglion, artrose van de hand, *trigger finger* en *trigger thumb*, *mallet finger*, contractuur van Dupuytren en tendovaginitis van De Quervain.¹

Aspecifieke hand- en polsklachten vallen buiten het bestek van deze standaard.² Deze standaard gaat verder, met uitzondering van de *mallet finger*, niet in op het beleid bij acute traumata van de hand en pols, zoals fracturen, rupturen en verwondingen. Buiten het bestek van deze standaard vallen ook aandoeningen die zich niet uitsluitend beperken tot de hand- en polsregio, zoals het complex regionaal pijnsyndroom (voorheen bekend als Sudeckse dystrofie of sympathische reflexdystrofie), de ziekte van Raynaud (zie de Farmacotherapeutische richtlijn Raynaud fenomeen), aandoeningen van de huid (zoals huidinfecties, eczeem, epitheelcyste), bottumoren en reumatoïde artritis (zie NHG-Standaard Artritis). Tot slot gaat de standaard niet in op hand- en

polsklachten die hun oorsprong elders in het lichaam hebben (zoals hand- en polsklachten door een cervicale hernia).

Achtergronden algemeen

Epidemiologie

In de algemene Nederlandse bevolking wordt de jaarlijkse prevalentie van hand- en polsklachten geschat op 125 per 1000 personen. De incidentie van handklachten in de Nederlandse huisartsenpraktijk bedraagt ongeveer 8 nieuwe episoden per 1000 patiënten per jaar en van polsklachten ongeveer 4 episoden per 1000 patiënten per jaar. De prevalentie van handklachten in de Nederlandse huisartsenpraktijk wordt geschat op 10 per 1000 patiënten en van polsklachten op zes per 1000 patiënten. De incidentie en prevalentie van zowel hand- als polsklachten in de huisartsenpraktijk zijn hoger voor vrouwen dan voor mannen.³

Beloop en prognose

Hand- en polsklachten gaan gepaard met pijn en vermindering van functies, hetgeen forse invloed kan hebben op de nachtrust en dagelijkse activiteiten. Van alle patiënten die in verband met hand- en polsklachten de huisarts bezoeken, is ongeveer een kwart na drie maanden hersteld. Na een jaar zegt ongeveer 40% van de patiënten hersteld te zijn.⁴

Ongunstige prognostische factoren zijn: hogere leeftijd, vrouwelijk geslacht, klachten die langer dan drie maanden bestaan bij het eerste consult, de neiging tot somatiseren, en het gevoel weinig controle te hebben

over de pijnklachten en de gevolgen van de aandoening in het dagelijks functioneren.⁵

Richtlijnen diagnostiek en beleid algemeen

Bij de specifieke hand- en polsaandoeningen zijn in de regel anamnese en gericht lichamelijk onderzoek (inspectie, palpatie en bewegingsonderzoek) voldoende om de diagnose te stellen en andere diagnoses onwaarschijnlijker te maken (zie tabel 1). Aanvullend onderzoek is meestal niet nodig.

Algemene aandachtspunten bij de presentatie van hand- en polsklachten zijn de lokalisatie, de aanleiding (denk hierbij aan een recent of een oud trauma), de aard, de ernst van de klacht, het tijdstip van optreden en de dagelijkse bezigheden (werk, hobby's). Aandachtspunten bij lichamelijk onderzoek zijn kleur, doorbloeding, huidtemperatuur, zwelling of atrofie, bewegingsbeperkingen of paresthesieën, pijn bij bewegen, sensibiteit en spierkracht.

De huisarts behandelt hand- en polsklachten in de regel zelf. Daarbij wordt meestal volstaan met voorlichting en advies, desgewenst gecombineerd met pijnstilling.⁶ In aansluiting op de gegeven mondelinge

Kernboodschappen

- Diagnosen bij hand- en polsklachten kunnen in de regel zonder aanvullend onderzoek worden vastgesteld.
- De huisarts behandelt de meeste hand- en polsklachten zelf.

Tabel 1 Specifieke aandoeningen aan de hand en pols en belangrijkste bijbehorende symptomen.

Lokalisatie	Aandoening	Belangrijkste symptomen (Nachtelijke) paresthesieën in voornamelijk dig 1 tot 3 en de aansluitende handpalmregio. Wapperen met de hand kan verlichting geven.
Pols en/of vingers	Carpaletunnelsyndroom	
	Ganglion	Veelal pijnloze uitstulping van gewrichtskapsel of peesschede, gevuld met synoviale vloeistof.
Vingers	Artrose PIP (proximale interfalangeale gewricht) en DIP (distale interfalangeale gewricht)	Pijn en/of zwelling en/of stijfheid en/of bewegingsbeperking van PIP- en DIP-gewrichten.
	Trigger finger of Trigger thumb	Pijn bij buigen en 'hokken' bij strekken van de vinger of duim en/of zwelling van buigpees (palmar).
	Mallet finger	Flexiestand DIP, actief strekken niet mogelijk.
	Contractuur van Dupuytren	Vast-elastische, soms pijnlijke verdikkingen/strengen in de handpalm met geleidelijk progressieve flexiecontractuur in met name dig 4 en/of 5.
Pols en/of duim	Tendovaginitis van De Quervain	Lokale (druk)pijn en/of zwelling aan radiale zijde van pols.
Duim	Artrose CMC-I (carpometacarpale-I-gewricht)	Pijn en/of zwelling en/of stijfheid en/of bewegingsbeperking van CMC-I-gewricht.

voorlichting kunt u de patiënt – afhankelijk van de specifieke aandoening – de NHG-Patiëntenbrieven Carpaletunnelsyndroom, Ganglion van pols of hand, Artrose van uw hand, Springvinger, Malletvinger, Contractuur van Dupuytren of Peesirritatie van De Quervain meegeven (voor een overzicht van alle patiëntenbrieven zie www.nhg.org > patiëntenbrieven). Bij ernstige of langdurige klachten bestaat het verdere beleid – afhankelijk van de specifieke aandoening – uit ergonomische aanpassingen, spalkbehandeling,⁷ oefentherapie, lokale corticosteroidinfectie,⁸ aanvullend onderzoek of operatieve behandeling.⁹ Vraag naar ziekteverzuim en informeer in geval van ziekteverzuim bij de patiënt naar afspraken met de bedrijfsarts of overleg zo nodig met de bedrijfsarts bij werkgerelateerde of arbeidsrelevante hand- en polsklachten.¹⁰

Inbreng van de patiënt

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

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Delegeren van taken

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

Carpaletunnelsyndroom

Achtergronden

Het carpaletunnelsyndroom (CTS) bestaat uit een verzameling klachten veroorzaakt door compressie van de nervus medianus in het verloop van de carpale tunnel. De carpale tunnel is een nauwe doorgang aan de palmaire zijde van de pols. De tunnel wordt aan de dorsale zijde begrensd door de carpalia en aan de palmaire zijde door het ligamentum carpi transversum. In de tunnel lopen naast de zenuw ook de buigpezen van de duim en vingers.

CTS is een aandoening die meer bij vrouwen dan bij mannen voorkomt en vooral in de leeftijdscategorie van veertig tot zestig jaar.¹¹ De prevalentie van CTS in de algemene bevolking bedraagt ongeveer negentig per duizend voor vrouwen en ongeveer zes per duizend voor mannen. De incidentie in de huisartsenpraktijk wordt voor vrouwen geschat op ongeveer vier nieuwe episoden per duizend patiënten per jaar en voor mannen op ongeveer één nieuwe episode per duizend patiënten per jaar. In een normpraktijk (2350 patiënten) stelt de huisarts per jaar vier tot zes keer de diagnose CTS. Risicofactoren voor CTS zijn vrouwelijk geslacht, hogere leeftijd, overgewicht, post-traumatische en congenitale vormafwijkingen van de carpale tunnel, reumatoïde artritis, zwangerschap, ovariëctomie, diabetes mellitus en hypo- en hyperthyreoïdie.¹² Werkgerelateerde risicofactoren zijn snel repeterende bewegingen, hand-armtrillingen en ongunstige werkhoudingen (meer dan dertig graden dorsaal of palmaire flexie uit de neutrale polsstand).

CTS wordt veroorzaakt door drukverhoging in de carpale tunnel.¹³ Deze drukverhoging veroorzaakt ischemie in de nervus medianus, dat aanleiding geeft tot verminderde zenuwgeleiding met als gevolg paresthesieën, sensibele uitval en pijn. Over de periode van ongeveer een jaar blijkt spontane vermindering van de klachten op te treden in ongeveer een kwart van de gevallen. Bij ongeveer de helft van de gevallen blijven de klachten onveranderd en bij ongeveer een kwart zijn de klachten verergerd.¹⁴ Zwangerschap is een uitlokkende factor, maar de prognose na de bevalling is gunstiger; ongeveer de helft herstelt na een jaar. Andere gunstige prognostische factoren zijn een korte duur van de symptomen bij presentatie en een jongere leeftijd.

Richtlijnen diagnostiek

Er bestaat geen gouden standaard voor de diagnose CTS.¹⁵ De diagnose kan in de huisartsenpraktijk in eerste instantie goed

worden gesteld op grond van de anamnese en het klinisch beeld. Zenuwgeleidingsonderzoek is doorgaans niet noodzakelijk. De diagnose CTS wordt vermoed op grond van het typische klachtenpatroon in de anamnese: (nachtelijke) vaak pijnlijke tintelingen en/of een doof gevoel in de duim, wijsvinger en middelvinger en de radiale zijde van de ringvinger en de aansluitende regio van de handpalm. De paresthesieën kunnen zich echter ook in de hele hand voordoen en zelfs uitstralen naar de hele arm. De klachten kunnen de patiënt uit de slaap wekken en enkelzijdig of dubbelzijdig optreden. Wapperen met de handen kan verlichting geven van de klachten (*flick-sign*). Het lichamelijke onderzoek kan de diagnose aannemelijker maken, maar dient vooral om een indruk te krijgen van de ernst van de aandoening (atrofie, krachtsverlies). Lichamelijk onderzoek is ook van belang wanneer de anamnese aanleiding geeft om aan andere aandoeningen dan CTS te denken.

Anamnese

Vraag bij presentatie van de klacht tintelingen en/of sensibele uitval en/of pijn in de hand ter bevestiging of verwerping van de diagnose CTS naar:

- de lokalisatie van de klachten;
- verstoorde nachtrust;
- handbewegingen die klachten kunnen doen verminderen (wapperen, af laten hangen);
- activiteiten of houdingen die de klachten kunnen provoceren of verergeren.

Vraag ter bepaling van de ernst van de klachten naar:

- enkel- of dubbelzijdigheid van de klachten;
- het bestaan van klachten 's nachts of overdag;
- het intermitterend of continu zijn van de klachten;
- onhandigheid/verminderde handfunctie (dingen uit de hand laten vallen, vaak optredend zonder krachtsverlies, maar ten gevolge van verminderde sensibiliteit);
- verminderde kracht;
- mate van hinder bij de dagelijkse werkzaamheden en activiteiten.

Vraag ter differentiatie van andere aandoeningen naar klachten van:

- de nek en provocatie van de klachten door bewegingen van de nek;
- de schouder;
- de elleboog, onderarm en pols.

Lichamelijk onderzoek

De waarde van lichamelijk onderzoek¹⁶ bij

een patiënt met klachten van CTS is beperkt. Provocatietesten worden niet aanbevolen, omdat een positieve uitslag van een provocatietest niet differentieert tussen CTS en andere oorzaken voor paresthesieën in de hand en een negatieve uitslag niet bijdraagt aan het verwerpen van de diagnose CTS. Krachtsverlies van de musculus abductor pollicis brevis (verminderde kracht bij abductie van de duim tegen weerstand) en/of van de musculus opponens pollicis (verminderde kracht bij het drukken van de duim tegen de basis van de pink) en atrofie van de duimmuis zijn klinisch relevante aanwijzingen voor het bestaan van een CTS. Deze bevindingen zijn weinig specifiek voor CTS, maar hebben een prognostische waarde omdat ze in een laat stadium optreden.

Beoordeel bij bijkomende klachten in de nek, schouder, elleboog, of onderarm:

- of het gebied van de uitstraling correspondeert met dermatoom C6 of C7, het gebied van de nervus ulnaris of de nervus radialis.
- of de klachten in de hand of pols kunnen worden geprovoceerd door bewegingen van de nek, schouder of elleboog (radiculair syndroom, *neurogeen thoracic outlet* syndroom).
- of de klachten in de hand of pols geprovoceerd kunnen worden door palpatie van structuren in de nek, schouder of elleboog (ulnaropathie).

Aanvullend onderzoek

Bij een typische klinische presentatie is het in de eerste lijn niet nodig zenuwgeleidingsonderzoek te verrichten, omdat het geen consequenties heeft voor het directe beleid van de huisarts. In de tweede lijn is het gangbaar om voorafgaand aan een operatie zenuwgeleidingsonderzoek te verrichten.¹⁷

Evaluatie

Stel de diagnose CTS aan de hand van het klinisch beeld bij:

- Pijn, tintelingen en/of sensibele uitval in dat gedeelte van de hand dat door de nervus medianus wordt geïnnerveerd (duim, wijs- en middelvinger).
- De diagnose wordt ondersteund door de kenmerken nachtelijke klachten, klachten in beide handen, en – het meest uitgesproken in de dominante hand – verlichting door wapperen met de hand.

Symptomen die ook bij CTS kunnen passen zijn: functievermindering van de hand in de ochtenduren, klachten die bij het voortschrijden van de aandoening ook overdag bestaan, krachtsverlies en klachten in de gehele hand met soms ook uitstraling naar de arm.

Differentiaal diagnostische overwegingen zijn:

- cervicale radiculopathie (C6 of C7);
- ulnaropathie;
- polyneuropathie;
- onderliggende artrogene of tendomyogene aandoening van pols of hand;
- aspecifieke hand- en polsklachten.

Richtlijnen beleid

Het beleid¹⁸ bij geringe of kortdurende klachten is expectatief en bestaat alleen uit voorlichting en/of adviezen.

Voorlichting en adviezen

Bespreek het ontstaan van CTS, de risicofactoren, het te verwachte beloop (circa 25% verbetert na één jaar) en de te verwachten effecten, bijwerkingen en complicaties van de beschikbare behandelingsmogelijkheden. Bij zwangerschap is een afwachtend beleid en spalkbehandeling eerste keus. Bij ernstige klachten in de zwangerschap is het beleid niet anders dan buiten de zwangerschap.

Niet-medicamenteuze behandeling

Overweeg een spalkbehandeling (waarbij de pols in een neutrale stand gehouden wordt) bij patiënten met CTS-klachten die hinder veroorzaken bij dagelijkse activiteiten en bij contra-indicaties voor corticosteroïdinjecties of bij een voorkeur van de patiënt voor spalkbehandeling.¹⁹ De huisarts kan dit zelf doen of hiervoor verwijzen naar een ergotherapeut. Men dient de spalk in ieder geval 's nachts te dragen en zo mogelijk ook overdag. Het dragen van een spalk kan de klachten op korte termijn (tot vier weken) verminderen. Indien het dragen van de spalk na zes weken niet leidt tot een vermindering van de klachten, heeft het geen zin deze behandeling voort te zetten.

Medicamenteuze behandeling

Overweeg bij CTS-klachten die hinder veroorzaken bij dagelijkse activiteiten een injectie met een corticosteroïd in de carpal tunnel of enkele centimeters proximaal van de polspleoi (1 ml triamcinolonacetonide 10 mg/ml).²⁰ Herhaal de injectie bij geen effect na twee tot drie weken. De kans op herstel van klinische symptomen op de korte termijn (tot vier weken) bij een injectie met een corticosteroïd, is 2,5 keer zo groot als de kans op herstel van symptomen na een placebobehandeling. De effectiviteit van een corticosteroïdinjectie op de lange termijn is onbekend. Indien er na twee juist geplaatste injecties met een tussenpoos van twee tot drie weken geen verbetering is opgetreden, is verdere injectiebehandeling niet zinvol. Bij CTS bij reumatoïde artritis is een corticosteroïdinjectie eerste keus.

Verwijzing

Overweeg een verwijzing voor een chirurgische interventie bij ernstige CTS-klachten (gepaard gaand met verminderde kracht van de musculus opponens pollicis of duimmuisatrofie of krachtsvermindering van de musculus abductor pollicis brevis), of bij langdurige aanhoudende klinische klachten waarbij onvoldoende symptoomverlichting door conservatieve behandeling of injectiebehandeling is opgetreden. Overweeg eveneens een verwijzing voor chirurgische behandeling bij klachten die het dagelijks functioneren in ernstige mate beïnvloeden of van invloed zijn op het functioneren op het werk, tenzij de patiënt dit niet als eerste wil.²¹ De succeskans van chirurgie is groter in vergelijking met conservatieve behandeling, maar de verschillen in klinisch opzicht zijn gering. De succeskans van chirurgie wordt niet bepaald door de tijdsduur van de klachten voorafgaand aan de operatie. Gips- of spalkimmobilisatie na operatie wordt niet aanbevolen, omdat dit geen aantoonbaar voordeel biedt voor het herstel. Gedurende drie tot zes maanden na de operatie kan de patiënt nog last houden van verlies van kracht, functieverlies, littekenpijn, gevoeligheid van duim- en/of pinkmuis, gevoelsvermindering en tintelingen.

Ganglion

Achtergronden

Een ganglion²² is een uitstulping van het gewrichtskapsel of van de peesschede die gevuld is met synoviale vloeistof. De meeste ganglia liggen aan de dorsale zijde van de pols. Een peesschede ganglion kan gevonden worden aan de volaire zijde van het MCP-gewricht dan wel proximale falanx. Een ganglion uitgaande van de gewrichten van de pols kan gevonden worden aan de dorsale en aan de radiovulaire zijde van de pols. Ten slotte kan er ook nog een ganglion worden gevonden aan de dorsale zijde van de DIP-gewrichten (mucoïdcyste). Meestal geeft een ganglion geen klachten, soms zijn er pijnklachten bij bepaalde bewegingen.

In de algemene bevolking bedraagt de prevalentie van een ganglion 4,5 per 1000 personen en de incidentie 3,3 episoden per 1000 personen per jaar.²³ Een ganglion aan de hand of pols komt het meeste voor bij vrouwen en in de leeftijdscategorie tussen een leeftijd van twintig tot veertig jaar.

De oorzaak voor het ontstaan van een ganglion is meestal onbekend.²⁴ Een ganglion ter hoogte van het DIP-gewricht is meestal een gevolg van een degeneratieve afwijking (artrose van het DIP-gewricht). Ulceratie van

de cyste komt uitsluitend voor aan het DIP-gewricht. Een ganglion kan een uiting zijn van artrose al dan niet na een fractuur. Er lijkt geen duidelijke relatie te bestaan met werk of vrijetijdsbesteding. Een ganglion kan geleidelijk of abrupt ontstaan en verdwijnt in bijna de helft van de gevallen weer spontaan.

Richtlijnen diagnostiek

De diagnose²⁵ kan aan de hand van lichamelijk onderzoek goed worden gesteld.

Lichamelijk en aanvullend onderzoek

- Palpeer de zwelling en let op fixatie van de zwelling aan de onderlaag.
- Bij twijfel: punteer, aspireer of doorlicht de zwelling in een donkere ruimte met een fel lampje (diafanie). Gebruik bij aspiratie een dikke naald om de vaak geleachtige vloeistof op te kunnen zuigen.

Evaluatie

Stel de diagnose ganglion bij een gladde en vast-elastische tot zeer vaste zwelling, gefixeerd aan de onderlaag ter hoogte van het DIP-gewricht, aan de dorsale zijde van de pols of ter hoogte van de overgang van het os scaphoïdeum en het os lunatum. Een helder soms geleachtig punctaat of diafanie bij doorlichten bevestigt bij twijfel de diagnose. Indien er hinder bestaat bij een polsganglion, denk dan ook aan carpal instabiliteit als onderliggende oorzaak.²

Richtlijnen beleid

Voorlichting en adviezen

Het betreft een onschuldige aandoening die in de helft van alle gevallen spontaan verdwijnt. Wacht af als er geen klachten zijn.²⁶

Aspiratie

Aspireer het ganglion met een dikke naald bij mechanische bezwaren of een cosmetisch probleem, of bij angst voor een kwaadaardige aandoening. Een helder, geleachtig punctaat ondersteunt de diagnose. Aspiratie heeft vaak een kortdurend effect. De kans op een recidiefzwelling na de aspiratie is ongeveer 50%. Vanwege het ontbreken van bewijs voor effectiviteit wordt aspiratie gecombineerd met een corticosteroïdinjectie niet geadviseerd.

Verwijzing

Verwijs voor een chirurgische behandeling bij een ganglion met pijn, ADL-beperkingen en wanneer (eventueel meerdere) aspiratie(s) onvoldoende effect sorteert(n). Hierbij vindt een open of een arthroscopische excisie van het ganglion plaats. De kans op een recidief na excisie is 1 tot 40%.

Verwijs bij ulceratie van de cyste aan het DIP-gewricht (een afwijking bekend als mucocyste). Indien er sprake is van een ernstige artrose, kan het noodzakelijk zijn een artrodese van het DIP-gewricht uit te voeren (bereid de patiënt hierop voor).

Artrose van de hand

Achtergronden

Artrose is een klinisch syndroom gekenmerkt door gewrichtspijn, stijfheid en functiebeperking. Artrose in de hand komt meestal voor aan de volgende gewrichten:

- duimbasis (CMC-I);
- proximale vingergewrichten (PIP);
- distale vingergewrichten (DIP).

Kenmerkend is de vorming van benige verdikkingen (noduli) bij de PIP-gewrichten (noduli van Bouchard) of bij de DIP-gewrichten (noduli van Heberden). Artrose in de pols is zeldzaam, maar er kan soms sprake zijn van artrose aan de radiale zijde van de pols (carporadiale gewricht).

Het merendeel van de mensen in de leeftijdscategorie ouder dan 55 jaar heeft radiologische kenmerken van artrose van de hand of pols, maar slechts ongeveer 20% van hen heeft ook klinische symptomen.²⁷ De prevalentie en incidentie van artrose zijn aanzienlijk hoger voor vrouwen dan voor mannen en nemen toe met de leeftijd. De gevolgen van artrose voor het dagelijks functioneren en voor de zelfredzaamheid van ouderen kan groot zijn, maar toch wordt lang niet altijd hulp gezocht. Artrose van CMC-I kan ook op veel jongere leeftijd al klachten geven.

Het verlies van gewrichtskraakbeen en de nieuwvorming van bot kunnen het gevolg zijn van langdurige mechanische belasting, een eerder trauma of instabiliteit van het gewricht.²⁸ Artrose komt ook vaak voor zonder aanwijsbare oorzaak (primaire artrose) of bij mensen met een inflammatoire vorm van artritis zoals reumatoïde artritis (secundaire artrose). Zie NHG-Standaard Artritis. Andere risicofactoren zijn een familiegeschiedenis van artrose, hogere leeftijd en overgewicht.²⁹

Het merendeel van de patiënten rapporteert over een periode van twee jaar een toename van pijnklachten, maar artrose van de hand heeft niet altijd een progressief beloop.³⁰ Progressie gaat samen met verminderde knijpkracht van de handspieren. Artrose van het CMC-I-gewricht heeft onder meer door andere mogelijke oorzaken (eerder trauma of instabiliteit) en andere behandelingsmogelijkheden een andere (vaak minder gunstige) prognose.

CMC-I-artrose gaat doorgaans gepaard met meer beperkingen in functie dan artrose van de PIP- of DIP-gewrichten. Pijnklachten bij artrose treden vaak op in exacerbaties (ook wel *flares* genoemd), die gepaard kunnen gaan met toegenomen stijfheid, warmte en hydrops (zie NHG-Standaard Artritis). Er zijn nog weinig gegevens over de invloed van comorbiditeit, werkgerelateerde en/of arbeidsrelevante factoren en psychosociale factoren (angst, depressie, ziekteperceptie) op het beloop van klachten bij handartrose en met name op de consequenties van de klachten voor functioneren.

Richtlijnen diagnostiek

Anamnese

Ter bevestiging van de diagnose³¹ besteedt de huisarts aandacht aan:

- eventueel recent of ouder trauma van de hand en/of pols;
- de leeftijd van de patiënt (ouder dan 45 jaar);
- de lokalisatie van de klachten; welke gewrichten zijn aangedaan (bij artrose van het CMC-I-gewricht worden pijnklachten in de duimmuis ter hoogte van de handpalm aangegeven);
- de aanwezigheid van startpijn en startstijfheid; zwelling en ochtendstijfheid (korter dan een half uur);
- pijn bij wringende bewegingen (veelvoorkomende klacht bij artrose van het CMC-I-gewricht);
- klachten aan andere gewrichten die duiden op artrose (met name knie of heup);
- het voorkomen van artrose in de familie.

Ter bepaling van de ernst van klachten vraagt de huisarts naar:

- de lokalisatie van de klachten; enkel- of dubbelzijdig;
- mate van hinder in de dagelijkse werkzaamheden en activiteiten (grijpen en knijpen);
- verminderde kracht.

Lichamelijk onderzoek

Beoordeel:

- de lokalisatie van de klachten en vergelijk daarbij met de andere zijde;
- de aanwezigheid van benige verdikkingen bij de PIP-gewrichten (noduli van Bouchard) of bij de DIP-gewrichten (noduli van Heberden);
- de aanwezigheid van collaps van de duim (adductiecontractuur van CMC-I met hyperextensie van MCP-I geeft een vierkant aspect van de hand (*square hand*)).

Besteed aandacht aan:

- de mobiliteit van de pols (flexie/extensie);

- de mobiliteit van hand- en vingerge-wrichten (vuist maken);
- de kracht van de handspieren (knijpen in twee vingers van arts).

Aanvullend onderzoek

Laboratoriumonderzoek is niet geïndiceerd bij artrose (zie NHG-Standaard Artritis). Röntgenonderzoek is niet zinvol om de diagnose artrose te stellen gezien de discrepantie tussen radiologische kenmerken van artrose van de hand of pols en de klinische symptomen.

Evaluatie

Stel de diagnose artrose bij:

- aanhoudende gewrichtsklachten die toenemen bij belasting van de gewrichten;
- leeftijd van 45 jaar of ouder (hoewel artrose soms bij jongere mensen kan voorkomen);
- lichte, kortdurende ochtendstijfheid (minder dan een half uur);
- benige verdikking met name bij PIP-gewrichten en DIP-gewrichten.

Differentiaal diagnostische overwegingen bij PIP- en DIP-artrose zijn:

- reumatoïde artritis (gekenmerkt door: leeftijd bij diagnose vaak jonger dan veertig jaar, vaak symmetrische klachten, met name pols, MCP- en PIP-gewrichten aangedaan en DIP-gewrichten niet aangedaan, ochtendstijfheid duurt langer dan één uur);
- andere vormen van artritis.

Differentiaal diagnostische overwegingen bij CMC-I-artrose zijn:

- oude al dan niet miskende scaphoid-laesies of laesies van het scapholunate ligament na een eerder trauma bij CMC-I-artrose;
- tendovaginitis van De Quervain.

Richtlijnen beleid

Voorlichting en adviezen

Geef uitleg over de mogelijke oorzaken van de aandoening en het mogelijke beloop.

Adviseer – bij veel pijn – tijdelijk de aangedane gewrichten te ontzien bij dagelijkse activiteiten.

Adviseer enkele eenvoudige oefeningen (polsen buigen en strekken, vuist maken, vingers strekken en spreiden), die kunnen helpen bij het behoud van kracht en de beweeglijkheid.³²

Niet-medicamenteuze behandeling

Een spalk³³ voorkomt overbelasting van het gewricht en kan leiden tot afname van de pijnklachten. Een (hand)therapeut kan tevens een programma aanbieden waarin

aandacht wordt besteed aan ergotherapeutische adviezen zoals omgaan met de klachten tijdens dagelijkse activiteiten en tips voor ontzien van aangedane gewrichten, en gerichte oefeningen ter versterking van handspieren en in standhouden van mobiliteit.³⁴ Een dergelijk programma kan gunstige effecten hebben op pijn, beperkingen in functioneren en knijpkracht.

Medicamenteuze behandeling

Adviseer desgewenst pijnstilling in periodes waarin pijn op de voorgrond staat. Overweeg het gebruik van een lokaal NSAID als eerste keus bij artrose. De effecten zijn bij artrose vrijwel vergelijkbaar met die van een oraal NSAID, maar met een veel lager risico op (gastro-intestinale) bijwerkingen. Paracetamol is tweede keus, omdat dit middel een breed veiligheidsprofiel heeft. Bij onvoldoende resultaat is een oraal NSAID derde keus. Het gebruik van voedings-supplementen, waaronder glucosamine en chondroïtine, wordt niet geadviseerd,³⁵ evenmin een corticosteroidinjectie, vanwege het ontbreken van voldoende bewijs voor effectiviteit.³⁶

Verwijzing

Behandel zo lang mogelijk conservatief. Als de pijn of de bewegingsbeperking (vooral van het CMC-gewricht) ondanks conservatieve behandeling (medicatie, oefentherapie of ergotherapie) blijft bestaan, overweeg dan een verwijzing naar een chirurg voor operatieve behandeling (artrodese, trapeziumresectie of trapeziumresectie met ligamentreconstructie al dan niet met interpositie van peesmateriaal).³⁷ De resultaten van chirurgie zijn niet bij iedereen gunstig: 60% is min of meer tevreden en ongeveer 30% blijft klachten houden. Er zijn geen aanwijzingen dat een bepaalde chirurgische techniek de voorkeur heeft wat betreft effecten op pijn of functioneren.

Trigger finger en trigger thumb

Achtergronden

Een trigger finger of een trigger thumb³⁸ oftewel een springvinger of springduim oftewel hokkende vinger of hokkende duim is een tenosynovitis van de flexorpezen van de vingers of van de duim. Irritatie van de peesschede leidt tot zwelling in de pees (nodus van Notta) en/of tot een vernauwing van de peesschede. De klachten beginnen vaak met een vervelend of pijnlijk gevoel aan de basis van de vinger. Het normale en soepele glijden van de buigpees tijdens buigen en strekken van de vinger wordt hierdoor belemmerd, hetgeen leidt tot pijn bij buigen en 'hokken' bij het strekken.

De aandoening komt meer voor bij vrouwen dan bij mannen en meer in de leeftijdscategorieën jonger dan zes jaar (waaronder pasgeborenen) en tussen de veertig en zeventig jaar.³⁹ De oorzaak van een trigger finger is niet bekend. Hoewel er gesproken wordt van een tenosynovitis worden er bij pathologisch anatomisch onderzoek geen verschijnselen van inflammatie gevonden. Een trigger finger lijkt geassocieerd te zijn met diabetes mellitus, reumatoïde artritis, hypothyreoïdie, CTS, jicht en repeterend gebruik van de vingers.

Richtlijnen diagnostiek

Anamnese

Vraag naar:

- de lokalisatie van de pijnklachten;
- belemmeringen bij het buigen of strekken van de vinger of duim;
- gezwollen gevoel ter hoogte van de PIP-gewrichten van de vinger.

Lichamelijk onderzoek

Palpeer de flexorpees (in de handpalm, net proximaal van het MCP-gewricht) en let op een eventueel drukpijnlijke en met de beweging van de buigpezen meebewegende zwelling.

Evaluatie

Stel de diagnose trigger finger of trigger thumb⁴⁰ op basis van een vervelend of pijnlijk gevoel aan de palmaire zijde van de basis van de vinger of de duim en het moeilijker buigen of strekken van de vinger of duim. Soms is er sprake van lokale zwelling en/of lokale drukpijnlijkheid van de flexorpees.

Richtlijnen beleid

- Geef bij geringe en kortdurende klachten voorlichting over het ontstaan van de klachten en volg daarnaast een expectatief beleid.
- Overweeg bij klachten die hinder veroorzaken bij dagelijkse activiteiten een injectie met een corticosteroid (1 ml triamcinolonacetonide 10 mg/ml).⁴¹ De klinische symptomen verminderen in circa 60% van alle gevallen na één injectie. Herhaal de injectie bij het ontbreken van effect na twee tot drie weken. De klinische symptomen verminderen in 88% van de gevallen na twee injecties. Indien er na twee juist geplaatste injecties met een tussenpoos van twee tot drie weken geen verbetering is opgetreden is verdere injectiebehandeling niet zinvol.
- Het dragen van een (nacht)spalk wordt niet geadviseerd, vanwege het ontbreken van voldoende bewijs voor effectiviteit.⁴²
- Overweeg een verwijzing naar de chirurg⁴³ indien de bovenstaande behande-

- ling niet het gewenste resultaat oplevert. Chirurgische behandeling bestaat uit het openleggen van het begin van de peeschede (A1 pulley, eerste annulaire ligament van de buigpeesker) en is in 97% van de gevallen effectief.
- Bij kinderen en pasgeborenen volgt een afwachtend beleid en bij aanhoudende klachten een verwijzing naar de chirurg.⁴⁴

Mallet finger

Achtergronden

De mallet finger (hamervinger)⁴⁵ ontstaat door een ruptuur van de pees of van de peesaanhechting van de vingerextensor ter hoogte van de eindfalax. Kenmerkend is de buigstand van de vinger in het DIP-gewricht en de onmogelijkheid van actieve extensie. De mallet finger ontstaat wanneer de distale falax met kracht gebogen wordt. Klassiek gebeurt dit tijdens het sporten, zoals bij basketbal, voetbal (keepers), volleybal, maar het kan ook optreden bij tal van dagelijkse activiteiten, zoals bij het opmaken van bedden. Bij ouderen kan een gering trauma leiden tot deze typische aandoening. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen een tendinogene mallet finger (ruptuur van de pees) en een ossale mallet finger (met een avulsiefractuur van de distale falax).

Richtlijnen diagnostiek

Lichamelijk onderzoek

Let op:

- de permanente flexiestand van het DIP-gewricht en
- de onmogelijkheid van actieve extensie van de distale falax.

Soms ontstaat er een zwanenhalsdeformatie (met hyperextensie van het PIP-gewricht). Het initiële trauma is in de regel niet pijnlijk; de pijnklachten ontstaan meestal daarna. Soms is er sprake van lokale zwelling.

Aanvullend onderzoek

Bij een mallet finger is het zinvol met röntgenonderzoek onderscheid te maken tussen een tendinogene mallet finger en een mallet finger met een kleine avulsiefractuur enerzijds en een mallet finger met een grotere avulsiefractuur (> 30% van het gewrichtsooppervlak van het DIP-gewricht) anderzijds. Dit onderscheid heeft consequenties voor het beleid en is op grond van het klinisch onderzoek niet goed mogelijk.

Richtlijnen beleid

- Behandel een tendinogene mallet finger of een mallet finger met een kleine avulsiefractuur eerst gedurende zes weken met een malletspalk. Hiermee herstelt circa driekwart.

- Breng bij het aanbrengen van de spalk het DIP-gewricht goed in extensie en zorg dat het PIP-gewricht vrij kan bewegen.
- Benadruk dat de spalk constant gedragen wordt.
- Instrueer de patiënt tussentijds geen flexiebeweging uit te voeren.
- Instrueer de patiënt na zes weken de vinger weer geleidelijk te buigen.

Verwijzing

- bij een avulsiefractuur waarbij meer dan 30% van het gewrichtsooppervlak is betrokken voor chirurgische behandeling (gelet de kans op het ontstaan van premature artrose na inadequate conservatieve behandeling);
- naar een chirurg bij onvoldoende resultaat van conservatieve behandeling na zes weken.

Contractuur van Dupuytren

Achtergronden

Een contractuur van Dupuytren⁴⁶ is een fibromatose van de palmaire aponeurosis, die in 50% van de gevallen in beide handen voorkomt. Deze wordt gekenmerkt door het ontstaan van zeer vaste soms pijnlijke knobels (noduli) in de handpalm en vingers, met name in pink en ringvinger, die zich kunnen ontwikkelen tot strengen van fibrotisch weefsel. Op langere termijn kan dit leiden tot een permanente flexiecontractuur van handpalm of vingers. Secundair kan het gewrichtskapsel verschrompelen en zullen de vingers stijver worden.

De exacte prevalentie van een contractuur van Dupuytren in Nederland is niet bekend. De prevalentie loopt uiteen onder verschillende bevolkingsgroepen (20 tot 42 per 1000 personen). De aandoening komt vooral voor bij mannen rond de vijftig jaar in Noordwest-Europa en is zeldzaam onder Noord-Afrikanen.

Een contractuur van Dupuytren heeft deels een genetische oorsprong. Ongeveer een kwart van de patiënten heeft een familiaal met soortgelijke klachten. De aandoening leidt niet altijd tot contractuurvorming. De prognose is slechter indien de klachten ontstaan op jonge leeftijd, de aandoening tevens in de familie voorkomt en bij diabetes mellitus.

Richtlijnen diagnostiek

- Vraag naar het voorkomen van de aandoening in de familie.⁴⁷
- Inspecteer en palpeer de palmaire zijde van de vingers (vooral de vierde en vijfde straal) en de handpalm en let op kenmerkende noduli.

- Bepaal de mate van flexiecontractuurvorming ter hoogte van het MCP- en PIP-gewricht.
- Stel de diagnose bij vast-elastische, soms pijnlijke knobels in de handpalm en vingers, met name in pink en ringvinger, die zich kunnen ontwikkelen tot strengen van fibrotisch weefsel.
- Denk bij de differentiaal diagnose aan een posttraumatische contractuur.

Richtlijnen beleid

- Geef uitleg over de aandoening en de prognose.⁴⁸ Er is geen permanente oplossing voor deze aandoening.
- Wacht bij afwezigheid van een contractuur of bij een geringe contractuur in eerste instantie af.
- Verwijs na voorlichting over operatiemorbiditeit en recidiefkans desgewenst voor een operatieve behandeling (fasciëctomie, dermatofasciëctomie of (naald)fasciotomie). Hierbij worden de fibrotische strengen verwijderd of alleen doorgenomen.
- Geef uitleg dat de kans op een recidief na operatie op dezelfde of op een andere plaats groot is (circa 60%).

Tendovaginitis van De Quervain

Achtergronden

Een tendovaginitis van De Quervain⁴⁹ is een irritatie van de pezen van de musculus abductor pollicis longus en/of musculus extensor pollicis brevis. Deze wordt gekenmerkt door pijn aan de radiale zijde van de pols, een beperkte functie van de duim (vooral van grijpbewegingen en bij ulnairdeviatie van de pols) en zwelling aan de dorsoradiale zijde van de pols.

De prevalentie van een tendovaginitis van De Quervain in de algemene bevolking bedraagt 5 per 1000 personen voor mannen en 13 per 1000 personen voor vrouwen. De aandoening komt vooral voor bij vrouwen tussen 35 en 55 jaar en vaker tijdens zwangerschap en in de periode dat borstvoeding gegeven wordt.

De pezen van de musculus abductor pollicis longus en musculus extensor pollicis brevis lopen doorgaans gezamenlijk in een kanaal aan de dorsoradiale zijde van de pols. Door relatieve vernauwing van dit kanaal ontstaat er irritatie van de pezen. Hoewel er gesproken wordt van een tendovaginitis worden er bij pathologisch anatomisch onderzoek geen verschijnselen van inflammatie gevonden.

De aandoening komt vaak samen voor met chronische degeneratieve aandoeningen zoals artrose van het CMC-I-gewricht.

Richtlijnen diagnostiek

Anamnese

Vraag naar:

- de lokalisatie van de pijn. De patiënt wijst met één vinger de pijn aan (doorgaans gelokaliseerd ter hoogte van het proces styloideus radii soms met uitstraling naar de duim of naar proximaal);
- de ernst van de pijn (is er nachtelijke pijn of alleen pijn bij het bewegen?) en de mate van hinder;
- voorgaande klachten in het gebied van de duim(muis) en de handpalm die zouden kunnen wijzen op CMC-I-artrose (zie onder artrose).

Lichamelijk onderzoek

Besteed aandacht aan:

- roodheid, zwelling of crepitaties;
- drukpijn op de radiale zijde van de pols en de betreffende pezen;
- test van Finkelstein⁵⁰: laat de patiënt een vuist maken waarbij de vingers de duim omvatten, en waarbij de duimnagel zo ver mogelijk naar de basis van de pink wordt gebracht. Vervolgens wordt de vuist door de arts naar ulnair gedeveerd, waarbij de vuist in lichte extensie wordt gehouden.

Evaluatie

Stel de diagnose tendovaginitis van De Quervain op basis van drie criteria:

- pijn aan de radiale zijde van de pols;
- pijn bij druk op de betreffende pezen;
- positieve test van Finkelstein (bij het uitvoeren van de test wordt pijn aangegeven aan de dorsoradiale zijde van de pols).

Overweeg differentiaal diagnostisch artrose van het CMC-I-gewricht.

Richtlijnen beleid

De ernst van de klacht en de voorkeur van de patiënt geven richting aan het beleid.⁵¹

- Geef bij minder ernstige en recent ontstane klachten uitleg over de aandoening.
- Combineer dit eventueel met analgetica. De voorkeur gaat allereerst uit naar het gebruik van een lokaal NSAID. Paracetamol is tweede keus en een oraal NSAID is derde keus.
- Geef bij onvoldoende effect van bovenstaande maatregelen en bij ernstige klachten een lokale corticosteroidinjectie. Geef een injectie (1 ml triamcinolonacetonide 10 mg/ml) rondom de pezen aan de radiale zijde van de pols ter hoogte van de plek waar de patiënt de meeste pijn aangeeft. Het herstelpercentage na corticosteroidinjectie bedraagt circa 80%. Herhaal de injectie bij uitblijven van verbetering na twee tot drie weken. Indien

er na twee juist geplaatste injecties met een tussenpoos van twee tot drie weken geen verbetering is opgetreden is verdere injectiebehandeling niet zinvol.

Overweeg immobilisatie in de vorm van een spalk indien de patiënt niet opteert voor een injectie. Het herstelpercentage na spalkbehandeling bedraagt ongeveer 20%. De spalkbehandeling kan de huisarts zelf doen of daarvoor verwijzen naar een gespecialiseerd (hand)ergotherapeut. Overweeg bij onvoldoende resultaat van de bovenstaande behandeling een verwijzing naar de chirurg voor release van de pezen onder lokale anesthesie. Chirurgie heeft een herstelpercentage van 91% tegen hogere kosten en mogelijke chirurgische complicaties.

Totstandkoming

In januari 2008 startte een werkgroep met de NHG-Standaard niet-traumatische hand- en polsklachten. De werkgroep bestond uit de volgende leden: dr. C. Peters-Veluthamaningal, huisarts te Scheemda; W. Willems, huisarts te Amsterdam; J.G.E. Smeets, huisarts te Maastricht; mevrouw dr. D.A.W.M. van der Windt, epidemioloog verbonden aan het EMGO Instituut van de Vrije Universiteit te Amsterdam; mevrouw dr. M.N. Spies, epidemioloog verbonden aan het EMGO Instituut van de Vrije Universiteit te Amsterdam; dr. S.D. Strackee, plastisch chirurg AMC te Amsterdam; K. Vos, huisarts te Spijkenisse en mevrouw L.A. Wind, huisarts/gezondheidswetenschapper te Utrecht. Er werd geen belangenverstrengeling gemeld.

Zeven huisartsen hebben in mei 2008 deelgenomen aan een focusgroep. In juni 2009 werd de conceptstandaard besproken in een tweede focusgroep die bijgewoond werd door twaalf huisartsen en huisartsenopleiders. In juni 2009 werd de ontwerpstandaard voor commentaar verstuurd naar vijftig aselect gekozen huisartsen uit het NHG-ledenbestand. Er werden achttien commentaarformulieren retour ontvangen.

