

54

ONDERZOEK**Weinig overbehandeling met antidepressiva***Ellen Piek, Klaas van der Meer, Witte Hoogendijk, Brenda Penninx, Willem Nolen*

58

Casemanagement bij beginnende dementie*Daniëlle Jansen, Hein van Hout, Giel Nijpels, Frank Rijmen, Rosemarie Dröes, Anne Margriet Pot, François Schellevis, Wim Stalman, Harm van Marwijk***BESCHOUWING**

64

Van verzadigd naar onverzadigd vet*Gerard Hornstra, Henriëtte Grooten, Jaap van Binsbergen*

68

NHG-STANDAARD**Angst (tweede herziening)***Lieke Hassink-Franke, Berend Terluin, Florian van Heest, Jan Hekman, Harm van Marwijk, Mariëlle van Avendonk*

78

KLINISCHE LES**Cholesteatoom: een wolf in schaapskleren***Liane Santing, Reinout van der Eijk, Gé Donker*

86

HUISARTSENZORG IN CIJFERS**Besluiten bij ongewenste zwangerschap***Gé Donker, Maaïke Goeneë*

88

IMPORT**Beweeg en leef langer***Victor van der Meer*

89

Excisiemarges van een melanoom*Persijn Honkoop*

90

CATS**5-fluorouracilcrème en voetwratten***Wiljan Ouwendijk, Arie Knuistingh Neven*

91

PEARLS**Sublinguale immunotherapie bij hooikoorts***Sjoerd Zwart*

51

JOURNAAL

82

INTERVIEW

84

SIGNAAL

87

KENNISTOETS

92

BOEKBESPREKING

93

INGEZONDEN

5

HET NHG

Lezen en gelezen worden

Huisarts en Wetenschap bestaat dankzij u: als lezer, auteur of referent. De bijdragen van huisartsen zijn essentieel. Alleen als u onderzoekartikelen, beschouwingen, nascholingen en klinische lessen aanbiedt, kunnen wij het blad voor u maken. In 2011 werden er 77 artikelen ingediend waarvan er na beoordeling door referenten en redactiecommissie 43 zijn of worden geplaatst. Door deze bijdragen kan H&W bestaan, ons blad is er voor en door huisartsen. We zien uw bijdragen dan ook graag tegemoet.

Hoofdttekst standaarden in H&W

Vanaf dit nummer publiceren we alleen de hoofdttekst van de NHG-Standaarden in H&W. De volledige standaard met noten en literatuurverwijzingen staat voortaan op onze site. Het is natuurlijk jammer dat je bij het lezen van de standaard bij een bepaalde passage niet direct de bijbehorende noot kunt raadplegen, maar daarvoor hebben we goede redenen. Zo worden er jaarlijks meer NHG-Standaarden herzien, krijgen patiënten meer inbreng bij de standaardontwikkeling en hebben veel standaarden een samenwerkingsparagraaf. Verder gebruiken de ontwikkelaars bij de onderbouwing van de aanbevelingen steeds vaker het graderingssysteem (GRADE) dat inzicht geeft in het niveau van bewijsvoering. Allemaal ontwikkelingen die de standaarden nog beter maken maar ook langer. Dat hebt u misschien ook al gemerkt: de standaarden Acute hoesten en Zwangerschap en kraambed waren bijvoorbeeld elk 25 pagina's. Alles bij elkaar genomen hebben we als redactie van H&W in overleg met het NHG besloten van nu af aan alleen de hoofdttekst in H&W te publiceren. Wij vinden het belangrijk dat H&W u informeert over de nieuwe standaarden en over de belangrijke wijzigingen in herziene standaarden zodat u daarmee uw voordeel kunt doen in uw praktijk. In dit nummer staat de hoofdttekst van de standaard Angst (tweede herziening). Op het web (www.henw.org) vindt u de html- en pdf-versie van de standaard met noten en literatuurverwijzingen.



Leren uit klinische lessen

In deze H&W staat ook weer een klinische les. Soms zien we als huisarts aandoeningen die we ooit in de collegebanken hebben geleerd maar zelden in het echt tegenkomen. Neem het cholesteatoom: in mijn 20-jarige loopbaan als huisarts heb ik het één keer gezien. Volgens de klinische les van Liane Santing et al. ziet een huisarts deze aandoening echter eens in de 4 à 5 jaar. Wie weet heb ik er dus een gemist of kan ik me het niet meer herinneren. Het is de bedoeling van een klinische les dat je er iets van leert. Een klinische les helpt je een volgende keer – bijvoorbeeld als een oorontsteking niet volgens verwachting verloopt – ook aan zo'n bijzondere aandoening te denken. We roepen iedereen op die een ongebruikelijke aandoening ziet zijn diagnostisch proces en gedachtegang aan het papier toe te vertrouwen en naar H&W te sturen. Dan leert u er niet alleen van maar kan een ander er ook zijn voordeel mee doen. Doen dus! ■

Just Eekhof

Dikke dokters ongeloofwaardig

Een paar jaar geleden verwees ik eens een ietwat gezette man naar een diëtiste om af te vallen. Enkele maanden later trof ik hem weer. 'Nou dokter, die diëtiste was geen succes', zo begon hij. Bij nadere toelichting bleek dat de diëtiste zelf enorm dik was geweest. Bovendien had ze mijn patiënt onderhouden over het feit dat het er vooral om gaat hoe men zich voelt bij zijn postuur, en wat bleek: zij voelde zich prima. In de ogen van mijn patiënt had ze zichzelf volstrekt ongeloofwaardig gemaakt.

Op een recent Canadees cardiovasculair congres sneed kindercardioloog McCrindle dezelfde problematiek aan. Om patiënten op overtuigende

wijze te voorzien van leefstijladviezen moet men zelf het goede voorbeeld geven, zo kan zijn boodschap worden samengevat. Kennelijk voelen dokters dat ook wel aan, want uit onderzoek blijkt dat leefstijladviezen vaker worden gegeven als de hulpverlener er zelf gezonde leefgewoonten op nahoudt. Niets is zo erg als een dokter te hebben die zelf gestopt is met roken, zo verzekerde een – uiteraard rokende – vertegenwoordiger in sigaretten mij in dit verband eens.

Dubbele boodschappen ontstaan onder andere omdat artsen hun eigen overgewicht bagatelliseren of onderschatten, zo verhaalt McCrindle. Ook ziekenhuizen zijn niet vrij van hypocrisie door fastfoodketens vestigingen te gunnen binnen hun muren. McCrindles lezing wordt enigszins hilarisch als hij vertelt van zijn bezoek

aan een Amerikaans congres over kinderobesitas, waar zeker de helft van de bezoekers zelf veel te dik was, waaronder een prominente spreker onmiddellijk na hem. Het laat zich raden dat die zich ongemakkelijk heeft gevoeld. Eigenlijk acht McCrindle dit alleen maar gunstig want een zekere dosis *healthy discomfort* is nodig om mensen in beweging te krijgen.

De conclusie is duidelijk: een dikke dokter die wijst op de risico's van overgewicht overtuigt niet. Roken in het bijzijn van patiënten is al langere tijd not done. Nu wordt het zaak onze buikjes weg te werken. ■

Tjerk Wiersma

Wood S. Fat, unfit, unmotivated: cardiologist, heal thyself. <http://www.theheart.org/article/1300255.do>.

Oog voor depressie

Lang niet alle depressies worden herkend. Volgens de literatuur stellen huisartsen de diagnose depressie bij minder dan de helft van de patiënten die depressief zijn. Het is nog niet goed bekend of depressieve patiënten die er door de huisarts uitgepikt worden, op den duur beter af zijn dan patiënten bij wie een depressie niet herkend wordt.

Utrechtse onderzoekers bekeken dit in het PREDICT-NL onderzoek. Zij volgden 1293 patiënten die zij via de wachtkamer van 6 huisartsenpraktijken hadden benaderd. De deelnemende patiënten vulden bij aanvang van het onderzoek en na 6, 12 en 39 maanden verschillende vragenlijsten in. Bij de start hadden 170 patiënten (13%) een depressie volgens de DSM-IV-criteria. Zoals verwacht op basis van eerdere onderzoeken herkennen huisartsen een depressie bij slechts 36% van hen. Met name ernstiger depressies, recidiverende depressies en depressies bij patiënten die vaker dan gemiddeld op het spreekuur kwamen, werden als zodanig gediagnosticeerd. Na verloop van tijd werden zowel herkende als niet-herkende depressieve

patiënten minder somber. De grootste verbetering was in het eerste jaar te zien, maar zette zich daarna licht nog door. Opvallend genoeg verschilde na 12 en na 39 maanden de ernst van de depressieve symptomen niet tussen beide groepen: het beloop bij patiënten met een herkende depressie was gelijk aan dat van patiënten die niet als zodanig waren gediagnosticeerd.

Dit onderzoek laat zien dat het natuurlijk beloop van een depressie mild is. Herkenning door de huisarts lijkt

er weinig toe te doen, maar dat is wat kort door de bocht. In dit onderzoek is bijvoorbeeld niet gekeken naar het therapeutisch beleid na herkenning van een depressie. Verder onderzoek moet uitwijzen welke patiëntengroep gebaat is bij een behandeling. ■

Linda Bröker

Kamphuis MH, et al. Recognition of depression in primary care: does it affect outcome? The PREDICT-NL study. *Fam Pract e-pub* August 22, 2011; doi: 10.1093.



Foto: Oleg Golovnev/Shutterstock



Geriaters in ziekenhuizen niet altijd effectief

Geriatrische zorg voor opgenomen patiënten in ziekenhuizen is effectief. Het effect is echter klein en het treedt alleen op als patiënten daadwerkelijk op een geriatrische afdeling worden opgenomen. Mobiele geriatrische teams lijken niet effectief.