Als referenties bij de standaard traden op: dr. N. Delvaux en dr. Michels, huisartsen namens de Vlaamse Vereniging voor Huisartsen Domus Medica; dr. A.H. Schuurman, plastisch chirurg Universitair Medisch Centrum Utrecht; mevrouw J. van Engeldorp Gastelaars, apotheker, namens het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers; mevrouw prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen Universitair Medisch Centrum St. Radboud Nijmegen; prof.dr. J.M.A. Sitsen, arts-klinisch farmacoloog namens het College voor Zorgverzekeringen; dr. C.T.J. Hulshof, bedrijfsarts namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde; mevrouw S. van Vliet en D. Soeters, huisartsen namens de NHG-Adviesraad Standaarden; dr. H.C.P.M. van Weert, huisarts, hoofdredacteur Huisarts en Wetenschap. Vermelding als referent betekent overigens niet dat iedere referent de standaard inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

In oktober 2009 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

De begeleiding van de werkgroep en de eindredactie beruften bij mevrouw L.A. Wind, huisarts/gezondheidswetenschapper en dr. J.J.X.R. Geraets, epidemioloog/gezondheidswetenschapper/fysiotherapeut en beiden wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG. Dr. R.M.M. Geijer was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker.

Noten

Noot 1

Keuze aandoeningen

In deze standaard is gekozen voor een terminologie die past bij de huisartsenpraktijk en analoog is aan die van andere nationale en internationale richtlijnen en consensus afspraken (WHO 2001; NVAB 2003; CBO 2005; Huisstede 2007; NICE 2008; Zhang 2007; NCCC 2008; De Krom 2008; Altman 1990; Van Everdingen 2006). De werkgroep besloot om op grond van de relevantie voor de huisartsen en de prevalentie en incidentie in de huisartsenpraktijk de volgende specifieke aandoeningen van de hand en pols in deze standaard te bespreken: carpaletunnelsyndroom (CTS), ganglion, artrose van de hand, trigger finger en trigger thumb, mallet finger, contractuur van Dupuytren, tendovaginitis van De Quervain en carpal instabiliteit. Voor meer informatie betreffende het beleid (zoals de voorgestelde injectietechnieken in de hand- en polsregio) en de bijbehorende patiëntenbrieven wordt verwezen naar de website van het Nederlands Huisartsen Genootschap (www.nhg.org).

Noot 2

Aspecifieke hand- en polsklachten

Naast specifieke aandoeningen van de hand en pols komen ook aspecifieke klachten in dit gebied voor. Hierbij zijn de klachten diffuus en is niet precies vast te stellen welke structuur is aangedaan.

De prevalentie van aspecifieke hand- en polsklachten in de algemene bevolking wordt geschat op 8,7% voor vrouwen en 11,5% voor mannen [Walker-Bone 2004]. De incidentie en prevalentie van aspecifieke hand- en polsklachten in de huisartsenpraktijk is onbekend. Bij veel mensen lijkt er sprake van een relatie met werk of andere dagelijkse activiteiten (overbelasting van hand of pols) en/of is er sprake van bijkomende nek, arm of schouderklachten.

Bij aspecifieke klachten na een eerder trauma van de hand of pols is röntgenonderzoek geïndiceerd om een fractuur als oorzaak van de klachten uit te kunnen sluiten. Verder dient de huisarts bij klachten na een trauma met minimale klachten in de initiële fase alert te zijn op de late gevolgen van letsel van het scapholunate ligament. Drukpijn aan de dorsale zijde van de pols juist distaal van de rand van de radius kan duiden op letsel van dit ligament. Deze aandoening kan leiden tot scapholunate instabiliteits- of dissociatieklachten zoals progressieve pijn, bewegingsbeperking en zwelling. Onbehandeld zullen deze instabiliteitsklachten leiden tot vroegtijdige artrose in het radiocarpale en het midcarpale gewricht. Verwijs voor het vaststellen van de diagnose (doorlichtingsvideo of arthroscopie) of voor operatieve behandeling naar een chirurg.

Aspecifieke klachten zonder voorafgaand trauma kunnen een uiting zijn van ligamentaire hyperlaxiteit. Bij deze klachten is er sprake van een te grote en abnormale beweeglijkheid tussen de carpalen rijen onderling en het radiocarpale gewricht (en niet tussen twee carpalia zoals bij de scapholunate instabiliteit). Het betreft vooral jonge vrouwen. Een zogenaamd occult ganglion kan een uiting van deze instabiliteit zijn. Vaak zijn beide polsen aangedaan en de klachten leiden in de regel niet tot vervroegde artrose. De pijnklachten kunnen optreden bij abrupte bewegingen in de pols en kunnen met een blokkadegevoel en/of een gevoel van verlies aan controle gepaard gaan. De abrupte bewegingen zijn aanvankelijk niet pijnlijk en kunnen een hoorbare/voelbare laagfrequente klik (*clunk*) vertonen. De pijnklachten zijn niet constant aanwezig en kunnen peracut optreden. Omdat hyperlaxiteit al vaak op jongere leeftijd klachten kan geven, is het in dergelijke gevallen belangrijk patiënten te adviseren hier bij de beroepskeuze rekening mee te houden. Er is weinig of geen bewijs voor de effectiviteit van interventies bij aspecifieke hand- en polsklachten.

Noot 3**Epidemiologie algemeen**

Algemene bevolking. In een onderzoek onder de Nederlandse bevolking ouder dan 25 jaar (n = 3664) wordt de puntprevalentie van hand- en polsklachten geschat op 125 per 1000 personen (voor mannen 86 en 163 voor vrouwen) [Picavet 2003]. De puntprevalentie van hand- en polsklachten neemt toe met de leeftijd: 95 per 1000 personen (voor mannen 76 en voor vrouwen 113) in de leeftijdscategorie 25 tot en met 44 jaar, 144 per 1000 personen (voor mannen 96 en voor vrouwen 193) in de leeftijdscategorie 45 tot en met 64 jaar en 161 per 1000 personen (voor mannen 97 en voor vrouwen 225) in de leeftijdscategorie boven de 65 jaar [Picavet 2003].

Huisartsenpraktijk. Naar schatting bezoekt 34% van alle mensen met hand- en polsklachten hiervoor de huisarts [Picavet 2003]. In de Tweede Nationale Studie (n = 375.899) naar veranderingen in de huisartsenpraktijk, wordt de incidentie van handproblemen (ICPC L12) in de Nederlandse huisartsenpraktijk geschat op 7,8 nieuwe episoden per 1000 patiënten per jaar (6,8 voor mannen en 8,7 voor vrouwen) en van polsklachten (ICPC L11) op 4,6 episoden per 1000 patiëntenjaren (3,6 voor mannen en 5,6 voor vrouwen) [Bot 2005]. De prevalentie van handproblemen in de huisartsenpraktijk bedraagt 9,9 per 1000 patiënten per jaar (8,7 per 1000 patiënten per jaar voor mannen en 11,2 per 1000 patiënten per jaar voor vrouwen) en van polsklachten 6,1 per 1000 patiënten per jaar (4,6 per 1000 patiënten per jaar voor mannen en 7,5 per 1000 patiënten per jaar voor vrouwen) [van der Linden 2004]. Voor mannen geldt dat de incidentie en prevalentie van handproblemen relatief constant blijven in de leeftijdscategorie van 15 tot 75 jaar, terwijl de incidentie en prevalentie van handklachten voor vrouwen toeneemt in de leeftijdscategorie van 45 tot 75 jaar. Boven de 75 jaar nemen de incidentie en prevalentie van handklachten voor mannen en vrouwen af. Voor zowel mannen als vrouwen geldt dat de incidentie en de prevalentie van polsklachten het hoogst zijn in de leeftijdscategorie van 15 tot 24 jaar en daarna geleidelijk afnemen [Van der Linden 2004].

Noot 4**Beloop algemeen**

Uit een observationeel onderzoek onder volwassenen die de huisarts consulteerden voor hand- of polsklachten (n = 267) blijkt dat het hierbij vooral gaat om pijn en vermindering van functies. De ernst van de klachten blijkt gerelateerd te zijn aan sociaaldemografische, lichamelijke en psychosociale factoren [Spies-Dorgelo 2007]. In hetzelfde observationeel onderzoek is gekeken naar het beloop en de prognose van hand- en polsklachten. 23% van de patiënten was na drie maanden volledig hersteld van hun klachten. Na zes maanden was dit 32% en na een jaar 42%. Uit een onderzoek naar handklachten in de huisartsenpraktijk (n = 2113) blijkt een associatie te bestaan tussen ziekteperceptie (de invloed van de klacht op het leven) en de vraag naar medische hulp (bezoek aan de huisarts (odds-ratio (OR) 1,16; 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 1,14 tot 1,19) en medicijngebruik (OR 1,21; 95%-BI 1,17 tot 1,23)) [Hill 2007]. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat voor alle mensen met handklachten geldt dat het percentage vrouwen dat ernstige beperkingen ervaart in de hand- en armfunctie hoger is dan het percentage mannen (respectievelijk 29,3% van alle vrouwen met handklachten en 18,3% van alle mannen met handklachten; verschil 11%; 95%-BI 7,3 tot 14,6%) [Dziedzic 2007].

Noot 5**Prognose algemeen**

Uit een observationeel onderzoek onder volwassenen die de huisarts consulteerden voor hand- of polsklachten (n = 267) blijkt dat het risico op een slechte prognose drie maanden na het eerste huisartsbezoek ongeacht de diagnose groter is

voor vrouwen (OR 1,91; 95%-BI 1,01 tot 3,64) en bij een gevoel weinig controle te hebben over de pijnklachten en de gevolgen van de aandoening in dagelijks functioneren (OR 0,70; 95%-BI 0,51 tot 0,97). Na twaalf maanden is een slechte prognose ongeacht de diagnose geassocieerd met een hogere leeftijd (OR 1,02; 95%-BI 1,01 tot 1,04), vrouwelijk geslacht (OR 2,12; 95%-BI 1,07 tot 4,23), langer dan drie maanden klachten hebben bij het eerste bezoek aan de huisarts (OR 2,16; 95%-BI 1,20 tot 3,89) en een hoge score op somatiseren (OR 2,39; 95%-BI 1,26 tot 4,54) [Spies-Dorgelo 2008].

Noot 6**Analgetica**

Adviseer in periodes waarin pijn op de voorgrond staat desgewenst pijnstilling. Paracetamol is eerste keus, omdat dit middel een breed veiligheidsprofiel heeft. Geef als tweede keus, of bij onvoldoende resultaat, voor een periode van twee weken ibuprofen, diclofenac of naproxen. Bij de keuze binnen de groep van NSAID's worden eventueel aanwezige comorbiditeit (cardiovasculair, gastro-intestinaal), bijwerkingen en interacties (acetylsalicylzuur), en voorgaande reactie(s) op NSAID's meegewogen. In verband met de mogelijke bijwerkingen wordt grote terughoudendheid met NSAID's geadviseerd bij patiënten ouder dan zeventig jaar, bij patiënten met een verminderde nierfunctie, hypertensie, hartfalen of atherosclerotisch hart- en vaatlijden en bij patiënten die antistolling gebruiken. Deze behandeling kan zo nodig met één tot twee weken worden verlengd (www.nhg.org).

Op de huid aangebrachte NSAID's (in een crème of gel) hebben minder gastro-intestinale bijwerkingen, maar zijn waarschijnlijk slechts kortdurend effectief [Zacher 2008]. De effectiviteit van op de huid aangebrachte NSAID's is alleen bij artrose van de hand en pols onderzocht [Rothacker 1998; Zacher 2001; Altman 2009]. Het gebruik van capsaïcinecrème wordt niet geadviseerd. Voor de achtergronden met betrekking tot de medicamenteuze behandeling van pijn in het algemeen wordt verwezen naar de Farmacotherapeutische Richtlijn Pijnbestrijding van het Nederlands Huisartsen Genootschap [Verduijn 2007] (www.nhg.org).

Noot 7**Spalkbehandeling**

De huisarts kan de spalkbehandeling zelf doen (mits geschoold) of hij kan hiervoor verwijzen naar een gespecialiseerde (hand)ergotherapeut. Let erop dat de spalk op de juiste manier wordt aangebracht en geef duidelijke instructies omtrent een correct gebruik (positie, duur, al dan niet afbouwen) van de spalk. Bedenk dat een verkeerd aangebrachte spalk of verkeerd gebruik ook averechts kan werken. Lokale omstandigheden en persoonlijke ervaring van huisarts zullen in de dagelijkse praktijk richting geven aan het beleid. Spalkbehandeling kan bestaan uit het enkel dragen van een spalk gedurende de nacht of continue spalken. Er bestaan standaardspalken voor de verschillende regio's van de hand: pols-spalken, duimspalken en vingerspalken. Verder zijn er spalken voor specifieke aandoeningen zoals de mallenspalk. Desgewenst kan een (hand)ergotherapeut een spalk op maat maken. Informeer naar het aanbod en de mogelijkheden bij de leverancier of de (hand)ergotherapeut en informeer naar de actuele voorwaarden voor vergoeding door de zorgverzekeraar van een (op maat gemaakte) spalk bij het college voor zorgverzekeringen (www.cvz.nl).

Noot 8**Corticosteroidinjecties**

De effectiviteit van corticosteroidinjecties wordt toegeschreven aan een ontstekingsremmende werking van corticosteroiden en vermindering van zwelling. Het exacte werkingsmechanisme is echter nog onbekend [Peters 2006a]. Injecties in peesschedes zijn eenvoudig uitvoerbaar zonder

grote risico's. Een gebruikelijke dosering is een injectie met 1 ml triamcinolonacetonide 10 mg/ml. Eventueel kan, voor diagnostische doeleinden, 1% lidocaïne toegevoegd worden bij pijnlijke aandoeningen.

Ernstige bijwerkingen na corticosteroidinjectie komen zelden voor. Bland poolde de resultaten na circa drieduizend lokale corticosteroidinjecties bij CTS-patiënten: de kans op een medianusneuritis in dit onderzoek werd geschat op minder dan 0,1% [Bland 2007a]. Peters *et al.* vonden geen ernstige bijwerkingen van corticosteroidinjecties bij patiënten met CTS (n = 69), Trigger finger (n = 50) en tendovaginitis van De Quervain (n = 21) [Peters 2009a; Peters 2009b]. Lokaal kan er tot enkele dagen na een corticosteroidinjectie een pijnlijke ontsteking ontstaan die vermoedelijk veroorzaakt wordt door een chemische tendosynovitis als reactie op steroïdkristallen, de zogenaamde *steroid-flare* [Gray 1983]. Armstrong *et al.* rapporteerden na 364 corticosteroidinjecties in twee gevallen lokale pijn en in één geval een acute lokale sympatische reactie als bijwerkingen (n = 64; follow-up achttien maanden; twee tot zeven injecties, op verzoek van de patiënt toegevend, met een minimale periode van twee maanden tussen de injecties) [Armstrong 2004]. In zeldzame gevallen zouden een lokale infectie of een peesruptuur kunnen ontstaan. Andere lokale bijwerkingen zijn lokale vetatrofie en depigmentatie bij patiënten met een donkere huid. Deze bijwerkingen treden vooral op door te ondiep (subcutaan) spuiten of door lekkage van het ingespoten corticosteroid. Algemene bijwerkingen van een corticosteroidinjectie die soms kunnen voorkomen zijn (postmenopausaal) vaginaal bloedverlies en *flushing* één tot twee dagen na de injectie en allergische reacties voor corticosteroiden [Peters 2009a].

Noot 9**Verwijzing naar specialist**

Voor aanvullend onderzoek of operatieve behandeling kan de huisarts verwijzen naar een specialist met specifieke deskundigheid op het gebied van hand en polsklachten. Lokale omstandigheden en persoonlijke ervaring van huisarts en patiënt zullen in de dagelijkse praktijk richting geven aan het verwijsbeleid. Overweeg ook de risico's op complicaties die chirurgische behandeling met zich meebrengt, zoals de kans op aanhoudende pijn, functieverlies, beschadiging van pezen, zenuwen of ligamenten, sensibiliteitsstoornissen, littekenpijn of Complex Regionaal Pijn Syndroom type I (CRPS-I) [Wajon 2005a].

Noot 10**Werkgerelateerde en arbeidsrelevante klachten**

Conform de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) wordt in deze standaard onderscheid gemaakt tussen werkgerelateerde klachten en arbeidsrelevante klachten [NVAB 2003]. Men spreekt van een werkgerelateerde aandoening als er een (vermoede) causale relatie bestaat tussen werkfactoren en de hand- of polsklachten (invloed van werk op klachten) en van een arbeidsrelevante klacht indien de klachten het functioneren op het werk beïnvloeden (invloed van klachten op werk). Bij aanhoudend ziekteverzuim en mogelijke invloed van werkgerelateerde of arbeidsrelevante factoren informeert de huisarts bij de patiënt naar de afspraken met de bedrijfsarts. Overleg met de bedrijfsarts kan wenselijk zijn om een gemeenschappelijk beleid af te spreken. Voor het vaststellen van de werkgerelateerdheid van de klachten is het raadzaam te verwijzen naar de bedrijfsarts voor het beoordelen van de fysieke belasting en blootstelling in het werk (aan de hand van een checklist) en het zo nodig uitvoeren van een werkplekonderzoek. Bij aanhoudend ziekteverzuim of bij onvoldoende herstel van arbeidsrelevante hand- of polsklachten is het centrale doel van de behandeling het beperken of voorkomen van disfunctioneren (in arbeid en daarbuiten). Het is ook belangrijk dat de huisarts het functioneren in de arbeid

bij de behandeling betreft. Het is in lijn met de Gezondheidsraad-adviezen en het ICF-model/classificatie van de WHO dat 'functioneren en (arbeids)participatie' uitgangspunt voor diagnostiek en behandeling dient te zijn in richtlijnen. [Gezondheidsraad 2005; WHO 2001].

Noot 11

Epidemiologie CTS

Het carpaletunnelsyndroom (CTS) komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen en met name bij vrouwen in de leeftijdscategorie van veertig tot zestig jaar [Becker 2002; De Krom 1990]. In een onderzoek onder de algemene bevolking (n = 501) was de prevalentie van elektrofyysiologisch bevestigde CTS-klachten bij vrouwen in de leeftijd van 18 tot 75 jaar ruim 90 per 1000 personen en bij mannen ongeveer 6 per 1000 personen [De Krom 1992]. De prevalentiecijfers in de huisartspraktijk zijn meer dan tien keer lager dan die in de open bevolking [Bongers 2007]. In de Tweede Nationale Studie (n = 375.899) wordt de puntprevalentie van CTS (ICPC N93) in de Nederlandse huisartsenpraktijk geschat op 3,0 per 1000 patiënten per jaar (1,3 per 1000 patiënten per jaar voor mannen en 4,5 per 1000 patiënten per jaar voor vrouwen) [van der Linden 2004]. Vrouwen zijn dus driemaal zo vaak aangedaan dan mannen. De prevalentie van CTS bij zwangere vrouwen varieert afhankelijk van het onderzoeksdesign, de diagnostische criteria, beoordeling van de criteria en de fase van de zwangerschap, van 1 tot 60%.

In het Nijmeegse Continue Morbiditeitsregistratie (CMR 1999-2005) is de incidentie van CTS in de huisartsenpraktijk bij vrouwen 4,4 episoden per 1000 patiëntenjaren met de hoogste incidentie bij vrouwen tussen de 45 en 64 jaar en ouder dan 75 jaar. De incidentie voor mannen bedraagt 1,2 episoden per 1000 patiëntenjaren met een piekincidentie van 3,3 voor mannen ouder dan 75 jaar [Bongers 2007; CMR 1999-2005]. Uit gegevens gebaseerd op de Eerste en Tweede Nationale Studie kan een incidentie berekend worden van 1,3 episoden per 1000 patiëntenjaren in 1987 (voor mannen 0,6 en voor vrouwen 1,9) en 1,8 episoden per 1000 patiëntenjaren in 2001 (voor mannen 0,9 en voor vrouwen 2,9) [van der Linden 2004].

Noot 12

Risicofactoren CTS

Risicofactoren voor het ontstaan van CTS zijn volgens de CBO-richtlijn [CBO-richtlijn 2005] vrouwelijk geslacht, leeftijd met een piek tussen veertig en zestig jaar, een positieve familieanamnese, overgewicht, zwangerschap, menopauze, ovariëctomie, diabetes mellitus, hypothyreoïdie, hyperthyreoïdie, reumatoïde artritis en aandoeningen die anatomische afwijkingen van de carpaletunnel veroorzaken. Uit een patiëntcontrole onderzoek (n = 237) blijkt dat vrouwelijk geslacht (OR 9,95; 95%-BI 2,46 tot 40,17), een hogere Body Mass Index (BMI) (OR 1,75; 95%-BI 1,50 tot 2,04) en polsratio (polsdiepte/polsbreedte) (OR 1,12; 95%-BI 1,03 tot 1,21) risicofactoren zijn voor CTS [Moghtaderi 2005].

Arbeidsgerelateerde risicofactoren zijn frequent repeterende bewegingen, krachtsuitoefening, hand-armtrillingen en ongunstige werkhoudingen (meer dan dertig graden uit de neutrale polsstand), zoals bij muzikanten, tandartsen, mondhygiënist, kassawerk, elektromontage- en wasserijwerk [Katz 2002; Palmer 2007; De Krom 2008; CBO-richtlijn 2005].

Noot 13

Etiologie CTS

De pathofysiologie van CTS wordt gekenmerkt door symptomen die voorkomen bij compressie van de nervus medianus in de carpaletunnel [Palmer 2007; De Krom 2008; CBO-richtlijn 2005]. Aanvankelijk treden de klachten intermitterend op en zijn er bij zenuwgeleidingsonderzoek nog geen afwijkingen te vinden. Bij voortduren of verergering van de intracarpale drukverhoging

treedt segmentale demyelinisatie van de nervus medianus op. Op dat moment treden er ook afwijkingen op bij het zenuwgeleidingsonderzoek, aanvankelijk in de sensibele geleiding, maar later ook in de motore geleiding. De klachten worden dan over het algemeen erger in die zin dat intermitterende klachten min of meer permanent kunnen worden. Ook kan bij toename van de motore uitval zwakte van de duimspieren (musculus abductor pollicis brevis en musculus opponens pollicis) en atrofie van de duimvuis optreden. De zenuwbeschadiging kan uiteindelijk irreversibel worden.

Noot 14

Prognose CTS

In een observationeel multicenter onderzoek (n = 196) met een follow-up van vijftien maanden waren de verschillende uitkomstmaten (elektrofysiologische bevindingen, symptoomscore, functiescore en pijn) verbeterd in 23 tot 34% van de gevallen, onveranderd in 45 tot 62% van de gevallen en verergerd in 16 tot 32% van de onbehandelde gevallen [Padua 2001]. De prognose is gunstiger bij kortdurende klachten en klachten op jonge leeftijd [Padua 2001]. Al langer bestaande klachten bij het eerste bezoek en een positieve test van Phalen hebben een geringere kans op spontaan herstel [Padua 2001]. In een onderzoek bij zwangeren was 46% van de onbehandelde zwangeren (n = 63) twaalf maanden na de bevalling klachtenvrij [Padua 2002]. Uit een ander cohortonderzoek (n = 45) naar het beloop van CTS-klachten na zwangerschap blijkt dat de symptomen en functiebeperkingen bij circa de helft van de vrouwen na een follow-up van drie jaar na de bevalling verdwenen zijn [Mondelli 2007].

Noot 15

Gouden Standaard bij diagnostiek CTS

Er is geen algemeen geaccepteerde gouden standaard voor de diagnose CTS. Over diagnostiek en behandeling van het CTS in de eerstelijns is geen goede literatuur beschikbaar. De CBO-richtlijn CTS is gebaseerd op tweedelijns literatuur [CBO-richtlijn 2005]. Atypische lokalisatie en paresthesieën komen bij CTS herhaaldelijk voor [Stevens 1999; Gupta 1997]. Volgens de CBO-richtlijn CTS kan zenuwgeleidingsonderzoek de diagnose CTS waarschijnlijker maken, maar is deze niet van doorslaggevende betekenis. Een door de patiënt ingetekend handdiagram kan behulpzaam zijn om de lokalisatie van de paresthesieën te checken en de diagnose te stellen [Katz 1990a].

Noot 16

Lichamelijk onderzoek bij CTS

Provocatietesten, zoals de test van Tinel, de test van Phalen (polsflexietest) of tourniquet test, worden niet aanbevolen. Een positieve uitslag van een provocatietest verhoogt de priorkans niet bij het onderscheid maken tussen CTS en andere oorzaken voor paresthesieën in de hand zoals een cervicale radiculopathie, neurogeen thoracic outlet syndroom, ulnaropathie of polyneuropathie. Een negatieve uitslag draagt niet bij aan het verwerpen van de diagnose CTS [De Krom 2008; D'Arcy 2000; De Krom 1990; Mondelli 2001]. Atofie van de duimvuis, krachtsverlies van de musculus abductor pollicis brevis zijn klinisch relevante aanwijzingen voor het bestaan van een CTS [CBO-richtlijn 2005]. Deze aanwijzingen zijn te testen door de kracht bij abductie van de duim tegen weerstand te testen of door uitvoering van de 'L thy-test'. Al in lichte gevallen van krachtsverlies blijft er bij het omvatten van een glas met duim- en wijsvinger ruimte bestaan tussen de ronding van het glas en de ronding van het *space-web* tussen duim en wijsvinger door onvoldoende abductiemogelijkheid van de duim en krachtsverlies van de musculus opponens pollicis (verminderde kracht bij het drukken van de duim tegen de basis van de pink). Deze klachten zijn echter weinig specifiek voor CTS [De Krom 1990; Katz 1990b; CBO-richtlijn 2005].

Conclusie: de werkgroep is van mening dat de diagnose CTS in de huisartspraktijk in eerste instantie goed gesteld kan worden op basis van het klinisch beeld alleen. Paresthesieën zijn de belangrijkste klacht; atrofie heeft een prognostische waarde. Provocatietesten hebben een beperkte diagnostische waarde.

Noot 17

Aanvullend onderzoek bij CTS

Er is geen onderzoek naar de waarde van aanvullend onderzoek bij CTS in de eerste lijn bekend. Uit tweedelijns onderzoek blijkt dat elektrofyysiologisch onderzoek (voorheen elektromyografie (EMG) genoemd) kan worden gebruikt om de diagnose CTS aannemelijker te maken of om een alternatieve diagnose aan te tonen [D'Arcy 2000; Jablecki 2002; Padua 1996; Scelsa 1998]. Elektrofyysiologisch onderzoek is echter geen gouden standaard. In de genoemde onderzoeken werd het typisch klinisch beeld gebruikt als gouden standaard om de diagnostische waarde van elektrofyysiologisch onderzoek vast te stellen. De gepoolde sensitiviteit van de verschillende elektrofyysiologische onderzoeken (waarbij het typische klinische beeld als referentietest is genomen) varieert tussen 0,04 en 0,85 en de gepoolde specificiteit tussen 0,52 en 0,99 [CBO-richtlijn 2005]. Met echografisch onderzoek en MRI kan onderzocht worden of er structurele afwijkingen in de carpaletunnel aanwezig zijn [Jarvik 2002; Kele 2003].

Commentaar: elektrofyysiologisch onderzoek is geen gouden standaard en de diagnostische waarde van elektrofyysiologisch onderzoek in de eerste lijn is onbekend.

Overwegingen: de werkgroep is van mening dat elektrofyysiologisch onderzoek in eerste instantie niet noodzakelijk is, omdat de gezondheidsrisico's van een fout-positieve of een fout-negatieve klinische diagnose CTS zeer beperkt zijn gezien de aard van het probleem en de betrekkelijk geringe risico's van de verschillende behandelingsopties (spalkbehandeling en injectiebehandeling).

Conclusie: aanvullend electrofyysiologisch onderzoek is niet nodig.

Noot 18

Beleid CTS

Het algemene beleid bij CTS werd onderzocht in één vergelijkend onderzoek [Burke 2007a]. In een Cochrane review is de effectiviteit van NSAID's bij CTS onderzocht [O'Conner 2003].

In een vergelijkend onderzoek van Burke *et al.* naar het beleid van de huisarts bij CTS in de Verenigde Staten (VS) en Groot-Brittannië (GB), concluderen de onderzoekers dat zowel in de VS als in GB onvoldoende gebruik gemaakt wordt van effectief gebleken conservatieve behandelingsmogelijkheden in de eerste lijn (spalk, medicatie, aanpassen van activiteiten) en corticosteroïdinjecties [Burke 2007a; Burke 2007b].

NSAID's *versus placebo*. Uit een Cochrane review (één onderzoek; n = 91) blijkt dat er beperkt bewijs is dat NSAID's de symptomen bij CTS niet kunnen verminderen [O'Conner 2003; Chang 1998].

Commentaar: er is beperkt bewijs dat NSAID's niet effectief zijn bij CTS. Verder concluderen onderzoekers dat er in de eerste lijn onvoldoende gebruik gemaakt wordt van effectief gebleken behandelingsmogelijkheden.

Overwegingen: er is volgens de werkgroep (beperkt) bewijs voor de kortdurende effectiviteit van twee interventies bij CTS-klachten: spalkbehandeling (zie noot 19) en behandeling met corticosteroïden (injectie, oraal, lokale iontoforese) (zie noot 20) en langerdurende effectiviteit van chirurgie (zie noot 21).

Conclusie: gezien het dikwijls gunstige beloop gaat de voorkeur bij milde tot matige klachten in eerste instantie uit naar een conservatief beleid. De werkgroep adviseert een corticosteroïdinjectie bij onvoldoende resultaat van een afwachting beleid, of bij ernstige of bij langdurige klachten.

De werkgroep adviseert spalkbehandeling bij contra-indicaties voor een corticosteroidinjectie of indien de patiënt niet opteert voor een injectie. Bij ernstige klachten (gepaard gaande met atrofie of krachtsvermindering) of bij onvoldoende resultaat van eerdere conservatieve behandeling of injectiebehandeling, kan verwezen worden naar een chirurg. Een verwijzing voor chirurgische behandeling kan ook worden overwogen bij klachten die het dagelijks functioneren ernstig beïnvloeden of van invloed zijn op het functioneren op het werk, tenzij de patiënt dit niet als eerste wilt.

Noot 19

Spalkbehandeling bij CTS

Er zijn twee reviews gevonden waarin de effectiviteit van spalkbehandeling bij CTS is onderzocht [Goodyear-Smith 2004; O'Conner 2003].

Goodyear-Smith en Arroll vinden geen onderzoeken waarin spalkbehandeling met geen behandeling vergeleken is. Zij stellen op basis van dezelfde onderzoeken – die onderstaand zijn beschreven in de review van O'Conner en waarin diverse vormen van spalkbehandeling onderling zijn vergeleken – dat er beperkt bewijs is dat spalkbehandeling (één review en één onderzoek) de symptomen tot zes maanden na de behandeling kan verminderen [Goodyear-Smith 2004; Feuerstein 1999; Walker 2000].

Nachtspalk versus geen behandeling. Uit de Cochrane review van O'Conner (één onderzoek; n = 80) blijkt dat er beperkt bewijs is dat het dragen van een nachtspalk de symptomen (gewogen gemiddeld verschil -1,07 (schaal 1 tot 5); 95%-BI -1,29 tot -0,85) en de functie (gewogen gemiddeld verschil -0,55 (schaal 1 tot 5); 95%-BI -0,82 tot -0,28) bij CTS op korte termijn (tot vier weken) vermindert [O'Conner 2003; Manente 2001].

Nachtspalk versus continu spalken. Uit dezelfde review blijkt (één onderzoek; n = 48) dat er beperkt bewijs is dat er geen verschil bestaat tussen het dragen van een nachtspalk en het continue dragen van een spalk op de uitkomstmaten symptomen en handfunctie en zenuwleiding na een follow-up van zes weken [O'Conner 2003; Walker 2000].

Spalk in neutrale positie van de pols of in twintig graden extensie. Uit deze review blijkt verder (één onderzoek; n = 59) dat er beperkt bewijs is dat spalken in een neutrale positie effectiever is dan spalken in een twintig graden extensiestand van de pols op het verminderen van de (nachtelijke) symptomen na twee weken [O'Conner 2003; Burke 1994].

Commentaar: uit beide reviews blijkt dat er beperkt bewijs is voor de effectiviteit van spalkbehandeling bij CTS op korte termijn (tot vier weken). Er werden geen schadelijke bijwerkingen gerapporteerd. Gezien de kleine omvang en kwaliteit van de beschikbare onderzoeken kan geen voorkeur uitgesproken worden voor een nachtspalk of continu spalken of voor de positie van de pols in de spalk.

Overwegingen: de werkgroep is van mening dat spalkbehandeling voor een korte periode geadviseerd kan worden bij contra-indicaties voor een corticosteroidinjectie of indien de patiënt niet opteert voor een injectie, omdat er beperkt bewijs is dat de klachten door spalkbehandeling op korte termijn verminderd kunnen worden.

Conclusie: de werkgroep adviseert spalkbehandeling bij contra-indicaties voor een corticosteroidinjectie of indien de patiënt niet opteert voor een injectie. De spalk dient in ieder geval 's nachts gedragen te worden en zo mogelijk ook overdag. Indien het dragen van de spalk na zes weken niet leidt tot vermindering van de klachten, heeft het geen zin deze behandeling voort te zetten. De huisarts kan de spalkbehandeling zelf doen of hij kan hiervoor verwijzen naar een gespecialiseerde (hand)ergotherapeut (zie noot 4).

Noot 20

Corticosteroidinjecties bij CTS

Er is één systematisch literatuuronderzoek

[Goodyear-Smith 2004], één systematische review [Marshall 2007] en één gerandomiseerd onderzoek [Peters 2009c] gevonden waarin de effectiviteit van corticosteroidinjecties bij CTS is onderzocht.

Goodyear-Smith en Arroll [Goodyear-Smith 2004] vinden in hun review sterk bewijs voor de werkzaamheid van corticosteroidinjecties (één review en vier gerandomiseerde onderzoeken) [Marshall 2002; Dammers 1999; Elbaz 1994; O'Gradaigh 2000; Ozdogan 1984] en beperkt bewijs voor de werkzaamheid van orale corticosteroiden (twee gerandomiseerde onderzoeken) [Chang 1998; Herskovitz 1995] op de symptomen bij CTS op korte termijn. Marschal *et al.* [Marschal 2007] concluderen dat lokale corticosteroidinjecties effectiever zijn dan een placebobehandeling [Dammers 1999; Armstrong 2004] en orale corticosteroiden [Wong 2001] op de korte termijn. Er bestaat geen verschil in effectiviteit in vergelijking met NSAID's gecombineerd met spalkbehandeling [Celiker 2002].

Corticosteroidinjecties versus placebo. Uit de Cochrane review van Marshall *et al.* (twee onderzoeken; n = 141) blijkt dat een corticosteroidinjectie in vergelijking met een placebo-injectie een beter herstel van klinische symptomen laat zien op de korte termijn (tot vier weken) (OR 2,58; 95%-BI 1,72 tot 3,87) [Marshall 2007; Dammers 1999; Armstrong 2004]. Er zijn geen onderzoeken naar de effecten op de lange termijn gevonden.

Corticosteroidinjecties versus orale corticosteroiden. Locale corticosteroidinjecties laten een significant grotere verbetering van klinische symptomen (Global Symptom Score; bereik 0 tot 50) zien dan een dagelijkse inname van orale corticosteroiden na drie maanden (één onderzoek; n = 60; verschil -7,1; 95%-BI -11,7 tot -2,5) [Marshall 2007; Wong 2001].

Lokale corticosteroidinjecties versus systemische corticosteroiden. Uit het onderzoek van Ozdogan *et al.* (n = 37) blijkt dat lokale corticosteroidinjecties effectiever zijn in het verminderen van de klinische symptomen dan systemische corticosteroidinjecties (RR 3,17; 95%-BI 1,02-9,87).

Corticosteroidinjecties versus NSAID's gecombineerd met spalk. Eén onderzoek (n = 23) laat geen verschil in klinische symptomen zien tussen lokale corticosteroidinjecties en NSAID's gecombineerd met een spalk na twee en na acht weken [Marshall 2007; Celiker 2002].

Dosering corticosteroidinjecties. Uit de resultaten van twee onderzoeken in de review van Marshall *et al.* (n = 106) blijkt dat er geen verschil in effectiviteit bestaat tussen injecties met een hoge dosis (100 mg hydrocortison of 35 mg methylprednisolonacetaat) in vergelijking met een lage dosis (25 mg hydrocortison of 15 mg methylprednisolonacetaat) [Marshall 2007; Habib 2006; O'Gradaigh 2000]. Er bestond geen verschil (één onderzoek; n = 39) in effectiviteit tussen een injectie met een kortwerkend (100 mg hydrocortison) of een langwerkend (20 mg triamcinolone) corticosteroid na zes weken [Marshall 2007; O'Gradaigh 2000]. Ook bestond er geen verschil tussen een eenmalige injectie (15 mg methylprednisolonacetaat gecombineerd met placebo-injectie tijdens follow-up) en meerdere corticosteroidinjecties na acht, vierentwintig en veertig weken (één onderzoek; n = 40) [Marshall 2007; Wong 2005].

Lokalisatie corticosteroidinjectie. Tot slot blijkt uit één onderzoek (n = 57) in de review van Marshall *et al.* dat er geen verschil in effectiviteit bestaat, gemeen met de Neurologic Symptom Score na elf maanden tussen een injectie geplaatst vier centimeter proximaal van de polsplooi in vergelijking met een injectie geplaatst distaal van de polsplooi [Marshall 2007; Sevim 2004]. Volgens een ander onderzoek (n = 42) in deze review bestaat er geen verschil tussen een injectie geplaatst ter hoogte van de polsplooi en een injectie twee tot drie centimeter distaal van de polsplooi [Marshall 2007; Habib 2006].

Uit een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek in de Nederlandse huisartsenpraktijk (n = 69) blijkt dat corticosteroidinjecties (maximaal twee)

effectiever zijn dan een placebo-injectie (Number Needed to Treat (NNT) 3; 95%-BI 1,83 tot 9,72) in het verminderen van symptomen (Symptom Severity Scale of the Boston carpal tunnel questionnaire (bereik 0 tot 5); 0,92 versus 0,29; p < 0,05), functie (Functional Status Scale of the Boston carpal tunnel questionnaire (bereik 0 tot 5); 0,58 versus -0,01; p < 0,05) en ervaren herstel (p = 0,012) op de korte termijn (follow-up twee weken na de laatste injectie) [Peters 2009c]. Na twaalf maanden blijkt dat circa de helft (49%) van de deelnemers in de interventiegroep recidiverende klachten heeft gehad.

Commentaar: er is bewijs voor de effectiviteit van corticosteroidinjecties op korte termijn (tot vier weken) bij CTS. De effectiviteit op de lange termijn is onbekend. Corticosteroidinjecties zijn effectiever dan een placebobehandeling of een behandeling met orale corticosteroiden. Het is onbekend of corticosteroidinjecties effectiever zijn dan NSAID's of spalkbehandeling door het ontbreken van onderzoek van voldoende omvang. Uit diverse onderzoeken met een geringe omvang blijkt dat er geen voorkeur voor de dosering, het aantal en de lokalisatie van de corticosteroidinjecties bestaat.

Overwegingen: de voorkeur van de werkgroep gaat bij milde tot matige klachten in eerste instantie uit naar een afwachtend beleid en bij onvoldoende resultaat daarvan, of bij ernstigere of langdurige klachten, naar corticosteroidinjecties, omdat er bewijs is dat de klachten hierdoor kortdurend kunnen worden verminderd. Conclusie: overweeg bij ernstige of langdurige CTS-klachten een injectie met een corticosteroid in de carpale tunnel of enkele centimeters proximaal van de polsplooi (1 ml triamcinolonacetonide 10 mg/ml). Indien nodig kan deze behandeling na twee tot drie weken herhaald worden. Meer dan twee juist geplaatste injecties zijn niet zinvol.

Noot 21

Chirurgie bij CTS

Er is één Cochrane review van Verdugo *et al.* waarin de effectiviteit van chirurgische behandeling is vergeleken met die van conservatieve behandeling of met corticosteroidinjecties, één gerandomiseerd onderzoek van Jarvic *et al.* waarin chirurgie is vergeleken met conservatieve behandeling en één Cochrane review van Scholten *et al.* waarin de effectiviteit van diverse chirurgische technieken onderling zijn vergeleken [Verdugo 2008; Scholten 2007]. Verder is in twee onderzoeken de invloed van de duur van de klacht voorafgaand op het tijdstip van operatie en de invloed van de leeftijd en het geslacht van de patiënt op de resultaten van chirurgische behandeling onderzocht [Burke 2006; Hobby 2005].

Chirurgie versus spalkbehandeling. Verdugo *et al.* concluderen dat chirurgie effectiever lijkt te zijn dan conservatieve behandeling (spalkbehandeling) van patiënten met CTS (twee onderzoeken; n = 198) [Verdugo 2008; Garland 1964; Gerritsen 2002]. Uit het onderzoek van Gerritsen *et al.* (n = 176) blijkt dat chirurgie effectiever is dan spalkbehandeling op de uitkomstmaat herstel na drie maanden (RR 1,38; 95%-BI 1,08 tot 1,75), na zes maanden (RR 1,29; 95%-BI 1,08 tot 1,55) maar niet na twaalf maanden (RR 1,14; 95%-BI 0,95 tot 1,37). Uit een ander onderzoek van Garland *et al.* (n = 22) van matige kwaliteit blijkt dat chirurgie effectiever is dan spalkbehandeling in het verminderen van de klinische symptomen na twaalf maanden (RR 5,00; 95%-BI 1,41 tot 17,76).

Chirurgie versus corticosteroidinjectie. Uit dezelfde Cochrane review van Verdugo *et al.* blijkt dat er geen consistent bewijs is voor de effectiviteit van chirurgie in vergelijking met corticosteroidinjecties (twee onderzoeken; n = 151) [Verdugo 2008; Hui 2005; Ly-Pen 2005].

Uit een gerandomiseerd onderzoek van Jarvic *et al.* (n = 116; follow-up twaalf maanden), waarin de effectiviteit van chirurgie is vergeleken met die van conservatieve behandeling, blijkt dat chirurgie effectiever is dan conservatieve behandeling op de uitkomstmaten functie (gemiddelde ver-

schilscore -0,40; 95%-BI 0,11 tot 0,70; $p = 0,008$) en symptomen (gemiddelde verschilscore 0,34; 95%-BI 0,02 tot 0,65; $p = 0,036$) op de Carpal Tunnel Syndrome Assessment Questionnaire (bereik 0,0 tot 1,0), maar deze effecten waren in klinisch opzicht gering [Jarvic 2009].

Tijdstip van operatie. Uit een onderzoek van Burke *et al.* ($n = 523$; follow-up zes maanden) blijkt dat de duur van de klachten voorafgaand aan het tijdstip van operatie niet van invloed is op de ernst van de klacht en op de functie en evenmin op de resultaten van chirurgie op deze uitkomstmaten [Burke 2006]. Uit een onderzoek van Hobby *et al.* ($n = 97$; follow-up zes maanden) blijkt dat geslacht en leeftijd geen invloed hebben op de succeskans van chirurgie met betrekking tot het verminderen van de klinische symptomen (pijn, doofheid, zwakte en tintelingen), de functie en de patiënttevredenheid [Hobby 2005]. Omdat de succeskans van chirurgie niet bepaald wordt door de tijdsduur van de klachten voorafgaand aan de operatie, en CTS-klachten dikwijls een gunstig beloop hebben zonder operatie, geeft Bland de voorkeur aan een initieel conservatief beleid [Bland 2007b].

Open chirurgie versus endoscopische behandeling. Uit de Cochrane review van Scholten *et al.* (33 onderzoeken) blijkt dat er geen voorkeur voor open chirurgie of een endoscopische behandeling bestaat. Endoscopische behandeling is technisch moeilijker dan open klieving. Bij endoscopisch klieven worden meer voorbijgaande neurogene complicaties gemeld. Open klieving geeft vooral problemen met de wondgenezing [Scholten 2007]. Commentaar: er is beperkt bewijs dat chirurgie effectiever is dan spalkbehandeling na twaalf maanden en geen consistent bewijs voor een verschil in effectiviteit van chirurgie en corticosteroïdinjecties.

Overwegingen: gezien het dikwijls gunstige beloop en aangezien de succeskans van chirurgie niet bepaald wordt door de tijdsduur van de klachten voorafgaand aan de operatie, gaat de voorkeur in de initiële fase van CTS uit naar een conservatief beleid of naar injecties met een corticosteroïd.

Conclusie: overweeg een verwijzing voor een chirurgische interventie bij ernstige CTS-klachten (gepaard gaand met verminderde kracht van de musculus opponens pollicis of duimmusatrofie, of krachtvermindering van de musculus abductor pollicis brevis), of bij langdurige aanhoudende klinische klachten waarbij onvoldoende symptoomverlichting door conservatieve behandeling of injectiebehandeling is opgetreden. Overweeg eveneens een verwijzing naar een chirurg bij klachten die het dagelijks functioneren in ernstige mate beïnvloeden of van invloed zijn op het functioneren op het werk, tenzij de patiënt dit niet als eerste wil. De effecten van chirurgie in vergelijking met conservatieve behandeling zijn in klinisch opzicht gering.

Noot 22

Achtergronden ganglion

De meest gebruikelijke plaats voor een ganglion, een uitstulping van het gewrichtskapsel of van de peesschede die gevuld is met synoviale vloeistof, is de hand of de pols. Het meest frequent komt een ganglion voor aan de dorsale zijde van de pols (60 tot 70%) waar ze uit gaat van het kapsel van de intercarpale gewrichten en minder frequent aan de palmar zijde van de pols (13 tot 20%). Door vulling ontstaat een vast-elastische zwelling, die een paar centimeter groot kan worden. Een ganglion geeft dikwijls geen klachten. Uit een onderzoek onder mensen die werden verwezen naar een handklinik ($n = 50$) blijkt in 38% van de gevallen dat er sprake was van een cosmetisch probleem, bij 28% was er angst voor een kwaadaardig aandoening en 26% zocht hulp vanwege pijnklachten bij bepaalde bewegingen [Westbrook 2000; Burke 2003].

Noot 23

Epidemiologie ganglion

In de Tweede Nationale Studie ($n = 375.899$) wordt de puntprevalentie van een ganglion aan een gewricht of pees (dus ongeacht de lokalisatie) (ICPC L87) in de Nederlandse huisartsenpraktijk geschat op 3,5 per 1000 patiënten per jaar (2,5 per 1000 patiënten per jaar voor mannen en 4,5 per 1000 patiënten per jaar voor vrouwen) [Van der Linden 2004]. De incidentie van een ganglion in dit onderzoek bedraagt 2,6 episoden per 1000 patiëntenjaren (1,9 voor mannen en 3,4 voor vrouwen) [van der Linden 2004]. De prevalentie van een ganglion aan de hand of pols is 4,5 per 1000 patiënten per jaar. De incidentie bedraagt 3,3 episoden per 1000 patiëntenjaren. Vrouwen zijn twee maal zo vaak aangedaan als mannen. Een ganglion komt het meeste voor tussen een leeftijd van twintig tot veertig jaar [Burke 2003; Nielsen 2007].

Noot 24

Etiologie en beloop ganglion

Een ganglion kan geleidelijk of abrupt ontstaan en het verdwijnt weer spontaan bij ongeveer 30 tot 63% van de patiënten [Burke 2003; Dias 2007; Berghoff 1993]. Meestal is de oorzaak van een ganglion onbekend. Mogelijke oorzakelijke factoren zijn microtrauma, instabiliteit, verhoogde mobiliteit en artrose. Een duidelijke relatie met werk of vrijetijdsbesteding ontbreekt [Watson 1989; Burke 2003].

Noot 25

Diagnose ganglion

De diagnose is goed te stellen door klinisch onderzoek [Burke 2007b]. Bij lichamelijk onderzoek voelt men een gladde en vast-elastische zwelling, gefixeerd aan de onderlaag. Er kan drukpijn zijn ter plaatse of ter hoogte van de overgang van het os scaphoideum en het os lunatum (ganglion of letsel van het scapholunatum ligament).

Aanvullend onderzoek. Aspiratie (helder geleachtig punctaat) of dialanie kunnen de diagnose bevestigen. Echografie is een geschikte methode voor het aantonen van occulte ganglia [Osterwalder 1997].

Noot 26

Beleed ganglion

Er zijn geen gerandomiseerde onderzoeken gevonden waarin de effectiviteit van behandeling bij een ganglion in de huisartsenpraktijk is onderzocht. In één review en twee observationele onderzoeken uitgevoerd in de tweede lijn werd de effectiviteit van vier mogelijke behandelingen bij een ganglion (aspiratie, aspiratie met corticosteroïdinjectie, open chirurgische excisie en arthroscopische excisie) beschreven aan de hand van de kans op een recidief na de behandeling [Burke 2003; Tomlinson 2006; Dias 2007; Kang 2008].

Aspiratie. De kans op een recidief na aspiratie in de review van Burke *et al.* (zeven observationele onderzoeken) varieert tussen 12 en 88% [Burke 2003]. In twee onderzoeken in deze review werd opgemerkt dat aspiratie de angst voor het bestaan van een kwaadaardige aandoening en daarmee de noodzaak voor een chirurgische behandeling vermindert. Tomlinson en Field beschrijven dat de kans op een recidief na aspiratie in drie observationele onderzoeken varieert tussen 42 tot 64% [Tomlinson 2006]. In het onderzoek van Dias *et al.* bedraagt de kans op een recidief na aspiratie 58% [Dias 2007].

Aspiratie gecombineerd met een injectie met een corticosteroïd of met hyaluronidase. Er is geen bewijs (vijf observationele onderzoeken) dat het combineren van aspiratie met een injectie met een corticosteroïd of met hyaluronidase een toegevoegde waarde heeft [Burke 2003].

Chirurgische excisie. In de review van Burke *et al.* (zeven observationele onderzoeken) bedraagt de kans op een recidief na chirurgische excisie van 1 tot 40%. Tomlinson en Field beschrijven dat de kans op een recidief na chirurgie in drie observationele onderzoeken varieert tussen 1 tot 13% [Tomlinson 2006].

Chirurgische excisie versus arthroscopische excisie. De kans op een recidief na open chirurgische excisie en de arthroscopische excisie van een dorsaal ganglion, zijn gelijk ($n = 72$; follow-up twaalf maanden) [Kang 2008].

Commentaar: onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen in de huisartsenpraktijk is niet beschikbaar. Uit tweedelijns observationeel onderzoek blijkt dat de kans op een recidief na aspiratie groter is dan na chirurgie.

Overwegingen: omdat het een onschuldige aandoening betreft en er een grote kans (50% na vijf jaar) op spontaan herstel bestaat, gaat de voorkeur in eerste instantie uit naar een expectatief beleid als er geen klachten of beperkingen bestaan. Omdat een ganglion vaak een cosmetisch probleem geeft, en geen klachten of beperkingen, of er angst bestaat voor een kwaadaardige aandoening, kan een punctie, waarbij aspiratie van het synoviale vocht plaatsvindt, een goede behandeloptie zijn [Tomlinson 2006]. De werkgroep is van mening dat aspiratie zowel een diagnostische als therapeutische waarde heeft. Chirurgische behandeling bestaat meestal uit een open excisie van het ganglion. Arthroscopische excisie is mogelijk, maar gebeurt in Nederland echter zelden.

Conclusie: de werkgroep adviseert een afwachtend beleid als er geen klachten of beperkingen zijn. Bij beperkingen, een cosmetisch probleem of angst voor een kwaadaardige aandoening kan aspiratie overwogen worden. Bij ernstigere hinder, zenuwcompressie en ulceratie adviseert de werkgroep een verwijzing voor chirurgische behandeling.

Noot 27

Epidemiologie artrose

De prevalentie van artrose is niet eenvoudig vast te stellen, omdat er sprake is van forse discrepantie tussen klinische symptomen en radiologische afwijkingen. Het merendeel van de mensen in de leeftijdscategorie ouder dan 55 jaar heeft radiologische kenmerken van artrose van de hand of pols, maar van de deze groep heeft slechts circa 20% klinische symptomen [Dahaghin 2005b]. De 1-maandsprevalentie van gewrichtsklachten in de hand kenmerkend voor artrose, varieert van 12% bij volwassenen van 45 jaar en ouder tot 30% bij volwassenen van 50 jaar en ouder [Urwin 1998; Dziedzic 2007]. In een onderzoek onder de Amerikaanse bevolking wordt de leeftijdsgestandaardiseerde prevalentie van artrose aan de hand met radiologische veranderingen geschat op 27% en van artrose aan de hand met klinische symptomen (pijn en stijfheid) op 7% [Lawrence 2008; Zhang 2008]. In een ander Amerikaans onderzoek onder ouderen boven de zestig jaar ($n = 2.498$) werd de prevalentie van symptomen van artrose aan de hand op grond van de criteria van het American College of Rheumatology geschat op 8% [Dillon 2007]. Noduli van Heberden bij de DIP-gewrichten, noduli van Bouchard bij de PIP-gewrichten en deformaties van het CMC-I-gewricht konden worden aangehouden in respectievelijk 58% (mannen 53%, vrouwen 62%), 30% (mannen 25%, vrouwen 33%) en 18% (mannen 10%, vrouwen 24%) van de gevallen. Een onderzoek van Quелlette en Makowski bevestigt dat artrose vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen [Quелlette 2006]. In het onderzoek van Wilder *et al.* worden de prevalenties voor DIP-II, PIP-III en CMC-I geschat op respectievelijk 35, 18 en 21% [Wilder 2006].

In een onderzoek van Oliveria *et al.* werd de voor geslacht en leeftijd gecorrigeerde incidentie van artrose aan de hand met klinische symptomen geschat op één episode per duizend persoonsjaren [Oliveria 1995; Zhang 2008]. Niet iedereen met artrose van de hand zoekt medische hulp [Oliveria 1995; Zhang 2002].

Noot 28

Etiologie artrose

De Britse NICE guidelines benadrukken dat artrose niet slechts een degeneratief proces is,

maar een actief, metabool proces, waarin verlies van gewrichtskraakbeen leidt tot toegenomen metabole activiteit van het subchondrale bot, wat zich uit in sclerosering en de vorming van subchondrale cysten (beide zichtbaar op een röntgenfoto) en wat verder leidt tot uitwendig waarneembare osteofyten en een ontstekingsreactie [NICE 2008]. Dit betekent dat er bij artrose sprake is van een proces van reparatie. In het algemeen gaat het om een langzaam, maar efficiënt reparatieproces dat vaak kan compenseren voor de initiële schade. Bij een deel van de mensen kan de weefselschade echter niet worden gecompenseerd en ontstaan symptomen als pijn en stijfheid. Deze processen verklaren tevens waarom er zoveel variatie is in klinische presentatie van artrose, tussen verschillende personen, maar ook tussen verschillende gewrichten. De invloed van handartrose op dagelijks functioneren is aanzienlijk, als gevolg van pijn, stijfheid, een verminderde knijpkracht en afname van fine motoriek. Kwalitatief onderzoek laat een grote invloed van handartrose zien op het uitvoeren van zelfzorgactiviteiten, zoals wassen en aankleden, met verminderde zelfstandigheid en *distress* tot gevolg [Dahaghin 2005a; Dahaghin 2005b; Dziedzic 2007; Dominick 2005; Kjekes 2005; Zhang 2002; Zhang 2009].

Noot 29

Risicofactoren artrose

Naast leeftijd worden overgewicht, reumatoïde artritis, eerder doorgemaakte fracturen en mechanische factoren zoals werk met een zware belasting voor de hand en pols in verband gebracht met het ontstaan van artrose [Walker-Bone 2002; Cvijetic 2004; Grotle 2008; Dahaghin 2007]. Ook genetische factoren spelen mogelijk een rol, maar het is nog niet duidelijk welke genen verantwoordelijk zijn [Fumagalli 2005]. Uit een vergelijkend onderzoek blijkt dat noduli van Heberden en Bouchard frequenter voorkomen bij mannelijke (36%) en vrouwelijke (49%) verwanten van patiënten met handartrose dan in de algemene bevolking (mannen 17% en vrouwen 26%) [Kellgren 1963].

Noot 30

Beloop en prognose artrose

Artrose van de hand heeft lang niet altijd een progressief beloop. Doordat het in principe een proces van herstel en modellering betreft, kunnen episoden van pijn en functiebeperkingen gevolgd worden door een langdurige periode zonder klachten, hoewel de benige verdikkingen, met name bij de DIP- en de PIP-gewrichten blijven bestaan. Het merendeel van de patiënten rapporteert over een periode van twee jaar wel een toename van pijnklachten en bij 20% is er tevens sprake van radiologische progressie [Harris 1994; Botha-Scheepers 2007]. Progressie gaat samen met verminderde knijpkracht van de handspieren [Cvijetic 2004]. Artrose van het CMC-gewricht lijkt een minder gunstige prognose te hebben dan artrose van de DIP- of PIP-gewrichten en gaat gepaard met meer beperkingen in functie [NICE 2008].

Noot 31

Differentiaal diagnostiek artrose

Diagnostische criteria voor handartrose zijn: leeftijd ouder dan 45 jaar; pijn tijdens bewegen in één of meer gewrichten; milde, kortdurende startstijfheid en startpijn (bij bewegen van een gewricht na een periode van rust) [Zhang 2009]. De klachten betreffen met name de DIP- en PIP-gewrichten of CMC-I aan beide handen en de benige verdikkingen (noduli) zijn niet obligatoir. Dit in tegenstelling tot reumatoïde artritis (RA). RA wordt gekenmerkt door: leeftijd bij diagnose vaak jonger dan veertig jaar, minder vaak symmetrische klachten, met name pols, MCP- en PIP-gewrichten aangedaan en DIP-gewrichten niet aangedaan, ochtendstijfheid duurt langer dan één uur.

Noot 32

Voorlichting en adviezen artrose

Voorlichting en adviezen betreffen de oorzaken en gevolgen van artrose, het gebruik van analgetica en informatie over andere behandelingsmogelijkheden (spalk, oefeningen). Tevens kan worden uitgelegd hoe het belasten van de aangedane gewrichten de klachten kunnen verergeren of provoceren, en kunnen adviezen worden gegeven hoe pijnlijke gewrichten tijdens activiteiten kunnen worden ontzien (bijvoorbeeld bij het tillen van zware voorwerpen of vastpakken van voorwerpen) [NICE 2008; Zhang 2007].

Noot 33

Spalkbehandeling bij CMC-I-artrose

De effectiviteit van spalkbehandeling bij CMC-I-artrose is onderzocht in een systematisch literatuuronderzoek [Egan 2007] en in een gerandomiseerd onderzoek [Wajon 2005b]. Uit het systematische literatuuronderzoek blijkt dat er bewijs is voor de effectiviteit van spalkbehandeling op het verminderen van de pijn en het verbeteren van de functie bij CMC-I-artrose [Egan 2007]. In twee kleine gerandomiseerde cross-over onderzoeken (n = 26 en n = 21) werden bij patiënten met artrose van CMC-I de effecten van een volledige spalk (voor duim en pols) vergeleken met een gedeeltelijke spalk (alleen duim). De resultaten laten een grotere afname van pijn zien voor de volledige spalk (*effect size* 0.64; 95%-BI 0,02 tot 1,26). De gepoolde schatting voor het Number Needed to Treat (NNT) voor verbetering van functie was 4 (95%-BI 2 tot 13).

Uit het gerandomiseerde onderzoek van Wajon *et al.* (n = 40; follow-up zes weken) blijkt dat spalkbehandeling gecombineerd met oefentherapie een effectieve behandeling is met betrekking tot de pijn, kracht en handfunctie bij CMC-I-artrose, maar dat er geen verschil in de effectiviteit bestaat tussen een volledige spalk en een gedeeltelijke spalk [Wajon 2005b]. Commentaar: er zijn aanwijzingen voor de effectiviteit van spalkbehandeling op het verminderen van de pijn en het verbeteren van de functie bij CMC-I-artrose. Er is tegenstrijdig bewijs dat een volledige spalk effectiever zou zijn dan een gedeeltelijke spalk. De onderzoeken zijn klein van omvang en er is geen onderzoek bekend waarin de effectiviteit van spalkbehandeling bij CMC-I-artrose is vergeleken met geen behandeling of met een andere behandeling. De onderzoeken zijn uitgevoerd bij patiënten die werden verwezen naar een fysiotherapiepraktijk. Overwegingen: de voorkeur in de initiële fase van CMC-I-artrose gaat uit naar een conservatief beleid. Conclusie: spalkbehandeling kan de pijnklachten tijdelijk verminderen. Er bestaat geen voorkeur voor een volledige of een gedeeltelijke spalk. De huisarts kan de spalkbehandeling zelf doen of hij kan hiervoor verwijzen naar een gespecialiseerde (hand)ergotherapeut.

Noot 34

Oefentherapie bij artrose

De effectiviteit van oefentherapie bij handartrose is onderzocht in vier gerandomiseerde onderzoeken [Garfinkel 1994; Boustedt 2009; Stamm 2002; Wajon 2005b].

Yoga versus geen behandeling. Garfinkel *et al.* vinden gunstige effecten van yoga-oefeningen op pijn en functie (n = 26) in vergelijking met geen behandeling [Garfinkel 1994].

Spalk plus oefentherapie versus oefentherapie alleen. Boustedt *et al.* (n = 42) vonden significant grotere verbeteringen op pijn, functie en knijpkracht na twaalf maanden voor een gecombineerd spalk met oefenprogramma in vergelijking met een standaard ergotherapeutisch programma [Boustedt 2009].

Oefentherapie versus geen therapie. In een derde RCT (n = 40) werden gunstige effecten voor functie en knijpkracht gevonden van een oefenprogramma en een ergotherapeutisch programma in vergelijking met een informatiebrochure [Stamm 2002]. *Verskillende vormen van oefentherapie.* In een vierde

onderzoek (n = 40) werden twee verschillende spalk- en oefenprogramma's vergeleken en geen significante verschillen gevonden [Wajon 2005b]. Commentaar: uit de bovenstaande onderzoeken blijkt dat er aanwijzingen zijn dat oefeningen met de hand en pols er voor kunnen zorgen dat de kracht toeneemt en de bewegelijkheid behouden wordt. Er zijn aanwijzingen dat de pijn kan afnemen en de functionaliteit kan verbeteren. Deze onderzoeken zijn echter klein van omvang, het is onduidelijk welke vorm van oefentherapie de voorkeur geniet en geen van de RCT's werd in een eerstelijns populatie uitgevoerd. De Britse NICE guidelines [NICE 2008] en Europese richtlijnen voor de behandeling van handartrose [Zhang 2007] bevelen advies en oefen- of ergotherapie aan als eerste keus behandeling van artrose, hoewel de onderbouwing van deze interventies voor handartrose nog zwak is. Overwegingen: de werkgroep geeft bij artrose van de hand en pols de voorkeur aan een conservatief beleid. Er zijn aanwijzingen dat oefentherapie bij artrose van de hand en pols bijdraagt aan behoud van spierkracht, mobiliteit en functie en de pijn kan verminderen. Conclusie: de werkgroep adviseert bij artrose van de hand en pols oefeningen ter verbetering van de knijpkracht van de handspieren en behoud van mobiliteit en functie.

Noot 35

Analgetica en voedings supplementen bij artrose

Placebogecontroleerde onderzoeken naar de effectiviteit van paracetamol bij patiënten met handartrose zijn niet beschikbaar. Gezien de veel kleinere kans op (gastro-intestinale) bijwerkingen geeft The European League Against Rheumatism (EULAR) bij handartrose de voorkeur aan paracetamol boven orale NSAID's [Zhang 2007]. Er zijn drie gerandomiseerde onderzoeken [Altman 2009; Rothacker 1998; Zacher 2001] en één systematische review [Lin 2004] gevonden naar de effectiviteit van lokale NSAID's bij artrose van de hand.

Enkele gerandomiseerde onderzoeken laten zien dat lokale NSAID's effectief zijn in vergelijking met placebo in de behandeling van pijn en stijfheid bij handartrose op de korte termijn [Altman 2009; Rothacker 1998; Zacher 2001]. Uit een gerandomiseerd, dubbelblind, placebogecontroleerd onderzoek van Altman *et al.* (n = 385; follow-up acht weken) blijkt dat een behandeling met 1% diclofenac sodium gel (viermaal daags op beide handen door de patiënt zelf aangebracht) in vergelijking met een placebobehandeling effectiever is in het verminderen van de pijn (VAS-schaal bereik 0 tot 100; gemiddeld verschil tussen de groepen 7,2 (30,1%); p = 0,018) en de Australian/Canadian Osteoarthritis Hand Index score (AUSCAN-score voor pijn, stijfheid en functie bereik 0 tot 100; gemiddeld verschil 6,7 (39,9%); p = 0,011) bij patiënten met handartrose (ouder dan veertig jaar) na vier weken [Altman 2009]. Na zes weken zijn de verschillen tussen de beide groepen significant voor pijn (gemiddeld verschil 7,0 (26,2%); p = 0,023), AUSCAN-score (gemiddeld verschil 7,3 (39,2%); p = 0,006) en voor ervaren ernst van de aandoening (schaal 0 tot 100; gemiddeld verschil 6,8 (41,7%); p = 0,023). Na acht weken zijn de verschillen nog significant voor de AUSCAN-score (gemiddeld verschil 6,2 (30,2%); p = 0,028). Er werden geen cardiale of gastro-intestinale bijwerkingen gerapporteerd [Altman 2009]. Uit een gerandomiseerd onderzoek van Rothacker *et al.* (n = 81) blijkt dat een lokaal NSAID (10% trolamine salicylaat) gedurende vier minuten effectiever is in het verminderen van de ochtendpijn (gemiddeld verschil in de som van de pijnscores na 30, 45 en 120 minuten; p = 0,049) en ochtendstijfheid (gemiddeld verschil in de som van de ervaren stijfheidscores na 30, 45 en 120 minuten; p = 0,03) bij patiënten met handartrose in vergelijking met een placebo [Rothacker 1998]. Uit een gerandomiseerd dubbelblind onderzoek van Zacher *et al.* (n = 321; positieve respons werd gedefinieerd

als een vermindering van de pijnklachten van minimaal 40 mm op een VAS-schaal (bereik 0 tot 100 mm)) naar de effectiviteit van diclofenac gel en placebo ibuprofen in vergelijking met placebo diclofenac gel en ibuprofen blijkt dat diclofenac gel (44% positieve respons) minstens zo effectief is als ibuprofen (33% positieve respons) na een behandelingsperiode van drie weken ($p = 0,007$) [Zacher 2001]. Uit de systematische review van Lin *et al.* blijkt dat een behandeling met lokale NSAID's bij mensen met handartrose leidt tot een significant grotere afname van de pijn na één week (effect size 0,41; 95%-BI 0,16 tot 0,66) en na twee weken (effect size 0,40; 95%-BI 0,15 tot 0,66), maar niet na drie of vier weken. Orale NSAID's zijn na één week effectiever dan lokale NSAID's, maar de effecten zijn na twee, drie en vier weken vergelijkbaar. Het risico op gastro-intestinale bijwerkingen bij lokale NSAID's was in dit onderzoek vergelijkbaar met dat van placebo (RR 0,81, 95%-BI 0,43 tot 1,56), terwijl de kans op lokale bijwerkingen (huiduitslag, jeuk, branderig gevoel) groter was voor lokale NSAID's (RR 5,29; 95%-BI 1,14 tot 4,51) in vergelijking met orale NSAID's [Lin 2004]. De effecten van de voedingssupplementen glucosamine en chondroïtine zijn bij mensen met handartrose niet onderzocht. Commentaar: er is geen onderzoek naar de effectiviteit van paracetamol bij artrose van de hand en pols bekend. Er is beperkt bewijs voor de effectiviteit van lokale NSAID's in het verminderen van de pijn en de stijfheid op korte termijn (tot acht weken). De effecten van voedingssupplementen zijn onbekend. Overwegingen: de werkgroep geeft bij pijnstilling bij artrose gezien het beperkte bewijs voor effectiviteit en gezien de kleinere kans op gastro-intestinale bijwerkingen de voorkeur aan een lokaal NSAID als eerste keus en aan paracetamol als tweede keus. Orale NSAID's vormen de derde keus. Zie voor meer informatie de Farmacotherapeutische Richtlijn Pijnbestrijding (www.nhg.org). Het gebruik van voedingssupplementen wordt niet geadviseerd.

Noot 36

Corticosteroid- of hyaluronzuurinjecties bij CMC-I-artrose

De effectiviteit van intra-articulaire injecties met corticosteroiden of hyaluronzuur bij CMC-I-artrose is in drie gerandomiseerde onderzoeken en in één ongecontroleerd onderzoek beoordeeld [Heyworth 2008; Stahl 2005; Joshi, 2005; Meenagh 2004]. Heyworth *et al.* vergeleken in een gerandomiseerd onderzoek ($n = 60$) de effectiviteit van corticosteroidinjecties, hyaluronzuurinjecties en placebo-injecties en vonden een kortdurende pijnvermindering voor alle drie de behandelingen (corticosteroid- en placebo-injecties tot vier weken en hyaluronzuurinjectie tot 26 weken) [Heyworth 2008]. De verschillen tussen de groepen waren niet significant. De knijpkracht was na vier weken het meest verbeterd in de corticosteroidgroep (68% versus 44% voor hyaluronzuur en 50% voor placebo) en na 26 weken het meest in de hyaluronzuurgroep (68% versus 58% voor corticosteroid en 47% voor placebo). De verschillen tussen de groepen waren wederom niet significant. Uit een gerandomiseerd onderzoek van Stahl *et al.* ($n = 52$) blijkt dat zowel injecties met corticosteroid als injecties met hyaluronzuur de pijnklachten op korte termijn (vier weken) verminderen [Stahl 2005]. Injecties met corticosteroid lieten na 26 weken een grotere toename in knijpkracht zien, terwijl injecties met hyaluronzuur na 26 weken een grotere verbetering van de fijne handmotoriek lieten zien. Uit een ongecontroleerd onderzoek van Joshi ($n = 25$) blijkt dat corticosteroidinjecties de pijnklachten bij CMC-I-artrose op korte termijn (tot vier weken) kunnen verminderen, maar deze behandeling was niet effectief na een follow-up van drie, zes en twaalf maanden [Joshi 2005]. De gunstige effecten van corticosteroidinjecties konden niet worden bevestigd in een

kleine dubbelblind placebogecontroleerde RCT ($n = 40$; follow-up 24 weken) in vergelijking met een placebo-injectie [Meenagh *et al.* 2004]. Commentaar: uit één ongecontroleerd onderzoek van zeer kleine omvang ($n = 25$) blijkt dat corticosteroidinjecties de pijnklachten op korte termijn (vier weken) kunnen verminderen, maar uit alle overige onderzoeken blijkt dat er geen verschil bestaat in vergelijking met (de veel duurdere) hyaluronzuurinjecties of met placebo-injecties. Conclusie: er is onvoldoende bewijs dat een lokale intra-articulaire injectie van het CMC-I-gewricht met een corticosteroid de pijnklachten bij CMC-I-artrose kan verminderen.

Noot 37

Chirurgie bij artrose

De effectiviteit van chirurgie is onderzocht in twee systematische onderzoeken [Wajon 2005a; Martou 2004]. De resultaten van chirurgie zijn niet bij iedereen gunstig: 20 tot 40% blijft klachten houden en 60% is min of meer tevreden. Uit de Cochrane review van Wajon *et al.* (zeven onderzoeken; $n = 384$), waarin vijf verschillende chirurgische methoden (trapeziectomie, trapeziectomie met interpositie artroplastiek, trapeziectomie met ligamentaire reconstructie, trapeziectomie met ligamentaire reconstructie en peesinterpositie en vervanging van het gewricht) voor de behandeling van CMC-I-artrose (graad II tot IV) werden onderzocht, blijkt dat er geen aanwijzingen zijn dat een bepaalde chirurgische techniek de voorkeur heeft wat betreft effecten op pijn en functioneren. Alle onderzoeken laten effecten zien op het verminderen van de pijn (27 tot 57 mm op een VAS-schaal; schaal 0 tot 100 mm) of het verbeteren van de functie (18 tot 24 mm op een VAS-schaal; schaal 0 tot 100 mm). De kans op nadelige effecten van de behandeling (beschadiging van pezen, sensibiliteitsstoornissen, littekenpijn, of Complex Regionaal Pijn Syndroom type I (CRPS-I) was 16% minder na trapeziectomie ($p < 0,001$) in vergelijking met de overige technieken en 11% groter na trapeziectomie met ligamentaire reconstructie en pees interpositie ($p = 0,03$) in vergelijking met de overige technieken [Wajon 2005a]. Wajon *et al.* concluderen dat chirurgie een effectieve behandeling is bij CMC-I-artrose met betrekking tot pijn, functie, mobiliteit, kracht en welbevinden en dat er geen verschil bestaat tussen de onderzochte technieken. Zij adviseren een trapeziectomie omdat deze de minste kans op schadelijke effecten heeft. Martou *et al.* komen tot dezelfde bevindingen na een literatuuronderzoek van acht reviews en achttien vergelijkende onderzoeken [Martou 2004]. Commentaar: de resultaten van chirurgie zijn niet bij iedereen gunstig en er is geen voorkeur voor een bepaalde chirurgische techniek. De keuze voor een bepaalde techniek wordt mogelijk meer bepaald door de kans op ongewenste effecten zoals aanhoudende pijn, functieverlies, beschadiging van pezen, zenuwen of ligamenten, en sensibiliteitsstoornissen. Conclusie: behandel zo lang mogelijk conservatief. Als de pijn of de bewegingsbeperking (vooral van het CMC-gewricht) ondanks conservatieve behandeling (medicatie, oefentherapie of ergotherapie) blijft bestaan, overweeg dan een verwijzing naar een chirurg voor operatieve behandeling (artrodese of gewrichtsreconstructie).

Noot 38

Achtergronden Trigger finger of trigger thumb

Een trigger finger of trigger thumb (tenovaginitis stenosans) is een tenosynovitis van de flexorpezen van de vingers of de duim. Het soepele glijden van de buigpees in de A-1 pulley (eerste annulaire ligament van de buigpees) proximaal van het MCP-gewricht raakt door zwelling belemmerd en de vinger kan moeilijker gestrekt of gebogen worden [Sempowski 2008; Ryzewicz 2006]. Etiologie. De oorzaak van een trigger finger is niet altijd duidelijk. De klachten komen vaak voor

na een zware inspanning of abnormaal gebruik van de hand, maar het is onduidelijk of er een daadwerkelijke causale relatie tussen overbelasting en dit ziektebeeld bestaat of dat veelvuldig gebruik van de hand en pols er alleen maar toe leidt dat het ziektebeeld zich eerder en duidelijker manifesteert [Trezies 1998]. De trigger finger lijkt geassocieerd te zijn met diabetes mellitus, reumatoïde artritis, hypothyreoïdie, CTS, jicht en repetitief gebruik van de vingers [Kumar 2009; Griggs 1995; De la Parra-Marquez 2008]. Moore stelt dat de term tenovaginitis niet correct is, omdat in histologische onderzoeken geen ontstekingsreactie is aangetoond [Moore 2000].

Noot 39

Epidemiologie en beloop trigger finger of trigger thumb

Epidemiologie. De aandoening komt vooral bij kinderen jonger dan zes jaar voor (waaronder pasgeborenen) en in de leeftijdscategorie tussen de veertig tot zeventig jaar en meer bij vrouwen dan bij mannen [Sempowski 2008; Ryzewicz 2006]. **De lifetimeprevalentie bij volwassenen ouder dan dertig jaar zonder diabetes mellitus bedraagt circa 2%** [Walker-Bone 2003]. Meestal is maar één vinger aangedaan en de aandoening komt meer voor aan de rechter- dan aan de linkerhand [De la Parra-Marquez 2008]. Bij mensen zonder bijkomende ziekten is de duim het meest frequent aangedaan, gevolgd door digit 3 en 4 [Moore 2000]. Bij pasgeborenen is bijna uitsluitend de duim aangedaan met beperkte extensie als belangrijkste symptoom [Rodgers 1994]. **Beloop.** Moore stelt dat spontaan herstel optreedt in 20 tot 29% van de gevallen [Moore 2000]. Uit een observationeel onderzoek van Baek *et al.* bij kinderen met trigger thumb ($n = 53$; gemiddelde follow-up 48 maanden en minimaal 2 jaar) blijkt dat 63% spontaan herstelt na 2 jaar en de buigcontractuur verder vermindert in 30% van alle gevallen [Baek 2008].

Noot 40

Diagnose trigger finger en trigger thumb

De diagnose trigger finger of trigger thumb is klinisch goed te stellen [Burke 2007b]. Soms is er ter plaatse van de buigpees een zwelling zichtbaar en voelbaar. Deze kan iets drukpijnlijk zijn [Sempowski 2008].

Noot 41

Corticosteroidinjectie bij trigger finger en trigger thumb

De effectiviteit en veiligheid van corticosteroidinjecties bij een trigger finger zijn onderzocht in een Cochrane review [Peters 2009a], in één vergelijkend prospectief niet-gecontroleerd onderzoek [Patel 1992] en in twee observationele onderzoeken [Newport 1990; Anderson 1991]. **Corticosteroidinjecties met anaestheticum versus injectie met anaestheticum.** Uit de Cochrane review van Peters *et al.* (twee gerandomiseerde onderzoeken; $n = 63$) blijkt dat een lokale injectie met een corticosteroid en lidocaïne effectiever is in het verminderen van klinische symptomen (RR 3,15; 95%-BI 1,34 tot 7,40) dan een injectie met lidocaïne alleen na een follow-up van vier weken (twee onderzoeken; $n = 63$; NNT = 3) [Peters 2009a; Lambert 1992; Murphy 1995]. **Corticosteroidinjecties versus spalk.** In een vergelijkend prospectief, niet-gecontroleerd onderzoek ($n = 100$; follow-up één tot vier jaar) worden de herstelpercentages bij een trigger vinger van de duim en bij de overige vingers geschat op 66% voor spalken en 84% voor corticosteroidinjecties [Patel 1992]. Patel adviseert het dragen van een (nacht)spalk indien de patiënt geen lokale corticosteroidinjectie wenst [Patel 1992]. Uit een observationeel onderzoek van Anderson *et al.* ($n = 58$; gemiddelde follow-up 4,6 jaar) blijkt dat na corticosteroidinjectie in 88% van de gevallen de klinische symptomen zijn verminderd (61% na één injectie, 27% na meerdere injecties) [Anderson 1991]. Uit een ander observationeel onderzoek van Newport *et al.* ($n = 235$) blijkt dat

de 49% hersteld na één injectie, 23% na twee en 5% na drie corticosteroïdinjecties gecombineerd met een anaestheticum.

Veiligheid corticosteroïd injecties. Er zijn nog nooit ernstige complicaties van corticosteroïdinjecties bij trigger finger beschreven. Gemelde bijwerkingen zijn steroïd-flare (tijdelijke toename van pijn in de handpalm in de eerste 24 tot 48 uur na injectie) en opvliegers [Peters 2008].

Commentaar: uit de bovenstaande onderzoeken blijkt dat er aanwijzingen zijn voor de effectiviteit van corticosteroïdinjecties. Er zijn geen ernstige bijwerkingen gemeld na injectiebehandeling. Conclusie: overweeg bij klachten die hinder veroorzaken bij dagelijkse activiteiten een injectie met een corticosteroïd nadat een expectatief beleid onvoldoende resultaat heeft opgeleverd.

Noot 42

Spalkbehandeling bij trigger finger en trigger thumb

De effectiviteit van spalkbehandeling is onderzocht in één vergelijkend prospectief, niet gecontroleerd onderzoek [Patel 1992]. Uit dit onderzoek van Patel *et al.* (n = 100; follow-up één tot vier jaar) blijkt dat het herstelpercentage bij een trigger finger of trigger thumb na het dragen van een (nacht)spalk (met fixatie van MCP gewricht onder een hoek van tien tot vijftien graden gedurende een periode van zes weken) 66% (33/50) bedraagt [Patel 1992]. De herstelpercentages na spalkbehandeling bij een trigger finger en bij een trigger thumb in dit onderzoek zijn respectievelijk 70 (28/40) en 50% (5/10) [Patel 1992]. Commentaar: er is geen gerandomiseerd onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van spalkbehandeling bij trigger finger of trigger thumb. Conclusie: het dragen van een (nacht)spalk wordt niet geadviseerd, vanwege het ontbreken van voldoende bewijs voor effectiviteit.

Noot 43

Chirurgie bij trigger finger en trigger thumb

De effectiviteit van chirurgische behandeling bij trigger finger of trigger thumb is onderzocht in twee observationele onderzoeken [Turowski 1997; Benson 1997].

Chirurgische behandeling kan bestaan uit een open of percutane release van de A-1 pulley (eerste annulaire ligament van de buigpeeskokker) [Ryzewicz 2006; Benson 1997; Turowski 1997]. Uit een observationeel onderzoek van Turowski *et al.* (n = 59; gemiddelde follow-up 48 maanden) blijkt dat het herstelpercentage na chirurgische behandeling bij trigger finger 97% bedraagt. De auteurs stellen dat chirurgische behandeling overwogen dient te worden indien conservatieve behandeling of corticosteroïdinjecties niet effectief is gebleken. Ook Benson en Ptaszek adviseren na prospectief onderzoek onder 102 patiënten een chirurgische behandeling indien één behandeling met een corticosteroïd niet effectief blijkt te zijn [Benson 1997].

Commentaar: er zijn geen gerandomiseerde onderzoeken bekend waarin de effectiviteit van chirurgie bij trigger finger is onderzocht. Conclusie: overweeg een verwijzing naar de chirurg indien injecties met een corticosteroïd niet effectief zijn gebleken.

Noot 44

Beleid bij kinderen met een trigger thumb

Er zijn twee observationeel onderzoeken gevonden naar respectievelijk de effectiviteit van oefeningen [Watanabe 2001] en chirurgische behandeling [Van den Borne 2000] bij kinderen met een trigger thumb.

Een observationeel onderzoek (n = 48; gemiddelde leeftijd 26 maanden (bereik 0 tot 48 maanden)) toont aan dat 96% van de kinderen herstelt door oefeningen uitgevoerd door de moeder (passief strekken van de duim). Bij ernstige klachten herstelt 66%. De auteurs adviseren oefeningen bij milde tot matige klachten en chirurgie bij ernstige klachten voor het derde levensjaar om contracturen te voorkomen. Uit een retrospectief

observationeel onderzoek (n = 38; gemiddelde leeftijd 3 jaar en 2 maanden (range 11 maanden tot 10 jaar en 4 maanden); 45 operaties; follow-up minimaal 2 jaar) blijkt dat in circa 90% de klinische symptomen zijn verdwenen. De auteurs adviseren chirurgie indien geen spontaan herstel is opgetreden na 6 maanden.

Commentaar: uit één klein retrospectief observationeel onderzoek blijkt dat er aanwijzingen zijn dat chirurgie een effectieve behandeling kan zijn bij een trigger thumb bij jonge kinderen. Overwegingen: op basis van consensus geeft de werkgroep, gezien het veelal gunstige beloop (63% herstelt volledig binnen twee jaar en 30% verbeterd in de daaropvolgende periode), de voorkeur aan een afwachtend beleid bij pasgeborenen en jonge kinderen met een trigger thumb en adviseert een verwijzing naar een chirurg bij aanhoudende klachten.

Noot 45

Mallet vinger

Epidemiologie. De incidentie en prevalentie van Mallet finger in de huisartsenpraktijk is onbekend.

Lichamelijk onderzoek. De Mallet finger wordt gekenmerkt door een permanente flexiëstand van het DIP-gewricht, waarbij actieve extensie van de distale falanx niet mogelijk is [Wang 2001].

Aanvullend onderzoek. Röntgenonderzoek kan het onderscheid tussen de tendinogene vorm en de ossale vorm aantonen, hetgeen niet mogelijk is op grond van het klinisch onderzoek [Wang 2001]. Daarnaast kan bij kinderen aan de hand van röntgendiagnostiek eventuele beschadiging van de epifysairschijf worden vastgesteld.

Beleid. De effectiviteit van spalkbehandeling bij een mallet vinger is onderzocht in twee reviews [Handoll 2004; Geyman 1998].

Uit een Cochrane review van Handoll *et al.* (vier onderzoeken; n = 278) blijkt dat er onvoldoende bewijs bestaat voor of tegen de effectiviteit van spalkbehandeling, voor of tegen een bepaald type spalk of voor het bepalen van het juiste moment waarop een operatie geïndiceerd is [Handoll 2008]. Uit een review van Geyman *et al.* (n = 480; follow-up twee jaar) blijkt dat na conservatieve behandeling met een spalk 83% van de patiënten tevreden te zijn met het resultaat van de behandeling (85% met een acuut letsel (drie onderzoeken) en 73% met chronische of recidiverende klachten) [Geyman 1998]. Wang en Johnson en Bendre *et al.* adviseren operatieve behandeling bij grotere fracturen (> 30% van het gewrichtsoppervlak) en nadat spalkbehandeling niet effectief is gebleken [Wang 2001; Bendre 2005].

Commentaar: er is geen bewijs voor of tegen spalkbehandeling, het type spalk en het tijdstip waarop doorverwijzing voor operatie geïndiceerd is.

Overwegingen: bij grotere avulsiefracturen waarbij meer dan 30% van het gewrichtsoppervlak betrokken is, wordt over het algemeen een interne osteosynthese van het avulsiefragment geadviseerd, omdat er anders een incongruent gewricht over blijft met mogelijk premature artrose. De literatuur is hier echter niet eenduidig over.

Conclusie: op basis van consensus adviseert de werkgroep, mede gezien de lage incidentie van Mallet finger in de huisartsenpraktijk en de consequenties voor het beleid, altijd een röntgenopname te maken, omdat het onderscheid tussen de tendinogene en de ossale vorm en de omvang van een fractuur niet mogelijk is op grond van het klinisch onderzoek. Bij een tendinogene vorm of een kleine avulsiefractuur bestaat de conservatieve behandeling door de huisarts uit het geven van een mallet-spalk gedurende zes weken. Verwijs bij onvoldoende resultaat of bij grotere fracturen (> 30% van het gewrichtsoppervlak) voor een chirurgische behandeling.

Noot 46

Achtergronden contractuur van Dupuytren

De ziekte van Dupuytren is een fibromatose van de fascia palmaris. De aandoening komt in 50% van de gevallen in beide handen voor. Als slechts één hand is aangedaan, dan betreft het meestal de rechterhand [Townley 2006; Saar 2008].

Epidemiologie. De prevalentie in de algemene bevolking varieert sterk door culturele verschillen van 2 tot 42% [Bayat 2006]. Mannen zijn vaker aangedaan dan vrouwen en de aandoening komt vooral bij mannen rond de vijftig jaar voor (vrouwen gemiddeld tien jaar later) [Gudmundsson 2000; Townley 2006]. De ziekte van Dupuytren komt vooral voor bij Noordwest-Europese volkeren en nauwelijks bij Afrikaanse volkeren [Townley 2006; Benson 1998; Bayat 2006; Burge 1999].

Etiologie. De ziekte heeft een genetische oorsprong. Er bestaat een associatie met de Lederhose (Dupuytren aan de voet) en met de ziekte van Peyronie (verkramping van de penis tijdens erectie). De ziekte kan ontstaan na een trauma, maar ook als een complicatie na een chirurgische ingreep.

Risicofactoren. Ongeveer 25% van de patiënten heeft een familiaal met soortgelijke klachten. Een verband met roken en alcohol gebruik is niet aangetoond.

Prognose. De prognose is slechter indien de eerste tekenen van de ziekte op jonge leeftijd optreden in combinatie met het voorkomen van de aandoening bij een familielid. Bij het merendeel van de patiënten zullen geen contracturen ontstaan. Indien chirurgische behandeling noodzakelijk is, is de kans op een recidief groot. De prognose is slechter bij diabetes mellitus [Townley 2006].