Het *Comprehensive Geriatric Assessment* (CGA) spoort problemen van een oudere zoveel mogelijk multidisciplinair op, beschrijft en verklaart ze. Met behulp daarvan wordt een gecoördineerd en integraal zorgplan opgesteld. Schotse onderzoekers verrichtten een mooi literatuuronderzoek naar het effect van CGA waarin ze zoveel mogelijk onderzoeksgegevens samenvoegden; ze vonden 22 onderzoeken die het CGA vergeleken met normale zorg. Inzet van het CGA leidde tot een hogere kans dat patiënten na gemiddeld een jaar nog in leven waren en thuis woonden (oddsratio 1,16; 95%-BI 1,05-1,28). Dit positieve effect leek volledig toe te schrijven aan de geriatrische afdelingen (oddsratio

1,22; 95%-BI 1,10-1,35). Voor mobiele geriatrische teams daarentegen werd een negatieve trend gevonden (oddsratio 0,75; 95%-BI 0,55-1,01).

De meeste onderzoeken waren afkomstig uit de Verenigde Staten en zijn dus moeilijk extrapoleerbaar naar de Nederlandse situatie. Het is opvallend dat de inzet van geriatrische expertise op een niet-geriatrische afdeling een negatief effect lijkt te hebben. Feitelijk gebeurt dat laatste vaak in Nederlandse ziekenhuizen waar geriaters en geriatrisch verpleegkundigen in consult worden geroepen. Zonder verdere geriatrisering van het ziekenhuis lijkt dat weinig zinvol. Interessant is de vraag of hetzelfde principe geldt voor de ouderenzorg in de eerste lijn. Ook daar zal de effectiviteit van de ouderenzorg mogelijk alleen verbeteren als het gehele team meer ouderengericht gaat werken. Alleen het maken van een zorgplan zal het verschil dan niet gaan maken. ■

Henk Schers

Ellis G, et al. *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials.* *BMJ* 2011;343:bmj.d6553.

Eradicatietherapie bij functionele maagklachten

Italiaanse onderzoekers concluderen dat eradicatietherapie patiënten met functionele maagklachten helpt. Helaas vermeldt het onderzoek niet of patiënten na de kuur ook minder medicatie (protonpompremmers) nodig hebben.

Op het spreekuur zien we vaak mensen met maagklachten. Soms zijn deze klachten kortdurend, maar veel patiënten hebben er langer last van. De NHG-Standaard adviseert diagnostiek naar *H. Pylori* te doen bij persisterende of recidiverende maagklachten als de klachten niet passen bij refluxziekte en vooral wanneer het risico op ulcuslijden verhoogd is. Het gaat vaak om functionele klachten waarbij *H. Pylori*-

diagnostiek wordt ingezet om te kijken of chronisch medicatiegebruik kan worden voorkomen. Maar hoe zit het met de effectiviteit van eradicatie bij patiënten met functionele klachten?

Mazzoleni et al. onderzochten bij 404 eerstelijns patiënten met functionele maagklachten (volgens Rome III-criteria) de effectiviteit van een eradicatiekuur (omeprazol, amoxiciline en clarithromycine) in vergelijking met omeprazol plus placebo. Alle patiënten kregen bij de start en na 1 jaar een gastroscopie en een *H. Pylori*-test. De uitkomstmaten waren 50% of meer verbetering van symptomen (op een gevalideerde vragenlijst), subjectieve klachtenverbetering en verbeterde kwaliteit van leven. Van de 404 patiënten kregen er 201 antibiotica en 203 de controlebehandeling. Bij 49% van de interventiegroep werd bij 50% of meer

verbetering van symptomen bereikt ten opzichte van 36,5% in de controlegroep ($p = 0,01$; NNT 8). In de antibioticagroep was de subjectieve klachtenbeleving bij 78,1% verbeterd ten opzichte van 67,5% in de controlegroep ($p = 0,02$). Ook ervoer de antibioticagroep na een jaar een significante verbetering van de kwaliteit van leven. Na een jaar was 88,6% van de antibioticagroep negatief voor *H. Pylori* ten opzichte van 7,4% van de controlegroep.

Een onderzoek met mooie resultaten, waarbij helaas niets wordt gezegd over het afbouwen van medicatie als protonpompremmers. Jammer, want dat is toch eigenlijk een belangrijke reden waarom je patiënten een eradicatiekuur aandoet. ■

Just Eekhof

Mazzoleni LE, et al. *Helicobacter pylori Eradication in Functional Dyspepsia: HEROES Trial.* *Arch Intern Med* 2011;171:1929-36.

Welke patiënten ziet de aios?

Aios huisartsgeneeskunde zijn voor een zeer belangrijk deel afhankelijk van het patiëntenaanbod in de opleidingspraktijk als het gaat om het behalen van hun leerdoelen en het ontwikkelen van de vereiste competenties. Maar hoe ziet dat aanbod er nu eigenlijk uit?

Onderzoekers van het AMC hebben gepoogd deze zwarte doos binnen de opleiding te openen. Zij analyseerden hiervoor het patiëntenaanbod van 49 eerstejaars en 24 derdejaars aios ten aanzien van ICPC-codes en karakteristieken van de patiëntcontacten. Opvallende conclusies werden getrokken.

Het totaal aantal consulten tussen eerste- en derdejaars aios verschilde niet significant, met een gemiddelde van 583

consulten per trimester. Dat is opvallend omdat het opvoeren van het aantal consulten vaak tot de leerdoelen behoort. Ook is deze uitkomst verrassend omdat enkele derdejaars productie-aios zorgden voor zeer hoge uitschieters van het aantal consulten met hun face-to-facecontacten.

Het geschatte aantal ICPC-codes per trimester bedroeg 621 en 662 voor respectievelijk het eerste en het derde jaar. In beide jaren kwam een matig aanbod voor van bloedziekten, mannelijke genitaal-klachten en sociale problematiek: klachten die een huisarts volgens de *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk* ook minder frequent ziet. In het derde jaar kwamen onder andere chronische ziekten wel significant vaker voor, conform de leerdoelen van het curriculum. Verder bleek dat vrouwelijke aios tweemaal vaker vrouwenklachten zagen dan hun mannelijke collega's!

Dit geeft zowel voor aios als opleiding te denken. Moet het terugkomdagonderwijs meer worden toegespitst op de tekorten in het aanbod? Moeten er individuele analyses komen van patiëntcontacten ter vorming van leerplannen, ontdekking van blinde patiëntvlekken en wetenschappelijk onderbouwde keuzes voor de derdejaars praktijk(aanbod)? Verplichte vrouwen-sprekuren voor mannelijke aios? En bovenal, heeft de aios een voldoende breed aanbod gezien om goed voorbereid de huisartsenmarkt op te gaan? Hoe ziet het aanbod van de opleiders er eigenlijk uit? Dit leuke onderzoek roept weer veel vragen op, en creëert kansen. ■

Bonnie Zijlsing

De Jong J, et al. Opening the black box: the patient mix of GP trainees. Br J Gen Pract 2011;61:650-7.

Handen-in-Huis ontlast mantelzorgers

Stichting Mantelzorgvervanging Nederland 'Handen-in-Huis' richt zich op de 24-uurs vervanging van mantelzorgers. Een aantal zorgverzekeraars vergoedt deze vervanging.

Vaste mantelzorgers van thuisblijvende zorgbehoevenden vinden het

vanzelfsprekend om voor hun naaste te zorgen, maar lopen tegen tal van problemen aan. Een van die problemen is vervanging. Juist de mantelzorger moet er zo nu en dan eens even tussenuit voor een lang weekend of korte vakantie. De zorg kan dan overgenomen worden door Stichting Handen-in-Huis. Vrijwilligers nemen in die periode dag en nacht alle werkzaamheden van de mantelzorger over. De patiënt is in goede handen, blijft

in de eigen vertrouwde omgeving en hoeft niet (tijdelijk) naar een verpleegte-huis. De vrijwilligers krijgen een reis- en dagvergoeding.

In een situatie waarbij een mantelzorger op zijn tandvlees loopt en er nodig even tussenuit moet, is dit een mogelijkheid om dat te realiseren. ■

www.handeninhuis.nl

Injectie in de knie: van welke kant?

Er zijn verschillende manieren om een injectie in de knie te geven, maar niet altijd resulteert dit ook in een intra-articulaire infiltratie.

Hermans et al. deden een literatuuronderzoek naar de meest accurate methode om daadwerkelijk in het kniegewricht te komen. Zij vonden 9 onderzoeken met in totaal 989 injecties in 463 knieën. De meest onderzochte methode (230 injecties) is de supero-laterale benadering: injectie lateraal van de bovenrand van de

patella bij een licht gebogen been. Deze methode blijkt ook de meest accurate te zijn: 91% (95%-BI 84-99) van de injecties kwam in het gewricht zelf terecht. Een vergelijkbare benadering van lateraal naar midpatellair resulteerde in 85% (95%-BI 68-100) van de injecties in een intra-articulaire infiltratie. Injectie vanaf mediaal ter hoogte van de onderpool van de patella (knie in 90° flexie) was in 72% van de injecties accuraat (95%-BI 65-78).

De laterale benadering geeft dus de beste kansen om een injectie daadwerkelijk intra-articulair te geven. Deze methode wordt ook in het *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk* aanbevo-

len. Dit literatuuronderzoek doet geen uitspraak over de effectiviteit van de injecties. Het is een interessante vraag of een exacte intra-articulaire plaatsing van de naald essentieel is voor de effectiviteit van een steroidinfiltratie. ■

Linda Bröker

Hermans J, et al. The most accurate approach for intra-articular needle placement in the knee joint: a systematic review. Semin Arthritis Rheum 2011;41:106-15.
Goudswaard AN, et al. Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Houten: Prelum Uitgevers, 2009.