Noot 47

Diagnose contractuur van Dupuytren

De diagnose contractuur van Dupuytren is goed te stellen aan de hand van klinisch onderzoek. Het is een familiair voorkomende aandoening, met name bij mannen, waarbij een langzaam progressieve contractuur van de palmaire aponeurosis optreedt. Meestal begint de aandoening in de pink en ringvinger waarbij de vingers in een permanente flexiëstand terecht komen [Townley 2006].

Noot 48

Beleid contractuur van Dupuytren

Er zijn twee reviews [Bayat 2006; Townley 2006] en twee gerandomiseerde onderzoeken uitgevoerd naar de effectiviteit van behandelingen bij een contractuur van Dupuytren.

Bij een flexiecontractuur van meer dan 30 graden van het MCP-gewricht of meer dan 25 graden in het PIP-gewricht is een operatieve behandeling geïndiceerd waarbij de fibrotische strengen worden verwijderd [Bayat 2006; Benson 1998]. In een vroeg stadium kan een fasciotomie worden verricht, terwijl in een verder gevorderd stadium en bij recidieven een dermatofasiëtomie noodzakelijk kan zijn [Wilson 1997]. Voor het beoordelen van de mate van contractuurvorming kan de Hueston Table Top Test worden uitgevoerd [Bayat 2006]. De kans op een recidief (tot 60%) op dezelfde of op een andere plaats is zeer zeker aanwezig [Townley 2006; Honner 1971]. Soms is het nodig na de operatie een fysiotherapeut om hulp te vragen voor oefeningen of om een (nacht)spalk te dragen [Benson 1998; Jabaley 1999; Townley 2006; Bayat 2006; Jerosch-Herold 2008].

Van Rijssen *et al.* concluderen na een gerandomiseerd onderzoek (n = 166; follow-up zes weken) dat percutane naaldaponeurotomie een goed alternatief voor chirurgische behandeling (fasciotomie) vormt bij patiënten met een totale passieve extensie beperking tot negentig graden [Van Rijssen 2006]. Ook Trojan en Chu concluderen dat percutane naaldaponeurotomie een goed alternatief is voor chirurgie [Trojan, 2007]. Uit een gerandomiseerd onderzoek van Badalamente en Hurst (n = 35; follow-up 24 maanden) blijkt dat een behandeling met collagenase-injecties een veilige en effectieve methode is in de behandeling van MCP- en PIP-contracturen [Badalamente, 2007].

Commentaar: er zijn geen gecontroleerde onderzoeken naar de effectiviteit van gangbare behandelingen bij een contractuur van Dupuytren gevonden. De adviezen met betrekking tot de behandeling zijn vooral *expert-based*. Uit één gerandomiseerd onderzoek blijkt dat er aanwijzingen zijn dat percutane naaldaponeurotomie een goed alternatief kan zijn bij patiënten met een totale passieve extensie beperking tot negen graden en uit een andere RCT van geringe omvang blijkt dat er aanwijzingen zijn dat collageenase-injecties effectief zouden kunnen zijn. Overwegingen: een permanente oplossing voor deze ziekte is er niet. Er zijn aanwijzingen dat percutane naaldaponeurotomie een effectieve behandeling kan zijn, maar de werkgroep is van mening dat deze techniek niet zonder uitgebreide training door de huisarts uitgevoerd dient te worden.

Conclusie: de werkgroep adviseert dat de huisarts een expectatief beleid volgt of gericht verwijst voor chirurgische behandeling bij een flexie contractuur van meer dan 45 graden van het MCP-gewricht of meer dan 30 graden in het PIP-gewricht.

Noot 49

Achtergronden tendovaginitis van De Quervain

Bij een tendovaginitis van De Quervain is er sprake van zwelling en een vernauwing van het kanaal aan de duimzijde van de pols, waar de pezen van de musculus extensor pollicis brevis en de musculus abductor pollicis longus doorheen lopen. Er treedt irritatie van de pezen op, waardoor tijdens het bewegen van de pols pijnklachten kunnen ontstaan [Kay 2000]. Dit is vooral het geval bij grijpbewegingen, bij krachtig gebruik van de duim en bij ulnairdeviatie. De pijn zit met name in de duim en de radiale zijde van de pols en kan uitstralen naar de top van de duim en naar de schouder. Ook kunnen er hoorbare en voelbare crepities over het verloop van de pezen aanwezig zijn [Moore 1997; Winkel 1995].

Epidemiologie. In een Engels onderzoek onder de algemene bevolking ($n = 9.696$) was de prevalentie voor mannen 0,5% en voor vrouwen 1,3% [Walker-Bone 2004]. Bij vrouwen komt het voo- namelijk in de leeftijd van 35 tot 55 jaar voor, tijdens de zwangerschap en het geven van borstvoeding [Moore 1997].

Etiologie. Ondanks het ontbreken van wetenschappelijk bewijs wordt vaak aangenomen dat de klachten worden veroorzaakt door overbelasting van de duim [Moore 1997; Kay 2000]. De klachten

komen vaak voor in combinatie met artrose van het CMC-I-gewricht.

Noot 50

Diagnose tendovaginitis van De Quervain

Diagnostiek. Men spreekt van een tendovaginitis van De Quervain indien er sprake is van pijn aan de radiale zijde van de pols en zwelling van het eerste dorsale compartiment gecombineerd met pijn tijdens het strekken van de duim tegen weerstand óf met een positieve test van Finkelstein [Harrington 1998; Walker-Bone 2003]. Bij de test van Finkelstein vindt passieve rek van de pezen plaats. Deze test lokt de specifieke pijn uit en is bij gezonde patiënten niet of minder pijnlijk [Moore 1997; Winkel 1995]. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de test van Finkelstein is goed ($\kappa = 0,79$) en redelijk voor de weerstandstest voor de duimextensoren ($\kappa = 0,55$) en het beoordelen van lokale drukpijn aan de radiale zijde van de pols ($\kappa = 0,66$) [Sluiter 2001].

Noot 51

Beleid tendovaginitis van De Quervain

De effectiviteit van de beschikbare behandelingsvormen bij een tendovaginitis van De Quervain is onderzocht in één Cochrane review [Peters 2009b], één literatuuronderzoek [Richie 2003], één gerandomiseerd onderzoek [Peters 2009d] en vier observationele onderzoeken [Lane 2001; Weiss 1994; Witt 1991; Ta 1999].

Uit de Cochrane review van Peters *et al.* (één onderzoek; $n = 18$) blijkt dat corticosteroïdinjecties effectiever zijn in het verminderen van de pijn op korte termijn (één tot zes dagen na de behandeling) dan spalkbehandeling ($NNT = 1$; 95%-BI 0,8 tot 1,2). Uit het literatuuronderzoek (zeven observationele onderzoeken; $n = 459$) blijkt dat 83% hersteld is na corticosteroïdinjectie, 61% na corticosteroïdinjectie gecombineerd met spalk, 14% na spalkbehandeling en 0% na een behandeling met NSAID's [Richie 2003]. Uit een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek in de Nederlandse huisartsenpraktijk ($n = 21$) blijkt dat corticosteroïdinjecties (maximaal twee) effectiever zijn dan een placebo-injectie (Absolute Risk Reduction (ARR) = 0,55; 95% BI: 0,34 tot 0,74; $NNT = 2$; 95%-BI 1 tot 3) gemeten met de uitkomstmaten behandelrespons (vierpuntenschaal: 78 versus 25%; $p = 0,015$), ervaren herstel (78 versus 33%; $p = 0,047$) en ernst van de pijn (4,27 versus 1,33; $p = 0,031$), maar niet voor functie (hand- en vingerfunctieschaal van de

Dutch Arthritis Impact Measurement Scale) op de korte termijn (follow-up twee weken na de laatste injectie) [Peters 2009d]. Na twaalf maanden blijkt dat er nog een verschil tussen de groepen bestaat met betrekking tot ervaren herstel ($p = 0,02$), maar niet voor pijn en functie.

In een observationeel onderzoek van Lane *et al.* ($n = 300$; follow-up één tot zes jaar) is circa 90% van de patiënten met minder ernstige en recent ontstane klachten hersteld door immobilisatie in de vorm van een spalk gecombineerd met een NSAID, terwijl 25% van de patiënten met ernstige klachten is hersteld door deze behandeling [Lane 2001]. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat de 76% van de patiënten met ernstige klachten volledig hersteld is na corticosteroïdinjecties. In een vergelijkend retrospectief cohortonderzoek van Weiss *et al.* ($n = 93$; follow-up dertien maanden) is 67% hersteld na een behandeling met corticosteroïdinjecties alleen, 57% na een gecombineerde behandeling van corticosteroïdinjectie met spalk en 22% na spalkbehandeling alleen [Weiss 1994]. Uit een prospectief onderzoek van Witt *et al.* ($n = 95$; follow-up twaalf maanden) blijkt dat 62% van de deelnemers hersteld na een behandeling met corticosteroïdinjecties [Witt 1991]. Er zijn geen vergelijkende onderzoeken tussen injecties precies in de peesschede en minder nauwkeurige plaatsing van de naald. Uit een niet-gecontroleerd onderzoek van Ta ($n = 43$; follow-up drie jaar) blijkt dat operatief klieven van de peesschede een herstelpercentage heeft van 91% tegen hogere kosten en mogelijke chirurgische complicaties [Ta 1999].

Commentaar: er is nog weinig bekend over de effectiviteit van de beschikbare behandelingsvormen. Er zijn vrijwel geen gecontroleerde onderzoeken uitgevoerd en de adviezen met betrekking tot de behandeling zijn dan ook vooral *expert-based*.

Conclusie: de werkgroep is van mening dat eerste behandeling bij minder ernstige en recente klachten zou moeten bestaan uit rust eventueel gecombineerd met een NSAID. Bij onvoldoende effect van een afwachting beleid is een lokale injectie met een corticosteroïd in de peesschede de meest aangewezen behandeling, alhoewel het bewijs voor effectiviteit gebaseerd is op slechts een kleine RCT en diverse observationele onderzoeken. Bij lang bestaande klachten of onvoldoende effect van de injecties kan er gekozen worden voor operatieve behandeling.

Literatuurlijst

Bij verwijzingen naar NHG-producten:

www.nhg.org

Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K *et al.* The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. *Arthritis Rheum* 1990;33:1601-10.

Altman RD, Dreiser RL, Fisher CL, Chase WF, Dreher DS, Zacher J. Diclofenac Sodium Gel in Patients with Primary Hand Osteoarthritis: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial. *J Rheumatol* 2009;36:1991-9.

Anderson B, Kaye S. Treatment of flexor tenosynovitis of the hand ('trigger finger') with corticosteroids. A prospective study of the response to local injection. *Arch Intern Med* 1991;151:153-6.

Armstrong T, Devor W, Borschel L, Contreras R. Intracarpal steroid injection is safe and effective for short-term management of carpal tunnel syndrome. *Muscle Nerve* 2004;29:82-8.

Badalamente MA, Hurst LC. Efficacy and safety of injectable mixed collagenase subtypes in the treatment of Dupuytren's contracture. *J*

Hand Surg [Am] 2007;32:767-74.

Baek GH, Kim JH, Chung MS, Kang SB, Lee YH, Gong HS. The natural history of pediatric trigger thumb. *J Bone Joint Surg Am* 2008;90:980-5.

Bayat A, McGrouther DA. Management of Dupuytren's disease--clear advice for an elusive condition. *Ann R Coll Surg Engl* 2006;88:3-8.

Becker J, Nora DB, Gomes I, Stringari FF, Seitensius R, Panosso JS *et al.* An evaluation of gender, obesity, age and diabetes mellitus as risk factors for carpal tunnel syndrome. *Clin Neurophysiol* 2002;113:1429-34.

Bendre AA, Hartigan BJ, Kalainov DM. Mallet finger. *J Am Acad Orthop Surg* 2005;13:336-44.

Benson LS, Ptaszek AJ. Injection versus surgery in the treatment of trigger finger. *J Hand Surg Am* 1997;22:138-44.

Benson LS, Williams CS, Kahle M. Dupuytren's contracture. *J Am Acad Orthop Surg* 1998;6:24-35.

Berghoff RA Jr, Amadio PC. Dorsales Handgelenkganglion. *Ursache des dorsalen Handgelenkschmerzes*. *Orthopade* 1993;22:30-5.

Bland JD. Treatment of carpal tunnel syndrome. *Muscle Nerve* 2007a;36:167-71.

Muscle Nerve 2007a;36:167-71.

Bland JD. Carpal tunnel syndrome. *BMJ*

2007b;335:343-46.

Bongers FJ, Schellevis FG, Van den Bosch WJ, Van der Zee J. Carpal tunnel syndrome in general practice (1987 and 2001): incidence and the role of occupational and non-occupational factors. *Br J Gen Pract* 2007;57:36-9.

Bot SD, Van der Waal JM, Terwee CB, Van der Windt DA, Schellevis FG, Bouter LM *et al.* Incidence and prevalence of complaints of the neck and upper extremity in general practice. *Ann Rheum Dis* 2005;64:118-23.

Botha-Scheepers S, Riyazi N, Watt I, Rosendaal FR, Slagboom E, Bellamy N *et al.* Progression of hand osteoarthritis over two years: a clinical and radiological follow-up study. *Ann Rheum Dis* 2008.

Boustedt C, Nordenskiöld U, Lundgren NA. Effects of a hand-joint protection programme with an addition of splinting and exercise: one year follow-up. *Clin Rheumatol* 2009;28:793-9.

Burge P. Genetics of Dupuytren's disease. *Hand Clin* 1999;15:63-71.

- Burke DT, Burke MM, Stewart GW, Cambre A. Splinting for carpal tunnel syndrome: in search of the optimal angle. *Arch Phys Med Rehabil* 1994;75:1241-4.
- Burke FD, Melikyan EY, Bradley MJ, Dias JJ. Primary care referral protocol for wrist ganglia. *Postgrad Med J* 2003;79:329-31.
- Burke FD, Wilgis EF, Dubin NH, Bradley MJ, Sinha S. Relationship between the duration and severity of symptoms and the outcome of carpal tunnel surgery. *J Hand Surg [Am]* 2006;31:1478-82.
- Burke FD, Bradley MJ, Sinha S, Wilgis EF, Dubin NH. Primary care management of patients with carpal tunnel syndrome referred to surgeons: are non-operative interventions effectively utilised? *Postgrad Med J* 2007a;83:498-501.
- Burke FD, Bradley MJ. A proposal justifying an alternative referral practice from primary care for three common hand surgery diagnoses. *Postgrad Med J* 2007b;83:616-7.
- CBO Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg. Richtlijn diagnostiek en behandeling van het carpale tunnelsyndroom. Van Zuiden Communications B.V., 2005.
- Celiker R, Arslan S, Inanici F. Corticosteroid injection vs. nonsteroidal antiinflammatory drug and splinting in carpal tunnel syndrome. *Am J Phys Med Rehabil* 2002;81:182-6.
- Chang MH, Chiang HT, Lee SS, Ger LP, Lo YK. Oral drug of choice in carpal tunnel syndrome. *Neurology* 1998;51:390-3.
- Continue Morbiditeitsregistratie (CMR) Nijmegen e.o.(1999-2005). Universitair Medisch Centrum St.Radboud. <http://www.zorggegevens.nl>.
- Cvijetic S, Kurtagic N, Ozegevic DD. Osteoarthritis of the hands in the rural population: a follow-up study. *Eur J Epidemiol* 2004;19:687-91.
- D'Arcy CA, McGee S. The rational clinical examination. Does this patient have carpal tunnel syndrome? *JAMA* 2000;283:3110-7.
- Dahaghin S, Bierma-Zeinstra SM, Ginai AZ, Pols HA, Hazes JM, Koes BW. Prevalence and pattern of radiographic hand osteoarthritis and association with pain and disability (the Rotterdam study). *Ann Rheum Dis* 2005a;64:682-7.
- Dahaghin S, Bierma-Zeinstra SM, Reijman M, Pols HA, Hazes JM, Koes BW. Prevalence and determinants of one month hand pain and hand related disability in the elderly (Rotterdam study). *Ann Rheum Dis* 2005b;64:99-104.
- Dahaghin S, Bierma-Zeinstra SM, Koes BW, Hazes JM, Pols HA. Do metabolic factors add to the effect of overweight on hand osteoarthritis? The Rotterdam Study. *Ann Rheum Dis* 2007;66:916-20.
- Dammers JW, Veering MM, Vermeulen M. Injection with methylprednisolone proximal to the carpal tunnel: randomised double blind trial. *BMJ* 1999;319:884-6.
- De Krom MC, Kester AD, Knipschild PG, Spaans F. Risk factors for carpal tunnel syndrome. *Am J Epidemiol* 1990;132:1102-10.
- De Krom MC, Knipschild PG, Kester AD, Thijs CT, Boekkooi PF, Spaans F. Carpal tunnel syndrome: prevalence in the general population. *J Clin Epidemiol* 1992;45:373-6.
- De Krom MC, Van Croonenborg JJ, Blaauw G, Scholten RJ, Spaans F. Richtlijn "Diagnostiek en behandeling van het carpale-tunnelsyndroom". *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:76-81.
- De la Parra-Marquez ML, Tamez-Cavazos R, Zertuche-Cedillo L, Martinez-Perez JJ, Velasco-Rodriguez V, Cisneros-Perez Y. Factores de riesgo asociados a tenosinovitisestenosa. Estudio de casos y controles. *Cir Cir* 2008;76:317-21.
- Dias JJ, Dhukaram V, Kumar P. The natural history of untreated dorsal wrist ganglia and patient reported outcome 6 years after intervention. *J Hand Surg Eur Vol* 2007;32:502-8.
- Dillon CF, Hirsch R, Rasch EK, Gu Q. Symptomatic hand osteoarthritis in the United States: prevalence and functional impairment estimates from the third U.S. National Health and Nutrition Examination Survey, 1991-1994. *Am J Phys Med Rehabil* 2007;86:12-21.
- Dominick KL, Jordan JM, Renner JB, Kraus VB. Relationship of radiographic and clinical variables to pinch and grip strength among individuals with osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2005;52:1424-30.
- Dziedzic K, Thomas E, Hill S, Wilkie R, Peat G, Croft PR. The impact of musculoskeletal hand problems in older adults: findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Rheumatology (Oxford)* 2007;46:963-7.
- Egan MY, Brousseau L. Splinting for osteoarthritis of the carpometacarpal joint: a review of the evidence. *Am J Occup Ther* 2007;61:70-8.
- Elbaz A, Gagnon S, Beaumont P, et al. Carpal tunnel syndrome: a double blind study of the effect of steroid injection. *J Bone Joint Surg* 1994;76:8.
- Feuerstein M, Burrell LM, Miller VI, Lincoln A, Huang GD, Berger R. Clinical management of carpal tunnel syndrome: a 12-year review of outcomes. *Am J Ind Med* 1999;35:232-45.
- Fumagalli M, Sarzi-Puttini P, Atzeni F. Hand osteoarthritis. *Semin Arthritis Rheum* 2005;34:47-52.
- Garfinkel MS, Schumacher HR, Jr., Husain A, Levy M, Reshetar RA. Evaluation of a yoga based regimen for treatment of osteoarthritis of the hands. *J Rheumatol* 1994;21:2341-3.
- Garland H, Langworth EP, Taverner D, Clark JM. Surgical treatment for carpal tunnel syndrome. *Lancet* 1964;1:1129-30.
- Gerritsen AA, De Vet HC, Scholten RJ, Bertelsmann FW, De Krom MC, Bouter LM. Splinting vs surgery in the treatment of carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:1245-51.
- Geyman JP, Fink K, Sullivan SD. Conservative versus surgical treatment of mallet finger: a pooled quantitative literature evaluation. *J Am Board Fam Pract* 1998;11:382-90.
- Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005.
- Goodyear-Smith F, Arroll B. What can family physicians offer patients with carpal tunnel syndrome other than surgery? A systematic review of nonsurgical management. *Ann Fam Med* 2004;2:267-73.
- Gray RG, Gottlieb NL. Intra-articular corticosteroids. An updated assessment. *Clin Orthop Relat Res* 1983;235-63.
- Griggs SM, Weiss AP, Lane LB, Schwenker C, Akelman E, Sachar K. Treatment of trigger finger in patients with diabetes mellitus. *J Hand Surg Am* 1995;20:787-9.
- Grotle M, Hagen KB, Natvig B, Dahl FA, Kvien TK. Obesity and osteoarthritis in knee, hip and/or hand: an epidemiological study in the general population with 10 years follow-up. *BMC Musculoskelet Disord* 2008;9:132.
- Gudmundsson KG, Arngrimsson R, Sigfusson N, Bjornsson A, Jonsson T. Epidemiology of Dupuytren's disease: clinical, serological, and social assessment. The Reykjavik Study. *J Clin Epidemiol* 2000;53:291-6.
- Gupta SK, Benstead TJ. Symptoms experienced by patients with carpal tunnel syndrome. *Can J Neurol Sci* 1997;24:338-42.
- Habib GS, Badamy S, Rawashdeh H. A novel approach of local corticosteroid injection for the treatment of carpal tunnel syndrome. *Clin Rheumatol* 2006;25:338-40.
- Handoll HH, Vaghela MV. Interventions for treating mallet finger injuries. *Cochrane Database Syst Rev* 2008.CD004574.
- Harrington JM, Carter JT, Birrell L, Gompertz D. Surveillance case definitions for work related upper limb pain syndromes. *Occup Environ Med* 1998;55:264-71.
- Harris PA, Hart DJ, Dacre JE, Huskisson EC, Spector TD. The progression of radiological hand osteoarthritis over ten years: a clinical follow-up study. *Osteoarthritis Cartilage* 1994;2:247-52.
- Herskovitz S, Berger AR, Lipton RB. Low-dose, short-term oral prednisone in the treatment of carpal tunnel syndrome. *Neurology* 1995;45:1923-5.
- Heyworth BE, Lee JH, Kim PD, Lipton CB, Strauch RJ, Rosenwasser MP. Hyalan versus corticosteroid versus placebo for treatment of basal joint arthritis: a prospective, randomized, double-blinded clinical trial. *J Hand Surg Am* 2008;33:40-8.
- Hill S, Dziedzic K, Thomas E, Baker SR, Croft P. The illness perceptions associated with health and behavioural outcomes in people with musculoskeletal hand problems: findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Rheumatology (Oxford)* 2007;46:944-51.
- Hobby JL, Venkatesh R, Motkur P. The effect of age and gender upon symptoms and surgical outcomes in carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg [Br]* 2005;30:599-604.
- Honner R, Lamb DW, James JJ. Dupuytren's contracture. Long term results after fasciectomy. *J Bone Joint Surg Br* 1971;53:240-6.
- Hui AC, Wong S, Leung CH, Tong P, Mok V, Poon D et al. A randomized controlled trial of surgery vs steroid injection for carpal tunnel syndrome. *Neurology* 2005;64:2074-8.
- Huisstede BM, Miedema HS, Verhagen AP, Koes BW, Verhaar JA. Multidisciplinary consensus on the terminology and classification of complaints of the arm, neck and/or shoulder. *Occup Environ Med* 2007;64:313-9.
- Jabaley ME. Surgical treatment of Dupuytren's disease. *Hand Clin* 1999;15:109-26, vii.
- Jablecki CK, Andary MT, Floeter MK, Miller RG, Quartly CA, Vennix MJ, Wilson JR. Second AAEM literature review of the usefulness of nerve conduction studies and needle electromyography for the evaluation of patients with carpal tunnel syndrome. *Muscle Nerve* 2002;26:1-53.
- Jarvik JG, Yuen E, Haynor DR, Bradley CM, Fulton-Kehoe D, Smith-Weller T et al. MR nerve imaging in a prospective cohort of patients with suspected carpal tunnel syndrome. *Neurology* 2002;58:1597-602.
- Jarvik JG, Comstock BA, Kliot M, Turner JA, Chan L, Heagerty PJ et al. Surgery versus non-surgical therapy for carpal tunnel syndrome: a randomised parallel-group trial. *Lancet* 2009;374:1074-81.
- Jerosch-Herold C, Shepstone L, Chojnowski AJ, Larson D. Splinting after contracture release for Dupuytren's contracture (SCoRD): protocol of a pragmatic, multi-centre, randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2008;9:62.
- Joshi R. Intraarticular corticosteroid injection for first carpometacarpal osteoarthritis. *J Rheumatol* 2005;32:1305-6.
- Kang L, Akelman E, Weiss AP. Arthroscopic versus open dorsal ganglion excision: a prospective, randomized comparison of rates of recurrence and of residual pain. *J Hand Surg Am* 2008;33:471-5.
- Katz JN, Stirrat CR. A self-administered hand diagram for the diagnosis of carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg Am* 1990a;15:360-3.
- Katz JN, Larson MG, Sabra A, Krarup C, Stirrat CR, Sethi R et al. The carpal tunnel syndrome: diagnostic utility of the history and physical examination findings. *Ann Intern Med* 1990b;112:321-7.
- Katz JN, Simmons BP. Clinical practice. Carpal tunnel syndrome. *N Engl J Med* 2002;346:1807-12.
- Kay NR. De Quervain's disease. Changing pathology or changing perception? *J Hand Surg Br*

- 2000;25:65-9.
- Kele H, Verheggen R, Bittermann HJ, Reimers CD. The potential value of ultrasonography in the evaluation of carpal tunnel syndrome. *Neurology* 2003;61:389-91.
- Kellgren JH, Lawrence JS, Bier F. Genetic factors in generalized osteo-arthritis. *Ann Rheum Dis* 1963;22:237-55.
- Kjeen I, Dagfinrud H, Slatkowsky-Christensen B, Mowinckel P, Uhlig T, Kvien TK et al. Activity limitations and participation restrictions in women with hand osteoarthritis: patients' descriptions and associations between dimensions of functioning. *Ann Rheum Dis* 2005;64:1633-8.
- Kumar P, Chakrabarti I. Idiopathic carpal tunnel syndrome and trigger finger: is there an association? *J Hand Surg Eur Vol* 2009;34:58-9.
- Lambert MA, Morton RJ, Sloan JP. Controlled study of the use of local steroid injection in the treatment of trigger finger and thumb. *J Hand Surg Br* 1992;17:69-70.
- Lane LB, Boretz RS, Stuchin SA. Treatment of de Quervain's disease: role of conservative management. *J Hand Surg Br* 2001;26:258-60.
- Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, Arnold LM, Choi H, Deyo RA et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. *Arthritis Rheum* 2008;58:26-35.
- Lin J, Zhang W, Jones A, Doherty M. Efficacy of topical non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2004;329:324.
- Ly-Pen D, Andreu JL, De Blas G, Sanchez-Olaso A, Millan I. Surgical decompression versus local steroid injection in carpal tunnel syndrome: a one-year, prospective, randomized, open, controlled clinical trial. *Arthritis Rheum* 2005;52:612-9.
- Manente G, Torrieri F, Di Blasio F, Staniscia T, Romano F, Uncini A. An innovative hand brace for carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial. *Muscle Nerve* 2001;24:1020-5.
- Marshall S, Tardif G, Ashworth N. Local corticosteroid injection for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;CD001554.
- Martou G, Veltri K, Thoma A. Surgical treatment of osteoarthritis of the carpometacarpal joint of the thumb: a systematic review. *Plast Reconstr Surg* 2004;114:421-32.
- Meenagh GK, Patton J, Kynes C, Wright GD. A randomised controlled trial of intra-articular corticosteroid injection of the carpometacarpal joint of the thumb in osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2004;63:1260-3.
- Moghtaderi A, Izadi S, Sharafadinzadeh N. An evaluation of gender, body mass index, wrist circumference and wrist ratio as independent risk factors for carpal tunnel syndrome. *Acta Neurol Scand* 2005;112:375-9.
- Mondelli M, Passero S, Giannini F. Provocative tests in different stages of carpal tunnel syndrome. *Clin Neurol Neurosurg* 2001;103:178-83.
- Mondelli M, Rossi S, Monti E, Aprile I, Calciandro P, Pazzaglia C et al. Long term follow-up of carpal tunnel syndrome during pregnancy: a cohort study and review of the literature. *Electromyogr Clin Neurophysiol* 2007;47:259-71.
- Moore JS. De Quervain's tenosynovitis. Stenosing tenosynovitis of the first dorsal compartment. *J Occup Environ Med* 1997;39:990-1002.
- Moore JS. Flexor tendon entrapment of the digits (trigger finger and trigger thumb). *J Occup Environ Med* 2000;42:526-45.
- Murphy D, Failla JM, Koniuch MP. Steroid versus placebo injection for trigger finger. *J Hand Surg Am* 1995;20:628-31.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Osteoarthritis: national clinical guideline for care and management in adults. London: Royal College of Physicians, 2008.
- National Institute of Health and Clinical Excellence. Osteoarthritis: the care and management of adults with osteoarthritis - draft document. National Institute of Health and Clinical Excellence, 2008.
- Newport ML, Lane LB, Stuchin SA. Treatment of trigger finger by steroid injection. *J Hand Surg Am* 1990;15:748-50.
- Nielsen NH, Jensen NV. Ganglion--seneknude pa hand og handled. *Ugeskr Laeger* 2007;169:1303-5.
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met klachten aan arm, schouder of nek: geautoriseerde richtlijn. Utrecht: NVAB, 2003.
- O'Connor D, Marshall S, Massy-Westropp N. Non-surgical treatment (other than steroid injection) for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;CD003219.
- O'Gradaigh D, Merry P. Corticosteroid injection for the treatment of carpal tunnel syndrome. *Ann Rheum Dis* 2000;59:918-9.
- Oliveria SA, Felson DT, Reed JI, Cirillo PA, Walker AM. Incidence of symptomatic hand, hip, and knee osteoarthritis among patients in a health maintenance organization. *Arthritis Rheum* 1995;38:1134-41.
- Osterwalder JJ, Widrig R, Stober R, Gachter A. Diagnostic validity of ultrasound in patients with persistent wrist pain and suspected occult ganglion. *J Hand Surg Am* 1997;22:1034-40.
- Ouellette EA, Makowski AL. How men and women are affected by osteoarthritis of the hand. *Orthop Clin North Am* 2006;37:541-8.
- Ozdogan H, Yazici H. The efficacy of local steroid injections in idiopathic carpal tunnel syndrome: a double-blind study. *Br J Rheumatol* 1984;23:272-5.
- Padua L, Lo Monaco M, Valente EM, Tonali PA. A useful electrophysiologic parameter for diagnosis of carpal tunnel syndrome. *Muscle Nerve* 1996;19:48-53.
- Padua L, Aprile I, Calciandro P, Carboni T, Meloni A, Massi S et al. Symptoms and neurophysiological picture of carpal tunnel syndrome in pregnancy. *Clin Neurophysiol* 2001;112:1946-51.
- Padua L, Aprile I, Calciandro P, Mondelli M, Pasqualetti P, Tonali PA. Carpal tunnel syndrome in pregnancy: multiperspective follow-up of untreated cases. *Neurology* 2002;59:1643-6.
- Palmer KT, Harris EC, Coggon D. Carpal tunnel syndrome and its relation to occupation: a systematic literature review. *Occup Med (Lond)* 2007;57:57-66.
- Patel MR, Bassini L. Trigger fingers and thumb: when to splint, inject, or operate. *J Hand Surg Am* 1992;17:110-3.
- Peters-Veluthamaningal C, Winters JC, Groenier KH, Jong BM. Corticosteroid injections effective for trigger finger in adults in general practice: a double-blinded randomised placebo controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2008;67:1262-6.
- Peters-Veluthamaningal C, Van der Windt DA, Winters JC, Meyboom-de Jong B. Corticosteroid injection for trigger finger in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009a.
- Peters-Veluthamaningal C, Van der Windt DA, Winters JC, Meyboom-de Jong B. Corticosteroid injection for de Quervain's tenosynovitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009b.
- Peters-Veluthamaningal C, Winters JC, Groenier KH, Meyboom-de Jong B. Randomized controlled trial of local corticosteroid injection for carpal tunnel syndrome in general practice [proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2009c.
- Peters-Veluthamaningal C, Winters JC, Groenier KH, Meyboom-de Jong B. Randomized controlled trial of local corticosteroid injection for de Quervain's tenosynovitis in general practice. *BMC Musculoskeletal Disorders*. *Cochrane Database Syst Rev* 2009d;10:131.
- Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain* 2003;102:167-78.
- Richie CA 3rd, Briner WW Jr. Corticosteroid injection for treatment of de Quervain's tenosynovitis: a pooled quantitative literature evaluation. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:102-6.
- Rodgers WB, Waters PM. Incidence of trigger digits in newborns. *J Hand Surg Am* 1994;19:364-8.
- Rothacker DO, Lee I, Littlejohn TW 3rd. Effectiveness of a single topical application of 10lx% trolamine salicylate cream in the symptomatic treatment of osteoarthritis. *J Clin Rheumatol* 1998;4:6-12.
- Ryzewicz M, Wolf JM. Trigger digits: principles, management, and complications. *J Hand Surg Am* 2006;31:135-46.
- Saar JD, Grothaus PC. Dupuytren's disease: an overview. *Plast Reconstr Surg* 2000;106:125-34.
- Scelsa SN, Herskovitz S, Bieri P, Berger AR. Median mixed and sensory nerve conduction studies in carpal tunnel syndrome. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1998;109:268-73.
- Scholten RJ, Mink van der Molen A, Uitdehaag BM, Bouter LM, De Vet HC. Surgical treatment options for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;CD003905.
- Sempowski IP. The management of the occasional trigger finger. *Can J Rural Med* 2008;13:136-8.
- Sevim S, Dogu O, Camdeviren H, Kaleagasi H, Aral M, Arslan E et al. Long-term effectiveness of steroid injections and splinting in mild and moderate carpal tunnel syndrome. *Neurol Sci* 2004;25:48-52.
- Sluiter JK, Rest KM, Frings-Dresen MH. Criteria document for evaluating the work-relatedness of upper-extremity musculoskeletal disorders. *Scand J Work Environ Health* 2001;27 Suppl 1:1-102.
- Spies-Dorgelo MN, Van der Windt DA, Van der Horst HE, Prins AP, Stalman WA. Hand and wrist problems in general practice--patient characteristics and factors related to symptom severity. *Rheumatology (Oxford)* 2007;46:1723-8.
- Spies-Dorgelo MN, Van der Windt DA, Prins AP, Dziedzic KS, Van der Horst HE. Clinical course and prognosis of hand and wrist problems in primary care. *Arthritis Rheum* 2008;59:1349-57.
- Stahl S, Karsh-Zafir I, Ratzon N, Rosenberg N. Comparison of intraarticular injection of depot corticosteroid and hyaluronic acid for treatment of degenerative trapeziometacarpal joints. *J Clin Rheumatol* 2005;11:299-302.
- Stamm TA, Machold KP, Smolen JS, Fischer S, Redlich K, Graninger W et al. Joint protection and home hand exercises improve hand function in patients with hand osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2002;47:44-9.
- Stevens JC, Smith BE, Weaver AL, Bosch EP, Deen HG Jr, Wilkens JA. Symptoms of 100 patients with electromyographically verified carpal tunnel syndrome. *Muscle Nerve* 1999;22:1448-56.
- Ta KT, Eidelman D, Thomson JG. Patient satisfaction and outcomes of surgery for de Quervain's tenosynovitis. *J Hand Surg Am* 1999;24:1071-7.
- Tomlinson PJ, Field J. Morbidity of hand and wrist ganglia. *Hand Surg* 2006;11:5-8.
- Townley WA, Baker R, Sheppard N, Grobbelaar AO. Dupuytren's contracture unfolded. *BMJ* 2006;332:397-400.
- Trezies AJ, Lyons AR, Fielding K, Davis TR. Is occupation an aetiological factor in the development of trigger finger? *J Hand Surg Br* 1998;23:539-40.
- Trojan TH, Chu SM. Dupuytren's disease: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 2007;76:86-9.

- Turowski GA, Zdankiewicz PD, Thomson JG. The results of surgical treatment of trigger finger. *J Hand Surg Am* 1997;22:145-9.
- Urwin M, Symmons D, Allison T, Brammah T, Busby H, Roxby M et al. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. *Ann Rheum Dis* 1998;57:649-55.
- Van den Borne MP, Custers FJ, Van der Aa JP, Van der Eijken JW. 'Knappende duim' bij 38 kinderen: goede resultaten van operatie op korte en lange termijn. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:374-7.
- Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- Van Everdingen JJE, Van den Eerenbeemt AMM, Klazinga NS, Pols J. Pinkhof Geneeskundig Woordenboek. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.
- Van Rijssen AL, Gerbrandy FS, Ter Linden H, Klip H, Werker PM. A comparison of the direct outcomes of percutaneous needle fasciotomy and limited fasciectomy for Dupuytren's disease: a 6-week follow-up study. *J Hand Surg [Am]* 2006;31:717-25.
- Verdugo RJ, Salinas RA, Castillo JL, Cea JG. Surgical versus non-surgical treatment for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;CD001552.
- Verduijn MM, Folmer H. Farmacotherapeutische Richtlijn Pijnbestrijding: Eerste herziening. *Huisarts Wet* 2007;50:601-15.
- Wajon A, Ada L, Edmunds I. Surgery for thumb (trapeziometacarpal joint) osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2005a;CD004631.
- Wajon A, Ada L. No difference between two splint and exercise regimens for people with osteoarthritis of the thumb: a randomised controlled trial. *Aust J Physiother* 2005b;51:245-9.
- Walker-Bone K, Palmer KT. Musculoskeletal disorders in farmers and farm workers. *Occup Med (Lond)* 2002;52:441-50.
- Walker-Bone K, Palmer KT, Reading I, Coggon D, Cooper C. Prevalence and impact of musculoskeletal disorders of the upper limb in the general population. *Arthritis Rheum* 2004;51:642-51.
- Walker-Bone KE, Palmer KT, Reading I, Cooper C. Soft-tissue rheumatic disorders of the neck and upper limb: prevalence and risk factors. *Semin Arthritis Rheum* 2003;33:185-203.
- Walker WC, Metzler M, Cifu DX, Swartz Z. Neutral wrist splinting in carpal tunnel syndrome: a comparison of night-only versus full-time wear instructions. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:424-9.
- Wang QC, Johnson BA. Fingertip injuries. *Fam Physician* 2001;63:1961-6.
- Watanabe H, Hamada Y, Toshima T, Nagasawa K. Conservative treatment for trigger thumb in children. *Arch Orthop Trauma Surg* 2001;121:388-90.
- Watson HK, Rogers WD, Ashmead D. Reevaluation of the cause of the wrist ganglion. *J Hand Surg Am* 1989;14:812-7.
- Weiss AP, Akelman E, Tabatabai M. Treatment of de Quervain's disease. *J Hand Surg Am* 1994;19:595-8.
- Westbrook AP, Stephen AB, Oni J, Davis TR. Ganglia: the patient's perception. *J Hand Surg Br* 2000;25:566-7.
- WHO. ICF: international classification of functioning, disability and Health. Genève: WHO, 2001.
- Wilder FV, Barrett JP, Farina EJ. Joint-specific prevalence of osteoarthritis of the hand. *Osteoarthritis Cartilage* 2006;14:953-7.
- Wilson GR. Current surgical treatment of Dupuytren's disease. *Br J Clin Pract* 1997;51:106-10.
- Winkel D, Martens M, Wyffels P. Orthopedische geneeskunde. Onderzoek, diagnose en behandeling van de extremiteiten. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
- Witt J, Pess G, Gelberman RH. Treatment of de Quervain tenosynovitis. A prospective study of the results of injection of steroids and immobilization in a splint. *J Bone Joint Surg Am* 1991;73:219-22.
- Wong SM, Hui AC, Tang A, Ho PC, Hung LK, Wong KS et al. Local vs systemic corticosteroids in the treatment of carpal tunnel syndrome. *Neurology* 2001;56:1565-7.
- Wong SM, Hui AC, Lo SK, Chiu JH, Poon WF, Wong L. Single vs. two steroid injections for carpal tunnel syndrome: a randomised clinical trial. *Int J Clin Pract* 2005;59:1417-21.
- Zacher J, Burger KJ, Farber L, Grave M, Abberger H, Bertsch K. Originalarbeiten - Topisches Diclofenac-Emulgel versus orales Ibuprofen in der Therapie der aktivierten Arthrose der Fingergelenke (Heberden- und/oder Bouchard-Arthrose). *Aktuelle Rheumatologie* 2001;26:7-14.
- Zacher J, Altman R, Bellamy N, Bruhlmann P, Da Silva J, Huskisson E et al. Topical diclofenac and its role in pain and inflammation: an evidence-based review. *Curr Med Res Opin* 2008;24:925-50.
- Zhang W, Doherty M, Leeb BF, Alekseeva L, Arden NK, Bijlsma JW et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis: report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). *Ann Rheum Dis* 2007;66:377-88.
- Zhang W, Doherty M, Leeb BF, Alekseeva L, Arden NK, Bijlsma JW et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: report of a task force of ESCSIT. *Ann Rheum Dis* 2009;68:8-17.
- Zhang Y, Niu J, Kelly-Hayes M, Chaisson CE, Aliabadi P, Felson DT. Prevalence of symptomatic hand osteoarthritis and its impact on functional status among the elderly: The Framingham Study. *Am J Epidemiol* 2002;156:1021-7.
- Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2008;34:515-29.

NHG-Standaard Hand- en polsklachten

De nieuwe NHG-Standaard Hand- en polsklachten beschrijft een zevental specifieke aandoeningen van hand en pols, maar laat enkele lastige problemen, zoals RSI en het Complex Regionaal Pijnsyndroom (voorheen Sudeckatrofie), onbesproken. De huisarts kan de in deze NHG-Standaard beschreven aandoeningen meestal zelf diagnosticeren en behandelen.

Diagnostiek

Voor de diagnostiek van artrose van de hand zijn röntgenfoto's over het algemeen weinig zinvol, omdat hierop regelmatig afwijkingen te zien zijn terwijl de patiënten geen klachten aangeven. Omgekeerd toont een röntgenfoto soms geen afwijkingen aan terwijl de patiënten wel degelijk klachten hebben. Wel is het zinvol om een röntgenopname te maken bij een mallet finger vanwege de eventuele intra-articulaire uitbreiding van een avulsiefractuur. Bij aantasting van meer dan 30% van het gewrichtsoppervlak is verwijzing geïndiceerd.

Bij tendovaginitis van De Quervain blijkt de finkelsteintest redelijk betrouwbaar.

Behandeling

Bij de behandeling van klachten van hand en pols is plaats ingeruimd voor lokale NSAID's, waarvan het effect vergelijkbaar is met systemische toepassing. Een groot voordeel van de lokale toepassing is het

vrijwel ontbreken van bijwerkingen.

Bij de meeste in de standaard besproken hand- en polsklachten kan een spalk verlichting geven van klachten. Vaak is echter op termijn een corticosteroïdeninjectie aangewezen. De procedure van toediening staat niet in de standaard beschreven.

Implementatiematerialen

In het kader van een wetenschappelijke stage is een onderzoek gedaan in twintig huisartsenpraktijken. Doel was de behoefte van huisartsen aan implementatieproducten rond deze standaard te peilen en mogelijke knelpunten bij de invoering in kaart te brengen.

In de huisartseninterviews en de beide focusgroepen kwam naar voren dat anatomisch inzicht en vaardigheid in het geven van injecties de grootste lacunes vormen bij de behandeling van hand- en polsklachten. Op dit moment kan de huisarts terecht in het recentelijk uitgekomen *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk*.¹ Het boek geeft zeer duidelijke instructies in woord en beeld.

Nascholing

Om tegemoet te komen aan de wens van 'injectiecurssussen' heeft het NHG cursusmateriaal ontwikkeld voor nascholing in groepsverband. Erkend Kwaliteitsconsulenten, en andere huisartsen die nascholing organise-

ren, kunnen met dit materiaal een injectiecurcus voor collega-huisartsen organiseren. In de cursus wordt de anatomie van de hand en de pols herhaald en worden in filmpjes de injecties op een fantoom getoond. De filmpjes zijn digitaal beschikbaar (zie www.nhg.org>scholing>onderwijsmateriaal in toetsgroepen). Huisartsen kunnen vervolgens in een huisartsopleidingsinstituut in hun regio oefenen op fantomen met de procedures van corticosteroïdeninjecties.