Weinig overbehandeling met antidepressiva

Samenvatting

Piek E, Van der Meer K, Hoogendijk WJG, Penninx BWJH, Nolen WA. *Weinig overbehandeling met antidepressiva. Huisarts Wet* 2012;55(2):54-7.

ACHTERGROND Depressie wordt veelal behandeld in de eerste lijn. Onderzoekers hebben echter zowel over- als onderbehandeling met antidepressiva geconstateerd. Wij onderzochten of huisartsen antidepressiva in overeenstemming met de richtlijnen voorschrijven, en met name of ze niet geneigd zijn tot overbehandeling.

METHODE Uit de baselinegegevens van de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA) selecteerden wij 1531 respondenten uit de eerste lijn, met en zonder symptomen van angst of depressie, van wie was nagegaan of zij antidepressiva gebruikten. Wij controleerden vervolgens of dit gebruik in overeenstemming was met de daarvoor gestelde indicaties in de NHG-Standaarden Depressieve Stoornis en Angststoornissen.

RESULTATEN Van de 1531 respondenten gebruikten er 199 (13%) een antidepressivum. In 188 (94,5%) gevallen was het gebruik (mogelijk) gerechtvaardigd en in 11 (5,5%) gevallen niet. Van deze 11 respondenten hadden er 6 in het verleden wel een indicatie voor antidepressiva gehad.

CONCLUSIE Overbehandeling met antidepressiva komt in de Nederlandse huisartsenpraktijk niet vaak voor. Het merendeel van de overbehandeling wordt veroorzaakt doordat patiënten te lang doorgaan met het slikken van antidepressiva en niet doordat de huisarts ze voorschrijft voor lichte depressieve klachten.

INLEIDING

De meeste Nederlanders met een depressieve stoornis ('depressie') worden behandeld in de eerste lijn.^{1,2} De richtlijnen voor de eerste en tweede lijn bevelen voor alle patiënten met een depressie behandeling aan met antidepressiva en/of psychotherapie.³⁻⁶ Na een eerste episode moet de behandeling met antidepressiva voortgezet worden tot zes maanden na remissie, na een recidief of bij chronische depressie moet zij nog één of meer jaren worden voortgezet.³⁻⁶

Diverse onderzoeken rapporteren dat er in de eerste lijn te weinig antidepressiva worden voorgeschreven aan patiënten met depressie.⁷⁻¹² In de afgelopen jaren is er echter ook – vooral

in de media¹³⁻¹⁵ – veel discussie geweest over mogelijke overbehandeling met antidepressiva, vooral doordat patiënten al bij lichte depressieve klachten een antidepressivum zouden krijgen.¹⁶⁻²⁰

Doel van ons onderzoek was na te gaan in hoeverre antidepressiva in de eerste lijn worden voorgeschreven in overeenstemming met de NHG-Standaarden Depressieve Stoornis en Angststoornissen, en dan met name of er inderdaad sprake is van overbehandeling.

METHODEN

Onderzoeksopzet en -populatie

Voor dit onderzoek gebruikten wij de baselinegegevens van de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA), een groot prospectief cohortonderzoek naar depressie en angst onder 18- tot 65-jarigen, gerekruteerd uit de algemene bevolking en uit de eerste en tweede lijn,²¹ en selecteerden daaruit de respondenten die gerekruteerd waren in de eerste lijn (n = 1610). Dit betrof mensen met en zonder angst- en/of depressieve klachten die in de afgelopen vier maanden hun huisarts bezocht hadden. Wij excludeerden vervolgens de respondenten die eerder in de tweede lijn waren behandeld (n = 79). Onze gegevens betroffen uiteindelijk 1531 respondenten.

Variabelen

Met behulp van het Composite International Diagnostic Interview (CIDI) gingen wij na of de respondenten voldeden aan de diagnostische criteria voor depressieve stoornis ('depressie'), dysthymie en/of angststoornis, of ooit daaraan hadden voldaan.^{22,23} Op basis van de CIDI-gegevens formuleerden wij daarnaast nog twee variabelen. De variabele 'depressieve klachten' definieerden wij als ooit gedurende ten minste twee weken één of meer symptomen van depressie hebben gehad, waaronder in elk geval somberheid of anhedonie, zonder ooit

Wat is bekend?

- De laatste jaren is er, in de media en onder zorgverleners, veel discussie over overbehandeling met antidepressiva.
- Deze overbehandeling zou met name veroorzaakt worden doordat huisartsen te vaak – en in weerwil van de richtlijnen – antidepressiva voorschrijven aan patiënten met lichte depressieve klachten.

Wat is nieuw?

- Overbehandeling met antidepressiva komt in de Nederlandse huisartsenpraktijk weinig voor.
- De meeste patiënten die ten onrechte een antidepressivum gebruiken, zijn te lang doorgegaan met slikken. Slechts weinig patiënten krijgen ten onrechte een recept bij lichte depressieve klachten.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Antonius Deusinglaan 1, Postbus 196, 9700 AD Groningen: E. Piek, huisarts; prof.dr. K van der Meer, emeritus hoogleraar Huisartsgeneeskunde. UMC Groningen, afdeling Psychiatrie: prof.dr. W.A. Nolen, hoogleraar Psychiatrie, VUmc, afdeling Psychiatrie/Neuroscience Campus Amsterdam: prof.dr. W.J.G. Hoogendijk, hoogleraar Biologische psychiatrie. LUMC, afdeling Psychiatrie: prof.dr. B.W.J.H. Penninx, hoogleraar Psychiatrische epidemiologie • Correspondentie: e.piek@umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA) wordt gefinancierd vanuit het Geestkracht programma van Zon-MW (subsidienummer 10-000-1002) en door bijdragen van de deelnemende centra en instellingen: GGZ inGeest, GGZ Rivierduinen, GGZ Arkin, GGZ Lentis, GGZ Friesland, GGZ Drenthe, Trimbos Instituut, NIVEL, IQ Healthcare, VUMC, LUMC en UMCG. Er was geen aanvullende financiering voor dit onderzoek.

Dit artikel verscheen eerder als: Piek E, Van der Meer K, Hoogendijk WJ, Penninx BW, Nolen WA. Most antidepressant use in primary care is justified: Results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *PLoS One* 2011;6:e14784. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

aan voldoende criteria voor depressie te hebben voldaan. De variabele 'chronische depressie' definieerden wij als ooit de diagnose depressie hebben gehad en in de afgelopen vijf jaar gedurende ten minste twee aaneengesloten jaren depressieve klachten.

Daarnaast gebruikten wij de demografische gegevens zoals geregistreerd tijdens het baseline-interview (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau).

Uitkomstmaten

De respondenten was gevraagd al hun medicatie van de afgelopen maand mee te nemen naar het baseline-interview, waarna de onderzoekers noteerden welke antidepressiva daarbij zaten. Tot de antidepressiva rekenden zij selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI), tricyclische antidepressiva (TCA) en andere antidepressiva, maar niet sint-janskruid. Respondenten die de doosjes vergeten waren, werd gevraagd welke middelen zij gebruikten (zelfrapportage).

De indicatie voor antidepressiva bepaalden wij aan de hand van de NHG-Standaarden Depressieve Stoornis (2003) en Angststoornissen (2004).^{3,24} Wij beoordeelden het gebruik van antidepressiva als 'gerechtvaardigd' wanneer de richtlijn deze behandeling aanbeval als een van de eerste stappen, en als 'mogelijk gerechtvaardigd' wanneer de richtlijn de behandeling aanbeval als vervolgstap. Een behandeling met antidepressiva kwalificeerden wij als 'ongerechtvaardigd' wanneer zij plaatsvond bij patiënten die nooit een angststoornis of een recidiverende of chronische depressie gehad hadden, en in het afgelopen jaar ook niet een eerste episode van depressie of dysthymie.

RESULTATEN

De gemiddelde leeftijd was 45,8 jaar en 1054 (68,8%) respondenten waren vrouw. Van de 1531 respondenten voldeden er 1064 aan onze criteria voor depressie, dysthymie of depressieve klachten en 762 aan die voor een angststoornis, waarbij 651 voldeden aan de criteria voor beide en 111 respondenten alleen een angststoornis hadden. Van de respondenten met een angststoornis hadden er 324 meer dan één angststoornis, bijvoorbeeld een paniekstoornis en een sociale angststoornis. Er waren 356 respondenten zonder angststoornis of depressie.

Van de 1064 respondenten met depressie, dysthymie of depressieve klachten hadden er 807 (ooit) een depressie, van wie 428 in het afgelopen jaar, 23 (ooit) een dysthymie, van wie 16 in het afgelopen jaar, en 234 (ooit) depressieve klachten zonder depressie of dysthymie.

Gerechtvaardigde behandeling

Van alle 1531 respondenten in onze onderzoekspopulatie gebruikten er 199 (13%) een antidepressivum. In 104 (52,2%) gevallen was dit gerechtvaardigd, bij 84 (42,2%) respondenten was dit mogelijk gerechtvaardigd en bij 11 (5,5%) respondenten was er op dat moment geen enkele indicatie voor het antidepressivum.

Van de 1064 respondenten met depressie, dysthymie of

depressieve klachten gebruikten er 189 (17,8%) een antidepressivum. Dit werd in 75 (39,7%) gevallen gerechtvaardigd, in 68 (36,0%) gevallen mogelijk gerechtvaardigd en in 46 (24,3%) gevallen niet gerechtvaardigd door de depressieve klachten. Van de laatstgenoemde 46 hadden er echter 37 ooit een angststoornis gehad (26 in het afgelopen jaar, 11 langer geleden) die een (mogelijke) rechtvaardiging bood voor het antidepressivum. Uiteindelijk konden wij bij slechts 9 (4,8%) respondenten met depressie, dysthymie of depressieve klachten geen enkele (mogelijke) rechtvaardiging vinden voor het gebruik van een antidepressivum.

Van de 111 respondenten met een angststoornis zonder depressie of depressieve klachten gebruikten er 8 (7,2%) een antidepressivum. In 3 (37,5%) gevallen was dit gerechtvaardigd, in de andere 5 (62,5%) mogelijk gerechtvaardigd.

In onze 'controlegroep' van 356 respondenten zonder angststoornis of depressie gebruikten er 2 (0,6%) een antidepressivum. In beide gevallen was dat dus per definitie ongerechtvaardigd.

[Tabel 1] geeft een overzicht van het gerechtvaardigd dan wel ongerechtvaardigd gebruik van antidepressiva in de onderzoekspopulatie. Bij in totaal 11 respondenten was het gebruik van antidepressiva ongerechtvaardigd, 8 van hen gebruikten een SSRI, 1 een TCA in lage dosering en 2 een ander antidepressivum. De duur van het gebruik varieerde van 0 tot 120 maanden (mediaan 48 maanden). Van deze respondenten voldeden er 9 aan onze criteria voor depressie, dysthymie of depressieve klachten, en 6 van de 9 hadden meer dan een jaar geleden een eenmalige episode van depressie gehad. Per saldo was dus het antidepressivumgebruik bij 6 (54,5%) van de 11 ongerechtvaardigde gebruikers in het verleden wel gerechtvaardigd geweest.

[Tabel 2] laat de relatie zien tussen de ernst van depressie op baseline en het gebruik van antidepressiva. De chikwadraattoets wees uit dat het percentage gerechtvaardigd gebruik in de groep met geen of lichte depressie significant lager was ($p = 0,015$) dan dat in de groep met matige of ernstige depressie. Bij respondenten met een lichte depressie die een antidepressivum gebruikten, was dit minder vaak te rechtvaardigen dan in de groep met een matige of ernstige depressie.

Tabel 1 Gerechtvaardigd en ongerechtvaardigd gebruik van antidepressiva in de onderzoekspopulatie

	Geen antidepressivum	Antidepressivum	Totaal
Gerechtvaardigd*	541 (85,1%)	95 (14,9%)	636
Mogelijk gerechtvaardigd†	225 (70,8%)	93 (29,3%)	318
Ongerechtvaardigd‡	566 (98,1%)	11 (1,9%)	577
Totaal	1332 (87,0%)	199 (12,9%)	1531

Absolute aantallen, tenzij anders aangegeven.

* Depressie of angststoornis in het afgelopen jaar, of behandeling maximaal 24 maanden bij recidiverende of chronische depressie.

† Dysthymie in het afgelopen jaar, angststoornis meer dan een jaar geleden of behandeling langer dan 24 maanden bij een recidiverende of chronische depressie.

‡ Elke andere behandeling met antidepressiva.

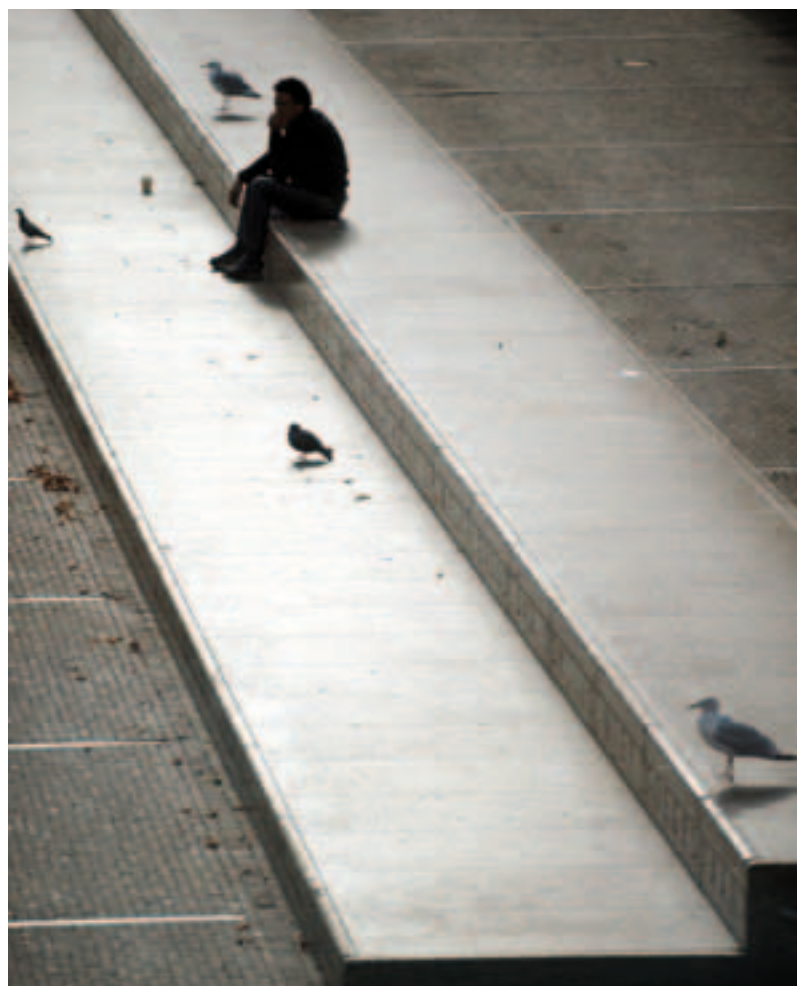


Foto: Joost van den Broek/Hollandse Hoogte

Tabel 2 Ernst van depressie tijdens het baseline-interview en gebruik van antidepressiva

	Gerecht- vaardigd*	Mogelijk gerecht- vaardigd†	Ongerecht- vaardigd‡	Totaal
Eenmalige depressie, licht	7 (24%)	6 (21%)	16 (55%)	29
Recidiverende depressie, licht	12 (39%)	19 (61%)	–	31
Eenmalige depressie, matig	19 (54%)	7 (20%)	9 (26%)	35
Recidiverende depressie, matig	9 (64%)	5 (36%)	–	14
Eenmalige depressie, ernstig	11 (33%)	8 (24%)	14 (42%)	33
Recidiverende depressie, ernstig	17 (53%)	15 (47%)	–	32
Dysthymie	–	8 (100%)	0 (0%)	8
Depressieve klachten	–	–	7 (100%)	7
Totaal	75	68	46	189

Absolute aantallen, tenzij anders aangegeven. – = Niet van toepassing.

* Depressie of angststoornis in het afgelopen jaar, of behandeling maximaal 24 maanden bij recidiverende of chronische depressie.

† Dysthymie in het afgelopen jaar, angststoornis meer dan een jaar geleden of behandeling langer dan 24 maanden bij een recidiverende of chronische depressie.

‡ Elke andere behandeling met antidepressiva.

BESCHOUWING

Belangrijkste resultaten

Onze belangrijkste bevinding is dat overbehandeling met antidepressiva in de Nederlandse huisartsenpraktijk niet veel voorkomt. In ons onderzoek gebruikte 13% van alle eerstelijnspatiënten een antidepressivum. Van deze recepten was 94,5% waarschijnlijk voorgeschreven conform de NHG-Standaarden (52,2% gerechtvaardigd, 42,2% mogelijk gerechtvaardigd), en was bij slechts 5,5% sprake van overbehandeling. In de bronpopulatie van NESDA (n = 10.677) komen we uit op vergelijkbare percentages (respectievelijk 47,8%, 46,8% en 5,4%).²⁵

Van de patiënten die ten onrechte een antidepressivum gebruikten, bleek ruim de helft ooit wel een indicatie te hebben gehad; bij hen is dus het antidepressivum niet conform de NHG-Standaard gestaakt.

Sterke en zwakke punten

Een sterk punt van ons onderzoek is dat het diagnostische interview (CIDI) onafhankelijk van de huisarts werd afgenomen. De huisarts heeft dus op basis van zijn eigen diagnostiek besloten wel of niet antidepressiva voor te schrijven. Een ander sterk punt is de steekproefomvang, die groot is voor een eerstelijns onderzoek.

Ons onderzoek heeft ook beperkingen. Allereerst geeft het CIDI geen inschatting van lijdensdruk en disfunctioneren, factoren die volgens de NHG-Standaarden onderdeel moeten zijn van de afweging van de huisarts. Ten tweede hadden wij geen inzage in het volledige patiëntendossier van de huisarts, waardoor we niet konden beoordelen waarom deze het antidepressivum had voorgeschreven en op welke gronden een beslissing tot staken of voortzetten van de behandeling was genomen.