Patiëntenvoorlichting

Voor de patiënten zijn zeven nieuwe NHG-Patiëntenbrieven beschikbaar: Carpaletunnelsyndroom, Ganglion van pols of hand, Springvinger, Malletvinger, Contractuur van Dupuytren, Peesirritatie van De Quervain en Artrose van uw hand.

In de NHG-Patiëntenafbeeldingen is alleen het carpaletunnelsyndroom opgenomen.

1 Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WLM. Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Houten/Utrecht: Prelum/NHG, 2009.

Vanaf januari 2009 maakt de redactie ruimte voor implementatie van onderwerpen die in H&W worden besproken. Louwrens Boomsma vat de NHG-inbreng samen (l.boomsma@nhg.org).

Asklepion-Leergangen: zo werkt u met NHG-Standaarden in de praktijk

De NHG-Standaarden vormen het fundament van de door huisartsen geleverde zorg, en worden dan ook goed gelezen. Maar de implementatie van de standaarden in de praktijk is vaak niet eenvoudig. Echt werken volgens de richtlijnen impliceert een en ander voor de praktijkorganisatie, de taakdelegatie aan andere praktijkmedewerkers, de samenwerking met andere zorgverleners en de communicatie met patiënten. Hoe pak je die zaken eigenlijk aan?

Ken je standaard

De Asklepion-Leergangen 'Ken je standaard' richten zich geheel op de implementatie van de NHG-Standaarden in de praktijk. De deelnemers gaan in gesprek met de makers van de standaarden en bediscussieren de uitdagingen die ze ondervinden bij het

doorvoeren van de richtlijnen in hun eigen praktijk. In een kleine groep met een vaste begeleider nemen ze een kijkje in elkaars keuken en toetsen ze hun eigen werkwijze aan die van collega's. De leergangen voorzien in de vraag om de implementatie van de standaarden vorm te geven in nascholing van de eigen wetenschappelijke vereniging, evidence-based en onafhankelijk.

Werkwijze in de leergangen

Bijzonder van de Asklepion-Leergangen is het competentiegericht werken. Naast het vakinhoudelijk (medisch) handelen komen ook de overige zes taakgebieden aan bod. De deelnemers werken hard tijdens de bijeenkomsten, maar tussendoor ook aan praktijkopdrachten ter voorbereiding van de leerstof. Zo wordt zichtbaar welk aspecten

van de standaarden lastig of juist eenvoudig zijn.

Er zijn twee versies van de leergang:

- in 'Ken je standaard-1' komen de standaarden Cardiovasculair risicomanagement, Schildklieraandoeningen, Angststoornissen, meerdere KNO-onderwerpen, urine-incontinentie en eczeem aan bod. Deze leergang wordt in verkorte vorm in de regio's aangeboden; als eerste in Regio Noord in april 2010.
- In 'Ken je standaard-2' is er aandacht voor de standaarden rond kinderen met koorts, Astma, COPD, Stoppen met roken en Huidinfecties. Deze leergang wordt onder meer in Utrecht herhaald op 4 maart 2010.

Kijk voor meer informatie en inschrijven op www.asklepion.nl.

Je grip kwijt

Handige handen

Ik hoor nog vaak de trotse opmerking van mijn moeder in mijn hoofd: 'Je ziet die meid nooit met lege handen.' En dat was ook zo, als kind handwerkte ik graag en ik had altijd wel een borduur-, haak- of breiwerkje in mijn vingers. Later werd dat 'kunst' en maakte ik enorme wandkleden waarin ik diverse technieken en materialen verwerkte. En nog weer later ging ik schilderen en beeldhouwen. Ik vond het heerlijk om met een flinke kwast grote doeken op te zetten, of juist lekker te priegelen met een klein penseeltje om op precies de goede plek nog een laatste accentje aan te brengen. En het meest ontspannende geluid dat ik ken is het ritmische slaan van mijn houten klos op beitels en gutsen in een mooi stuk albast. Behalve een uitlaatklep voor mijn creativiteit was al dat schilderen, hakken en schuren ook nog een fijne agendavulling. Er waren wekelijkse bijeenkomsten van mede-creatievelingen in een gezamenlijk gehuurd atelier. En elk jaar ging ik wel een weekje 'op kamp': groepsreizen naar Griekenland, Spanje, Frankrijk en Slowakije waar alle deelnemers elke dag achter hun schilders-ezeltje kropen. Of lange weekenden varen op de Maas op de tjalk van een bevriende kunstenaar om samen te schilderen en – ook belangrijk! – te slempen...

Niet-bestaande diagnose

Op een kwade dag was dat opeens allemaal voorbij. Na een periode van veel te hard werken, flinke stress en ook nog eens frustratie op mijn werk, had ik van het ene moment op het andere geen zeggenschap meer over mijn handen en armen. Trillende, schokkende, stuurloze aanhangsels van mijn lichaam waren het geworden, tintelend, doof, pijnlijk en bovenal onbruikbaar. Als je in mijn bovenarmen kneep, was daar geen greintje spiermassa meer te ontdek-

ken. En mijn handen verloren om de haverklap letterlijk hun grip op zelfs de lichtste, makkelijkst hanteerbare dingen.

'RSI', zei de bedrijfsarts. En met die 'niet bestaande diagnose' begon een eindeloze lijdensweg. Rust was het eerste advies. Daarna moest ik juist gaan sporten. Via mijn werkgever kreeg ik een 'RSI-cursus', waarin ik een ongelofelijke berg vaagheden over mij heen gestort kreeg. Mijn werkplek werd aangepast zodat alles in hoogte en diepte verstelbaar was; mijn muis werd een futuristisch ogend geval en als klap op de vuurpijl adviseerde de bedrijfsarts mij een 'beeldschermbril'. De klachten werden niet veel beter en de prognose was ook niet goed, zo was me wel duidelijk: dit leek een levenslang vonnis!

Maar het bleek nog erger te kunnen. Het schuren van een pannetje dat ik had laten aanbranden, luidde een volgend stadium in. Mijn vroeger zo mooie, sterke handen zwollen op tot sponzige, rode, warme, kloppende hompen vlees. De pijn werd zo erg dat ik niet kon slapen en iemand een hand geven was er niet meer bij. Fietsen werd onmogelijk, evenals mijn haar föhnen, groenten snijden, een briefje schrijven of tuinieren. Een kopje koffie moest ik met twee handen optillen.

Blinde paniek

Mijn huisarts deed zijn best en stuurde mij naar de fysiotherapeut die iets vaags deed (ik geloof dat het 'bindweefselmassage' heette) en naar de reumatoloog die mij door allerlei ziekenhuismolens liet gaan. Maar een 'echte' diagnose is nooit gesteld en dus is er ook geen behandeling.

Ik snap heel goed dat de medische wereld bij zulke vage aandoeningen geen soelaas kan bieden. Maar wel vond ik het steeds opnieuw verschrikkelijk dat hulpverleners mijn angst en paniek niet begrepen. Ze keken me aan

alsof ik van een mug een olifant maakte en me maar wat zat aan te stellen. En ik weet heus wel dat artsen om de haverklap diagnoses moeten stellen die veel erger en ingrijpender zijn dan de 'kleine klachtjes' aan mijn handen, maar voor mij betekenen die klachtjes nou eenmaal een soort invaliditeit. Dus elke keer als de pijn weer opvlamt of als mijn handen weer opzwellen, slaat die blinde paniek opnieuw toe.

Ouwe dag

Je kunt met heel veel leren leven en dat deed ik dus ook. Ik heb mijn schildersezels verkocht, al mijn verf weggegeven. Mijn beitels en hamers liggen nog ergens in een hoekje te verstoffen. En een beeld dat ooit in brons zou worden gegoten, staat al jarenlang te wachten op alleen nog maar een arm; verder is het klaar. In geen jaren ben ik op een leuk schilderreisje geweest. Een handwerkje beperkt zich tot het moeizaam aannaaien van een knoop. Mijn huishouden is talloze hulpmiddelen rijker geworden om potten en flessen te kunnen openen en andere problemen te omzeilen, en groenten en vlees kun je voorgesneden kopen.

Bovenal ben ik echter beroofd van de hemelse visioenen over 'mijn ouwe dag'. Vroeger verheugde ik me enorm op het 65-plussen: eindelijk tijd voor mijn hobby's! Lekker maandenlang met een campertje op stap en dan overal kunnen klierden en hakken. Ik weet nu al jaren dat het er niet zo zal uitzien, maar ik heb nog steeds niet kunnen bedenken wat ervoor in de plaats moet komen.

H&W zal bij iedere nieuwe standaard proberen een patiënt over diens ervaringen te laten vertellen. Dit keer gaat het over een klacht die *niet* in de standaard wordt behandeld: RSI.

Implementatie van NHG-Standaarden: succes of probleem?

Richard Grol, Jozé Braspenning, Rob Dijkstra, Marlies Hulscher, Michel Wensing

Inleiding

Het is al weer twintig jaar geleden dat de eerste NHG-Standaard over diabetes mellitus het licht zag. Daarvoor had het NHG bijna twee jaar gewerkt aan een goede en haalbare richtlijnprocedure. Het ontwikkelen van richtlijnen paste in het tijdsbeeld: steeds meer beroepsgroepen en organisaties in verschillende landen startten met richtlijnontwikkeling. Sindsdien heeft de ontwikkeling van richtlijnen een enorme groei doorgemaakt: ze werden steeds meer *evidence-based*, professioneel, transparant en geleidelijk ook meer multidisciplinair van karakter. Ten minste zo interessant als de

Samenvatting

Grol R, Braspenning J, Dijkstra R, Hulscher M, Wensing M. Implementatie van NHG-Standaarden: succes of probleem? *Huisarts Wet* 2010;53(1):42-6.

Twintig jaar na het uitkomen van de eerste NHG-Standaard maken wij de balans op met betrekking tot het gebruik en de implementatie van NHG-Standaarden. De afgelopen jaren is de toepassing van richtlijnen in huisartsenpraktijken toegenomen van ongeveer 44% naar 74%, terwijl de verschillen tussen de diverse aanbevelingen en de praktijken groot zijn. Voor het realiseren van verbeteringen is inzicht nodig in het achterliggende probleem, op grond waarvan we een implementatiestrategie kunnen ontwikkelen voor een houdbare (*sustainable*) verandering, die we eerst toetsen voordat we deze breed uitrollen. Deze methode betekent dat er niet één implementatiestrategie bestaat, omdat we deze immers altijd af moeten stemmen op het probleem en de gebruiker. In dit artikel geven we voorbeelden van meer en minder succesvolle strategieën. Voor het toetsen en implementeren van de zorg die de NHG-Standaarden beschrijven moeten we niet alleen kijken naar het gedrag van de huisarts, maar ook naar dat van de praktijkondersteuners en de andere betrokken zorgverleners uit de eerste lijn, naar de zorgorganisatie, de patiënten zelf en de bredere context. We zetten voor de toekomst in op een cyclisch kwaliteitsbeleid, waarin telkens andere onderwerpen aan bod komen.

UMC St Radboud, IQ healthcare, Huispost 114, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: prof.dr. R. Grol, hoogleraar Kwaliteit van Zorg; dr. J. Braspenning, universitair hoofddocent; dr. M. Hulscher, senior onderzoeker; dr. M. Wensing, universitair hoofddocent. Nederlands Huisartsen Genootschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: dr. R. Dijkstra, huisarts, adjunct-hoofd afdeling Implementatie.

Correspondentie: J.Braspenning@iq.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

vraag hoe het in twintig jaar met de ontwikkeling van richtlijnen is gegaan, is de vraag of richtlijnen ook daadwerkelijk in de praktijk worden gebruikt. En als ze gebruikt worden, wat heeft daar dan aan bijgedragen? Als ze niet gebruikt worden, hoe komt dat dan en wat kunnen we daaraan doen? We weten dat *evidence-based* richtlijnen niet vanzelf hun weg naar de praktijk vinden. Hoe gaat dat in de huisartsgeneeskunde in Nederland? Welke successen heeft men de afgelopen jaren geboekt en wat waren de problemen? Welke implementatiemethode werkt wel en welke niet? In dit artikel zetten we twintig jaar gebruik en implementatie van NHG-Standaarden op een rij en buigen we ons over de vraag welke factoren bijdragen aan de daadwerkelijke toepassing van richtlijnen in de patiëntenzorg. We sluiten af met aanbevelingen voor de toekomst.

Toepassing van richtlijnen door de jaren heen

Aan het eind van de jaren zeventig van de vorige eeuw deed men onderzoek naar toepassing van de Nijmeegse protocollen. Deze richtlijnen waren regionaal van aard, maar kwamen wat betreft structuur overeen met de eerste NHG-Standaarden. Onderzoek naar het gebruik van 24 regionale richtlijnen onder 57 huisartsen in Oost-Nederland leerde dat het gemiddelde gebruik op 44% lag.¹ Een onderzoek naar de toepassing van dezelfde richtlijnen dat men in 1987 onder 75 huisartsen deed, liet een percentage zien van 55%.¹ Kijken we vervolgens naar de periode waarin de NHG-Standaarden beschikbaar kwamen, dan komt uit een systematisch literatuuroverzicht (22 Nederlandse onderzoeken, 1997-2003) opnieuw een percentage van 55% naar voren. De onderzochte richtlijnen betroffen voornamelijk chronische aandoeningen, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten en COPD.² In de Tweede Nationale Studie (2001-2002) is in 104 huisartsenpraktijken onderzoek gedaan naar het volgen van richtlijnen. De onderzoekers verzamelden gegevens voor 139 indicatoren, afkomstig uit 61 NHG-Standaarden.³ De overall indicatorscore bedroeg 74% (variërend van 10% tot 100% voor de verschillende indicatoren) met een aanzienlijke variatie tussen huisartsenpraktijken. Meer recente cijfers (2008) over het toepassen van richtlijnen bij chronische aandoeningen, diabetes, cardiovasculair risicomanagement, COPD en astma laten een gebruikspercentage zien dat ligt tussen 66% en 89%.⁴ Uit de cijfers blijkt dat het handelen in de loop van de afgelopen decennia op veel punten verbeterd is, maar ook dat er nog aanzienlijke verbeteringen mogelijk zijn in een groot deel van de huisartsenpraktijken.

Effectieve methoden van richtlijnimplementatie

Overzichten van onderzoek op het terrein van implementatie bieden mogelijkheden voor verdere verbetering in de toepassing van

de richtlijnen.^{5,6,7} Een implementatiestrategie begint met een probleemanalyse en probeert daarop een *sustainable* (houdbare) verandering te introduceren, waarvan men de effectiviteit moet toetsen. Soms zijn de verwachtingen rond een implementatiestrategie echter zo hoog gespannen, dat de vraag naar de effectiviteit op de achtergrond raakt. Een voorbeeld zijn de Doorbraakprojecten, een tijdsintensieve implementatiestrategie, waarin zorgverleners uit verschillende instellingen of praktijken samenwerken om tot betere patiëntenzorg te komen. Uit een systematisch literatuuronderzoek (n = 69 onderzoeken, waarvan slechts 9 met een gecontroleerde onderzoeksopzet) bleek dat twee onderzoeken een duidelijk effect lieten zien, twee andere geen effect te zien gaven en vijf onderzoeken bescheiden effecten op enkele specifieke uitkomstmaten aantoonde.⁸ Conclusie was dat er meer onderzoek nodig is om te bepalen bij welk implementatieprobleem de Doorbraakmethode een goede oplossing kan bieden.

Het denken over de beste manier om kennis en innovaties te implementeren is in de loop van de tijd veranderd. In de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw richtte men zich vooral op de professional. Zelfregulatie door professionals door middel van educatie, certificering, onderlinge toetsing, *audit*, feedbacksystemen en *reminders*, was in die tijd de favoriete aanpak. In de loop van de jaren negentig is daar verandering in gekomen. De nadruk kwam meer te liggen op de invloed van het systeem, de organisatie van zorgprocessen. Favoriete methoden werden (en zijn) integrale kwaliteitszorg, *disease management* en ketenzorg. De afgelopen jaren verschoof het accent veel meer naar externe druk vanuit overheid, verzekeraars of patiëntenorganisaties. Men wilde de zorg verbeteren via transparantie, publieksinformatie en het belonen van kwaliteit (*pay-for-performance*). De vraag is wat de effecten van deze verschillende benaderingen zijn. We bespreken de verschillende gebruikte strategieën en hun opbrengsten.

Educatie, feedback en reminders, onderlinge toetsing

Een educatieve benadering gericht op de huisarts is soms voldoende om verandering op gang te helpen, vooral als het programma is afgestemd op een vooraf gepeilde behoefte, van langere duur is, actieve deelname vereist, vrijwillig van karakter is en de inzet van opinielid kent.⁹ Over feedback en reminders is bekend dat beide niet zonder meer aanzetten tot het volgen van richtlijnen en dat het effect van reminders iets groter is dan dat van feedback.⁹ Automatische herinneringen blijken effectiever dan op-verzoeksysteem,¹⁰ waarbij we wel moeten opmerken dat het aantal reminders in een systeem van invloed is op de effectiviteit. Ook kan men de patiënt effectief als reminder inzetten. Bij een implementatieonderzoek, dat zich vooral richtte op het verminderen van onnodig langdurig gebruik van protonpompremmer, ontwikkelde men een stopbrief.¹¹ De huisarts stuurt deze brief naar gebruikers van protonpompremmer, met de suggestie om het gebruik van deze medicatie in onderling overleg opnieuw te overwegen. In een gerandomiseerde trial met 113 patiënten van 20 huisartsen vonden wij dat 24% van de patiënten in de interventiegroep na 12 weken was gestopt of substantieel had geminderd

De kern

- ▶ Huisartsen beschikken sinds twintig jaar over NHG-Standaarden en werken in toenemende mate aan de hand van richtlijnen. De verschillen tussen huisartsenpraktijken en tussen de diverse aanbevelingen zijn echter groot.
- ▶ Het ontwikkelen van een effectieve implementatiestrategie begint met het in kaart brengen van het medisch handelen en de knelpunten bij het volgen van de richtlijnen. Deze probleemanalyse vormt het uitgangspunt voor de introductie van een verandering. De gekozen veranderstrategie moet men afstemmen op het probleem en de gebruiker, en dient men te toetsen op effectiviteit.
- ▶ Richtlijnimplementatie gaat niet vanzelf. Het voorstel is om richtlijnimplementatie in te bedden in een cyclisch kwaliteitssysteem met wisselende onderwerpen en passende verbeterstrategieën, in afstemming met de betrokken zorgverleners uit de eerste lijn en de patiënt.

met de medicijnen (versus 7% in de controlegroep). Ernst van de maagklachten en kwaliteit van leven bleken onveranderd. Ook voor het afbouwen van langdurig gebruik van benzodiazepinen is het versturen van een stopbrief effectief gebleken.¹² Deze simpele op huisarts en patiënt gerichte interventie kan bijdragen aan de implementatie van de onderzochte aanbevelingen.

De combinatie van educatie, feedback en reminders met intercollegiale toetsing draagt in belangrijke mate bij aan de bespreking en invoering van richtlijnen. Verstappen heeft een project uitgevoerd onder 200 huisartsen in Zuid-Nederland, die met een gestructureerde procedure in lokale intercollegiale toetsingsgroepen aan een verbetering werkten van het aanvragen van diagnostische tests.¹³ In het project kreeg een deel van de huisartsen feedback op hun testaanvragen, terwijl de collega's in de controlegroep het zonder feedback moesten doen. Daarnaast bespraken ze in de groepen relevante richtlijnen en maakten ze individuele en groepsplannen voor verbetering. Op die plannen kwamen ze een volgende keer terug. Per toetsingsbijeenkomst bespraken ze een probleemgebied. In een geclusterde, gerandomiseerde trial met een cross-overopzet bleek de gemiddelde verbetering in vergelijking met de controlegroep ruim 15% te zijn – een aanzienlijke verandering. In een andere groep praktijken, die alleen feedback kreeg, bleek het handelen niet te zijn veranderd. De gestructureerde aanpak van de toetsing en de intercollegiale aspecten (afspraken maken en elkaar daarop aanspreken) waren volgens ons doorslaggevend voor een effectieve verandering van het handelen.

Communicatietraining

In het kader van een implementatieprogramma voor de aanbevelingen uit de NHG-Standaard Lagerugpijn zijn huisartsen met behulp van acteurs getraind in het bespreken van lagerugpijn met de patiënt en het 'onderhandelen' over de beste aanpak ervan.¹⁴ De effectiviteit van het programma is onderzocht in een geclusterde, gerandomiseerde trial, waaraan 41 huisartsen en ruim 600 patiënten meededen. Wij zagen een daling van het aantal patiën-

ten dat naar fysiotherapie was verwezen in vergelijking met de controlegroep (5% bij het eerste consult, ruim 40% bij vervolgsconsulten), maar geen verandering in het voorschrijven en de advisering. Patiënten in de interventiegroep namen vaker pijnstillers en deden dit meer tijdscontingent dan in de controlegroep. Na een jaar waren de twee groepen gelijk wat betreft functioneren en ziekteverzuim, maar patiënten in de interventiegroep hadden minder zorgverleners bezocht. Op grond van deze bevindingen concluderen we dat een korte, doelgerichte communicatietraining voor huisartsen kan bijdragen aan een beter en doelmatiger gebruik van zorg in overeenstemming met de richtlijn.

Communicatietraining lijkt ook effectief te kunnen worden ingezet bij lastig uit te voeren richtlijnen over het voorschrijven van antibiotica.¹⁵⁻¹⁷ Inschakeling van apothekers, enig uitstel van antibiotica-inname en directe gecombineerde feedback bij de keuze van het type antibioticum blijken daarbij effectieve methoden om juist gebruik te bevorderen.¹⁸⁻²⁰ Een zeer recent onderzoek in 20 Nederlandse huisartsenpraktijken (40 huisartsen) vergeleek het effect van communicatietraining (een patiëntgeoriënteerde aanpak) en het meten van C-reactief proteïne (een ziektegeoriënteerde aanpak) bij patiënten met respiratoire klachten. Beide strategieën verminderden het aantal keren dat huisartsen antibiotica voorschreven van ongeveer 50% naar 30%, zonder dat dat een negatief effect had op de tevredenheid of het herstel van de patiënten. De onderzoekers concluderen dat een gecombineerde aanpak waarschijnlijk het effectiefst is.²¹ Deze conclusie strookt met de bevinding dat verbetering van het antibioticavoorschrijfgedrag in de huisartsenpraktijk van veel verschillende factoren afhankelijk is.²²

Veranderingen in de organisatie van de zorgverlening

Het invoeren van preventierichtlijnen met een nadruk op de praktijkorganisatie bleek succesvol in het project 'Preventie: maatwerk', dat in 1995 is gestart. Het samengestelde pakket betrof NHG-Standaarden, bijscholing op districtniveau, ondersteunende software voor de huisartseninformatiesystemen, een financiële vergoeding en de inzet van een consulente (een goed opgeleide praktijkassistente) die bij praktijkbezoeken individuele ondersteuning bood bij een systematische praktijkorganisatie. De eerste twee activiteiten betroffen de influenzavaccinatie en de uitstrijk die gemaakt moest worden voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Het was een succesvol landelijk programma, waarbij de cijfers van de influenzavaccinatiegraad met 25% stegen en de opkomstgraad voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker met 10 tot 15% toenam.^{23,24} De vaccinatiegraad is nog steeds hoog: gemiddeld 77% voor gezonde patiënten van 60 jaar en ouder, en 85% voor hoogrisicogroepen.²⁵

Gecombineerde interventies

Vooraf bij het implementeren van richtlijnen voor chronisch ziekten voert men vaak gecombineerde interventies uit ter ondersteuning van de multidisciplinaire samenwerking en coördinatie van de zorg, zoals beschreven in het *Chronic Care Model*.^{26,27} Voor het

implementeren van diabetesrichtlijnen heeft men ingezet op het veranderen van de structuur en taakverdeling in de praktijk. Alle betrokken praktijkmedewerkers bespreken de richtlijn en maken afspraken wie wat wanneer doet. De praktijkondersteuner speelt steeds vaker een centrale rol en krijgt hiervoor de benodigde training. Met behulp van feedback over indicatoren stuurt men het handelen. Men introduceerde deze aanpak in een onderzoek in dertig praktijken, waarbij *facilitators* werden ingezet.²⁸ Bij een ander onderzoek ging deze aanpak gepaard met de introductie van een diabetespaspoort voor de patiënt, waarmee deze zelf meer invloed op de behandeling kon uitoefenen.²⁹ Bij een project in de regio Eindhoven zorgde een externe organisatie (huisartsenlab) voor de logistieke steun (oproepen van patiënten, uitvoeren van tests, geven van feedback), waarbij men ook de specialist en diabetesverpleegkundige inschakelde.³⁰ In de verschillende projecten zien we steeds 10 tot 20% verbetering in de toepassing van de richtlijn, terwijl de verbeteringen in patiëntgebonden uitkomsten, zoals HbA1c, lipidenprofiel of bloeddruk, klein of afwezig waren. Een programma voor de verbetering van de COPD-zorg, waarin de aandacht vooral uitging naar monitoring en terugkoppeling van patiëntgebonden informatie, leverde weinig verbeteringen op.³¹ Een ander project gericht op COPD, waarin de focus lag op een andere samenwerkingsstructuur en taakverdeling tussen huisarts, praktijkondersteuner, huisartsenlab en specialist, leidde juist wel tot grote verbeteringen (advies om met roken te stoppen, aantal rokers, longfunctiemetingen).³²

Accreditatie en pay-for-performance

Voor het stimuleren van de gelijktijdige toepassing van een aantal richtlijnen zet men vaak formele maatregelen (herregistratie, accreditatie, certificering, wet- en regelgeving) of financiële prikkels in. De effecten daarvan zijn nog niet helemaal duidelijk. Overzichtsonderzoeken in ziekenhuizen geven een gemengd beeld van het effect van financiële prikkels op de kwaliteit van de zorg.³³ In Engeland heeft men in de huisartsenpraktijk geëxperimenteerd met een financiële bonus voor het bereiken van bepaalde indicatorscores. Dit experiment liet wel een effect zien, maar ook ongewenste neveneffecten, zoals minder goed handelen bij zorgaspecten waarvoor men geen beloning kreeg en verslechtering van de continuïteit van zorg.³⁴

In Nederland doen wij momenteel ervaring op met het toekennen van accreditatie en het koppelen van een bonus aan de toepassing van NHG-Standaarden. In 2003 is de NHG-Praktijkaccreditering® gestart: praktijken moeten eens per drie jaar gegevens verzamelen over het medisch handelen, de praktijkvoering en de patiëntervaringen met behulp van het Visitatie Instrument Accreditatie (VIA).³⁵ Men kan accreditatie verkrijgen als de praktijk aan een aantal minimumeisen voldoet en men elk jaar met succes aan SMART-verbeterplannen werkt. Deze zijn gebaseerd op de gegevens uit de VIA en kan men uitwerken met behulp van de NHG-koffer. Onderzoek naar de effectiviteit van dit programma is alleen nog gecombineerd uitgevoerd met een andere interventie, namelijk *pay-for-performance*. In Zuid-Nederland hebben 65 praktijk-

ken samen met zorgverzekeraars CZ en VGZ afspraken gemaakt over de koppeling van een bonus aan de kwaliteitsindicatoren uit de VIA. De exacte bonus is afhankelijk van de eigen praktijkscore en de gemiddelde scores van de andere deelnemende praktijken. De omvang van de bonus bedroeg gemiddeld 8 tot 10% van het inkomen. Op de indicatoren van de chronische aandoeningen ging de score van de praktijken gemiddeld met 10% omhoog. De score op de patiëntervaring steeg met 5%.⁴ We moeten natuurlijk voorzichtig zijn met het trekken van conclusies op grond van deze bevindingen, want er was immers geen controlegroep. Het stimuleren van werken aan kwaliteit met accreditatie en bonus lijkt echter onder bepaalde voorwaarden (onder meer een actieve inbreng van de huisartsen zelf in de ontwikkeling van het bonusmodel) een effectieve strategie. Als men deze strategie ook landelijk inzet, moet men nog eens goed kijken naar mogelijke negatieve bijeffecten.

Beschouwing en conclusies

De cijfers over de toepassing van NHG-Standaarden maken duidelijk dat huisartsen ze vaker toepassen, maar ook dat er nog veel te verbeteren valt. Verbetering gaat met vallen en opstaan: soms worden er aanzienlijke successen geboekt, dan weer is de winst klein of afwezig. Onderzoek is nodig om te bepalen welke factoren doorslaggevend zijn voor de succesvolle implementatie van bepaalde richtlijnen. Die factoren kunnen op heel verschillende terreinen liggen: bij de professional, de patiënt, de organisatie of de bredere context. In elk geval is een zorgvuldig voorbereid implementatieprogramma nodig, dat op maat is gesneden met het oog op de problematiek en de doelgroep, en dat veelal samen met de doelgroep is uitgedacht.³⁶ Alleen nascholing of feedback heeft een beperkt effect op de implementatie, maar beide zijn vrijwel altijd een noodzakelijke voorwaarde voor het leggen van een basis voor de implementatie. Een aantal projecten laat verbeteringen zien, maar over het effect op de langere termijn is nog niet veel bekend. Het actief betrekken van de patiënt kan implementatie van een richtlijn bevorderen, maar patiënten kunnen ook voorkeuren hebben die van de aanbevelingen afwijken. Transparantie en vergoedingen kunnen in theorie bijdragen aan een betere implementatie van NHG-Standaarden, maar onderzoek moet nog uitwijzen of dit daadwerkelijk het geval is.

Onze interpretatie is dat de invoering van NHG-Standaarden in de huisartsenpraktijk redelijk succesvol is geweest omdat het NHG vanaf het begin een min of meer consistente lijn volgt ten aanzien van het maken, verspreiden en ondersteunen van richtlijnen. Toch blijven er nog mogelijkheden voor verbetering, waarbij het de vraag is tot hoever we kunnen en moeten gaan. Voor de meeste indicatoren lijkt 80% haalbaar, onder andere als het gaat om de patiëntopkomst bij preventief onderzoek. Van andere willen we gewoon 100% benaderen, bijvoorbeeld bij de bloeddrukmeting bij hypertensiepatiënten. Dit heeft te maken met de specificiteit van de indicator en met de mate waarin de patiënt een actieve rol speelt bij het realiseren van de aanbevelingen. Bovendien vragen veel implementatieproblemen om de inzet van een patiënten-

Abstract

Grol R, Braspenning J, Dijkstra R, Hulscher M, Wensing M. Implementation of NHG guidelines: success or problem? *Huisarts Wet* 2010;53(1):42-6.

The use and implementation of Dutch College of General Practitioners (NHG) guidelines was reviewed 20 years after the first guideline was published. The guideline adherence in general practice has increased in recent years, from 44% to 74%, although there are substantial differences between recommendations and medical practice. Insight is needed into the underlying problem in order to develop an implementation strategy to achieve sustainable change. Because of the need to adapt to individual problems and users, there will not be one implementation strategy but several. In this article we present examples of successful and less successful strategies. When assessing and implementing the care recommended by the guidelines, it is necessary to look not only at the behaviour of the general practitioner but also that of practice nurses and other primary health care providers, the organization of care, the patients, and the broader context. We recommend systematic quality control cycles that each time involves other topics.

zorgteam, waarin behalve de huisarts ook de praktijkondersteuner en zorgverleners als de apotheker, de fysiotherapeut en de diëtist zitten. Richtlijnimplementatie zal in de toekomst idealiter een vast onderdeel uitmaken van een cyclisch kwaliteitsbeleid, waarin telkens andere onderwerpen aan bod komen, met daarbij een passende verbeterstrategie, die men afstemt met de betrokken zorgverleners uit de eerste lijn en de patiënt.

Literatuur

- 1 Grol RPTM. Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde: effecten van onderlinge toetsing. Dissertatie. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
- 2 Braspenning J, Schiere AM, Van Roosmalen M, Mokkink H, Grol R. Kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen moeilijk te meten. Een literatuuroverzicht over 1997-2003. *Huisarts Wet* 2004;47:184-7.
- 3 Braspenning, ICC, Schellevis FG, Grol RPTM. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2004.
- 4 Kirschner K, Braspenning J, Gootzen T, Van Everdingen C, Batenburg J, Verstappen W, et al. Pay-for-performance in de huisartsenpraktijk. Een experiment in Zuid-Nederland. Nijmegen: IQ healthcare, 2009.
- 5 Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
- 6 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vake L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:1-72.
- 7 Grol RPTM, Bosch M, Hulscher M, Eccles M, Wensing MJP. Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *Milbank Q* 2007;85: 93-138.
- 8 Schouten LM, Hulscher ME, Van Everdingen JJ, Huijsman R, Grol RP. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. *BMJ* 2008;336:1491-4.
- 9 Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier, 2006.
- 10 Van Wyk JT, Van Wijk MAM, Sturkenboom MCJM, Mosseveld M, Moorman PW, Van der Leij J. Het effect van elektronische herinneringen bij de behandeling van dislipidemie. *Huisarts Wet* 2009;52:490-6.

- 11 Krol N, Wensing M, Haaijer-Ruskamp F, Muris JW, Numans ME, Schattenberg G, et al. Patient-directed strategy to reduce prescribing for patients with dyspepsia in general practice: a randomized trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:917-22.
- 12 Gorgels WJM, Oude Voshaar RC, Mol AJJ, Van de Lisdonk EH, Van Balkom AJLM, Van den Hoogen HJM, et al. Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: a prospective controlled intervention study. *Drug Alcohol Depend* 2005;78:49-56.
- 13 Verstappen WH, Van der Weijden T, Sijbrandij J, Smelee I, Hermsen J, Grimshaw J, et al. Effect of a practice-based strategy on test ordering performance of primary care physicians: a randomized trial. *JAMA* 2003;289:2407-12.
- 14 Engers AJ, Wensing M, Van Tulder MW, Timmermans A, Oostendorp RA, Koes BW, et al. Implementation of the Dutch low back pain guideline for general practitioners: a cluster randomized controlled trial. *Spine* 2005;30:559-600.
- 15 Van Roosmalen MS, Braspenning JCC, De Smet PAGM, Grol RPTM. Antibiotic prescribing in primary care. First choice and restrictive prescribing are two different traits. *Qual Saf Health Care* 2007;16:105-9.
- 16 Flottorp S, Oxman A. Identifying barriers and tailoring interventions to improve the management of urinary tract infections and sore throat: a pragmatic study using qualitative methods. *BMC Health Serv Res* 2003;3:3.
- 17 Welschen I. Prescribing antibiotics for acute respiratory tract infections in primary care. PhD thesis. Utrecht: Utrecht University, 2004.
- 18 Cars O, Mölstad S, Melander A. Variation in antibiotic use in the European Union. *Lancet* 2001;357:1851-3.
- 19 Arroll B, Kenealy T, Kerse N. Do delayed prescriptions reduce antibiotic use in respiratory tract infections? A systematic review. *Br J Gen Pract* 2003;53:871-7.
- 20 Kaushal R, Shojania KG, Bates DW. Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review. *Arch Intern Med* 2003;163:1409-16.
- 21 Cals JW, Butler CC, Hopstaken RM, Hood K, Dinant GJ. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ* 2009;338:1374.
- 22 Hulscher MEJL, Van der Meer JWM, Grol RPTM. Antibiotic use: how to improve it? *Int J Med Microbiol*, geaccepteerd voor publicatie.
- 23 Tacke MAJB, Braspenning JCC, Van Paassen J, Van den Hoogen HJM, De Bakker DH, Grol RPTM. Negen jaar influenzavaccinatie in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 2000;43:566-7.
- 24 Braspenning J, Tacke M, Penders A, Van den Hoogen H, De Bakker D. Opkomst bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, 1997-1999. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 2001;79:341-5.
- 25 Tacke M, Mulder J, Van den Hoogen H, Tiersma W, Donkers J, Verheij R, et al. Monitoring Nationaal Programma Grieppreventie 2008. Nijmegen: LINH, 2009.
- 26 Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 1996;74:511-44.
- 27 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288:1909-14.
- 28 Van Bruggen R, Gorter KJ, Stolk RP, Verhoeven RP, Rutten GE. Implementation of locally adapted guidelines on type 2 diabetes. *Fam Pract* 2008;25:430-7.
- 29 Dijkstra RF, Braspenning JCC, Grol RPTM. Implementing diabetes passports to focus practice reorganization on improving diabetes care patients. *Int J Qual Health Care* 2008;20:72-7.
- 30 Meulepas MA, Braspenning JCC, De Grauw WJ, Lucas AEM, Wijkkel D, Grol RPTM. Patient-oriented intervention in addition to centrally organised checkups improves diabetic patient outcome in primary care. *Qual Saf Health Care* 2008;17:324-8.
- 31 Van den Bemt L, Schermer TR, Smelee IJ, Boonman-de Winter LJ, Van Boxem T, Denis J, et al. An expert-supported monitoring system for patients with chronic obstructive pulmonary disease in general practice: results of a cluster randomised controlled trial. *Med J Aust* 2009;191:249-54.
- 32 Meulepas MA, Jacobs JE, Smeenk FW, Smelee I, Lucas AE, Bottema BJ, et al. Effect of an integrated primary care model on the management of middle-aged and old patients with obstructive lung diseases. *Scand J Prim Health Care* 2007;25:186-92.
- 33 Mannion R, Davies HT. Payment for performance in health care. *BMJ* 2008;336:306-8.
- 34 Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med* 2009;361:368-78.
- 35 Braspenning J, Dijkstra R, Tacke M, Bouma M, Witmer H. *Visitatie Instrument Accreditering (VIA)*. Nijmegen/Utrecht: WOK/NHG, 2007.
- 36 Wensing M, Wollersheim HCH, Grol RPTM. Organisational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implement Sci* 2006;1:2.

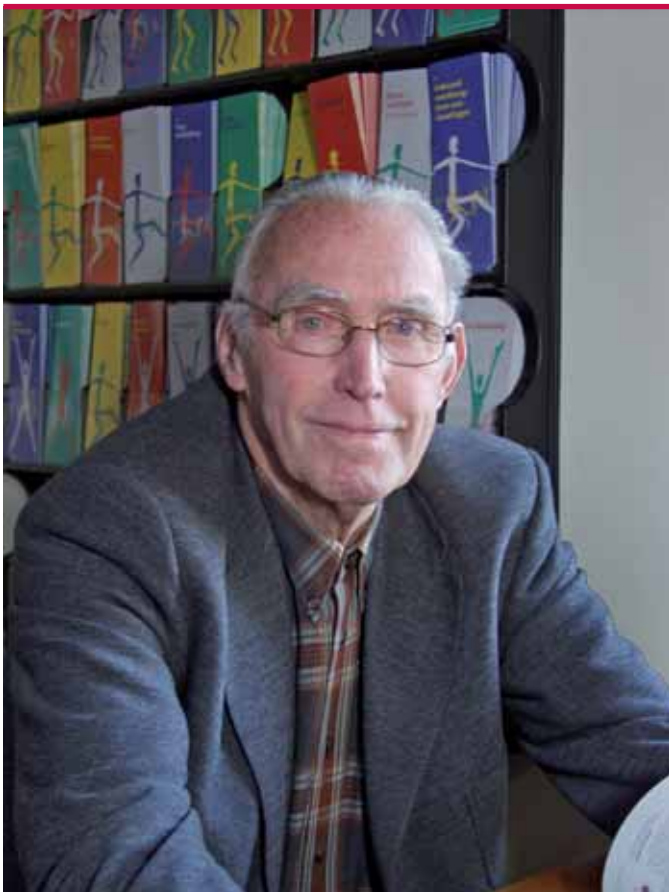


Foto: Ronald Roezen

Standaarden en onderzoek voor en door huisartsen

Janny Dekker

Inleiding

De auteurs van de eerste NHG-Standaard, die handelde over het onderwerp diabetes mellitus type 2 en verscheen in 1989, formuleerden als uitgangspunt: 'De standaard ... is zoveel mogelijk gebaseerd op gegevens die uit onderzoek zijn verkregen'.¹ Er was destijds echter in Nederland nauwelijks onderzoek beschikbaar dat was uitgevoerd in de huisartsenpraktijk of door huisartsen. En voorzover er wél onderzoek was gedaan, was dat veelal observatieneel onderzoek. Twintig jaar later is het beeld wel anders: er zijn negentig NHG-Standaarden die gebaseerd zijn op degelijk wetenschappelijk onderzoek. Veel van dat wetenschappelijke onderzoek is uitgevoerd aan onderzoeksinstituten voor huisartsgeneeskunde en er zitten goed opgezette en uitgevoerde trials bij.

Betekent dit alles nu dat het standaardenbeleid van het NHG en het onderzoeksbeleid elkaar vruchtbaar wederzijds beïnvloeden? Het NHG is een wetenschappelijke vereniging, geen uitvoerder of financier van onderzoek. Onderzoek dat relevant is voor huisartsen wordt uitgevoerd door de afdelingen Huisartsgeneeskunde

Samenvatting

Dekker JH. Standaarden en onderzoek voor en door huisartsen. *Huisarts Wet* 2010;53(1):47-50.

Het NHG probeert sinds 1989 de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen te verbeteren en toetsbaar te maken door standaarden te publiceren. Van meet af aan was het streven de aanbevelingen wetenschappelijk te onderbouwen waar dat maar enigszins mogelijk was. Twintig jaar en negentig NHG-Standaarden later zijn de hoeveelheid en kwaliteit van het beschikbare wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde aanmerkelijk gegroeid. Er moet dus haast wel een wederzijds vruchtbare beïnvloeding zijn geweest tussen standaarden en onderzoek. Toch laten de agenda's van onderzoeksinstituten en subsidiegevers zich moeilijk sturen op basis van lacunes in de *evidence base* van standaarden en blijven belangrijke onderzoeksgebieden onderbelicht, met name waar het gaat om alledaagse klachten.

Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Academische Huisartsenpraktijk Groningen, Postbus 880, 9700 AW Groningen: dr. J.H. Dekker, huisarts en universitair hoofddocent, voorzitter van de programmacommissie Alledaagse Ziekten ZonMw.

Correspondentie: j.h.dekker@med.umcg.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

van universiteiten en door onderzoeksinstituten zoals het NIVEL. Deze onderzoeksinstituten zijn voor hun financiering afhankelijk van drie geldstromen: de eerste loopt van het ministerie van VWS direct naar de universiteiten, de tweede komt van VWS via onderzoeksfondsen zoals ZonMw en de derde geldstroom is afkomstig van categorale 'collectebusfondsen', die geld beschikbaar stellen voor onderzoek naar specifieke ziekten. Geld van farmaceutische bedrijven speelt in het huisartsgeneeskundig onderzoek een zeer bescheiden rol. De vraag luidt: in hoeverre hebben de 'gebruikers' van dit onderzoek (het NHG met zijn standaarden, huisartsen, patiënten) invloed op de agenda van de onderzoekers of de financiers?

Standaardenbeleid en wetenschapsbeleid

De huisartsgeneeskunde is sinds eind jaren vijftig een zelfstandige wetenschappelijke discipline binnen de medische faculteiten. Het eerste aandachtspunt van de universitaire onderzoekers was het in kaart brengen van de omvang en aard van de klachten en ziekten die aan de huisarts werden gepresenteerd: de epidemiologie van de huisartsgeneeskunde. Registratienetwerken in huisartsenpraktijken speelden hierbij een belangrijke rol. Uit dit voornamelijk observationele onderzoek bleek echter al snel hoe groot de variatie in het handelen van huisartsen was. Dit, en de vastlegging van een basistakenpakket voor huisartsen in 1983, gaf de aanzet om standaarden te gaan ontwikkelen voor het huisartsgeneeskundig handelen. Deze standaarden waren uitdrukkelijk bedoeld om de kwaliteit van het handelen van de huisarts te verbeteren en toetsbaar te maken.