Vergelijking met bestaande literatuur

Wij vonden drie eerdere onderzoeken naar mogelijke overbehandeling met antidepressiva in de eerste lijn. Twee daarvan vonden hogere percentages dan het onze: Finse onderzoekers¹⁷ vonden, met een bredere definitie, 25% overbehandeling, Italiaanse onderzoekers¹⁶ vonden bij een smallere definitie 35%. Een derde, Schots onderzoek²⁶ vond net als wij een 'zeer laag' percentage overbehandeling. Onze bevinding dat overbehandeling vooral ongerechtvaardigd lang gebruik van antidepressiva na een eenmalige episode van depressie betreft, strookt met eerdere Nederlandse bevindingen over de gebruiksduur van SSRI's.²⁷

Definities

Het belang van een goede definitie van overbehandeling is groot. Wij hebben 'gerechtvaardigde' en 'mogelijk gerechtvaardigde' behandeling breed gedefinieerd, en bijvoorbeeld ook onderhoudsbehandelingen van meerdere jaren na een angststoornis of recidief depressie als 'mogelijk gerechtvaardigd' geclassificeerd. Zouden wij deze categorie hebben geclassificeerd als ongerechtvaardigd, dan zou het percen-

tage overbehandeling niet 5,5 maar 47,8% bedragen. Wij vinden onze definitie echter zeker verdedigbaar, mede gezien het hoge recidiefrisico bij staken van een antidepressivum, vooral na meerdere episoden van depressie.²⁸

Wij hebben ons in dit onderzoek gericht op overbehandeling versus gerechtvaardigd gebruik. Het is van belang te benadrukken dat 'gerechtvaardigd' niet synoniem is aan 'noodzakelijk'. Patiënten met een lichte of zelfs matig ernstige depressieve stoornis hebben lang niet allemaal antidepressiva nodig, zelfs al is het gebruik gerechtvaardigd. De laatste update van de *Multidisciplinaire richtlijn depressie* (2010) en naar verwachting ook de komende herziening van de NHG-Standaard Depressie adviseren dan ook antidepressiva te reserveren voor patiënten met matige tot ernstige depressie.²⁹

Implicaties voor de praktijk en voor toekomstig onderzoek

Overbehandeling met antidepressiva komt in de Nederlandse huisartsenpraktijk weinig voor. Huisartsen moeten zich er wel van bewust zijn dat sommige patiënten de neiging hebben jarenlang antidepressiva te blijven slikken, ook als ze die inmiddels misschien niet meer nodig hebben. Het is echter moeilijk te bepalen welke patiënten ermee zouden kunnen stoppen. Alvorens campagnes te starten om het gebruik van antidepressiva terug te dringen verdient dit aspect nader onderzoek.

DANKBETUIGING

Klaas Groenier gaf statistische ondersteuning voor dit onderzoek. ■

LITERATUUR

- Wilson I, Duszynski K, Mant A. A 5-year follow-up of general practice patients experiencing depression. *Fam Pract* 2003;20:685-9.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003;289:3095-105.
- Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl R, Van Gelderen MG, De Haan M, Van Weel-Baumgarten EM, et al. NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie) (Eerste herziening). *Huisarts Wet* 2003;46:614-33.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: The treatment and management of depression in adults. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. Verkrijgbaar via http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/Depression_Update_FULL_GUIDELINE.pdf.
- Kennedy SH, Lam RW, Cohen NL, Ravindran AV. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. IV. Medications and other biological treatments. *Can J Psychiatry* 2001;46 Suppl 1:38S-58S.
- Institute for Clinical Systems Improvement. ICSI Health Care guideline: Major depression in Adults in Primary Care. Bloomington (MN): ICSI, 2009; Verkrijgbaar via http://www.icsi.org/depression_5/depression_major_in_adults_in_primary_care_3.html.
- Ormel J, Bartel M, Nolen WA. Onderbehandeling van depressie: Oorzaken en aanbevelingen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:1005-9.
- Van Os TW, Van den Brink RH, Van der Meer K, Ormel J. The care provided by general practitioners for persistent depression. *Eur Psychiatry* 2006;21:87-92.
- Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: The Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol* 2002;17:S1-11.
- Leclercq Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: Results from 3 European studies. *J Clin Psychiatry* 2007;68:36-41.
- Stafford RS, Ausiello JC, Misra B, Saglam D. National patterns of depression treatment in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2000;2:211-6.
- Balestrieri M, Carta MG, Leonetti S, Sebastiani G, Starace F, Bellantuono C. Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:211-6.
- VPRO. Iedereen depressief. Televisie-uitzending 28-12-2010.
- TROS Radar. Antidepressiva. Televisie-uitzending 01-02-2010.
- Dehue T. De depressie-epidemie. Amsterdam: Augustus, 2008.
- Berardi D, Menchetti M, Cevenini N, Scaini S, Versari M, De Ronchi D. Increased recognition of depression in primary care: Comparison between primary-care physician and ICD-10 diagnosis of depression. *Psychother Psychosom* 2005;74:225-30.
- Silho S, Isometsa E, Kiviruusu O, Hamalainen J, Suvisaari J, Perala J, et al. Antidepressant utilisation patterns and determinants of short-term and non-psychiatric use in the Finnish general adult population. *J Affect Disord* 2008;110:94-105.
- Rosholm JU, Gram LF, Damsbo N, Hallas J. Antidepressant treatment in general practice: An interview study. *Scand J Prim Health Care* 1995;13:281-6.
- Gardarsdottir H, Heerdink ER, Van Dijk L, Egberts AC. Indications for antidepressant drug prescribing in general practice in the Netherlands. *J Affect Disord* 2007;98:109-15.
- Pinto-Meza A, Fernandez A, Serrano-Blanco A, Haro JM. Adequacy of antidepressant treatment in Spanish primary care: A naturalistic six-month follow-up study. *Psychiatr Serv* 2008;59:78-83.
- Penninx BW, Beekman AT, Smit JH, Zitman FG, Nolen WA, Spinhoven P, et al. The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): Rationale, objectives and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2008;17:121-40.
- Patten SB, Brandon-Christie J, Devji J, Sedmak B. Performance of the composite international diagnostic interview short form for major depression in a community sample. *Chronic Dis Can* 2000;21:68-72.
- Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials. *Br J Psychiatry* 1991;159:645-53, 658.
- Terluin B, Van Heest FB, Van der Meer K, Neomagus GJH, Hekman J, Aulbers LPJ, et al. NHG-Standaard Angststoornissen (Eerste herziening). *Huisarts Wet* 2004;47:26-37.
- Piek E, Van der Meer K, Hoogendijk WJ, Penninx BW, Nolen WA. Most antidepressant use in primary care is justified: Results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *PLoS One* 2011;6:e14784.
- Cameron IM, Lawton K, Reid IC. Appropriateness of antidepressant prescribing: An observational study in a Scottish primary-care setting. *Br J Gen Pract* 2009;59:644-9.
- Ketelaar MH, Grundmeijer HGLM. SSRI's in de Nederlandse huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2010;53:300-3.
- Kaymaz N, Van Os J, Loonen AJ, Nolen WA. Evidence that patients with single versus recurrent depressive episodes are differentially sensitive to treatment discontinuation: A meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1423-36.
- Meeuwissen JAC, Fischer E, Hagemeyer E, Van Rijswijk HCAM, In den Bosch HJH, Poot EP, et al. Multidisciplinaire richtlijn depressie (eerste revisie). Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2009. Verkrijgbaar via http://www.cbo.nl/Downloads/1065/r1_depr_update_10.pdf, geraadpleegd december 2011.



Casemanagement bij beginnende dementie

Samenvatting

Jansen APD, Van Hout HPJ, Nijpels G, Rijmen F, Dröes RM, Pot AM, Schellevis FG, Stalman WAB, Van Marwijk HWJ. Casemanagement bij beginnende dementie. *Huisarts Wet* 2011;55(2):58-63.

DOEL Men neemt algemeen aan dat vroegtijdige diagnose en casemanagement leiden tot betere zorg voor thuiswonende ouderen met dementie, vooral doordat de mantelzorger betere ondersteuning krijgt. Dat klinkt plausibel, maar het is niet bewezen. In een gerandomiseerd gecontroleerd klinisch onderzoek (RCT) gingen wij na of ouderen met de eerste symptomen van cognitieve achteruitgang en hun mantelzorgers daadwerkelijk beter af zijn met casemanagement dan met de gebruikelijke zorg die de huisarts biedt.

METHODE De deelnemers aan ons onderzoek waren 99 patiënten uit Westfriese huisartsenpraktijken, met hun belangrijkste mantelzorger. De patiënten waren 65 jaar of ouder, woonden thuis en hadden symptomen van cognitieve achteruitgang. Wij randomiseerden de koppels in een groep die casemanagement kreeg en een groep die de gebruikelijke huisartsenzorg ontving, en maten bij de mantelzorgers de ervaren competentie, zorgbelasting, kwaliteit van leven en mate van somberheid. De patiënten ondervroegen we over hun ervaren kwaliteit van leven. Dit deden we op drie meetmomenten: voorafgaand aan de randomisatie, na zes en na twaalf maanden.

RESULTATEN We vonden geen verschillen tussen de interventie- en de controlegroep.

CONCLUSIE Wij hebben de meerwaarde van casemanagement vooralsnog niet kunnen aantonen, maar op basis van deze ene RCT is het nog te vroeg voor een definitief oordeel. Daarvoor is meer onderzoek nodig.

INLEIDING

Voor de huisartsgeneeskunde vormt het toenemend aantal thuiswonende ouderen met dementie een uitdaging, met name ook vanwege de gezondheidsrisico's voor de mantelzorgers,¹ met een prominente plaats voor angst en depressie.² De diagnose dementie wordt vaak pas laat in het ziekteproces gesteld. Zorgverleners nemen over het algemeen aan dat ouderen met dementie en hun mantelzorgers erbij gebaat zijn dat de diagnose – aan de hand van afwijkende resultaten op cognitieve tests – vroegtijdig gesteld wordt en de begeleiding

zo vroeg mogelijk in het ziekteproces begint.³ Deze veronderstelling is echter nooit getoetst in gerandomiseerd gecontroleerd klinisch onderzoek (RCT). Wel bevatten de richtlijnen van de organisatie Alzheimer Europe de aanbeveling om casemanagement aan te bieden aan thuiswonende ouderen bij wie de diagnose gesteld is, én aan hun mantelzorgers.⁴

Wij hebben deze RCT uitgevoerd om te bepalen of casemanagement in de huisartsenpraktijk daadwerkelijk effectiever is dan de gebruikelijke zorg voor thuiswonende oudere patiënten met symptomen van dementie en hun mantelzorgers. De medisch-ethische toetsingscommissie van het VUmc gaf toestemming voor dit onderzoek.

METHODE

Onderzoeksopzet

In deze RCT verdeelden wij koppels van patiënten en mantelzorgers via loting over twee groepen: casemanagement en gebruikelijke zorg. De patiënten behoorden tot de patiëntenpopulatie van 55 Westfriese huisartsen. Potentiële deelnemers ontvingen een informatiebrief en vulden een toestemmingsformulier in. Wanneer een patiënt (tijdelijk) niet in staat was tot een zelfstandige afweging, vroegen we verwanten om toestemming tot deelname.

DOELGROEP

De deelnemers moesten ouder zijn dan 65 jaar en daarnaast voldoen aan drie inclusiecriteria.

1. De huisarts vermoedde de eerste symptomen van cognitieve achteruitgang bij een patiënt, of de patiënt gaf dit aan op een door de huisarts opgestuurde screeninglijst, de

Wat is bekend?

- Mantelzorg verlenen aan ouderen met dementie kan slecht zijn voor de gezondheid van de mantelzorger en bijvoorbeeld leiden tot depressieve klachten.
- De diagnose dementie wordt vaak pas laat gesteld, terwijl de patiënt en de mantelzorger vaak al veel eerder behoefte hebben aan ondersteuning.
- Men neemt aan dat vroege herkenning en casemanagement de situatie van zowel de patiënt als de mantelzorger kunnen verbeteren. Er is echter geen bewijs voor deze aanname.

Wat is nieuw?

- Voor de mantelzorgers van thuiswonende ouderen levert casemanagement bij de eerste symptomen van cognitieve achteruitgang geen extra voordeel op in termen van ervaren competentie, ervaren zorgbelasting en mate van somberheid.
- Ook voor de kwaliteit van leven van de betreffende patiënten heeft casemanagement geen meerwaarde ten opzichte van de gebruikelijke zorg door de huisarts.

VUmc, EMGO+ instituut, afdeling Huisartsgeneeskunde, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam; dr. A.P.D. Jansen; dr. H.P.J. van Hout; prof.dr. G. Nijpels; prof.dr. F.G. Schellevis; prof.dr. W.A.B. Stalman; dr. H.W.J. van Marwijk. VUmc, EMGO+ instituut: prof.dr. R.M. Dröes; dr. A.M. Pot. VUmc, afdeling Klinische epidemiologie en biostatistiek: dr. F.Rijmen • Correspondentie: d.jansen@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit project werd mogelijk gemaakt door een subsidie van ZonMw (2200.0114) en ISAO (03513). Het onderzoek is geregistreerd onder nummer ISCRTN83135728.

Een deel van dit artikel werd eerder gepubliceerd als: Jansen APD, Van Hout HPJ, Nijpels G, Rijmen F, Dröes RM, Pot AM, et al. Effectiveness of casemanagement among older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: A randomized clinical trial. *Int J Nurs Stud* 2011;48:933-43. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Informant Questionnaire on Cognitive Decline (IQCODE).⁵

2. De patiënt scoorde lager dan 24 op de Mini Mental State Examination (MMSE)⁶, of had volgens de Seven Minute Screen (7MS) een risico van meer dan 50% op dementie.⁷ De patiënt had een mantelzorger.

Van deelname uitgesloten werden patiënten die (gespecialiseerde) ondersteuning ontvingen voor cognitieve problemen, terminaal ziek waren of de Nederlandse taal onvoldoende beheersten.

Van de patiënten die aan alle voorwaarden voldeden, benaderden we de belangrijkste mantelzorger, dat wil zeggen degene die het hele zorgproces coördineerde en/of meeste uren aan de zorg besteedde. Exclusiecriteria voor mantelzorgers waren het verstrekken van minder dan één uur mantelzorg per week en onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal.

Interventie: casemanagement

Casemanagement is een gespecialiseerde vorm van zorg- en dienstverlening aan mensen die grote behoefte hebben aan zorg en ondersteuning of die het risico lopen onvoldoende zorg te ontvangen. Drie verpleegkundigen, werkzaam bij een thuiszorgorganisatie, verzorgden een jaar lang het casemanagement voor de interventiegroep. Zij startten het zorgtraject met een huisbezoek waarin ze onder andere de Resident Assessment Instrument Home Care (RAI-HC) afnamen,⁸ een vragenlijst die de diverse domeinen van het functioneren van de oudere in kaart brengt en dertig potentiële en actuele zorgproblemen signaleert. Aan de hand van de informatie die de RAI opleverde, stelde de verpleegkundige samen met de deelnemers een zorgplan op.

In het tweede huisbezoek maakten de casemanagers een plan van aanpak voor de situatie van de mantelzorger aan de hand van een draagkrachtlijst van het voormalige Kwaliteits-Instituut voor Toegepaste ThuisZorgvernieuwing (KITTZ).⁹ De mantelzorgers ontvingen de mantelzorggids van het Steunpunt Mantelzorg met tips en een overzicht van alle beschikbare zorgprofessionals voor mantelzorgers.

Hierna coördineerden de casemanagers de zorg rondom het koppel, volgden ze de situatie en hielden ze de huisarts op de hoogte.

Controle: gebruikelijke zorg

De deelnemers in de controlegroep ontvingen een brief met het advies contact op te nemen met de huisarts. Zij regelden de benodigde zorg verder op eigen initiatief.

Metingen en uitkomstmaten

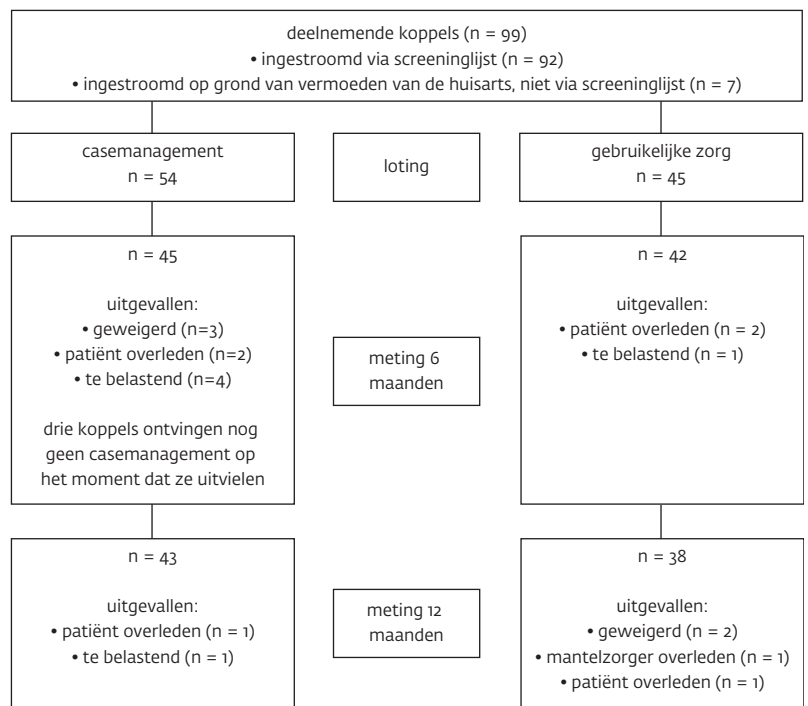
Er waren drie meetmomenten, eenmaal bij aanvang van het onderzoek (voorafgaand aan randomisatie), zes maanden nadien en twaalf maanden nadien. De mantelzorger vulde bij deze gelegenheden een viertal vragenlijsten in.

1. De Short Sense of Competence Questionnaire (SCQ) meet het gevoel van competentie in het verstrekken van mantelzorg op drie subschalen: consequenties voor het leven van



Foto: Sabine Joosten/Hollandse Hoogte

Figuur Stroomschema van het onderzoek



- de mantelzorger, tevredenheid met het eigen functioneren als mantelzorger en tevredenheid met de zorgontvanger.¹⁰
- De vragenlijst Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ) meet de ervaren zorgbelasting.¹¹
 - De MOS 36-item Short-Form health survey (SF-36) meet de kwaliteit van leven.¹²
 - De Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) meet de mate van somberheid.¹³

Bij de patiënt maten wij de kwaliteit van leven driemaal in een interview op basis van het Dementia Quality of Life Instrument (DQoL).¹⁴ Naast het eigen oordeel over de kwaliteit van leven levert dit instrument een score op vijf subschalen: eigenwaarde, positieve emoties, negatieve emoties, het gevoel ergens thuis te horen en de mate waarin genoten wordt van zaken in de omgeving (zoals muziek en de natuur).

Analyses

Alle analyses vonden plaats volgens het intention-to-treat-principe, dus ervan uitgaande dat alle koppels in beide onderzoeksgroepen de toegewezen interventie ook daadwerkelijk ontvangen hadden. Voor het vaststellen van eventuele verschillen in het beloop van de uitkomstmaten tussen de twee groepen gebruikten wij een *linear mixed model* met ongestructureerde covariantie.¹⁵

RESULTATEN

Kenmerken van de deelnemers

Tussen februari 2004 en juni 2005 startten 99 koppels met het onderzoek. Aan het einde van het onderzoek participeerden nog 81 koppels. De [figuur] bevat het stroomschema van het onderzoek.