In 1998, toen het NHG al een kleine zeventig standaarden gepubliceerd had, begon het genootschap structureel samenwerking te zoeken met de universitaire afdelingen om een onderzoeksprogramma voor de huisartsgeneeskunde op te stellen.² Dit was een logisch gevolg van de constatering dat veel aanbevelingen in de bestaande standaarden geen wetenschappelijke onderbouwing hadden, en dat bij gebrek aan wetenschappelijke kennis over sommige onderwerpen zelfs geen standaard te maken viel (zoals aanvankelijk bij het onderwerp osteoporose). De universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde van hun kant voelden de noodzaak voor meer afstemming en coördinatie van het wetenschappelijk onderzoek. Het NHG formuleerde als doel van het nieuwe wetenschapsbeleid: het inventariseren van lacunes in de huisartsgeneeskundige kennis, het opstellen van een lijst met prioriteiten voor onderzoek naar die lacunes, het belang van dit onderzoek onderstrepen bij subsidiërende instanties en de geldstromen voor onderzoek trachten te beïnvloeden. Daarnaast probeerde het

NHG tot internationale samenwerking te komen bij het vaststellen van onderzoeksprioriteiten.

De Afdeling Standaarden van het NHG werd omgedoopt tot Sectie Richtlijnontwikkeling en Wetenschapsbeleid en een speciale medewerker kreeg tot taak het inventariseren van het lopende en geplande onderzoek aan de universitaire afdelingen en van de financieringsmogelijkheden via de drie geldstromen. Dat laatste gebeurde onder andere door na te gaan welke medewerkers van de verschillende onderzoeksinstituten participeerden in de programmacommissies van ZonMw en categorale fondsen zoals het Astma Fonds en de Nederlandse Hartstichting.

De 'lacunebak'

De Sectie Richtlijnontwikkeling en Wetenschapsbeleid begon in 1999 met een inventarisatie van lacunes in de wetenschappelijke onderbouwing van de zeventig tot dan toe verschenen NHG-standaarden. Het ging daarbij om onderwerpen waarover de opstellers van de standaard aangaven dat er te weinig gegevens waren om tot een aanbeveling te komen, om aanbevelingen die slechts summier onderbouwd waren of berustten op consensus binnen de standaardwerkgroep, en om aanbevelingen die gebaseerd waren op onderzoek in de tweede lijn dat niet zonder meer toepasbaar was op de populatie in de huisartsenpraktijk. De onderzoekers vonden 875 lacunes, gemiddeld 12,5 per standaard.³ Zij formuleerden de aangetroffen lacunes als onderzoeksvraag, voorzagen deze van een toelichting en brachten ze onder in een database: de 'lacunebak'.

Dit was een innovatieve opzet: onderzoekers zouden in de lacunebak snel kunnen nagaan welke onderzoeksvragen er op hun terrein waren, en de opstellers van onderzoeksagenda's konden zich snel een overzicht vormen van braakliggende onderzoeksterreinen. Maar zo eenvoudig was het niet.

Een eerste beperking is: bij welk niveau van bewijs voor een aanbeveling kun je van een lacune spreken? Het aantal gesignaleerde lacunes wordt groter naarmate je daaraan strengere eisen gaat stellen.

Ten tweede bevat de lacunebak een ongeselecteerde verzameling: niet alle onderzoeksvragen zijn even relevant voor het huisartsgeneeskundig handelen en ze zijn ook niet allemaal te beantwoorden met huisartsgeneeskundig onderzoek. Een vraag als: 'Wat is de biochemische achtergrond van depressie?' hoort thuis bij de farmacologie of psychiatrie, niet bij de huisartsgeneeskunde. Andere lacunes zijn dan wel geformuleerd als onderzoeksvraag, maar moeilijk te vertalen naar een onderzoeksopzet. Een vraag als: 'Wat is de meest effectieve behandeling van een milde depressie?' moet worden opgesplitst in een aantal deelvragen. Voordat men onderzoeksvragen kan prioriteren moet men dus eerst de verzameling opschonen.

Ten derde bestreken de zeventig standaarden in 1999 zeker niet het hele domein van het huisartsgeneeskundig handelen, maar – volgens een conservatieve schatting – slechts 40% van het probleem aanbod in de huisartsenpraktijk. En omdat een standaard een minimale hoeveelheid *evidence* vereist, zijn veel lacunes in

De kern

- ▶ Het heeft er alle schijn van dat het standaardenbeleid van het NHG het onderzoek van universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde gunstig heeft beïnvloed, en omgekeerd.
- ▶ Toch hebben pogingen van het NHG om structureel invloed uit te oefenen op de onderzoeksagenda niet altijd het gehoopte succes gehad. Die agenda wordt óók bepaald door de belangen van universiteiten, onderzoeksinstituten, onderzoekers, financiers en patiënten. Sommige lacunes in de *evidence base* voor de NHG-standaarden blijven daarom bestaan.
- ▶ Dit wringt met name op het gebied van alledaagse aandoeningen, die bij uitstek het terrein zijn van de huisarts maar waarvoor relatief weinig onderzoekgeld wordt gereserveerd.

de wetenschappelijke onderbouwing juist te verwachten in het gebied dat zij niet bestrijken. Er werden (nog niet uitgevoerde) plannen gemaakt om beter zicht te krijgen op dit gebied door een inventarisatie te maken aan de hand van gepresenteerde klachten. Iets soortgelijks deden Ely et al. in 1999 in Iowa door naast de dokter in de spreekkamer te gaan zitten en te scoren welke vragen deze zichzelf stelde naar aanleiding van de klachten van de patiënt.⁴

Een vierde beperking is dat de 'lacunebak' snel verouderd doordat wetenschappelijk onderzoek steeds nieuwe *evidence* oplevert en standaarden steeds herzien worden. Een database moet up-to-date worden gehouden, maar voor dit arbeidsintensieve proces was op het moment dat de database gepresenteerd werd nog geen invulling gevonden. De lacunebak is in 2003 opgeschoond en sindsdien zijn de lacunes naast de betreffende standaard op de NHG-website opvraagbaar.

Prioriteren van onderzoeksvragen

Bij de start van het lacunebakproject was het plan een relevantiescore toe te kennen aan elk onderwerp, zodat men een selectie zou kunnen maken voor een onderzoeksagenda. De score was gebaseerd op drie criteria: hoe vaak komt het onderwerp in de huisartsenpraktijk voor, behoort het tot het domein van de huisarts in termen van diagnostiek of therapie, en is het te verwachten dat wetenschappelijke onderbouwing een positieve invloed heeft op de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen? Het scoren bleek echter een lastige opgave, dat wil zeggen, de meningen waren nogal verdeeld bij een eerste peiling onder de leden van de Adviesgroep Standaarden en de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG. De drie genoemde criteria waren waarschijnlijk te algemeen, zodat er elementen van subjectiviteit en eigen interesses in de waardering slopen. Wel was een meerderheid van de geraadpleegden het erover eens dat een aantal onderwerpen beslist relevant was en dat deze de basis zouden kunnen vormen voor een eerste lijst van onderzoeksprioriteiten. De vakgroepen Huisartsgeneeskunde zouden zo'n lijst dan kunnen presenteren aan belangrijke subsidieorganen zoals ZonMw en NWO, en natuurlijk aan het ministerie van VWS dat deze organen financiert en hun onderzoeksprogramma's aanstuurt. Aan de

categorale fondsen zouden aparte lijsten met geschikte onderzoeksonderwerpen voorgelegd kunnen worden. De NHG-expertgroepen Diabetes (DiHAG) en Astma/COPD (CaHAG) hebben in 2001 meegewerkt aan een dergelijke exercitie.

Programma Alledaagse Ziekten

In 1997 heeft het NHG uit eigen middelen een Fonds Alledaagse Ziekten (FAZ) ingesteld om onderzoek te financieren naar aandoeningen die regelmatig voorkomen in de huisartsenpraktijk maar die niet behoren tot de chronische, noch tot de acute en mogelijk levensbedreigende aandoeningen. Juist in de kennis van deze alledaagse klachten, bij uitstek het terrein van de huisarts, bestaan grote hiaten die *evidence-based* handelen onmogelijk maken, maar onderzoek ernaar past vaak niet in de programma's van grote subsidiegevers. Het FAZ beheerde een bescheiden bedrag van € 375.000 en kon daarom slechts kleine projecten honoreren. Niettemin bracht het een aantal invloedrijke projecten voort, zoals de onderzoeken naar impetigo, rode ogen, otitis externa en *trigger finger* (knipvinger). De resultaten van deze onderzoeken waren invloedrijk in die zin dat ze het huisartsgeneeskundig handelen beïnvloedden en onderbouwing leverden voor NHG-Standaarden (de *trigger finger* komt aan bod in de NHG-Standaard Hand- en polsklachten). Het succes van dit kleine onderzoeksprogramma (en van het NHG-standaardenbeleid) leidde ertoe dat de minister van VWS in 2001 een bedrag van 3,4 miljoen euro ter beschikking stelde voor een vijfjarig Programma Alledaagse Ziekten (PAZ). Het programma werd ondergebracht bij ZonMw, maar de inbreng van huisartsen werd gewaarborgd doordat het NHG vijf van de acht commissieleden voordroeg. In de eerste jaren heeft het PAZ enkele langer lopende promotietrajecten gefinancierd, en elk jaar heeft de programmacommissie thema's voor onderzoek uitgezet. De lacunebak was daarbij een dankbare bron van onderzoeksonderwerpen, al werden de jaarlijkse programmathema's doorgaans breder geformuleerd (zo werd de onderzoeksvraag: 'Wat is de meest effectieve behandeling van slaapproblemen bij ouderen?' opgenomen in het thema 'alledaagse geriatrie' uit 2004). Op basis van suggesties door hoogleraren Huisartsgeneeskunde, de Sectie Richtlijnontwikkeling en de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG vormde zich elk jaar een *longlist* van onderzoeksthema's. Deze werden vervolgens door de programmacommissie geprioriteerd aan de hand van een aantal criteria: komt het thema voldoende vaak voor in de huisartsenpraktijk en is het voldoende hinderlijk voor de patiënt; ontbreken er gegevens over de waarde van diagnostiek of therapie; draagt het bij aan de onderbouwing van het huisartsgeneeskundig handelen; zijn er voldoende mogelijkheden tot implementatie; is er voldoende onderzoekscapaciteit en expertise om het onderzoek uit te voeren? Opnieuw werd duidelijk dat zulke algemene criteria de selectie niet op voorhand vergemakkelijken; aan de uiteindelijke onderwerpskeuze ging veel discussie vooraf.

Net als het FAZ heeft het PAZ een aantal zeer relevante resultaten opgeleverd, bijvoorbeeld op het gebied van wratten, wintertenen, otitis media acuta en vitamine D bij allochtonen, die NHG-Stan-

daarden en farmacotherapeutische richtlijnen helpen onderbouwen. Toch dreigde het programma, ondanks de successen, het ontbreken van andere financieringsmogelijkheden voor alledaagse klachten en de uitstekende prijs-kwaliteitverhouding in 2007 ten einde te lopen. Het NHG en de vakgroepen Huisartsgeneeskunde hebben het met moeite twee jaar weten te verlengen. Aan de projecten die in 2008 subsidie ontvingen is de voorwaarde verbonden dat de UMC's waarvan de onderzoeksgroepen onderdeel uitmaken de projecten eveneens ondersteunen, en dat hun Raden van Bestuur zich bereid verklaren onderzoek naar alledaagse ziekten te verankeren in het meerjarenonderzoeksbeleid. Er worden thans geen nieuwe projecten meer gefinancierd; de commissie blijft bestaan tot alle projecten zijn afgerond en beoordeelt tot die tijd halfjaarlijks de voortgang van de projecten.

De universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde

Zoals vermeld was een van de taken van de Sectie Wetenschapsbeleid het maken van een overzicht van het huisartsgeneeskundig onderzoek in Nederland. Dit om huisartsen en subsidiegevers te helpen bij het benaderen van onderzoekinstellingen en beleidsmakers inzicht te geven in het huisartsgeneeskundig onderzoek.⁵ Het in 2004 gemaakte overzicht liet zien dat het aantal publicaties vanuit onderzoeksinstituten in tien jaar tijd verviervoudigd was. In meerdere instellingen lag het zwaartepunt van het onderzoek bij de 'grote' onderwerpen in de huisartsgeneeskunde (hart- en vaatziekten, diabetes, astma/COPD, ggz, bewegingsapparaat). Daarentegen kwamen bijvoorbeeld huidziekten, een belangrijk onderwerp als men kijkt naar het aantal consulten bij de huisarts, er bekaaid af in onderzoeksland. Niet verwonderlijk, want in de periode dat deze inventarisatie plaatsvond, nam het belang van de tweede en derde geldstroom toe en werd de eerste geldstroom getroffen door bezuinigingen. Onderzoeksprojecten zijn altijd afhankelijk van de voorwaarden die de subsidiegevers stellen, en ze moeten ook nog eens passen in de expertiseontwikkeling binnen een afdeling.

Evaluatie

Het enthousiasme waarmee het NHG in 1998 begon met zijn wetenschapsbeleid, is wat weggeëbd. Het kost veel tijd en energie om de onderzoeksagenda van instituten en de subsidieagenda van onderzoeksfondsen te beïnvloeden, en het rendement is niet groot. In het NHG-meerjarenbeleidsplan 2006-2011 is deze verminderde ambitie terug te vinden:

'Het NHG streeft in brede zin de wetenschappelijke onderbouwing van het beleid in de huisartsvoorziening na en bevordert waar mogelijk en in grote lijnen de consistentie en de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg'.⁶

Van een streven om de onderzoeksagenda te beïnvloeden is geen sprake meer, getuige het Jaarplan 2009: 'Het NHG stimuleert, ondersteunt en is betrokken bij onderzoek door universitaire (huisarts)onderzoeksinstituten en de huisartsenpraktijk'. Het is vraag of dat zo erg is. Reeds in 2001 waarschuwde Klazinga voor de gevaren van een 'lacunebakagenda': wetenschappelijk onder-

Abstract

Dekker JH. Guidelines and scientific studies for and by general practitioners. *Huisarts Wet* 2010;53(1):47-50.

The Dutch College of General Practitioners (NHG) has published a series of guidelines since 1989 to assess and improve the quality of general practice. From the start, the aim was where possible to base recommendations on evidence from sound sources. Twenty years and 90 NHG guidelines later, the quantity and quality of available research into general practice medicine have increased substantially, to the mutual benefit of both research and guidelines. However, the agenda of research institutes and funding bodies is little influenced by deficiencies in the evidence for these guidelines, and important areas are underinvestigated, especially those concerning everyday complaints and symptoms.

zoek laat zich beperkt programmeren en bij de prioritering spelen naast de belangen van de huisartsgeneeskunde ook die van patiënten, universiteiten, onderzoeksinstituten, onderzoekers en financiers een rol.⁷ Met andere woorden, wetenschappelijk onderzoek laat zich niet zo makkelijk sturen, ook al is het motief voor de sturing nobel en rationeel. Ook de onderlinge afstemming tussen onderzoeksinstituten is niet eenvoudig, zoals recent nog bleek bij een poging van het NHG om de huisartsgeneeskundige inbreng in het Nationaal Programma Ouderenonderzoek (NPO) te coördineren. Deze poging strandde omdat de belangen en de inzet van de verschillende instituten te zeer uiteenliepen en het opzetten van projecten in de eigen regio veel aandacht opeiste.

Toch is samenwerking rond één thema mogelijk. De consensus binnen het NPO over een minimale dataset die in alle onderzoeken binnen dit programma gebruikt moet worden, is een goed

voorbeeld van zinvolle samenwerking: de eindpunten van verschillende projecten zijn hierdoor vergelijkbaar. Een van de succesfactoren in het ZonMw-programma Geestkracht (onderzoek naar angst- en stemmingsstoornissen, psychosen en gedragsstoornissen) was dat de bestanden met patiëntgegevens voor alle deelnemende onderzoekers beschikbaar waren. Het overlegorgan van de onderzoekshoogleraren Huisartsgeneeskunde (IOHR), waaraan ook het NHG deelneemt, zou dergelijke vormen van samenwerking rond grote huisartsgeneeskundige thema's kunnen bevorderen door win-winsituaties te creëren. Voor kleinere onderwerpen, die minder grote onderzoekspopulaties vereisen, zou men de regionale samenwerkingsverbanden tussen afdelingen Huisartsgeneeskunde van UMC's en huisartsenpraktijken in het veld kunnen uitbouwen tot 'academische werkplaatsen'.

Literatuur

- 1 Rutten GEHM, Cromme PVM, Zuidweg J, Mulder JD. Huisarts en diabetes type II. Een verantwoording van de NHG-standaard. *Huisarts Wet* 1989;32:7-13.
- 2 Wetenschapsbeleid: Het begin. Utrecht: NHG, 1998. [Interne publicatie.]
- 3 Tasche MJA, Oosterberg EH, Kolnaar BGM, Rosmalen CFH. Inventarisatie van lacunes in huisartsgeneeskundige kennis. Zeventig standaarden doorgelicht. *Huisarts Wet* 2001;44:91-4.
- 4 Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Bergus GR, Levy BT, Chambliss ML, et al. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. *BMJ* 1999; 319:358-61.
- 5 Bakkenist T, Zaat JOM. Wie onderzoekt wat? Een globaal overzicht van huisartsgeneeskundig onderzoek in Nederland. *Huisarts Wet* 2004;47:555-60.
- 6 Meerjarenbeleidsplan 2006-2011: Zichtbare huisartsenzorg: van toekomstvisie naar praktijk. Utrecht: NHG, 2006.
- 7 Klazinga NS. Zwakke plekken en blinde vlekken. *Huisarts Wet* 2001;44:87-8.

Varia

Nieuw in 2010

Inhoudsopgave digitaal

Hoewel sommigen ervan overtuigd zijn dat papieren bladen hun langste tijd hebben gehad, is de redactie van H&W van mening dat er voor papier nog wel degelijk een plaats is. Dat neemt niet weg dat elektronische informatiedragers in sommige opzichten efficiënter zijn dan papieren. Een voorbeeld daarvan is de jaarlijkse inhoudsopgave. We hebben daarom besloten te stoppen met de papieren versie. Via de archief functie op www.henw.org kunt u zeer eenvoudig zoeken op onderwerp, auteur en/of jaargang en dat maakt de papieren inhoudsopgave niet alleen overbodig, maar ook achterhaald.

We zijn nog niet zo ver als de BMJ, maar ook voor ons speelt de website een steeds belangrijker rol. Wekelijks bezoeken 800 tot 1000 mensen de H&W-site en we willen hen steeds meer bieden. Komend jaar richten we ons op het actueler maken van informatie en het opbouwen van een beeld- en geluidbank. Daarom breiden

we de redactie komend jaar uit met webredacteuren en gaan we ons scholen in het schrijven voor internet: kort en krachtig. U hoort daarover nog.

Van dertien naar twaalf nummers

Jaarlijks bereiken ons klachten van lezers die niet in staat waren gelijke pas te houden met H&W in de zomervakantie. De algemene ledenvergadering van het NHG stemde er daarom mee in om vanaf 2010 twaalf nummers te maken in plaats van dertien. Daarmee sparen we u in de zomervakantie, maar dan moet u de rest van het jaar wat harder werken; het aantal pagina's blijft gelijk.

Maar bovenal blijven we natuurlijk gewoon ons werk doen: onze lezers voorzien van relevante huisartsgeneeskundige wetenschappelijke informatie. We wensen u een goed 2010!

De redactie

Van richtlijnen, de dingen die niet voorbijgaan

Lex Goudswaard, Kees in 't Veld, Rob Dijkstra

Inleiding

Tijdens het Rode Hoed Symposium 'Medisch Specialist 2009' in Amsterdam hield Inspecteur-Generaal Van der Wal een toespraak, waarin hij onder meer het volgende zei: 'De Nederlandse gezondheidszorg kent zo'n vierhonderd richtlijnen. Elk jaar komen er zo'n twintig nieuwe bij en de oude worden goed up-to-date gehouden. Hoewel we er nog een aantal missen op het terrein van de patiëntveiligheid, is dat een enorme vooruitgang. Zulke *evidence-*

Samenvatting

Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Dijkstra R. Van richtlijnen, de dingen die niet voorbijgaan. Huisarts Wet 2010;53(1):51-4.

De NHG-Standaarden vormen inmiddels een stevig wetenschappelijk fundament onder de huisartsgeneeskunde en zijn als normstellende documenten een belangrijk hulpmiddel voor het interne kwaliteits- en accrediteringsbeleid van de beroepsgroep. Met de introductie van meer marktwerking in de zorg staat de onafhankelijkheid van de richtlijnontwikkeling echter onder druk, omdat overheid, patiënten en zorgverzekeraars richtlijnen willen gaan gebruiken voor externe verantwoording.

Een NHG-Standaard bevat concrete aanbevelingen voor de behandeling van een bepaalde aandoening of klacht. Een systeem van eindnoten verantwoordt de aanbevelingen door een inzichtelijke weergave van de onderliggende literatuur, aangevuld met de overwegingen van de werkgroep. Het NHG overweegt hierbij de invoering van gradering van niveaus van bewijs. Alle standaarden zijn inmiddels geïntegreerd in de huisartsinformatiesystemen, waardoor de huisarts ze desgewenst bij ieder patiëntcontact kan raadplegen. In ontwikkeling is een veelbelovende uitbreiding van deze toepassing met een expertsysteem, dat proactief de patiëntgegevens toetst aan de aanbevelingen in de standaard. Andere uitdagingen voor de toekomst zijn het zo actueel mogelijk houden van de bestaande richtlijnen en een snelle(re) implementatie in de dagelijkse praktijk.

Nederlands Huisartsen Genootschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; dr. A.N.Goudswaard, huisarts en hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap; C.J. in 't Veld, huisarts en hoofd afdeling Implementatie; dr. R. Dijkstra, huisarts en adjunct-hoofd afdeling Implementatie.
Correspondentie: l.goudswaard@nhg.org

Mogelijke belangenverstremgeling: de auteurs zijn betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van NHG-Standaarden en andere evidence-based richtlijnen.

based richtlijnen bieden een uitstekend uitgangspunt voor goede zorg.'

Uit deze uitspraak blijkt duidelijk dat richtlijnen inmiddels een normaal verschijnsel zijn in onze gezondheidszorg. Dat is niet altijd zo geweest. Van een schoorvoetende en zoekende activiteit van enkele pioniers,¹ is het fenomeen in nog geen twee decennia uitgegroeid tot een volwassen 'industrie'. Met regels en belangen, aanzienlijke budgetten, honderden betrokken professionals en af en toe een echt conflict.² De vraag is echter hoe in het licht van dit voorspoedige verleden de toekomst van de richtlijnontwikkeling eruitziet. Is het eind in zicht? Waar liggen de kansen en bedreigingen? Hoe zit het met de financiering? Moeten richtlijnmakers meer gaan samenwerken? Hoe zorgen we ervoor dat de gebruikers de richtlijnen in de praktijk blijven toepassen? In deze bijdrage zullen wij op deze vragen ingaan.

NHG-richtlijnen: verleden, heden en toekomst

Al in de jaren zeventig waren huisartsen doende met het opstellen van consensusprotocollen voor hoge bloeddruk en suikerziekte – NHG-Standaarden 'avant la lettre'.³ In 1989 verscheen de eerste NHG-Standaard, als logisch gevolg van een op gang gekomen emancipatie van de huisarts en de daarmee gepaard gaande behoefte om het vak te professionaliseren, ook in wetenschappelijke zin. En passant kon men hiermee de als storend ervaren interdoktervariatie beteugelen.⁴ Twintig jaar later ligt er een stevig fundament onder de huisartsgeneeskunde: ruim negentig standaarden, vijftig richtlijnen over farmacotherapeutische onderwerpen, twee boeken die 'kleine kwalen' behandelen en een handboek over therapeutische verrichtingen. Hiermee lijkt de problematiek in de huisartsenpraktijk voor een groot deel gedekt.

Het onderhoud van al dit materiaal vraagt op dit moment de meeste aandacht. Het overgrote deel van de standaarden is inmiddels een of meer keren geactualiseerd. Bij een algemeen geaccepteerde revisietijd van gemiddeld vijf jaar komt dit in theorie neer op bijna twintig herziene standaarden per jaar. In de praktijk halen we dat aantal niet, niet alleen omdat een herziening nogal eens meer tijd vergt dan verwacht, maar ook omdat daarvoor de menskracht ontbreekt: goede richtlijnontwikkelaars zijn schaars. Voor veel richtlijnen is een langere revisietijd dan vijf jaar echter geen bezwaar, want nieuwe *evidence* ontbreekt vaak.

Basisfilosofie van richtlijnen: toekomstbestendig?

Een NHG-Standaard bevat concrete adviezen voor de huisarts aan de hand waarvan deze kan bepalen hoe hij moet handelen bij een patiënt met een bepaalde aandoening of klacht. Hoewel de

inhoud van de aanbevelingen is gebaseerd op de principes van *evidence-based medicine*, zijn standaarden veel meer dan een droge opsomming van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. De standaard volgt in zijn opbouw als het ware de gang van de patiënt door de spreekkamer van de huisarts en ontrafelt stap voor stap het bijbehorend geneeskundig proces.⁵ Uit onderzoek blijkt dat de NHG-Standaarden in het algemeen goed aansluiten bij de dagelijkse praktijkvoering.⁶

Dat wil niet zeggen dat een standaard alle aspecten van het huisartsgeneeskundig consult bestrijkt. Vaardigheden als bejegening, (non-)verbale communicatie, vraagverheldering en conflicthantering behoren tot de basisuitrusting van de huisarts en komen daarom in de standaard niet expliciet aan de orde. Behalve op *evidence-based medicine* zijn standaarden gebaseerd op een aantal karakteristieken van het huisartsgeneeskundig domein. Bijvoorbeeld de kenmerkende epidemiologie van klachten en aandoeningen in de eerste lijn, en een rationeel en daardoor terughoudend voorschrijf- en verwijsbeleid.⁷ De standaarden lijken in dit opzicht een effectief instrument om op het macroniveau van de gezondheidszorg relevante verwijs- en voorschrijfcijfers in een gewenste richting te beïnvloeden.⁸ Anders gezegd: NHG-Standaarden zijn bewezen effectief.

Na de invoering van de nieuwe zorgwet in 2006 is het speelveld veranderd. Vóór 2006 dankten de standaarden een deel van hun succes zonder twijfel aan de manier waarop de Nederlandse gezondheidszorg was ingericht: de huisarts als poortwachter, honorering via een abonnement en inschrijving op naam. Van de standaarden afgeleide indicatoren waren tot die tijd vooral bedoeld om de kwaliteit van het medisch handelen te toetsen en te verbeteren. In het nieuwe stelsel is de positie van de huisartsenpraktijk en daarmee die van de richtlijnen niet meer vanzelfsprekend. Verzekeraars, overheid, patiëntenorganisaties en inspectie tonen een snel toenemende behoefte aan indicatoren die inzicht geven in 'zorgprestaties' en die de basis gaan vormen van de 'inkoop' van zorg(ketens). In dit krachtenveld kan de toepassing van richtlijnen gaan schuiven: van bewezen zinvol vanuit het oogpunt van kwaliteitsverbetering naar normstellend in een landschap waarin 'transparantie', 'prestaties' en 'afrekening' de dienst uitmaken. De autonomie van richtlijnmakers staat hiermee onder druk. Zo heeft het Ministerie van VWS een Regieraad Kwaliteit van Zorg ingesteld, die onder andere als taak heeft te zorgen voor meer structuur en aansturing bij de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen.⁹ De toekomst van richtlijnen louter als bundeling van actuele kennis en als kwaliteitsverbeterend instrument voor professionals is hiermee allerminst zeker.

Vorm, ICT en implementatie

Gezien de hedendaagse eisen waaraan evidence-based richtlijnen moeten voldoen lijken de vrijheidsgraden bij de ontwikkeling en publicatie beperkt. Zo zijn er diverse 'verplichte' onderdelen, zoals een samenvatting, inleiding, (zoek)methodiek en een wetenschappelijke verantwoording. Vooral aan de wetenschappelijke verantwoording en de onafhankelijkheid waarmee de aanbe-

De Kern

- ▶ De NHG-Standaarden hebben in twintig jaar tijd een stevige wetenschappelijke basis gelegd voor een doelmatig en effectief medisch handelen van huisartsen.
- ▶ NHG-Standaarden komen tot stand volgens de principes van *evidence-based* richtlijnontwikkeling, waarbij het NHG hoge eisen stelt aan de wetenschappelijke verantwoording en aan de onafhankelijke totstandkoming van de aanbevelingen.
- ▶ Huisartsen zullen de standaarden vaker toepassen als we deze integreren in het elektronisch medisch dossier, onder andere in de vorm van een expertsysteem dat ondersteuning biedt aan het toetsen van individuele patiëntgegevens aan de aanbevelingen in de richtlijn.
- ▶ Uitdagingen bij de ontwikkeling van richtlijnen liggen in het verkorten van de revisietijd, waardoor de standaarden actueel blijven, en in een implementatie die een snelle invoering in de praktijk bevordert.

velingen tot stand komen stelt men in vergelijking met 'vroeger' hoge(re) eisen. Deze trend wordt versterkt door een gestage toename van de hoeveelheid literatuur en door een groeiend inzicht in de betrokkenheid of belangen van deskundigen bij onderzoek en onderwijs met betrekking tot het onderwerp van de richtlijn. Het NHG volgt de veranderende inzichten op de voet en draagt er ook zelf aan bij.¹⁰ Het totale proces van totstandkoming van NHG-Standaarden is overigens openbaar en integraal te raadplegen op de NHG-website.¹¹

Zoals we hierboven hebben beschreven hanteert het NHG voor de standaarden sinds jaar en dag een min of meer vast stramien, wat bijdraagt aan de herkenbaarheid en de implementatie in de dagelijkse praktijk. Kenmerkend is het gebruik van een systeem van eindnoten, waarin de samenstellers de belangrijkste aanbevelingen (in het bijzonder die over diagnostiek en therapie) verantwoorden aan de hand van een vast sjabloon: samenvatting van de literatuur, 'weging' van de resultaten van de relevante onderzoeken, weergave van bijkomende overwegingen en discussie in de werkgroep, en tot slot een conclusie. De zoek- en selectiestrategie met betrekking tot de literatuur bij de standaard zijn op de NHG-website te vinden, zodat de gebruiker kan nagaan met welke trefwoorden naar literatuur is gezocht en welke in- en exclusiecriteria de werkgroep voor onderzoeken hanteerde. Internationaal is inmiddels een beweging ontstaan die pleit voor een gradering van onderzoek en onderzoeksresultaten in uniforme niveaus van bewijs.¹² Daarmee poogt men de transparantie, communicatie en onderlinge vergelijkbaarheid van aanbevelingen in richtlijnen te bevorderen.¹³ Hoewel er kritiek mogelijk is op dit systeem, overweegt het NHG invoering ervan en test het op dit moment de bruikbaarheid van deze methodiek bij de ontwikkeling van de standaarden.¹⁴

Onmisbaar onderdeel zijn ook de bij vrijwel alle huisartsen bekende samenvattingskaartjes, die in de meeste spreekkamers binnen handbereik zijn. Standaarden vormen daarnaast een veel gelezen en gewaardeerd onderdeel van dit tijdschrift, maar inmiddels raad-

pleegt ongeveer de helft van de huisartsen de standaarden ook via de NHG-website. Een onderzoek uit 2000 liet zien dat huisartsen vooral behoefte hebben aan een goede integratie van de standaarden en formulieren in het elektronisch medisch dossier (EMD).¹⁵ Welnu, dat is inmiddels realiteit: alle standaarden (en andere NHG-producten) zijn elektronisch beschikbaar. Hierdoor kan de huisarts de richtlijnen tijdens ieder consult met behulp van een klacht- of diagnosecode oproepen. Driekwart van de huisartsen doet dat ook.¹⁶ De op deze wijze verkregen verspreiding en elektronische ontsluiting van standaarden komen de navolging van de aanbevelingen ongetwijfeld ten goede. Om hierin nog verdere verbetering aan te brengen experimenteert het NHG op dit moment met onderzoek in huisartsenpraktijken voorafgaand aan de herziening van een standaard. Zo krijgen we meer inzicht in eventuele discrepanties tussen de aanbevelingen en het medisch handelen in de praktijk. Dit kan leiden tot aanpassingen van de standaard en de ontwikkeling van toegepaste implementatiematerialen.

Ook van recente datum is de ontwikkeling van het expertsysteem 'NHG-Doc'. Dit toetst bij het openen van een patiëntendossier 'onder water' de gegevens van de patiënt aan de aanbevelingen in de standaard. Als er relevante gegevens ontbreken of er bijvoorbeeld een verschil is tussen een meetwaarde en de aanbevolen streefwaarde, verschijnt daarvan direct een melding op het scherm die aangeeft hoe de huisarts of praktijkondersteuner de behandeling kan aanpassen. Een aanvullende consultatieservice waarbij de huisarts via internet een vraag kan voorleggen aan een 'expert' (bijvoorbeeld een kaderhuisarts of een klinisch specialist) completeert dit systeem. Inmiddels zijn drie NHG-Standaarden opgenomen in NHG-Doc: CVMR, Diabetes mellitus type 2 en Virushepatitis en andere leveraandoeningen. Op dit moment lopen er pilots die zullen moeten uitwijzen of en hoe dit systeem geschikt is voor brede invoering.

Alternatieve richtlijnontwikkeling: kan het efficiënter?

Richtlijnontwikkeling is geen star en statisch proces, en net als de richtlijnen zelf behoeven ook de procedures aan de hand waarvan de ontwikkelaars richtlijnen maken onderhoud en revisie. Daarom ontwikkelt en test het NHG bij tijd en wijle nieuwe methodieken, die het – mits succesvol – in de procedure opneemt. Drijfveer hierachter is het idee dat het wellicht sneller en efficiënter (lees: goedkoper) kan. Snellere procedures kunnen leiden tot 'levende' richtlijnen, waarbij de afdeling richtlijnontwikkeling de richtlijn min of meer permanent bijstelt. Deze werkwijze bevordert mogelijk de acceptatie, omdat aanbevelingen daardoor minder snel gedateerd zijn. Tegen dergelijke procedures bestaat geen bezwaar, mits die niet ten koste gaan van twee belangrijke uitgangspunten. Ten eerste is dat het adagium 'voor en door professionals'. We moeten voorkomen dat richtlijnen vanuit ivoren torens top down over de beroepsgroepen worden uitgestort, omdat daarmee het zorgvuldig opgebouwde draagvlak wel eens zou kunnen verdwijnen. Dat geldt zeker voor de NHG-Standaarden. Ten tweede mogen ook afgeslankte en snellere procedures niet ten koste gaan van de kwaliteit van de richtlijnen.

Een concrete mogelijkheid voor een meer gestroomlijnde procedure is die waarbij we het aantal vergaderingen van de richtlijnwerkgroep terugbrengen tot hooguit drie of vier, in plaats van het nu gebruikelijke aantal van gemiddeld acht tot tien. De werkgroep, die doorgaans bestaat uit een aantal geselecteerde en ter zake kundige 'vrijwilligers', gaat dan meer fungeren als een klankbordgroep. Het eigenlijke werk aan de richtlijn, zoals het opstellen van een projectplan en de uitgangsvragen, het verrichten van de literatuuronderzoeken, het samenvatten van de literatuur en het opstellen van conceptteksten, wordt op bureau niveau door een staf van epidemiologisch en methodologisch geschoolde professionals voorbereid. Wel leggen we iedere volgende stap in de procedure voor commentaar aan de werkgroep voor, deels via e-mail of op een besloten internetsite. In deze formule opereert de werkgroep op enige afstand, waardoor ze meer reactief bij de richtlijn betrokken is. Dit heeft als voordeel dat vertragingen, die bijvoorbeeld kunnen ontstaan doordat werkgroepleden de deadline voor aanlevering van teksten overschrijden, minder zullen voorkomen. Deze gang van zaken stelt echter wel hoge(re) eisen aan de vaardigheden van de wetenschappelijke staf die het richtlijnproces ondersteunt. Een speciale opleiding in het vak van richtlijnontwikkeling zou hier in kunnen voorzien en kansen kunnen bieden voor professionals die zich in dit specialisme willen bekwamen.

Het NHG heeft met deze methode bij de revisie van een aantal standaarden inmiddels goede ervaringen opgedaan. Het bleek mogelijk de doorlooptijd met een derde tot de helft te bekorten. Het is echter twijfelachtig of iets dergelijks ook mogelijk is bij het meer complexe proces van multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, waarbij vaak een groot aantal beroepsgroepen (waaronder het NHG) betrokken is. Uit een tussentijdse evaluatie van het ZonMw richtlijnenprogramma KKCZ bleek dat deze gewenste bekorting van de ontwikkeltijd bij de eerste projecten niet was gerealiseerd.¹⁷ Hoe het ook zij, alternatieve en efficiëntere vormen van richtlijnontwikkeling verdienen een serieuze bestudering, waarbij we zeker ook de ervaringen in het buitenland, bijvoorbeeld in Nieuw-Zeeland, moeten meenemen.¹⁸

Accreditering of certificering: de sluitsteen in het kwaliteitsbeleid

Hoe succesvol ook, het maken van richtlijnen alleen blijkt niet voldoende om een goede kwaliteit van de praktijkvoering te garanderen. En ook nascholing alleen is niet effectief genoeg. Al in 1994 pleitte Thomas voor een systeem van toetsing en certificering als noodzakelijk onderdeel van een kwaliteitsbeleid, waarvan richtlijnen slechts een eerste schakel zijn.¹⁹

Het zou nog ruim tien jaar duren voordat de eerste huisartsenpraktijken in Nederland een officiële NHG-Praktijkaccreditering (NPA) kregen uitgereikt.²⁰ Inmiddels neemt ongeveer 20% van de huisartsenpraktijken deel aan de NPA – de huisartsinstituten stimuleren en faciliteren de accreditering van opleiderspraktijken. De NPA licht de praktijk door op drie gebieden: praktijkorganisatie, patiëntbeleving en medisch handelen. Vooral bij dit laatste

Abstract

Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Dijkstra R. Clinical guidelines, the things that never pass. *Huisarts Wet* 2010;53(1):51-4.

Clinical guidelines of the Dutch College of General Practitioners (NHG) form a solid scientific basis for general practice medicine and are an important instrument for internal quality control and accreditation within the profession. However, the introduction of market forces to medical practice is putting the independent nature of guideline development under pressure as government, patients, and medical insurance companies want to use these guidelines for external accountability purposes. The NHG guideline provides specific recommendations for the treatment of a certain disorder or symptom. Endnotes provide an overview of relevant literature supporting the recommendations, supplemented with the considerations of the working party. The NHG is considering introducing levels of evidence. All the guidelines have been implemented in electronic medical records, so that general practitioners can refer to them during a patient consultation. A promising extension of these applications currently under development is a proactive expert system by which patient data are 'checked' against guideline recommendations. Other challenges for the future include keeping existing guidelines up-to-date and accelerating their implementation in daily practice.

onderdeel spelen de standaarden een rol. Een nog onopgelost knelpunt is dat het niet goed mogelijk is om alle relevante gegevens op eenvoudige wijze uit het EMD te extraheren, ondanks intensieve stimulering vanuit NHG en LHV.

De acceptatie van dit accrediteringssysteem door de beroepsgroep verloopt op dezelfde manier als de acceptatie van de NHG-Standaarden twintig jaar geleden: schoorvoetend en met horten en stoten. Een beroepsorganisatie die zichzelf (en de patiëntenzorg!) serieus neemt moet echter op gezette tijden voor de troepen uit durven lopen, zeker als het om kwaliteit gaat. Het huidige succes van de standaarden bewijst de juistheid van dit uitgangspunt.

Besluit

De toekomst voor richtlijnen ziet er rooskleurig uit, mits professionals en verantwoordelijke instanties het belang ervan blijven inzien en de richtlijnontwikkeling financieel (blijven) ondersteunen. Er bestaat immers nauwelijks twijfel over de waarde van de bijdrage die richtlijnen leveren aan een verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg. De komende jaren staan we voor de uitdaging om de procedures van richtlijnontwikkeling verder te stroomlijnen, de samenwerking tussen richtlijnorganisaties te

verbeteren en *last but not least* om ons in te spannen om richtlijnen nog beter te implementeren. Zorgelijk is de verdere ontwikkeling van het zorgstelsel en de betrokkenheid van de professionals bij die ontwikkeling. Kwalitatief goede zorg is gebaat bij positieve prikkels op basis van betrouwbare indicatoren die zijn afgeleid van evidence-based richtlijnen, maar zal wat betreft financiering lijden onder de concurrentie tussen huisartsenpraktijken, (thuis-)zorginstellingen en ziekenhuizen.

Literatuur

- 1 Tielens VCL. Standaarden: het gezicht van de huisarts. *Huisarts Wet* 1989;32:3.
- 2 Pronk E. Herrie om een ongeboren kindje. Richtlijnontwikkelaars steggelen over eerstekeus antidepressivum. *Med Contact* 2004;59:493-6.
- 3 Meyboom-de Jong B. Standaarden voor huisartsgeneeskundig handelen: een goed begin, maar geen einde. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1993;137:2124-6.
- 4 Thomas S. Standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1993;137:2135-8.
- 5 Burgers JS, Wiersma Tj, Meulenberg F. De status van NHG-Standaarden: balanceren tussen wetenschap en verhaal. *Huisarts Wet* 1998;41:381-4.
- 6 Burgers JS, Zaat JOM, Spies TH, Van der Bij AK, Mokink HGA, Grol RPTM. De kwaliteit van de NHG-Standaarden. *Huisarts Wet* 2002;45:349-53.
- 7 Thomas S. Uitstralingseffecten van standaarden. In: Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj. NHG-Standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996:20-5.
- 8 Van Weel C. Minder verwijzingen door huisartsen naar medisch specialisten: gewenste resultaten van consequent beleid. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2005;149:737-8.
- 9 www.regieraad.nl/fileadmin/downloads/instellingsbesluit.pdf
- 10 Burgers JS, Van Everdingen J. Evidence-based richtlijnontwikkeling in Nederland: het EBRO-platform. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2004;148:2057-9.
- 11 www.nhg.org (zoek op 'procedure boek').
- 12 www.gradeworkinggroup.org
- 13 Van Everdingen JJE. Niveaus van bewijskracht nuttig bij de beoordeling van onderzoeken en resultaten. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2006;150:2484.
- 14 Vandenbroucke JP. Niveaus van bewijskracht schieten tekort. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2006;150:2485.
- 15 Zaat J, Tasche M. H&W lezen is werk... maar wel leuk werk. *Huisarts Wet* 2000;43:455-7.
- 16 www.nivel.nl/pdf/Rapport-NHG-Formularia-2008.pdf
- 17 Smolders M, Hermens R, Wollersheim H, Grol R. Evaluatie KKCZ pilotprojecten innovatieve richtlijnontwikkeling. Nijmegen, februari 2009. Te raadplegen op zomnw.nl/nl/onderwerpen/alle-programma-s/kennisbeleid-kwaliteit-curatieve-zorg/publicaties
- 18 www.nzgg.org.nz
- 19 Thomas S. De positie van standaarden en adviezen van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1994;138:2638-40.
- 20 Crommentuyn R. Continu beter. Eerste huisartsen verdienen NHG-keurmerk. *Med Contact* 2005;60:564-6.

Belangenverstremgeling en NHG-Standaarden

Tjerk Wiersma

Inleiding

NHG-Standaarden trachten de actuele stand van de medische wetenschap zo objectief mogelijk te vertalen naar aanbevelingen voor de alledaagse praktijk. Om dat streven te ondersteunen volgen de makers een welomschreven procedure. Belangrijke elementen daarin zijn aandacht voor een evenwichtige samenstelling van de werkgroep, een commentaaronde met externe referenten en toetsing van de wetenschappelijke onderbouwing door een autorisatiecommissie.¹ Desalniettemin blijft het maken van richtlijnen mensenwerk, en de vertaalslag van het vaak onvolledige wetenschappelijke bewijs naar een aanbeveling biedt dikwijls ruimte voor subjectieve interpretatie. De transformatie van kennis tot adviezen kan immers niet zonder een element van waardering.² Die subjectieve interpretatie kan worden vertroebeld door onei-

Samenvatting

Wiersma Tj. Belangenverstremgeling en NHG-Standaarden. Huisarts Wet 2010;53(1):55-8.