De [tabellen 1, 2 en 3] tonen achtereenvolgens de sociale en demografische kenmerken van de deelnemers, het functioneren

Tabel 1 Sociale en demografische kenmerken van de deelnemers

Kenmerk	Case-management	n	Gebruikelijke zorg	n
<i>Mantelzorger</i>				
Gemiddelde leeftijd, jaar (SD)	63,6 (13,8)	51	61,6 (15,2)	41
Geslacht vrouw, frequentie	36	54	33	45
Relatie met de zorgontvanger, aantal:		53		44
▪ partner	22		18	
▪ kind	26		22	
▪ schoonkind	1		3	
▪ anders	4		1	
Samenwonend met de zorgontvanger, aantal	27	54	19	44
Aantal uren mantelzorg per week, mediaan (25e-75e percentiel)	7,0 (3,4-67,5)	38	10,0 (3,0-20,0)	31
<i>Patiënt</i>				
Gemiddelde leeftijd, jaar (SD)	82,1 (5,7)	54	81,0 (6,5)	45
Geslacht vrouw, aantal	38	54	26	45

SD = standaarddeviatie.

en de scores op uitkomstmaten bij aanvang van het onderzoek. Significante verschillen tussen de twee onderzoeksgroepen waren er bij aanvang van het onderzoek alleen in de door de mantelzorger ervaren sociale steun ($t = 2,483$; $p = 0,015$),¹⁶ het aantal maanden dat de patiënt al cognitieve problemen had (mann-whitneytoets $U = 353,00$; $p = 0,003$) en de tevredenheid van de mantelzorger met de zorgontvanger ($t = 2,093$; $p = 0,039$).

De mantelzorgers rapporteerden relatief weinig negatieve consequenties van het geven van mantelzorg, weinig gedragsproblemen bij patiënten en weinig stress door gedragsproblemen. Gedurende het onderzoeksjaar werd bij 23 van de 99 deelnemende patiënten de diagnose dementie gesteld.

Effecten van de interventie

In onze vervolgmetingen bleek dat beide groepen zich op dezelfde wijze ontwikkelden. [Tabel 4] laat zien dat onze uitkomstmaten stabiel bleven, op drie na: de mate waarin patiënten genoten van zaken in de omgeving, de tevredenheid van de mantelzorger met de zorgontvanger en de consequenties van het geven van mantelzorg voor het leven van de mantelzorger. Deze drie uitkomstmaten gingen in beide groepen achteruit.

Tabel 2 Functioneren bij aanvang van het onderzoek

Eigenschappen	Test, schaalbereik	Case-management	n	Gebruikelijke zorg	n
<i>Mantelzorger</i>					
Zelf gerapporteerde gezondheid, (erg) goed of uitstekend		35	51	30	42
Meer dan één chronische ziekte		36	51	25	42
Ervaren sociale steun, gemiddeld (SD)	SSL-i, 34-136*	65,5 (12,0)	50	73,2 (16,7)	41
Stress van de mantelzorger door neuropsychiatrische symptomen van de zorgontvanger [†] , gemiddeld (SD)	NPI-Q distress, 0-60*	7,4 (7,6)	50	7,4 (8,9)	41
<i>Patiënt</i>					
Cognitief functioneren, gemiddeld (SD)	MMSE, 0-30*	22,0 (4,2)	53	22,7 (3,8)	43
Cognitief functioneren, mediaan (5e-10e percentiel)	7MS, 0-100*	100 (64-83)	53	100 (0-64)	43
Cognitief functioneren, gemiddeld (SD)	IQCODE, 1-5**	4,1 (0,6)	49	4,1 (0,6)	42
Aantal maanden met cognitieve problemen, mediaan (25e-75e percentiel)	*	24,0 (16,3, 36,0)	40	36,0 (24,0, 60,0)	30
Ernst van neuropsychiatrische symptomen, gemiddeld (SD)	NPI-Q severity, 0-36*	6,2 (5,0)	50	6,2 (6,2)	41

Voor noten en legenda zie [tabel 3].

BESCHOUWING

Wij hebben in deze RCT niet kunnen aantonen dat ouderen met de eerste symptomen van cognitieve achteruitgang, en hun mantelzorgers, meer baat hebben bij casemanagement dan bij de gebruikelijke zorg van de huisarts.

Sterke en zwakke punten

Onze RCT voldeed aan veel kwaliteitseisen. Bij aanvang van het onderzoek verschilden de kenmerken van de interventie- en de controlegroep nauwelijks, er was voldoende contrast tussen gebruikelijke zorg en casemanagement, het aantal uitvallers was laag voor een kwetsbare groep (18%) en het is onwaarschijnlijk dat deelnemers in de controlegroep (elementen van) casemanagement ontvingen.

De (organisatie van) de zorg en de kenmerken van de deelnemende huisartsen waren representatief voor de regio (West-Friesland).

Ons onderzoek had ook enige beperkingen die het vinden van een effect wellicht in de weg stonden. Een beperking was de relatief kleine omvang van de deelnemersgroep. Dit vergroot de kans dat heel kleine verschillen in het beloop van de uitkomstmaten gemist werden. Een tweede beperking is dat de duur en intensiteit van het casemanagement wellicht onvoldoende waren om de uitkomstmaten te beïnvloeden. De

patiënten in ons onderzoek hadden nog relatief weinig problemen. Het kan zijn dat casemanagement voor deze doelgroep nog niet relevant genoeg is en daardoor niet volledig werd geïmplementeerd.

Vergelijking met eerdere onderzoeken

Voor zover wij weten is dit de eerste RCT die naging of casemanagement effectief is bij thuiswonende ouderen met de eerste symptomen van cognitieve achteruitgang en bij hun belangrijkste mantelzorgers. Er is wel vergelijkbaar onderzoek gedaan onder reeds gediagnosticeerde patiënten. Hoewel we de effectiefste elementen toepasten uit de voor deze groep ontwikkelde zorgprogramma's¹⁷⁻¹⁹ vonden we geen voordelen.

CONCLUSIE

Wij vonden in onze deelnemersgroep geen meerwaarde van casemanagement. Een reden kan zijn dat casemanagement geen voordelen biedt als het in een vroeg stadium wordt aangeboden. De bevindingen van onze trial moeten echter met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, om drie redenen. Ten eerste is het mogelijk dat casemanagement voor deze groep wel effectief zou zijn als het beter geïmplementeerd wordt dan in onze interventiegroep. Ten tweede kan het zijn dat casemanagement (preventieve) voordelen biedt maar

Tabel 3 Score op uitkomstmaten bij aanvang van het onderzoek

Eigenschappen	Test, schaalbereik	Case-management	n	Gebruikelijke zorg	n
<i>Mantelzorger</i>					
(1) Gevoel van competentie in het verstrekken van mantelzorg, gemiddeld (SD)					
(a) consequenties voor het leven van de mantelzorger	SCQ, 8-40*	28,4 (5,8)	50	28,8 (6,8)	43
(b) tevredenheid met het eigen functioneren als mantelzorger	SCQ, 12-60*	48,7 (5,2)	50	49,8 (7,7)	43
(c) tevredenheid met de zorgontvanger	SCQ, 7-35*	29,1 (4,1)	50	30,9 (4,3)	43
(2) Ervaren zorgbelasting, gemiddeld (SD)	EDIZ, 0-9*	3,9 (2,7)	46	3,3 (2,6)	39
(3) Kwaliteit van leven, gemiddeld (SD)	SF-36, 0-100*†				
(a) mentale somscore		51,0 (9,1)	51	47,6 (9,9)	42
(b) fysieke somscore		44,6 (10,1)	51	48,0 (11,6)	42
(4) Mate van somberheid, gemiddeld (SD)	CES-D, 0-60*	10,6 (5,9)	50	11,5 (7,8)	42
<i>Patiënt</i>					
(5) Kwaliteit van leven, gemiddeld (SD)	DQoL, 1-5*				
(a) eigenwaarde		3,2 (0,7)	44	3,3 (0,7)	38
(b) positieve emoties		3,4 (0,7)	44	3,5 (0,6)	37
(c) negatieve emoties		2,5 (0,7)	44	2,2 (0,7)	35
(d) het gevoel ergens thuis te horen		3,4 (0,7)	45	3,5 (0,7)	37
(e) de mate waarin genoten wordt van zaken in de omgeving, zoals muziek en natuur		3,6 (0,9)	45	3,7 (0,8)	38
(f) oordeel over kwaliteit van leven		2,7 (1,0)	44	2,9 (1,0)	37

7MS = Seven Minute Screen. CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. DQoL = Dementia Quality of Life instrument. EDIZ = Ervaren Druk door Informele Zorg. GARS = Groningen Activity Restriction Scale. IDDD = Interview for Deterioration in Daily living activities in Dementia (ingevuld door de mantelzorger). IQCODE = Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the elderly (ingevuld door de mantelzorger). MMSE = Mini Mental State Examination. NPI-Q = Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire. SD = standaarddeviatie. SF-36 = MOS 36-item Short-Form health survey. SCQ = Sense of Competence Questionnaire. SSL-i = Social Support List-interactions, subschaal Positieve interacties.

De in een afwijkende kleur gedrukte resultaten zijn statistisch significant ($p < 0,05$).

* Hogere scores staan voor een betere situatie.

Lagere scores staan voor een betere situatie.

† Z-scores, gemiddelde 50 en SD 10, scores lager dan 50 wijzen op slechtere kwaliteit van leven vergeleken met de Nederlandse referentiepopulatie.

‡ Ingevuld door mantelzorger.