De NHG-Standaarden worden gemaakt volgens een welomschreven procedure die de kwaliteit moet waarborgen. Over het geheel genomen lukt dat goed, maar het blijft mensenwerk en de vertaling van *evidence* naar aanbevelingen laat altijd enige ruimte voor subjectiviteit. Het is dus nooit uit te sluiten dat het oordeel van de richtlijnmakers gekleurd is door een financieel, intellectueel of professioneel belang. Dit artikel bespreekt een aantal gevallen waarin een belang mogelijk sporen heeft achtergelaten in NHG-Standaarden, en geeft drie mogelijkheden aan om dit soort vertekeningen verder terug te dringen. Om professionele vooringenomenheid te vermijden zouden de richtlijnwerkgroepen meer ruimte moeten bieden aan NHG-leden zonder specifieke deskundigheid, ook als het gaat om 'grote' onderwerpen zoals cardiovasculair risicomanagement, astma en COPD of diabetes mellitus. Ten tweede zou het NHG deskundigen moeten weren die uitgebreide en langdurige relaties met farmaceutische bedrijven hebben. En ten derde moet men onderzoekers die een intellectueel belang hebben bij een bepaalde aanbeveling – bijvoorbeeld omdat die verband houdt met hun eigen onderzoek – uitsluiten van de discussies over die aanbeveling.

Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Postbus 2131, 3502 GE Utrecht: dr. Tj. Wiersma, teamleider Afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap.

Correspondentie: t.wiersma@nhg.org

Mogelijke belangenverstremgeling: de auteur was uit hoofde van zijn functie betrokken bij de vervaardiging van verschillende NHG-Standaarden, waaronder de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement.

genlijke factoren die zijn samen te brengen onder de noemer belangenverstremgeling. Het bekendst is de vorm waarbij de betrokkene financieel gewin heeft bij een bepaalde uitkomst, maar ook een intellectueel belang of het belang van de beroepsgroep kan een rol spelen.

In deze beschouwing komen eerst mogelijke sporen van belangenverstremgeling in NHG-Standaarden aan de orde. Het is niet gemakkelijk te bewijzen dat een standaard daadwerkelijk gekleurd is door een bepaald belang. Het is immers niet zeker of die standaard er zonder die belangenverstremgeling anders zou hebben uitgezien. Het blote feit dat een aanbeveling een bepaald belang lijkt te dienen wil nog niet per se zeggen dat het oordeel van de opsteller was vertroebeld.

Uiteindelijk is een standaard niets meer of minder dan de op dat moment best haalbare uitkomst van de gevolgde procedure. Daarom is het productiever na het sporenonderzoek de blik voorwaarts te richten en enkele voorstellen te formuleren om de invloed van eventueel strijdig belang in de toekomst verder aan banden te leggen.

Financiële belangen

De meest in het oog springende vorm van financiële belangenverstremgeling is die waarbij een derde partij een richtlijnmaker – bijvoorbeeld een lid van de werkgroep of een NHG-stafid – geld biedt om ervoor te zorgen dat een bepaalde aanbeveling in de richtlijn terechtkomt. In feite is dat ordinaire omkoping. De omgekochte zal dit dubbelspel natuurlijk nooit aan de grote klok hangen, maar het is niet waarschijnlijk dat omkoping ooit een rol heeft gespeeld bij enige NHG-Standaard, ook al omdat er nooit melding is gedaan van pogingen daartoe. Vermoedelijk brengt rechttoe rechtaan omkoping een te groot risico op reputatieschade met zich mee voor de omkoper.

Een tweede, subtielere vorm van financiële belangenverstremgeling is dan ook gevaarlijker. Geldgevers kunnen een afhankelijkheidsrelatie creëren via geregelde verstrekking van onderzoeksgelden of door de onderzoeker uit te nodigen om zitting te nemen in een adviesraad of in te huren voor nascholingen. Formeel verlangt de geldgever daarvoor geen tegenprestatie, en de betrokkene hoeft zich niet verplicht te voelen de richtlijnontwikkeling in een bepaalde richting te sturen. Maar dergelijke relaties kunnen er wel toe leiden dat de betrokkene producten van de geldgever onbewust gunstiger beoordeelt dan een objectieve buitenstaander zou doen. Want voor wat hoort wat en de geldverstrekker kan op subtiele wijze laten blijken dat een goed woordje toch wel op prijs wordt gesteld. De meeste mensen willen nu eenmaal graag aardig gevonden worden en verstoren de relatie liever niet, al was het maar vanwege de voortzetting van het onderzoeksprogramma. In veel gevallen zijn de betrokkenen zich de beïnvloeding waaraan

De kern

- ▶ Financiële, intellectuele en professionele belangen kunnen het oordeel van richtlijnmakers kleuren.
- ▶ Door bij het maken van standaarden een welomschreven procedure te volgen, poogt het NHG de kwaliteit te vergroten en vertroebeling van de oordeelsvorming door belangen tegen te gaan.
- ▶ Er zijn drie mogelijkheden om een extra rem te zetten op mogelijke belangenverstrengeling: het betrekken van NHG-leden zonder specifieke deskundigheid bij de procedure, het werven van deskundigen met banden met de farmaceutische industrie en het inperken van stemrecht bij direct intellectueel belang.

zij blootstaan niet eens bewust. De kans op dit soort belangenverstrengeling is gering bij standaarden over typisch huisartsgeneeskundige kwalen, waar weinig en alleen generieke medicatie in omgaat en waarvan de makers bijna uitsluitend in de praktijk werkzame huisartsen zijn.

De kans is echter groter wanneer het om gewichtiger ziektes gaat waarnaar veel onderzoek wordt gedaan, waarmee grote hoeveelheden nieuwe en dure medicatie zijn gemoeid en waar in de richtlijncommissies toonaangevende onderzoekers zitten die banden hebben met het bedrijfsleven. Bij enkele standaarden kan dit soort subtiele beïnvloeding een rol hebben gespeeld, vooral wanneer duidelijke *evidence* ontbrak. Voorbeelden zijn de NHG-Standaard COPD (voorheen Cara) en de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. In de eerstgenoemde standaard nam onderhoudsbehandeling met inhalatiecorticosteroiden aanvankelijk een prominente positie in. De wetenschappelijke *evidence* daarvoor was beperkt: uit de noten blijkt dat die voorkeurspositie berustte op aanwijzingen dat corticosteroiden inflammatie en longfunctieverlies op termijn zouden kunnen voorkomen.³ Via proefbehandeling bij patiënten met een snelle achteruitgang van de longfunctie⁴ werd de indicatie voor deze middelen nadien beperkt tot patiënten met relatief frequente exacerbaties.⁵

Het tweede voorbeeld is de bijzondere positie van pioglitazon – bij onvoldoende effect van metformine te gebruiken bij mensen met overgewicht en een bestaande hart- en vaatziekte, maar zonder aanwijzingen voor hartfalen of een verhoogde kans daarop – in de meest recente diabetesstandaard.⁶ Deze voorkeur lijkt niet geheel in overeenstemming met het doorgaans terughoudende NHG-beleid. De PRO-active trial liet slechts een beperkt effect op een secundair eindpunt zien,⁷ en volgens de mores van evidence-based geneeskunde is er dus geen doorslaggevend bewijs voor klinische effectiviteit.⁸ Dat pioglitazon toch in de standaard terechtgekomen is, had voornamelijk pragmatische redenen. Het werd namelijk dankzij succesvolle marketing al zo royaal door het veld voorgeschreven dat een restrictieve aanbeveling raadzaam leek om dit gebruik in te dammen. Ook rosiglitazon, een vergelijkbaar middel, leek aanvankelijk een vermelding te zullen krijgen in de standaard, maar heeft het uiteindelijk niet gehaald vanwege het ontbreken van onderzoeksgegevens op klinische eindpunten.

Ook de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement is in

verband gebracht met deze vorm van belangenverstrengeling.⁹ Er kleeft een smet aan deze richtlijn sedert Hans van der Linde en Joop Bouma op het NHG-congres in 2007 aan de hand van het IDEAL-onderzoek¹⁰ uiteenzetten dat de in de standaard aanbevoelen LDL-streefwaarde van 2,5 mmol/l geen steun vond in de feiten. Het oordeel van de werkgroep moest dus wel vertroebeld zijn door de belangen van de krachtiger cholesterolsyntheseremmers atorvastatine en rosuvastatine. Het is de vraag of deze kritiek terecht was. Weliswaar is in het IDEAL-onderzoek niet aangetoond dat krachtige cholesterolreductie (met 80 mg atorvastatine) leidt tot minder hart- en vaatziekten dan zwakkere reductie (met 20 of 40 mg simvastatine), maar er is ook ander onderzoek gedaan en dat wijst uit dat cholesterolreductie bij LDL-waarden in de buurt van de 2,5 mmol/l wel degelijk zin heeft¹¹ en dat sterkere cholesterolverlaging leidt tot grotere risicoreductie.¹² De kritiek ging ook voorbij aan het feit dat de standaard stelt dat veel patiënten toe kunnen met de goedkopere middelen simvastatine of pravastatine, ook als de streefwaarde niet wordt gehaald, en dat de patiënt pas hoeft uit te wijken naar krachtiger middelen als zijn risico erg hoog is. Het gaat wel ver om hierin de hand van de farmaceutische industrie te ontwaren. Men kan de opstellers van de richtlijn hooguit verwijten dat ze een en ander onvoldoende helder hebben opgeschreven, zodat de fabrikanten van duurdere middelen af en toe kans zagen de indicaties voor hun producten op te rekken.

Intellectuele belangen

Naast financiële belangen kleuren ook intellectuele belangen het oordeel van richtlijnmakers. Het NHG maakt graag gebruik van de in den lande aanwezige deskundigheid. Een manier om deskundigheid te verwerven is het doen van onderzoek, eventueel resulterend in een promotie. Veel onderzoekers stellen het natuurlijk zeer op prijs als hun resultaten ook consequenties hebben voor de richtlijn en leiden tot een aanbeveling. De aandacht van subsidieverstrekkers voor de maatschappelijke impact van onderzoek sterkt hen daarin. Soms verlangen zij zelfs dat het NHG de publicatie van een standaard uitstelt totdat hun eigen onderzoek is gepubliceerd, zodat het onderzoeksresultaat nog kan worden meegenomen. En er is ook wel eens gedreigd met opstappen uit een werkgroep.

Diverse NHG-Standaarden bevatten aanbevelingen die berusten op onderzoek door huisartsen die ook in de desbetreffende werkgroep zaten. Voorbeelden zijn de voorkeur voor zure oordruppels met een corticosteroid bij otitis externa,¹³ de beslisregel bij aanwijzingen voor trombose¹⁴ en het advies om bij jonge kinderen met dubbelzijdige otitis media acuta eerder antibiotica te overwegen.¹⁵ Het is niet zeker dat de genoemde richtlijnen er zonder bemoeienis van de onderzoekers anders hadden uitgezien, maar het is natuurlijk wel zo dat deelname aan een richtlijnwerkgroep de kans aanmerkelijk vergroot dat de eigen onderzoeksresultaten in de aanbevelingen terechtkomen. Uit de literatuur blijkt immers dat slechts een gering deel van de gepubliceerde onderzoeken leidt tot wijziging van eerdere aanbevelingen, en dat richtlijnmakers bovendien een voorkeur hebben voor referenties uit eigen land.^{16,17}

Overigens moet hier niet de indruk ontstaan dat de belangenverstrengeling onderzoeker-werkgroep lid altijd succesvol is. De NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie is hiervan een voorbeeld.¹⁸ Negatieve resultaten van onderzoek naar het nut van griepvaccinatie bij kinderen met astma leidden niet tot het advies de vaccinatie voortaan maar af te schaffen, want de werkgroep gaf er de voorkeur aan zich te confirmeren aan de adviezen van de Gezondheidsraad.¹⁹

Een bijzondere vorm van intellectuele belangenverstrengeling treedt op als een werkgroep lid ervoor pleit een bepaald middel in de standaard met name te noemen omdat dat het makkelijker zou maken patiënten te includeren in het onderzoek van dat lid. Dit is de afgelopen twintig jaar incidenteel voorgevallen, maar nooit gehonoreerd.

Professionele belangen

De meeste beroepsgroepen stellen er prijs op hun eigen professe een prominente positie te geven in hun richtlijnen. Voor huisartsen is dat niet anders. Zeker in de begintijd van het standaardproject droegen de NHG-Standaarden belangrijk bij aan de profilering van de huisartsgeneeskunde. Het motto was: de patiënt kan zich gerust op de huisarts verlaten. Een enkeldistorsie behoeft doorgaans röntgenfoto noch gips, dus dat kunnen we zelf wel af; een miskraam is vaak binnen een week self-limiting, dus goede uitleg en begeleiding is meestal voldoende; en ook diabetes mellitus type 2 is in goede handen bij de huisarts. De lijst van NHG-Standaarden waarin de huisarts zichzelf een prominente positie toebedeelt, is gemakkelijk uit te breiden.

In sommige standaarden heeft de huisartsgeneeskunde wel zijn hand overspeeld. De gedachte dat huisartsen de diagnose reumatoïde artritis geheel op eigen houtje zouden gaan stellen en de patiënt geheel op eigen gezag met sulfasalazine of hydrochlooraquine zouden gaan behandelen, bleek te hoog gegrepen en deze adviezen kregen vrijwel geen navolging. Ook met het in de eigen praktijk verrichten van een sperma-analyse of post-coïtumtest bij paren met subfertiliteit is het nooit ver gekomen. In nieuwere versies van de betreffende standaarden zijn deze aanbevelingen dan ook weer verlaten.

Omdat standaarden monodisciplinaire producten zijn, heeft het nooit erg veel discussie opgeleverd dat de eigen kunde bij tijd en wijle werd uitvergroet. In het ergste geval kwam er – meestal achteraf – enige kritiek van specialisten dat de richtlijnmakers een aandoening en de daaraan verbonden gevaren onderschaten, en dat het beter zou zijn eerder specialistische expertise in te roepen.

De belangen van de professe vallen nu eenmaal meer op als men samen met andere beroepsgroepen één richtlijn probeert te formuleren. Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling kan zelfs worden gezien als een relatief vredelievende manier om een nog onopgeloste territoriumstrijd te beslechten. Men kan dan zelfs begrip opbrengen voor de hardnekkige discussies met vergezochte argumenten in multidisciplinaire werkgroepen.

Abstract

Wiersma Tj. Conflict of interest and the NHG guidelines. *Huisarts Wet* 2010;53(1):55-8.

The Dutch College of General Practitioners guidelines are prepared according to a well-described procedure to guarantee their quality. In general, this has been successful, although the translation of evidence into recommendations remains susceptible to subjectivity. The judgement of those who compose the guidelines might be influenced by financial, professional, or intellectual interests. The author describes a number of instances where conflict of interest possibly influenced the content of NHG guidelines and gives three ways to diminish this problem. First, professional prejudice can be avoided by including NHG members without specific expertise in the area under study in working parties for guidelines, even when the guidelines are for major topics such as cardiovascular risk management, asthma, COPD, or diabetes mellitus. Second, subject experts with extensive or long-term relationships with the pharmaceutical industry should be excluded from working parties. Lastly, experts with an intellectual interest in certain recommendations, such as those associated with their own research, should be excluded from discussions about these recommendations.

Drie maatregelen om belangenverstrengeling verder in toom te houden

In dit artikel is een aantal voorbeelden gegeven van NHG-Standaarden waar belangenverstrengeling mogelijk sporen heeft nagelaten. Met zekerheid bewezen is een en ander niet, want niemand weet hoe de richtlijnen eruit hadden gezien als er andere personen in de werkgroepen gezeten hadden. Anders gezegd: er is geen onafhankelijke gouden standaard. Nu dwingen deze voorbeelden ook weer niet tot de conclusie dat het maar droevig gesteld is met de objectiviteit. De NHG-Standaarden worden ontwikkeld volgens een vaste procedure, die ten doel heeft vertekening zoveel mogelijk te neutraliseren. De procedure omvat systematische *searches* in uitgebreide literatuurdatabases, besprekingen in de staf van de afdeling, een uitgebreide commentaaronde onder externe referenten en uiteindelijk een autorisatiecommissie van onafhankelijke en kritische geesten. Het resultaat komt tot stand na uitgebreide discussies en onderhandelingen, en is in de regel een ingepolderde variant van eerdere, verdergaande voorstellen. Dit is een ingewikkeld, maar gedegen proces dat zijn vruchten afwerpt: over het geheel genomen valt het reusachtig mee met de belangenverstrengeling in de NHG-Standaarden.

Maar dit betekent niet dat het NHG op zijn lauweren kan gaan rusten. Iedereen heeft belangen, die soms lastig herkenbaar zijn en uit onverwachte hoeken kunnen opduiken. Dat geldt in het bijzonder voor ziektebeelden waarnaar veel onderzoek wordt verricht, waarover veel (gepromoveerde) deskundigheid voorhanden is en waarvoor veel medicamenten worden ontwikkeld. De deskundigen in kwestie ontmoeten elkaar veelvuldig op nascholingsdagen en congressen, en dat zet een rem op écht dissidente geluiden. Zeker bij deze ziektebeelden dreigt het gevaar dat de NHG-werkgroep

die daarvoor een richtlijn probeert te ontwikkelen overbevolkt raakt met deskundigen die hun eigen, vaak complexe intellectuele, professionele en soms ook financiële belangen meebrengen. Voor de afdeling Richtlijnontwikkeling en de niet speciaal deskundige huisartsen in de werkgroep wordt het dan moeilijk om voldoende tegenspel te bieden. Ook angst voor verstoring van de in het kleine Nederland alom aanwezige goede relaties speelt hierbij soms een rol. Om dit soort verkleuring te vermijden, moeten de NHG-werkgroepen ook op gebieden waar deskundigheid ruim voorhanden is aanzienlijk meer plaats inruimen voor huisartsen die géén bijzondere expertise hebben aangaande het ziektebeeld in kwestie. De ervaring van praktiserende NHG-leden is onmisbaar voor de evenwichtige weging van *evidence*, en de aloude filosofie dat standaarden moeten worden gemaakt voor maar ook door huisartsen verdient krachtige ondersteuning.

Een tweede maatregel is deskundigen die uitgebreide en langdurige relaties hebben met farmaceutische bedrijven voortaan uit de werkgroepen te weren. Sinds enkele jaren is het bij NHG-Standaarden gebruikelijk dat de medewerkers een formulier invullen over mogelijk strijdige belangen, en dat zulke belangen worden gepubliceerd indien aanwezig. Maar daarmee zijn die belangen nog niet daadwerkelijk geneutraliseerd.

Het onderzoeksmateriaal waarop evidence-based richtlijnen berusten is wereldwijd toegankelijk, dus de hang aan deskundigheid – die ook bij andere richtlijnontwikkelingsorganisaties nog wijdverbreid is – is op de keper beschouwd weinig rationeel. Momenteel is het NHG, in overeenstemming met een recent advies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg,²⁰ in gesprek met andere organisaties die adviezen en richtlijnen maken om daarin één lijn te trekken.

Tot slot zou men, om intellectuele belangen te neutraliseren, onderzoekers kunnen uitsluiten van discussies over aanbevelingen die rechtstreeks verband houden met hun eigen onderzoek. Hun bijdrage blijft dan beperkt tot het ophelderen van eventuele inhoudelijke onduidelijkheden. Een dergelijke maatregel kan iedere overschatting van de betekenis van het eigen werk effectief indammen.

Met genoemde ruimere betrokkenheid van praktiserende NHG-leden zonder specifieke wetenschappelijke interesse, inperking van de rol van deskundigen met uitgebreide belangen en beperking van het stemrecht van direct intellectueel betrokkenen zullen de NHG-Standaarden ook in de komende decennia de toets der kritiek met glans kunnen doorstaan.

Literatuur

- Nederlands Huisartsen Genootschap. Procedures voor de ontwikkeling van NHG-Standaarden: 'Het procedureboek'. Utrecht: NHG, 2009. http://nhg.artsenet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden.htm, geraadpleegd november 2009.
- Wiersma Tj, Burgers JS. Het formuleren van aanbevelingen. In: Van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, Van Barneveld TA, Van de Klundert JLM, redactie. Evidence-based richtlijnontwikkeling: Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004. p. 172-90.
- Van der Waart MAC, Dekker FW, Nijhoff S, Thiadens HA, Van Weel C, Helder M, et al. NHG-Standaard Cara bij volwassenen: behandeling. Huisarts Wet 1992;35:437-43.
- Geijer RMM, Van Schayck CP, Van Weel C, Sachs APE, Van der Zwan AAC, Bottema BJAM, et al. NHG-Standaard COPD: behandeling. Huisarts Wet 1997;40:430-42.
- Smeele IJM, Van Weel C, Van Schayck CP, Van der Molen T, Thoonen B, Schermer T, et al. NHG-Standaard COPD (tweede herziening). Huisarts Wet 2007;50:362-79.
- Rutten GEHM, De GrauwWJC, Nijpels G, Goudswaard AN, Uitewaal PJM, Van der Does FEE, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (tweede herziening). In: Wiersma Tj, Boukes FS, Geijer RMM, Goudswaard AN, redactie. NHG-Standaarden voor de huisarts 2008. Houten; Bohn Stafleu Van Loghum, 2008.
- Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJ, Erdmann E, Massi-Benedetti M, Moules IK, et al. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macroVascular Events): a randomized controlled trial. Lancet 2005;366:1279-89.
- Holleman F, Hoekstra JBL, Gerders VEA, De Vries JH. Onderzoek naar pioglitazon als secundaire preventie van cardiovasculaire gebeurtenissen bij patiënten met diabetes mellitus type 2: onvoldoende bewijs. Ned Tijdschr Geneesk. 2006;150:358-60.
- NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. In: Wiersma Tj, Boukes FS, Geijer RMM, Goudswaard AN, redactie. NHG-Standaarden voor de huisarts 2008. Houten; Bohn Stafleu Van Loghum, 2008.
- Pedersen TR, Faergeman O, Kastelein JJ, Olsson AG, Tikkanen MJ, Holme I, et al; Incremental Decrease in End points through Aggressive Lipid lowering (IDEAL) Study Group. High-dose atorvastatin vs usual-dose simvastatin for secondary prevention after myocardial infarction: the IDEAL study: a randomized controlled trial. JAMA 2005;294:2437-45.
- Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90056 participants in 14 randomised trials of statins. Lancet 2005;366:1267-78.
- LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, Shear C, Barter P, Fuchart JC, et al. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. N Engl J Med 2005;352:1425-35.
- Rooijackers-Lemmens E, Van Balen FAM, Opstelten W, Wiersma Tj. NHG-Standaard Otitis externa. Huisarts Wet 1995;38:265-71.
- Oudega R, Van Weert H, Stoffers HEJH, Sival PPE, Schure RI, Delamarre Jet al. NHG-Standaard Diepe veneuze trombose. Huisarts Wet 2008;51:24-37.
- Damoiseaux RAMJ, Van Balen FAM, Leenheer WAM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Otitis media acuta. Huisarts Wet 2006;49:615-21.
- Johnston ME, Brouwers MC, Browman GP. Keeping cancer guidelines current: results of a comprehensive prospective literature monitoring strategy for twenty clinical practice guidelines. Int J Technol Assess Health Care 2003;19:646-55.
- Burgers JS, Bailey JV, Klazinga NS, Van Der Bij AK, Grol R, Feder G; AGREE COLLABORATION. Inside guidelines: comparative analysis of recommendations and evidence in diabetes guidelines from 13 countries. Diabetes Care 2002;25:1933-9.
- Van Essen GA, Bueving HJ, Voordouw ACG, Berg HF, Van der Laan JR, Van Lidt de Jeude CP, et al. NHG-Standaard Influenza en influenza-vaccinatie. www.nhg.org.
- Bueving HJ, Bernsen RM, De Jongste JC, Van Suijlekom-Smit LW, Rimmelzwaan GF, Osterhaus AD, et al. Influenza vaccination in children with asthma: randomised double-blind placebo-controlled trial. Am J Respir Crit Care Med 2004;169:488-93.
- Inspectie voor de gezondheidszorg. Behandelrichtlijnen en geneesmiddelenformulieren vatbaar voor beïnvloeding door farmaceutische industrie. Den Haag: IGZ, 2009.

Eenheidsworst...?

Van dokters had ik als kleine jongen geen hoge pet op. De huisarts die de puisten op mijn oorlogsknieën behandelde met trekzalf, werd zelfs door mijn ouders 'een hufter' genoemd. En de KNO-arts die mijn amandelen verwijderde, kwam er met 'die paarden-slager' niet veel beter vanaf. Toch heb ik maar kort geaarzeld toen ik, net een jaar afgestudeerd als sociaal psycholoog, door huisarts Van Aalderen werd gevraagd om met hem het nieuwe Huisartsen Instituut van de VU in Amsterdam op te zetten. Het was het begin van een veertig jaar lange relatie met huisartsen, die me tot op de dag van vandaag heel goed bevalt.

Verbaasd heb ik me ook vaak in die tijd! Als wij in de opleidings-groepen een casus behandelden en de groepsleden vroegen om ieder voor zich diagnose en behandeling op te schrijven, was het niet ongebruikelijk dat de twaalf huisartsen-in-opleiding vier verschillende diagnoses en zeven verschillende behandelingen opperden. 'Dan gaan we nu eens kijken wie er meer gelijk heeft dan de ander.' Smalend gelach: 'Je kunt wel zien dat jij geen huis-arts bent. We hebben namelijk allemaal gelijk, het is maar net hoe het je geleerd is.'

Nou konden ze mij veel wijsmaken, maar niet dat er geen oordeel te vellen was over het handelen van die huisartsen in de dop. Maar de huisartsopleiders hadden vaak dezelfde opvatting: 'Of de een op een juister spoor zit dan de ander, kun je eigenlijk niet zeggen.'

Dat zat me niet lekker. Toen de voorzitter van het NHG me attent maakte op de vacature van directeur, hoefde ik dus niet lang na te denken... 'Graag! Maar dan moeten we wel aan landelijke richtlijnen gaan werken.'

Het NHG-bestuur was een enthousiaste groep huisartsen, die het formuleren van richtlijnen praktisch aanpakten: gewoon beginnen dus. Als bestuur probeerden we een eerste richtlijn te maken en daarna nog twee met enkele andere huisartsen. De hele standaard - zoals de richtlijnen gingen heten - moest in H&W, bedachten we. En er moest een plastic samenvattingkaartje komen, want daar had de farmaceutische industrie ook altijd succes mee. Dan dus ook een plastic mapje, waar die kaartjes in konden.

Drie maanden lang viel H&W inclusief een samenvattingkaartje van die eerste standaarden bij alle huisartsen in de bus. Veel huisartsen waren enthousiast; het ministerie niet minder. Toen volgde een brief naar alle niet-leden: 'Helaas kunnen wij u H&W niet langer toesturen aangezien u geen lid bent.' Met honderden per week stroomden de aanmeldingen binnen. Vervolgens gingen we naar het ministerie: 'We hebben drie standaarden op eigen kosten gemaakt, helaas moeten we nu ...'

'Stoppen', wilden we zeggen, maar ze onderbraken ons al met de vraag wat het moest gaan kosten. Dat was snel geregeld!

Het was een feest om deel te zijn van die enthousiaste pioniers-groep. Maar ook groeide het verzet: 'Het wordt allemaal eenheids-worst, het is geen geneeskunst meer, onze vrijheid wordt beperkt.'



Dat verzet was steeds een stiekem hoogtepunt voor me tijdens mijn voordrachten voor huisartsen. Altijd stond er wel iemand op die het recht opeiste zelf te bepalen hoe hij (het waren nooit vrouwen!) handelde. Met het zoetste gezicht dat ik trekken kon, repliceerde ik dan: 'Vreest niet, ik breng u een blijde boodschap! U hoeft helemaal niet te doen wat de standaard zegt. Het enige dat van u gevraagd wordt, is dat u uw handelen net zo goed kunt onderbouwen als de huisartsen en specialisten dat voor de betreffende standaard hebben gedaan...' Ja, ik ben me d'r eentje.

Nu, twintig jaar later, staan de standaarden als een huis. De terughoudendheid die de inhoud van de standaarden kenmerkt, is van groot belang nu krachten in de markt op steeds slinkere wijze aanzetten tot lang niet altijd nuttig medisch consumeren. En de transparantie past helemaal bij de moderne tijd: je moet kunnen uitleggen waarom je doet wat je doet en als dat iets anders is dan anderen doen, hoor je dat te kunnen verantwoorden. En niks 'eenheidsworst': je benadert en behandelt de patiënt op je eigen wijze, aangepast aan de persoon, de klachten en de situatie van die patiënt. Maar wel met gebruikmaking van wat collega's met veel moeite voor je hebben uitgezocht.

Standaarden zouden, net als bij de huisartsen, gewoon moeten zijn voor alle andere medische specialismen. Ik blijf het onbegrijpelijk vinden dat verschillen in behandeling, in succespercentages et cetera zo gemakkelijk als couleur locale worden gezien en dat de betrokkenen zich daarvoor zo weinig hoeven te verantwoorden.

Hans van der Voort
hvdvoort@knmg.nl

DM type 2 en stabiele coronaire hartziekte

Kees Gorter

Inleiding

Mensen met diabetes mellitus type 2 (DM2) en coronaire hartziekte hebben een slechte prognose. Er is echter geen overtuigend bewijs dat revascularisatie door bypasschirurgie (CABG) of een dotterprocedure (PTCA) met stenting beter is dan medicatie bij risicofactoren als bloedsuiker, bloeddruk en bloedvetten. Daarnaast is het onduidelijk of de versnelde atherosclerose bij mensen met DM2 moet worden behandeld door verhoging van de insulinespiegel of door vermindering van de insulineresistentie. In het BARI-2D-onderzoek hadden de auteurs twee hypothesen: (1) Snelle (electieve) revascularisatie (CABG of PTCA) zal het percentage overledenen en majeure cardiovasculaire uitkomsten, vergeleken met alleen agressieve medicatie, op lange termijn verminderen. (2) Een combinatie van HbA1c < 7%, LDL < 2,6 mol/l, BP < 130/80, leefstijladviezen en vermindering van insulineresistentie (metformine of TZD) doet het percentage overledenen en majeure cardiovasculaire uitkomsten, vergeleken met verhoging van de insulinespiegel (SU of insuline), op de lange duur afnemen.

Onderzoek

Design Gerandomiseerd interventieonderzoek met een 2x2 (factorieel) design. Eerst bepaalde de behandelend arts of een patiënt met DM2 en stabiele ischemische hartziekte naar de CABG- of de PTCA-groep ging (stratificatie). Daarna werd in beide groepen gerandomiseerd, eerst voor de cardiale en daarna voor de diabetes therapie. In totaal werden 2368 patiënten geïncludeerd (gemiddelde diabetesduur 10,4 jaar) uit 49 ziekenhuiscentra in 6 landen. Gemiddelde follow-up 5,3 jaar, 2194 patiënten voltooiden het onderzoek.

Interventies Na stratificatie werden zowel de CABG-groep (n = 763) als de PTCA-groep (n = 1605) gerandomiseerd in een cardiale medicamenteuze therapiegroep versus een snelle, electieve, revascularisatiegroep. Daarna werden beide groepen gerandomiseerd in een groep die medicatie kreeg om de insulinespiegel te verhogen versus een groep die medicatie kreeg om insulineresistentie te verminderen.

Uitkomstmaten Primair: percentage overleden patiënten. Secundair: samengestelde majeure cardiovasculaire uitkomst (dood, myocardinfarct of CVA) gemeten door onafhankelijke klinische beoordelaars geblindeerd voor de randomisaties.

Analyses De onderzoekers stelden na vijf jaar het percentage overledenen vast tussen enerzijds de revascularisatie- en de medicatie-

groep, en anderzijds tussen de groepen 'insulinespiegel verhogen' en 'insulineresistentie verminderen'.

Resultaten Na vijf jaar was er geen verschil in het percentage overlevenden tussen de revascularisatie- (88,3%) en de medicatiegroep (87,8%; p = 0,97), noch tussen de groepen 'verminderen van insulineresistentie' (88,2%) en 'verhogen van de insulinespiegel' (87,9%; p = 0,89). Ook majeure cardiovasculaire uitkomsten verschilden niet tussen de groepen. In de gestratificeerde subgroep was het aantal majeure cardiovasculaire uitkomsten echter significant lager bij een snelle, electieve CABG (22,4%) dan bij alleen medicatie (30,5%; p = 0,01). Dit werd vooral veroorzaakt door vermindering van de niet fatale hartinfarcten. Hypoglykemieën kwamen meer voor in de groep 'insulinespiegel verhogen' (9,2%) dan in de groep 'insulineresistentie verminderen' (5,8%; p = 0,003).

Beschouwing Er was geen significant verschil in het percentage overledenen en majeure cardiovasculaire uitkomsten tussen patiënten die een snelle revascularisatie ondergingen en zij die alleen medicatie kregen, noch tussen de behandelingsstrategieën 'verminderen insulineresistentie' en 'verhogen insulinespiegel'.

Interpretatie

Dit onderzoek is een negatieve trial voor beide primaire hypothesen. Beperking is dat de patiënten in het onderzoek voor het merendeel bij stenting geen 'drug-eluting stents' (DES) kregen. Bovendien was het design niet geschikt voor een directe vergelijking tussen PTCA en CABG.

Wat betreft het *cardiale deel* is het van belang dat medicatie volstaat bij patiënten met DM2 en stabiele ischemische hartziekte. Een subgroep met uitgebreide coronaire afwijkingen heeft baat bij een snelle revascularisatie door CABG. Een belangrijk voordeel van de PTCA is echter de snelle symptoomverlichting waardoor de kwaliteit van leven op korte termijn toeneemt. Huisartsen kunnen hun patiënten met DM2 en een stabiele ischemische hartziekte op basis van dit onderzoek helpen met de keuze voor behandeling.

Wat betreft het *diabetesdeel* is het van belang dat met leefstijladviezen en met zowel orale insulineresistentie verminderende medicatie als met insulinespiegel verhogende therapie er een adequate instelling van diabetes mogelijk is zonder toename van ischemische hartziekte. De groep waarin de insulineresistentie werd verminderd had een hoger HDL-cholesterol en minder gewichtstoename. De groep waarbij de insulinespiegel werd verhoogd had meer hypoglykemieën. De NHG-Standaard Diabetes adviseert de behandeling te beginnen met leefstijladviezen en metformine en dit geldt dus ook voor mensen met DM2 en stabiele ischemische hartziekte.

Literatuur

The Bari 2D Study Group. A randomised trial of therapies for type 2 diabetes and coronary heart disease. *N Engl J Med* 2009;360:2503-15.

Auteursgegevens

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht; dr. K.J. Gorter, huisarts en onderzoeker.

Correspondentie: K.J.Gorter@umcutrecht.nl

Dabigatran: sluiting van de trombose-diensten in zicht?

Jan van Lieshout en Wim Opstelten

Inleiding

De belangrijkste complicatie van atriumfibrilleren is het optreden van een TIA of CVA. Cumarinederivaten en trombocytenuitremmers helpen dit te voorkomen. Bij een sterk verhoogd risico worden cumarinederivaten geadviseerd, omdat deze effectiever zijn. Ze hebben echter belangrijke nadelen, zoals het verhoogde risico op bloedingen en de noodzaak van regelmatige INR-controle. Bij gebruik van de directe trombineremmer dabigatran is INR-controle niet noodzakelijk. We beschrijven hier een onderzoek waarin werd nagegaan of dabigatran even effectief is als cumarinederivaten bij de preventie van trombo-embolische complicaties.

Onderzoek

Design Een gerandomiseerd onderzoek in 3 onderzoeksgroepen onder 18.113 patiënten met atriumfibrilleren, allen ouder dan 65 jaar. De patiënten waren afkomstig uit klinische centra in 44 landen en hadden behalve atriumfibrilleren minstens één bijkomende risicofactor die het risico op een CVA verhoogde: een eerder CVA of TIA, hartfalen, leeftijd van 75 jaar of ouder, of – bij een leeftijd van 65 tot 75 jaar – diabetes mellitus, hypertensie of coronaire hartziekte. De mediane follow-up bedroeg 2,0 jaar.

Interventies Patiënten kregen een vaste dosis dabigatran, geblindeerd tweemaal daags 110 mg of 150 mg, of ongeblindeerd warfarine met een INR-streefwaarde tussen de 2,0 en de 3,0. De INR werd ten minste maandelijkse gecontroleerd.

Uitkomstmaten De primaire uitkomstmaat voor effectiviteit was beroerte of systemische embolie en, voor de veiligheid, het optreden van een grote bloeding. De onderzoekers bepaalden het primaire netto klinische effect door het optreden van beroerte, systemische embolie, longembolie, hartinfarct, sterfte of grote bloeding. Twee onafhankelijke onderzoekers beoordeelden zonder kennis van de onderzoeksgroep of er sprake was van een van de uitkomstmaten.

Analyses De onderzoekers stelden eerst vast of dabigatran niet slechter was dan warfarine. Indien inderdaad sprake was van zogenaamde *non-inferiority* toetsten ze of dabigatran ook beter was dan warfarine (*superiority*). Alle analyses waren gebaseerd op het *intention-to-treat*-principe.

Auteursgegevens

UMC St Radboud, IQ Healthcare, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: Jan van Lieshout, huisarts en onderzoeker. NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: Wim Opstelten, huisarts en wetenschappelijk medewerker.

Correspondentie: j.vanlieshout@iq.umcn.nl

Resultaten Van alle patiënten had 99,9% een complete follow-up. In de warfarinegroep kreeg jaarlijks 1,69% een beroerte of systemische embolie, 1,53% in de groep met 110 mg dabigatran en 1,11% in de groep met 150 mg dabigatran. Beide doses dabigatran waren niet minder effectief dan warfarine. Dabigatran 150 mg was statistisch significant effectiever dan warfarine, dabigatran 110 mg niet. Grote bloedingen kwamen in de warfarinegroep jaarlijks voor bij 3,36% van de patiënten, in de 110 mg dabigatrangroep bij 2,71% (significant minder) en in de 150 mg dabigatrangroep bij 3,11% (verschil niet significant). Het netto klinische effect bedroeg 7,64% per jaar voor de warfarinegroep, 7,09% per jaar voor de 110 mg dabigatrangroep (RR = 0,92; 95%-BI 0,84 tot 1,02; p = 0,10) en 6,91% per jaar voor de 150 mg dabigatrangroep (RR = 0,91; 95%-BI 0,82 tot 1,00; p = 0,04).

Beschouwing De auteurs concluderen dat beide doses dabigatran niet inferieur zijn ten opzichte van warfarine. Dabigatran tweemaal daags 150 mg is superieur ter preventie van beroerte en systemische embolie; tweemaal daags 110 mg is superieur met betrekking tot het optreden van grote bloedingen.

Interpretatie

Circa eenderde van de patiënten had een hogere CHADS₂-score. Bij subgroepenanalyse bleek dat ook bij patiënten met een CHADS₂-score van 2 of hoger (dit zijn de patiënten bij wie de NHG-Standaard Atriumfibrilleren cumarinederivaten adviseert) dabigatran 110 mg even effectief is als warfarine en 150 mg zelfs effectiever ter preventie van beroerte of systemische embolie. Andere uitkomstmaten naar CHADS₂-score zijn niet gerapporteerd. Dabigatran met een vaste dosering biedt dus grote voordelen boven cumarinederivaten, waarbij regelmatige INR-controle noodzakelijk is. De resultaten van dit grote en kwalitatief goede onderzoek zijn dan ook zeer hoopgevend.

Wanneer vervolgonderzoek vergelijkbare positieve resultaten oplevert kan dabigatran een belangrijk middel worden bij preventie van trombo-embolieën. Idealiter zou zo'n onderzoek in Nederland moeten plaatsvinden voor een goede vergelijking met de gebruikelijke zorg via onze trombose-diensten en met de in ons land gebruikte cumarinederivaten. Ook is verder onderzoek nodig naar de veiligheid van het middel bij langer gebruik.

Dabigatran is in Nederland nu alleen geregistreerd voor postoperatieve profylaxe na heup- of knieprothese. Mogelijk krijgt het in de toekomst een breder indicatiegebied.

Literatuur

- 1 Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009;361:1139-51.

Eigen standaard

Vandaag zie ik een verstandelijk beperkt meisje van een jaar of veertien. Ze komt voor de tweede keer, ze heeft nog altijd buikpijn. Haar moeder wijst erop dat ze nog niet menstrueert. Van – laten we haar Saskia noemen – begrijp ik dat ze gewoon buikpijn heeft, ergens in de onderbuik. Moeder vult haar aan en zegt dat de buikpijn sinds twee dagen (na het stoppen van laxantia) erger is geworden. Na het lichamelijk onderzoek ben ik nog niet veel verder dan het constateren van een gevoelige onderbuik. De vage antwoorden van Saskia helpen evenmin. Obstipatie, urine-weginfectie, premenstruele pijn, toch appendicitis? Ik besluit wat handvatten te zoeken en ben dan ook benieuwd wat de standaard erover zegt. Terwijl ik zoek, realiseer ik me dat er geen NHG-Standaard Buikpijn is. Dat betekent dus: zelf alles op een rijtje zetten, alarmsymptomen filteren, diagnostiek overwegen en bedenken wanneer ik zo'n meisje zou verwijzen. De opties overwegend, besef ik des te meer hoe handig de standaarden zijn in gebruik. Pak een kleine kwaal als keelpijn of oorpijn en de standaard loodst de (beginnende) huisarts (in opleiding) er stap voor stap

doorheen. Bij een wat grotere klacht als maagpijn (daar is dan wel een standaard voor) weet ik bijvoorbeeld dankzij de standaard dat ik hoogdrempelig mag zijn in een gastroscopie.

Zoveel standaarden die de pragmatiek van de huisarts stimuleren en dan nog stiekem een standaard over buikpijn missen... Er is veel voor te zeggen om een dergelijke standaard in het leven te roepen. Het zorgt voor het protocoliseren en verbeteren van zorg omtrent een ingewikkelde klacht als buikpijn. Echter, een ontbrekende standaard getuigt er ook van dat gelukkig niet alles in standaarden is te vatten. De menselijke maat en de creatieve geest van de breed denkende huisarts zijn de charme en de kunst van ons vak. Tegelijkertijd helpen de bestaande standaarden door hun structuur me ook met het oplossen van problemen die er niet in staan beschreven. Ik stuur Saskia dus naar huis met de opdracht urine in te leveren en het advies laxantia af te bouwen, terwijl ik daarnaast ook de alarmsymptomen uitleg. En zo heb ik menselijk en volgens mijn eigen standaard gewerkt.

Cathelijn Aukes, aios



Foto: Shutterstock/Neil Rouse

De toetsvragen zijn afkomstig van de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoetsen van Huisartsopleiding Nederland. De vragen zijn altijd als juist/onjuist geformuleerd. De antwoorden worden verzorgd door de afdeling Implementatie van het NHG.

Vragen

Mevrouw Van Kan komt met haar dochtertje Anne van 4 jaar op het spreekuur. Zij heeft de indruk dat Anne de laatste weken slecht hoort en wijt dit aan haar verkoudheid. Bij haar 6-jarige zoon moesten twee jaar geleden buisjes worden geplaatst. Bij navraag door de huisarts blijkt Anne vaak te snurken in haar slaap. Verder heeft ze een atopische constitutie en heeft ze een maand geleden een acute otitis media doorgemaakt. De huisarts overweegt de diagnose otitis media met effusie (OME). Tot de gegevens die deze diagnose bij Anne ondersteunen behoort/behooren:

1. *het vóórkomen van OME bij haar broer;*
2. *de atopie van Anne;*
3. *de otitis media die aan de gehoorsdaling voorafgaat.*

Nu de nieuwe huisartsenpraktijk in Arnhem meedoet met het accreditatietraject van het Nederlands Huisartsen Genootschap willen de huisartsen ook het desinfecteren en steriliseren van de instrumenten uitvoeren volgens de huidige regels. Een van de voorschriften luidt: een verbandschaar wordt na gebruik gereinigd en goed gedroogd.

4. *Het voorschrift over de verbandschaar is correct.*

De heer Van Manen, 67 jaar, heeft perifeer arterieel vaatlijden (PAV). Zijn huisarts schrijft hem acetylsalicylzuur 80 mg voor, eenmaal daags. De heer Van Manen wil weten waarom hij dit medicijn krijgt. De huisarts legt uit dat de heer Van Manen een verhoogd risico loopt op cerebrale en coronaire vaatziekten, omdat hij PAV heeft. Acetylsalicylzuur reduceert dit risico aanzienlijk (met ruim 50%).

5. *De uitleg van de huisarts over de risicoreductie is correct.*

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.

De heer Van Manen vraagt de huisarts op welk moment van de dag hij het acetylsalicylzuur moet innemen. De huisarts antwoordt dat hij dit het best op de nuchtere maag kan doen.

6. *Dit is correct.*

De 12-jarige Sara bezoekt het spreekuur met haar moeder vanwege haar scheve houding die het laatste half jaar is opgevallen. Ze heeft geen pijn. Bij onderzoek van de rug ziet de aios een naar rechts convexe curve van de thoracale wervelkolom. Bij vooroverbuigen wordt een gibbus zichtbaar. De aios stelt de diagnose idiopathische adolescentenscoliose. Hij besluit Sara te verwijzen naar de orthopedisch chirurg, omdat er een gibbus ontstaat bij vooroverbuigen.

7. *Meisjes hebben vaker idiopathische adolescentenscoliose dan jongens.*

8. *De ontstane gibbus bij de buktest is een verwijsindicatie.*

9. *De niet pijnlijke, rechts convexe curve thoracal is de meest voorkomende vorm van adolescentenscoliose.*

Mevrouw Van Waalwijk, 54 jaar, komt op het spreekuur. De huisarts weet dat zij diabetes mellitus heeft, die goed is gereguleerd met orale middelen. Sinds één dag moet ze vaak plassen, de mictie is ook branderig. Koorts heeft ze niet. De nitriettest van de verse urine blijkt positief te zijn. De huisarts stelt nu de diagnose ongecompliceerde urineweginfectie.

10. *Deze diagnose is correct.*

De antwoorden staan op pagina 68.

Migraine en cardiovasculaire risico's

Vraagstelling

Is er een verband tussen migraine en cardiovasculaire aandoeningen?

Betekenis voor huisarts en patiënt

In dit onderzoek komt een aantal duidelijke feiten naar voren. In de eerste plaats blijkt dat het risico op een ischemisch CVA bij migraine met aura tweemaal groter is dan bij migraine zonder aura. Ook bij vrouwen, jongere personen (< 45 jaar), rokers en pilgebruiksters zijn de risico's op een ischemisch CVA groter. Er is geen enkele aanwijzing dat migraine de kans op een hartinfarct en overlijden als gevolg van cardiovasculaire aandoening zou vergroten. De huisarts kan deze feiten bij de voorlichting aan migrainepatiënten betrekken. In een herziening van de NHG-Standaard Hoofdpijn dienen deze gegevens eveneens te worden benadrukt.¹

Korte beschrijving

Inleiding Migraine is een erfelijke hersenaandoening waarbij vasculaire mechanismen een rol spelen.¹ Er zijn diverse onderzoeken gepubliceerd waarbij een verband wordt gezien tussen migraine en ischemische beroertes. Recent verschenen er onderzoeken die een verband veronderstellen tussen alleen migraine met aura en ischemische CVA's. Ook zijn er publicaties die suggereren dat migraine samenhangt met hartinfarct en cardiovasculaire mortaliteit. In dit artikel presenteren de auteurs een uitgebreide meta-analyse over het verband tussen migraine en cardiovasculaire aandoeningen.²

Patiëntenpopulatie De auteurs zochten in PubMed, EMBASE en de Cochrane Library naar artikelen die migraine én cardiovasculaire aandoeningen als onderwerp hadden. Ze traceerden 5746 onderzoeken. Hiervan elimineerden ze er 5714 op basis van titel en abstract. Van de 32 overgebleven onderzoeken excludeerden ze er na bestudering nog eens 7, zodat er 25 voldeden aan de vooraf gestelde selectiecriteria: 10 cohortonderzoeken (n = 873-103.376), 13 patiëntcontroleonder-

zoeken (n = 72-506) en 2 cross-sectionele onderzoeken (n = 12.409-12.750). Met de resultaten van deze observationele onderzoeken werden diverse deelvragen beantwoord. De auteurs voerden ook gestratificeerde analyses uit op basis van geslacht, leeftijd (< 45 jaar versus > 45 jaar), OAC-gebruik en rookgedrag.

Uitkomstmaat De resultaten werden gepoold, voor zover dit mogelijk was. De auteurs berekenden relatieve risico's (RR) voor de verschillende deelvragen (ischemisch CVA en andere cardiovasculaire aandoeningen). Bij de analyse ging men ervan uit dat de OR's berekend bij patiëntcontroleonderzoeken gelijk waren aan de RR's berekend bij de cohortonderzoeken.

Resultaten Het RR voor migraine met aura en een ischemisch CVA was 2,16 (95%-BI 1,53-3,03), terwijl dit voor migraine zonder aura 1,23 (95%-BI 0,90-1,69) was. Bij vrouwen was het risico op een ischemisch CVA groter dan bij mannen (RR 2,08; 95%-BI 1,13-3,84 versus RR 1,37; 95%-BI 0,89-2,11). Jongere personen (< 45) hadden een groter risico (RR 3,65; 95%-BI 2,21-6,04). Ook rokers (RR 9,03; 95%-BI 4,22-10,34) en vrouwen met OAC (RR 7,02; 95%-BI 1,51-32,68) hadden een

hoger risico. Er was geen verband tussen migraine en een hartinfarct (RR 1,12; 95%-BI 0,95-1,32) en evenmin tussen migraine en een cardiovasculaire dood (RR 1,03; 95%-BI 0,79-1,34).

Conclusie van de onderzoekers Uit dit uitgebreide systematische literatuuronderzoek kwam naar voren dat migraine met aura een duidelijk verband heeft met een ischemisch CVA. Het verband was sterker indien men relatief jong was, rookte en bij vrouwen die de pil slikten. Migraine hing niet samen met andere cardiovasculaire aandoeningen.

Bewijskracht 2a (systematic reviews of cohort studies) / 3a (systematic review of case-control studies).³

Arie Knuistingh Neven

1 Knuisting Neven A, Bartelink MEL, De Jongh TOH, Ongerling JEP, Oosterhuis WW, Van der Weerd PCM, Pijnenborg L, et al. NHG-Standaard Hoofdpijn. www.nhg.org. Geraadpleegd in november 2009.

2 Schürks M, Rist PM, Bigal ME, Buring JE, Lipton RB, Kurth T. Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009;339:b3914.

3 www.essential-evidence-plus.com/product/ebm_loe.cfm?show=oxford.



Foto: Shutterstock/Sophie Bengtsson

Bewijs ontbreekt voor gunstig effect van minder cafeïnegebruik door de zwangere vrouw op geboorte-uitkomsten

Ernst-Jan Troe

Context Excessief cafeïnegebruik tijdens de zwangerschap (> 8 koppen koffie per dag) kan leiden tot verhoogde catecholaminewaardes bij de moeder en de foetus. Mogelijke gevolgen: uteroplacentaire vasoconstrictie, versneld foetaal hartritme en aritmieën. Er zijn neonatale onttrekkingsverschijnselen beschreven bij hoog cafeïnegebruik tijdens de zwangerschap, maar het is onduidelijk of kleinere hoeveelheden cafeïne ook schadelijk zijn. De huidige NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode meldt geen mogelijk nadelig effect van te veel cafeïnegebruik.

Klinische vraag Is er een gunstig effect van minder cafeïnegebruik door zwangere vrouwen op geboorte-uitkomsten (geboortegewicht en zwangerschapsduur)?

Conclusie auteurs Eén onderzoek voldeed aan de criteria voor deze review. Dit onderzoek randomiseerde 1207 zwangere vrouwen, verdeeld in twee groepen (één groep dronk cafeïnehoudende koffie en de andere cafeïnevrije koffie). De onderzoekers vonden geen significant verschil in geboorte-uitkomsten tussen beide groepen.

Beperking Er werd slechts één onderzoek ingesloten. Het onderzoek was beperkt: een vergelijking tussen groepen zwangere die drie koppen cafeïnehoudende of cafeïnevrije koffie per dag dronken. Gro-

tere hoeveelheden geven mogelijk wel een nadelig effect. Het onderzoek geeft evenmin informatie over andere cafeïnebronnen zoals thee, chocolade of cola.

Bron Jahanfar S, Sharifah H. Effects of restricted caffeine intake by mothers on fetal, neonatal and pregnancy outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2009; Issue 2. Art. No.: CD006965. De review omvat één onderzoek met in totaal 1207 deelnemers.

Beschouwing

De waarde van deze review is voor de huisartsenpraktijk beperkt. Er werd maar één onderzoek geïncludeerd, waarin bovendien de effecten van een beperkte hoeveelheid cafeïne werd onderzocht (drie koppen koffie per dag). Mogelijk zijn er wel nadelige effecten bij het gebruik van meer cafeïne tijdens de zwangerschap. Hiervoor zijn in proefdieronderzoeken wel degelijk aanwijzingen gevonden. Diverse observationele onderzoeken laten tegengestelde resultaten zien over het effect van cafeïnegebruik door de zwangere vrouw op geboorte-uitkomsten. Gezien de tegenstrijdige resultaten van de diverse onderzoeken lijkt het beste advies om cafeïnegebruik tijdens de zwangerschap te beperken.

Er is veel aandacht voor de invloed van gedragsfactoren op geboorte-uitkomsten. Van diverse factoren, zoals roken, alcoholgebruik en drugsgebruik, is het nadelige effect op het geboortegewicht en de zwangerschapsduur bekend. Ook zijn er aanwijzingen dat het gebruik van foliumzuur – naast het voorkómen van

spina bifida – een gunstige invloed heeft op het geboorte- en placentagewicht. De effecten van deze factoren houden vermoedelijk zelfs aan bij kinderen op latere leeftijd. Zo is roken van de moeder tijdens de zwangerschap geassocieerd met een verhoogd risico op luchtweginfecties bij het kind en een hogere bloeddruk vanaf de jonge volwassenheid.

Nadelige effecten van deze factoren zijn er mogelijk al in de vroege zwangerschap, wanneer de foetus de grootste ontwikkeling doormaakt. Beïnvloeding van gedragsfactoren voor de conceptie zou kunnen bijdragen aan de optimale ontwikkeling van het (ongeboren) kind. Inmiddels zijn er initiatieven om toekomstige ouders door middel van een preconceptieconsult bewust te maken van de risico's, zodat ze hun leefstijl kunnen aanpassen. Sommige verloskundigen en huisartsen bieden deze zorg nu al aan. Preconceptiezorg dient laagdrempelig te zijn en toegankelijk voor alle aanstaande ouders. Dat maakt de huisarts uitermate geschikt voor het verlenen van preconceptiezorg. Het is echter de vraag of het gebruik van cafeïnehoudende dranken een plaats moet krijgen in het preconceptieadvies. Voorlopig lijkt het beste advies: geniet van koffie, maar drink met mate.

Gezondheidscentrum Dillenburg, Prinses Irenelaan 1D, 2404 BH Alphen aan de Rijn; dr. J.W.M. Troe, huisarts-epidemioloog.
Correspondentie: ej.troe@ghcd.nl

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

Voor elke huisartsenpraktijk

Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WLM. *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. Houten: Prelum Uitgevers, 2009. 404 pagina's, € 125,-. ISBN 978 90 8562 037 2.

Doelgroep Huisartsen.

Inhoud De huisarts vult zijn dag grotendeels met praten. Het is heerlijk om dit praten van tijd tot tijd te kunnen afwisselen met het plaatsen van een spiraal, de behandeling van een ingegroeide nagel of het verwijderen van een naevus. Tegenwoordig is er ook een financiële prikkel om verrichtingen zelf te doen; we kunnen veel verrichtingen namelijk apart declareren. Dat is veel goedkoper dan een verwijzing en niet op de laatste plaats is het erg gemakkelijk voor de patiënt. Vanzelfsprekend dient u wel voldoende bekwaam te zijn voor het uitvoeren van deze verrichtingen.



Dit boek levert elke huisarts de handvaten om de kwaliteit van zijn ingrepen te toetsen en zo nodig te verhogen. Het boek kan ook een prikkel zijn en als leidraad dienen om het arsenaal aan verrichtingen uit te breiden. Voor sommige verrichtingen, zoals vasectomie en ooglidcorrectie, volstaat het boek niet en is aanvullende scholing of het volgen van een cursus noodzakelijk.

Het boek beschrijft niet alleen de ver-

richtingen zelf; er is ook ruime aandacht voor alle noodzakelijke randvoorwaarden zoals anesthesie, (reiniging en sterilisatie van) het instrumentarium en niet in de laatste plaats de praktijkorganisatie. Helaas zijn in het hoofdstuk 'Anticoagulantia' weinig concrete aanwijzingen te lezen over hoe om te gaan met anticoagulantia rond een ingreep, ook al omdat *evidence-based* richtlijnen hierover ontbreken.

De eerste 17 hoofdstukken met algemene aspecten zoals endocarditisprofylaxe, elektrochirurgie en sluiten van de huid, worden gevolgd door 52 hoofdstukken met daarin de bespreking van evenzeveel verrichtingen; variërend van de behandeling van epistaxis, injecties in de schouder tot repositie van schouderluxaties en ascitespunctie. Elk hoofdstuk kent een systematische indeling met achtergronden, (contra-)indicaties, valkuilen, voorbereidingen, een beschrijving van de verrichting gevolgd door complicaties en nazorg, en een overzicht van recente literatuur. Een beschrijving van het instrumentarium en de materialen die nodig zijn voor de ingreep en een casus die het boek wel verlevendigt, maar niet altijd toegevoegde waarde heeft, sluiten het hoofdstuk af.

Oordeel Dit boek heeft een zeer heldere beschrijvingswijze en is prachtig en rijk geïllustreerd met foto's en tekeningen. Ondanks zijn stevige prijs behoort dit boek in elke huisartsenpraktijk aanwezig te zijn.

Wim Lucassen

Waardering * * * * *

Internationale gezondheidsindicatoren vergeleken

Harbers MM, Wilk EA van der, Kramers PGN, Kuunders MMAP, Verschuuren M, Eliyahu H, Achterberg PW. *Dare to compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008. 303 pagina's, € 59,50. ISBN: 978 90 313 6185 4.

Doelgroep Onderzoekers en beleidsma-



kers die geïnteresseerd zijn in gezondheid in Europa.

Samenvatting Zoals de titel aangeeft is dit een gewaagd boek. Het geeft antwoord op de vraag: hoe goed scoort Nederland op indicatoren voor gezondheid in vergelijking met andere Europese landen? Maar een belangrijkere vraag is of je die vergelijking wel kunt maken. De kaft van het boek laat dat al zien: kunnen we appels en peren en sinaasappels wel met elkaar vergelijken?

Het valt te waarderen dat onderzoekers van het RIVM vanuit hun ervaring met het opstellen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen als eersten in Europa een serieuze poging hebben gedaan om op internationaal niveau gezondheidsindicatoren met elkaar te vergelijken. Het boek is het resultaat van vele jaren werk: het ontwikkelen, selecteren en definiëren van indicatoren en de kwaliteit beoordelen van de gegevens waarop de indicatoren zijn gebaseerd, voor alle 27 landen van de Europese Unie. Het resultaat is een degelijk overzicht van de scores op 82 indicatoren, gegroepeerd in de hoofdstukken Gezondheidstoestand, Determinanten van gezondheid (bijvoorbeeld leefstijlindicatoren), Zorg en preventie, en Populatie en sociaal-economische factoren. In twee extra hoofdstukken presenteren de auteurs deze groepen indicatoren ook nog voor kinderen en jongeren tot 19

jaar en voor ouderen (65-plussers). Nederland scoort relatief goed op indicatoren wat betreft het voorkomen van hart- en vaatziekten, (verkeers-)ongevallen, de leefstijlindicatoren bewegen en overgewicht, en enkele indicatoren voor de kwaliteit van zorg (overleving met kanker, sterfte na opname in het ziekenhuis vanwege een myocardinfarct). Relatief minder goed scoort Nederland op kanker en COPD als doodsoorzaak (met name bij vrouwen), roken, gebruik van stimulerende middelen en het geven van borstvoeding. De auteurs wijzen geen Europese 'winnaar' aan, maar geven wel aan dat Zweden wat hen betreft de grootste kanshebber is.

Slechts een enkele indicator raakt direct de huisartsenzorg in Nederland: de contactfrequentie met de huisarts, de instelling van diabetes, de vaccinatiegraad van de influenzavaccinatie en de opkomst voor de screening op baarmoederhalskanker.

Mogelijk nog belangrijker is de conclusie van de auteurs dat slechts een kwart van de Nederlandse indicatoren goed vergelijkbaar zijn op Europees niveau. Nederland scoort overigens wel hoog op de beschikbaarheid van gegevens om de indicatoren te berekenen. Dit is mede dankzij de gegevens uit huisartsregistraties in Nederland; wat dat betreft heeft Nederland een voorbeeldfunctie. Er is

duis nog veel ontwikkelingswerk te doen om een brede en valide vergelijking op Europees niveau mogelijk te maken.

Oordeel Rekening houdend met alle beperkingen die de auteurs goed onderbouwen, is dit boek een primeur op dit terrein. Aan te bevelen aan eenieder die wat betreft gezondheid over de landsgrenzen wil kijken.

François Schellevis

Waardering * * * *

*	= zeer matig	****	= goed
**	= matig	*****	= niet te missen
***	= redelijk		

Intermezzo

Marktwerking

Marktwerking in de zorg betekent concurrentie tussen thuiszorginstellingen. Dit leidt volgens de regering tot een betere kwaliteit van zorg. Verpleegkundigen zouden beter hun werk doen als ze ertoe gedwongen worden op straffe van werkloosheid. Maar wat is beter? Wat is kwaliteit? Goede thuiszorg is bijvoorbeeld dat je een vereenzaamde licht dementerende mevrouw toe laat groeien naar opname in een zorgcentrum. Niet te lang wachten, want dan is ze te dement voor een gewone zorgwoning. Een goede wijkverpleegkundige praat met mevrouw en familie, ze regelt op tijd de indicatie voor plaatsing. Ze zorgt dat de familie met mevrouw gaat kijken in een paar zorgcentra om sfeer te proeven. Ze overlegt met verpleeghuisarts, wachtlijstcommissie en huisarts. Ze vraagt huisbezoek aan van de verpleeghuisarts. Allemaal gratis, er is geen tarief voor dit soort verpleegkundig regelwerk. Bovendien betekent opname in een zorgcentrum het einde van de inkomsten van de thuiszorg. Deze familie had een commercieel thuiszorgbedrijfje ingeschakeld, niet de thuiszorg uit ons gezondheidscentrum.

Maar ja, dit thuiszorgbureautje vroeg indicatie aan voor meer thuiszorguren door henzelf, niet voor opname in een zorgcentrum. Na een half jaar bleek dat er helemaal niets gebeurde, de verkeerde indicatie, geen overleg, geen wachtlijst, geen verpleeghuisarts, geen bezoek bij zorgcentra, helemaal niets. Alleen maar meer uren omzet voor dat thuiszorgbureautje. Marktwerking en concurrentie in de zorg leidt hier dus tot slechtere zorg. Marktwerking is vraagsturing en concurrentie. Hoe kan niet schelen, als het maar meer omzet geeft. Dan krijg je regelmatig slechtere zorg. Want zorg is vakwerk en maatwerk. Geld verdienen is een voorwaarde, geen doel. Zorglogica is heel wat anders dan marktlogica. Daarom werkt zorglogica slecht in de autohandel. Dan gaat de autohandelaar failliet. Net zo werkt autohandellogica slecht in de zorg. Dan zijn dementerenden de dupe, en gaat goede zorg failliet.

Nico van Duijn

Antwoorden

1. Juist

2. Onjuist

3. Juist

Otitis media met effusie (OME) is een conditie van het middenoor waarbij vloeistof zich achter een gesloten trommelvlies heeft opgehoopt, zonder duidelijke tekenen van een acute infectie. OME kan één- en tweezijdig voorkomen en heeft een gunstig natuurlijk beloop. Belangrijk bij het ontstaan van OME is de disfunctie van de buis van Eustachius en het feit dat de patiënt een otitis media acuta heeft doorgemaakt. Ook erfelijke factoren spelen een rol: broertjes of zusjes die een OME hebben gehad, leveren een OR op van 1,6 per kind. Daarnaast hebben omgevingsfactoren invloed op het voorkomen van infecties, zoals het aantal broertjes en zusjes, crèchebezoek en het jaargetijde. Er is geen verband aangetoond tussen OME en zwemmen of atopie.

Van Balen FAM, Rovers MM, Eekhof JAH, Van Weert HCPM, Eizenga WH, Boomsma LJ. NHG-Standaard Otitis media met effusie (Tweede herziening). *www.nhg.org*. Geraadpleegd in november 2009.

4. Juist

Bij het geschikt maken van niet-disposable instrumentarium voor hergebruik zijn er drie categorieën: niet-kritisch, semikritisch en kritisch. Niet-kritisch instrumentarium komt alleen in contact met de intacte huid; dit behoeft alleen gereinigd en goed gedroogd te worden. Voorbeelden van niet-kritisch instrumentarium zijn:

- oorspuit (die wel moet worden gedesinfecteerd na gebruik bij een patiënt met otitis externa)
- reflexhamer
- stethoscoop
- verbandschaar

Werkgroep Infectie Preventie. *Infectiepreventie in de huisartsenpraktijk*, januari 2009. *www.wip.nl*. Geraadpleegd in november 2009.

5. Onjuist

6. Juist

De medicatie van patiënten met perifeer arterieel vaatlijden is gericht op beïnvloeding van de risicofactoren voor hart- en vaatziekten (hypertensie, hypercholesterolemie en diabetes mellitus). Start met acetylsalicylzuur in een dosering van 80 mg per dag. De patiënt neemt het middel bij voorkeur steeds op dezelfde tijd in

op de nuchtere maag. Acetylsalicylzuur reduceert het risico op cerebrale en coronaire vaatziekten met ongeveer een kwart, maar heeft weinig effect op het beloop van het perifeer arterieel vaatlijden.

Bartelink ML, Stoffers HEJH, Boutens EJ, Hooi JD, Kaiser V, Boomsma LJ. NHG-Standaard Perifeer arterieel vaatlijden (Eerste herziening). *www.nhg.org*. Geraadpleegd in november 2009.

7. Onjuist

8. Juist

9. Juist

Scoliose is een verkromming van de wervelkolom, waarbij het van belang is onderscheid te maken tussen structurele en niet-structurele scoliose. Structurele scoliose (of torsiescoliose) gaat gepaard met een rotatie van de wervelkolom, die zich op thoracaal niveau uit in een gibbus bij de buktest. Verwijs alle patiënten met structurele scoliose naar een orthopeed voor bepaling van de *rib vertebral angle difference* (RVAD). Is deze hoek minder dan 20 graden, dan volstaat *afwachtend beleid*. Is deze hoek meer dan 20 graden, dan is nadere therapie geïndiceerd (houdingstherapie, brace, operatief ingrijpen).

Bij idiopathische structurele scoliose is geen oorzaak bekend. Deze vorm van scoliose kent drie leeftijdsgroepen. De 'adolescenten' idiopathische scoliose is de groep vanaf 10 jaar. De verhouding jongens-meisjes in deze groep is 1:8. De curve is meestal thoracaal rechts concaaf. Wees bij een links convexe curve of bij een pijnlijke scoliose bedacht op onderliggende pathologie.

Verhaar JAN, Van Mourik JBA. *Orthopedie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2008.

Visser JD. *Kinderorthopaedie: pluis of niet pluis. Een leidraad voor de eerste lijns gezondheidszorg*. Groningen: Van Denderen, 2005.

10. Onjuist

Urineweginfecties bij risicogroepen worden als gecompliceerd beschouwd en als zodanig behandeld. Risicogroepen zijn: mannen, zwangeren, kinderen, en patiënten met afwijkingen aan de nieren of urinewegen, een verminderde weerstand – bijvoorbeeld diabetes – of een verblijfskatheter.

Van Haaren KAM, Visser HS, Van Vliet S, Timmermans AE, Yadava R, Geerlings SE, et al. NHG-Standaard Urineweginfectie (Tweede herziening). *www.nhg.org*. Geraadpleegd in november 2009.

Twintig jaar

Mijn dochter werd in haar eerste jaar geneeskunde – toen ze nog geen twintig was – tijdens een tentamen bevroegd over een herziene NHG-Standaard die net een paar maanden eerder was gepubliceerd. De impact van NHG-Standaarden, niet alleen op de huisartsgeneeskunde maar op de gehele geneeskunde, het onderwijs en de zorg in het algemeen, kan bijna niet beter worden geïllustreerd. In twintig jaar zijn ze een baken in de zorg geworden, een ijkpunt voor zorgverleners, docenten, studenten, beleidsmakers en bestuurders. Maar vooral hebben standaarden bijgedragen aan de professionalisering van de beroepsgroep en bepalen ze mede de positie van de huisartsgeneeskunde in de zorg. Ze zijn essentieel voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde en daarmee van de zorg in ons land. Met de NHG-Standaarden hebben huisartsen de zorg onderbouwd en beïnvloed.

De introductie van *evidence-based medicine* en de onafhankelijkheid van commerciële invloeden dragen bij aan het gezag van de NHG-Standaarden. Maar de belangrijkste succesfactor is de betrokkenheid van de leden. NHG-Standaarden worden gemaakt door en voor huisartsen. Zonder actieve betrokkenheid van de leden, bij de ontwikkeling van de standaarden maar ook van daarop gebaseerde nascholings- en voorlichtingsmaterialen, had het succes ervan nooit zo groot kunnen zijn.

En dat is nu juist een van de kenmerken van een professie. Een professie is zélf verantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van het vak. De vele honderden collega's die in de loop der jaren, maar zeker in de beginfase, een bijdrage aan dit baken in de zorg hebben geleverd, verdienen daarvoor onze waardering en respect.



Arno Timmermans

Nieuwe versie Richtlijn ADEPD

De Richtlijn Adequate Dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier (ADEPD) is aangevuld met een hoofdstuk waarin (de aanpak van) de knelpunten bij het werken met episodes en de episodelijst op een rijtje zijn gezet. De richtlijn biedt huisartsen en praktijkmedewerkers houvast bij het registreren van relevante medische gegevens in

het EPD. Ook is beschreven waaróm gegevens op een bepaalde manier en plaats moeten worden vastgelegd.

U kunt de tekst van de richtlijn en het samenvattingskaartje ervan gratis downloaden of bestellen via de NHG-website: www.nhg.org.

NHG-PraktijkWijzer Diabetes geactualiseerd

Deze *digitale* PraktijkWijzer biedt huisarts en praktijkondersteuner handvatten bij de organisatie en uitvoering van geprotocolleerde diabeteszorg. Behalve diverse taakbeschrijvingen is er verdiepende achtergrondinformatie met uitgebreide uitleg. Zo krijgt u bijvoorbeeld stap voor stap in beeld hoe u een specialistisch spreekuur kunt opzetten, of een sluitend afsprakensysteem voor de controles. Er zijn voorbeelden van (verwijs)brieven, protocollen en werkafspraken, zodanig dat u de informatie kunt aanpassen aan uw eigen manier van werken.

Een groot voordeel van deze digitale PraktijkWijzer is dat de inhoud u altijd online

beschikbaar blijft tot het NHG een volledige herziening uitvoert. De verwachting is dat zo'n herziening elke drie tot vier jaar zal verschijnen. Eventuele kleine tussentijdse veranderingen worden direct (kosteloos) doorgevoerd, zodat u steeds toegang hebt tot een actuele versie van de PraktijkWijzer. U kunt de PraktijkWijzer Diabetes bestellen vanaf 1 februari via de www.nhg.org.

Het NHG heeft inmiddels acht PraktijkWijzers ontwikkeld, namelijk: Astma/COPD, CVRM, Diabetes, Ouderenzorg, GGZ, Jaarverslag/Jaarplan en Reizigersadvisering. De PraktijkWijzer Informatiebeveiliging verschijnt volgende maand.

Eerste Kaderopleiding Hart- en vaatziekten afgerond

Op 6 november kregen de eerste 17 kaderhuisartsen hart- en vaatziekten hun certificaat. Zij hebben de tweejarige kaderopleiding met succes afgesloten en zijn nu allen ingeschreven in het register van Huisartsen met een Bijzondere Bekwaamheid. Bovendien zijn ze lid geworden van de onlangs opgerichte expertvereniging HartVaatHag. Ze zullen als zodanig zeker nog veel van zich laten horen!

De uitreiking van de certificaten werd gelardeerd met een keur aan flitsende referaten en dit alles zorgde voor een gedenkwaardige dag. Enkele kaderhuisartsen in spe – die zich hebben ingeschreven voor de tweede 'ronde' van de opleiding – waren aanwezig. Voor die tweede opleiding zijn nog enkele plaatsen beschikbaar: op 7 april gaat deze van start. U kunt zich tot 1 februari inschrijven (zie www.hag.unimaas.nl/hvz).

NHG-Agenda 2010

Asklepion-Leergang 'Ken je standaard'-2	
CWO-weekend	
Kaderopleiding Hart- en vaatziekten (Maastricht)	
Asklepiondag	
Algemene Ledenvergadering	
NHG-Wetenschapsdag	
NHG-Congres	

Meer informatie over deze activiteiten vindt u op www.nhg.org.

(aanvangs)datum

4 maart
26-27 maart
7 april
15 april
10 juni/2 december
18 juni
19 november



Symposium 20 jaar NHG-Standaarden: 'Het is úw feestje!'

Het moest een feestelijk samenzijn worden, en in die opzet is het symposium '20 jaar NHG-Standaarden' goed geslaagd. In het fraaie gebouw Felix Meritis te Amsterdam verzamelden zich zo'n honderdtachtig genodigden; vooral mensen die een belangrijke rol hebben gespeeld in de geschiedenis van de standaarden. Waar dus veel oude bekenden elkaar weer eens troffen, zat de feestelijke sfeer er van meet af aan goed in. Maar er werd natuurlijk ook 'gewerkt'!

Opening van het symposium

NHG-bestuursvoorzitter Arno Timmermans schetst de geschiedenis vanaf de oprichting van het NHG in 1956, via de eerste Woudschoten-conferentie en het ontstaan van de huisartsenopleiding, tot aan de formulering van het Basistakenpakket en de verschijning van de eerste NHG-Standaarden. 'Inmiddels zijn er bijna negentig standaarden, ruim vijftig farmacotherapeutische richtlijnen en vele LTA's en LESA's. Dit pakket dekt

een groot deel van de problematiek in de huisartsenpraktijk, en vormt het basisleerboek voor de opleiding en nascholing.' De standaarden kunnen echter ook tegen de huisarts werken: 'Mét de kwaliteitsnormen ontstaan streefwaarden, waar niet altijd aan wordt voldaan.' Volgens Timmermans hebben huisartsen zich met het formuleren van hun eigen kwaliteitsnormen kwetsbaar opgesteld, maar aan gezag gewonnen. Immers, daarmee werd een belangrijke stap in de professionalisering van de beroepsgroep gezet. Honderden huisartsen hebben in de afgelopen twintig jaar een actieve rol gespeeld bij de ontwikkeling van de NHG-Standaarden. Timmermans feliciteert daarom de aanwezigen met deze mijlpaal: 'Het is úw feestje!'

Plenaire openingslezing

Marian de Visser, hoogleraar neuromusculaire ziekten aan de Universiteit van Amsterdam en vicevoorzitter van de Gezondheidsraad, gaat in op het belang van richtlijnen

en de impact ervan op de (huisartsen)zorg. Evidence based richtlijnen moeten volgens haar worden ontwikkeld om de zorg zuinig en zinnig te maken, en zich baseren op een combinatie van praktijkervaring en het beste beschikbare bewijs, rekening houdend met de omstandigheden van de patiënt. 'Richtlijnen zijn zo nuttig omdat informatie slecht te managen is: er is te veel, en als je al alles kunt vinden, hoe kun je dan beoordelen wat je nodig hebt?', stelt De Visser. 'Alle andere medische beroepsgroepen zijn wat jaloers dat

het NHG als eerste is begonnen met dit soort richtlijnenontwikkeling; anderen blijven hierdoor altijd wat achterlopen.'

Zij gaat ook uitgebreid in op het belang van de implementatie van richtlijnen. 'Onderzoek toont aan dat zodra je met implementatiestrategieën stopt, het slechter gaat met de adherentie.'

Tot slot heeft De Visser aandacht voor de successen die de afgelopen decennia in de zorg zijn geboekt, mede doordat goede richtlijnen zijn ontwikkeld en op grote schaal navolging hebben gevonden. Bijvoorbeeld de afname van de sterfte aan coronaire ziekten, niet alleen als gevolg van betere behandelingsmogelijkheden, maar ook door het in kaart brengen van het cardiovasculair risicoprofiel en het daardoor tijdig starten van een goede behandeling. Zo ook heeft de veranderde aanpak bij het lumbosacraal radiculair syndroom geleid tot een forse afname van het aantal operatieve ingrepen.

In gesprek met 'oude hoofden'

Onder leiding van Henk Smid, directeur ZonMw, vindt vervolgens een rondetafelgesprek plaats met alle hoofden uit verleden en heden van de NHG-afdeling Standaardenontwikkeling (tegenwoordig de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschapsbeleid). Wat vinden die van het 'feest van vandaag'?

Siep Thomas, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde te Rotterdam, laat een kritisch geluid horen: 'Het is mooi om terug te blikken, maar we moeten nu eens gaan kijken hoe we de motor weer kunnen aanjagen en hoe we onze voorsprong kunnen behouden.'

Pim Assendelft, nu hoogleraar huisartsgeneeskunde te Leiden, is positiever: 'Volgens mij zijn de compliantiecijfers veel hoger dan soms wordt gezegd. Bovendien zie je vaak dat als huisartsen afwijken van de standaarden, dat precies is op de punten die bij de eerstvolgende revisie veranderen. Ook vindt non-compliance een oorzaak in

FOKKE & SUKKE
KWAMEN OOK NAAR FELIX MERITIS

TOCH BLIJF IK HET ENG VINDEN,
EEN SYMPOSIUM VAN
N₁H₁G



het gegeven dat er in de standaarden een belangrijke rol is ingeruimd voor de mening van de patiënt.’

Karel Rosmalen, hoofd van de LHV-afdeling Beleid en ontwikkeling, meent dat standaarden bijdragen aan de professionaliteit en zelfbewustheid van de beroepsgroep, waarmee de huisartsgeneeskunde zich een plek én een onderhandelingspositie in de gezondheidszorg heeft verworven. Hij vindt wel dat we moeten waken voor de tendens naar gestandaardiseerde zorg en functionele bekostiging.

Guy Rutten, hoogleraar huisartsgeneeskunde te Utrecht, was het eerste hoofd van de afdeling Standaardenontwikkeling. ‘Destijds was er veel weerstand. Huisartsen

waren bang voor kookboekgeneeskunde en specialisten vonden dat dit zó niet kon, zonder overigens ooit met onderbouwde tegenargumenten te komen.’ Als hij het nog eens over mocht doen zou hij vanaf de eerste aanzet meer dialoog hebben gezocht met het veld.

Lex Goudswaard is het huidige afdelingshoofd. ‘Standaarden maken is een ideaal. Een volgend ideaal zou zijn om een opleiding tot richtlijnontwikkelaar in het leven te roepen en ik ga er mijn best voor doen dat voor elkaar te krijgen.’

Workshops en cartoons

Na de plenaire opening verspreiden de deelnemers zich over een drietal workshops:

- de invloed van de NHG-Standaarden op de inhoud van de (huisarts)geneeskunde;
- de bredere betekenis van richtlijnen;
- de methode van richtlijnontwikkeling in het licht van de toekomst, zowel nationaal als internationaal.

Tussen alle sessies door zorgt Bastiaan Geleijnse, auteur van de Fokke en Sukke cartoons, voor de nodige hilariteit. ‘Zelf tekenen kan ik niet, dus heb ik van tevoren enkele bestaande tekeningen uitgezocht die ik van nieuwe tekstjes voorzie.’ Vers getekend of niet, de teksten zijn scherp en *to the point*, en vooral erg geestig!

Afsluiting

In de plenaire afsluiting van het symposium gaat Lex Goudswaard in op de toekomstbestendigheid van de NHG-Standaarden. Sinds de nieuwe Zorgverzekeringswet van 2006 is de positie van de huisartsgeneeskunde - en dus van de standaarden - niet meer vanzelfsprekend. Er worden indicatoren geëist en de autonomie van de standaardmakers staat onder druk. Zijn het richtlijnen of verplichtlijnen? Bij ondeskundig gebruik dreigt het gemiddelde de norm te worden en komt het kwaliteitsbeleid in het gedrang. Toch ziet de toekomst van de richtlijnen er rooskleurig uit, mits de beroepsgroep en de maatschappij deze blijven ondersteunen, ook financieel. Wel is dan van belang dat ze nóg beter worden geïmplementeerd. (AS)



Algemene Ledenvergadering NHG

Aansluitend op het symposium vond de Algemene Ledenvergadering plaats. Vastgesteld werd het NHG-Jaarplan 2010 'Kwaliteit in het DNA' (ofwel Digitaal NHG-aanbod), dat tot doel heeft de beschikbare NHG-materialen makkelijker toegankelijk te maken en uit te breiden. Ook in 2010 blijven ouderenzorg en preventie NHG-speerpunten. De zorg voor chronische aandoeningen krijgt extra aandacht met het oog op de introductie van de integrale bekostiging. Het project PreventieConsult zal in 2010 verder worden uitgerold.

De ALV stelde ook de begroting en contributie voor 2010 vast.

De ALV stelde tevens het NHG/LHV-Standpunt *Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD). Gegevensbeheer en gegevensuitwisseling* vast, alsmede het NHG-Standpunt *Huisarts en palliatieve zorg*.

De leden gingen akkoord met de voordracht van Geert-Jan van Loenen als nieuw lid van de Verenigingsraad namens het LHV-bestuur, alsook met de profielen voor twee nieuwe kandidaatleden voor de Raad

van Toezicht. De autorisatie van de NHG-Standaarden *Niet-traumatische knieproblemen bij kinderen en volwassenen, Varices, Artritis en Chronische nierschade* werd bekrachtigd.

Na uitgebreide discussie is de garantstelling aan NPA bv, de uitvoeringsinstantie van de NHG-Praktijkaccreditering, met vier jaar verlengd. Ook is ingestemd met overname van NHGDoc, een *clinical decision support system*, dat het bedrijf ExpertDoc samen met het NHG ontwikkelt; of het uiteindelijk tot een overname komt hangt af van de onderhandelingen. (AC)

Interview met Marjolein Krul: 'Ik begin de dag met het openen van de NHG-Standaarden'

Marjolein Krul is arts in opleiding tot huisarts/onderzoeker in Rotterdam en zit in het derde jaar van haar opleiding. Haar onderzoek, dat zij eind van dit jaar hoopt af te ronden, richt zich op klachten van het bewegingsapparaat bij kinderen in de huisartsenpraktijk. Tevens is zij bestuurslid van de LOVAH en lid van de Verenigingsraad van het NHG. In een interview vertelt zij over nut en noodzaak van het gebruik van de NHG-Standaarden in de opleiding.

Hoe worden de standaarden in de opleiding gebruikt?

'Dat verschilt natuurlijk per opleiding. In Rotterdam is de onderwijsmethode rond de standaarden recentelijk veranderd. Destijds, toen ik in het eerste jaar van de opleiding zat, werden de standaarden ook structureel behandeld, maar dat gebeurde toen nog door een van de docenten die zich in de standaard had verdiept en daar een powerpoint-presentatie over kwam geven. Nu is het onderwijs veel actiever en vooral ook interactiever geworden. Je krijgt nu een casus voorgelegd die je aan de hand van allerlei informatie, zoals ook de standaarden, moet zien op te lossen en waarover dan wordt gediscussieerd.'

En hoe gaat het in z'n werk in de opleidingspraktijk?

'Zeker in de begintijd van je opleiding zijn de standaarden heel belangrijk. Er komt dan zoveel nieuws over je heen, want je hebt net je coschappen afgesloten of als arts-assistent in een ziekenhuis gewerkt, en bent dus helemaal gewend geraakt aan de gang van zaken in het ziekenhuis. Je moet je dan de huisartsenmanier van werken eigen maken en je wordt geconfronteerd met de diversiteit aan problematiek die je in een huisartsgeneeskundige setting tegenkomt. De standaarden bieden daarbij een goed houvast. En in mijn eerstejaars opleidingspraktijk pakten we in

het wekelijkse leergesprek met mijn opleider altijd een standaard die we dan helemaal uitplozen. Naarmate je verder komt in de opleiding en meer ervaring krijgt, zul je wel meer kennis paraat krijgen in je hoofd, maar nu begin ik de dag nog met het opstarten van het HIS en het openen van het Farmacotherapeutisch Kompas en de NHG-Standaarden.'

Hoe zou de opleidingstijd eruitzien als er geen standaarden waren?

'Dan zou je meer kennis moeten halen uit boeken en de ervaring van de huisartsopleider. Alle dingetjes die je nu uit de standaarden kunt halen, zou je dan moeten opzoeken op internet. Maar voor je in PubMed of Cochrane hebt gevonden wat je nodig hebt, en voor je hebt geselecteerd wat wel en niet nuttige en betrouwbare informatie is, ben je wel een paar weken verder. Zeker als je het ook nog echt wetenschappelijk onderbouwd wilt hebben. Bovendien vind je in boeken toch vaak vooral iemands eigen mening; het prettige van standaarden is dat je weet dat ze zo veel mogelijk objectieve informatie bevatten.'

De standaarden hebben dus echt meerwaarde in de opleiding?

'Ja, dat vind ik wel. De Werkgroep Europese Samenwerking van de LOVAH organiseert elk jaar de reis naar het WONCA-congres. Daar zijn dan diverse bijeenkomsten met buitenlandse aios en hierin komt vaak naar voren dat ze in andere landen een beetje jaloers zijn op onze standaarden. Zij vinden het heel gemakkelijk dat je zoveel antwoorden op je vragen bij de hand hebt.'

Heb je nog wensen ten aanzien van de standaarden?

'Nou, een uitbreiding van het aantal onderwerpen zou altijd fijn zijn. Maar daar moet natuurlijk wel de mankracht voor zijn!'



Zou je later zelf aan een standaard gaan meewerken?

'Dat zou ik zeker willen! Ik vind de standaarden heel handig, dus lijkt het me ook leuk om er eens aan mee te werken er eentje te maken. En het gegeven dat ik als aiotho al ervaring heb in het doen van onderzoek, zal dan vast ook toegevoegde waarde hebben.'

Zou zo'n standaard dan moeten gaan over het bewegingsapparaat?

'Nee, misschien wel integendeel. Dat mijn onderzoek zich richt op het bewegingsapparaat van kinderen, wil niet zeggen dat ik alleen voor dat onderwerp belangstelling heb. Ik ben juist huisarts geworden omdat ik geïnteresseerd ben in een heel breed gebied van de geneeskunde.' (AS)

Colofon

Redactie

Joost Blijham, voorzitter
Anika Corpeleijn
Ron Helsloot
Annet Janssen
Simone Rietdijk
Ans Stalenhoef, eindredacteur

Redactiesecretariaat

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.