Tabel 4 De ontwikkeling van de uitkomstmaten in het onderzoeksjaar

Uitkomstmaten	Casemanagement	Gebruikelijke zorg	Linear mixed model
<i>Mantelzorger</i>			
(1) Gevoel van competentie in het verstrekken van mantelzorg			
(a) consequenties voor het leven van de mantelzorger (SCQ, 8-40°)			
■ baseline	28,1	28,8	achteruitgang in beide groepen T: F = 4,74 ; p = 0,013
■ 6 maanden	28,0	29,6	G: F = 0,68; p = 0,460
■ 12 maanden	27,1	27,7	T°G: F = 0,55; p = 0,494
(b) tevredenheid met het eigen functioneren als mantelzorger (SCQ, 12-60°)			
■ baseline	48,6	49,7	T: F = 1,01; p = 0,140
■ 6 maanden	46,6	49,9	G: F = 2,16; p = 0,120
■ 12 maanden	47,4	48,4	T°G: F = 2,48; p = 0,105
(c) tevredenheid met de zorgontvanger (SCQ, 7-35°)			
■ baseline	29,0	30,8	achteruitgang in beide groepen T: F = 7,72 ; p = 0,001
■ 6 maanden	28,4	29,6	G: F = 3,12; p = 0,081
■ 12 maanden	27,7	29,0	T°G: F = 0,44; p = 0,647
(2) Ervaren zorgbelasting (EDIZ, 0-9°)			
■ baseline	3,9	3,3	stabil in beide groepen T: F = 3,05; p = 0,053
■ 6 maanden	3,8	2,7	G: F = 2,89; p = 0,092
■ 12 maanden	4,2	3,3	T°G: F = 0,72; p = 0,492
(3) Kwaliteit van leven (SF-36, 0-100°)			
(a) mentale somscore			
■ baseline	51,0	48,0	stabil in beide groepen T: F = 1,38; p = 0,257
■ 6 maanden	48,7	49,1	G: F = 0,33; p = 0,568
■ 12 maanden	48,2	47,7	T°G: F = 1,37; p = 0,260
(b) fysieke somscore			
■ baseline	44,5	48,0	stabil in beide groepen T: F = 0,41; p = 0,667
■ 6 maanden	45,5	46,5	G: F = 1,11; p = 0,294
■ 12 maanden	46,0	47,5	T°G: F = 1,06; p = 0,353
(4) Mate van somberheid (CES-D, 0-60°)			
■ baseline	10,6	11,2	stabil in beide groepen T: F = 0,14; p = 0,867
■ 6 maanden	11,9	9,7	G: F = 0,18; p = 0,669
■ 12 maanden	11,2	11,2	T°G: F = 1,80; p = 0,172
<i>Patiënt</i>			
(5) Kwaliteit van leven (DQoL, 1-5°)			
(a) eigenwaarde			
■ baseline	3,3	3,3	stabil in beide groepen T: F = 1,50; p = 0,230
■ 6 maanden	3,2	3,3	G: F = 0,01; p = 0,981
■ 12 maanden	3,4	3,3	T°G: F = 0,45; p = 0,638
(b) positieve emoties			
■ baseline	3,4	3,4	stabil in beide groepen T: F = 0,17; p = 0,845
■ 6 maanden	3,4	3,5	G: F = 0,02; p = 0,894
■ 12 maanden	3,5	3,4	T°G: F = 2,53; p = 0,087
(c) negatieve emoties			
■ baseline	2,5	2,2	stabil in beide groepen T: F = 1,20; p = 0,309
■ 6 maanden	2,5	2,2	G: F = 3,40; p = 0,069
■ 12 maanden	2,3	2,2	T°G: F = 0,29; p = 0,747
(d) het gevoel ergens thuis te horen			
■ baseline	3,4	3,4	stabil in beide groepen T: F = 0,31; p = 0,735
■ 6 maanden	3,3	3,4	G: F = 0,13; p = 0,715
■ 12 maanden	3,4	3,3	T°G: F = 0,75; p = 0,476
(e) de mate waarin genoten wordt van zaken in de omgeving			
■ baseline	3,6	3,7	achteruitgang in beide groepen T: F = 3,32 ; p = 0,042
■ 6 maanden	3,3	3,5	G: F = 0,16; p = 0,690
■ 12 maanden	3,4	3,3	T°G: F = 0,48; p = 0,621
(f) oordeel over kwaliteit van leven			
■ baseline	2,7	2,9	stabil in beide groepen T: F = 1,45; p = 0,241
■ 6 maanden	2,8	3,0	G: F = 0,14; p = 0,710
■ 12 maanden	2,8	2,6	T°G: F = 0,96; p = 0,387

De maximale omvang was n = 54 voor de groep met casemanagement en n = 45 voor de groep met gebruikelijke zorg. Het *linear mixed model* levert schattingen voor de effecten van tijd (T), groep (G) en interactie tussen tijd en groep (T°G) op de toetsgrootte (F). Als alleen het tijdeffect T statistisch significant is, dan verandert de uitkomstmaat wel, maar voor beide groepen in gelijke mate (zie de rijen 1a, 1c en 5e). Is alleen het groepseffect G statistisch significant, dan duidt dat op een verschil tussen beide groepen dat gedurende de duur van de interventie niet verandert. Alleen een statistisch significante interactie T°G zou betekenen dat de uitkomstmaat per groep een verschillend beloop had, en dus dat het effect optrad waarin wij geïnteresseerd zijn. De tabel bevat echter geen statistisch significante G en T°G. Voor de overige legenda zie [tabel 3].

dat deze nog niet zichtbaar zijn geworden tijdens het onderzoeksjaar. En ten derde heeft casemanagement wellicht toch (kleine) voordelen die wij als gevolg van de kleine steekproefomvang over het hoofd hebben gezien. Meer onderzoek zal hierover uitsluitsel moeten geven. ■

LITERATUUR

- 1 Torti FM, Gwyther LP, Reed SD, Freidman JY, Schulman KA. A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. *Alzheimer Dis Assoc* 2004;18:99-109.
- 2 Beach SR, Schulz R, Yee JL, Jackson S. Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: Longitudinal findings from the caregiver health effects study. *Psychol Aging* 2000;15:259-71.
- 3 Vernooij-Dassen MJ, Moniz-Cook ED, Woods RT, De Lepeleire J, Leuschner A, Zanetti O, et al. Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: From awareness to stigma. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:377-86.
- 4 Alzheimer Europe. Dementia in Europe yearbook 2008. Luxembourg: Alzheimer Europe, 2008.
- 5 Jorm AF, Jacomb PA. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): Socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychol Med* 1989;19:1015-22.
- 6 Folstein M, Folstein S, McHugh P. 'Mini-Mental' State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- 7 Solomon PR, Hirschhoff A, Kelly B, Relin M, Brush M, DeVaux RD, et al. A 7 minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1998;55:349-55.
- 8 Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgadari A, Rinaldi C, et al. Minimum data set for home care: A valid instrument to assess frail older people living in the community. *Med Care* 2000;38:1184-90.
- 9 KITZ. Draagkracht en draaglast vragenlijst voor mantelzorgers. Groningen: Van Gorcum, 1997.
- 10 Vernooij-Dassen MJ, Felling AJ, Brummelkamp E, Dauzenberg MG, Van den Bos GA, Grol R. Assessment of caregiver's competence in dealing with the burden of caregiving for a dementia patient: A Short Sense of Competence Questionnaire (SCQ) suitable for clinical practice. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:256-7.
- 11 Pot AM, Van Dyck R, Deeg DJ. Ervaren druk door informele zorg: Constructie van een schaal. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1995;26:214-9.
- 12 McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993;31:247-63.
- 13 Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement* 1977;1:385-401.
- 14 Brod M, Steward AL, Sands L, Walton P. Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: The dementia quality of life instrument (DQoL). *Gerontologist* 1999;39:25-35.
- 15 Fitzmaurice GM, Laird NM, Ware JH. *Applied longitudinal analysis*. Hoboken (NJ): Wiley, 2004.
- 16 Van Sonderen E. Het meten van sociale steun met de Sociale Steun Lijst-Interacties (SSL-i) en Sociale Steun Lijst Discrepanties (SSL-d): Een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG), 1993.
- 17 Acton GJ, Kang J. Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: A meta-analysis. *Res Nurs Health* 2001;24:349-60.
- 18 Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:657-64.
- 19 Pusey H, Richards D. A systematic review of the effectiveness of psychosocial interventions for carers of people with dementia. *Aging Ment Health* 2001;5:107-19.

Nico van Duijn

Pijn krijgt straf

Bewegingsangst is niet meer durven bewegen uit angst voor pijn. Dat is een goede reflex als je enkel gebroken is. Als het gips eraf is, is het een verkeerde reflex. Dan moet je een beetje door de pijn heen lopen. Niet te veel, niet te weinig. Niet te vroeg, niet te laat. Dat is nu zo lastig, de vage grens tussen vermijden van die bewegingen en het opzoeken van de pijn door te bewegen.

Met schouderblessures is het net zo. Ooit viel ik van de trap, zijdelings, met

mijn arm omhoog. Het voelde alsof mijn hele arm eraf scheurde. De fysiotherapeut en Moeder Natuur kregen die schouder in een paar weken redelijk op orde. Maar niet helemaal. Ik geef toe, ik mis de zelfdiscipline om die stomme oefeningen te doen.

Opeens kreeg ik door wat ik aan het doen was. Ik vermeed die arm te gebruiken. Kopjes opbergen hoog in de kast bijvoorbeeld, of mijn jas ophangen. Dat deed ik met mijn goede arm. Daar wist ik wat op. Die geblesseerde schouder moest voortaan alles doen. De gezonde

arm kreeg vakantie, in een mitella. Pijnlijk of niet, aan het werk jij, mopperde ik op die nare schouder. Voortaan pak jij de vleespan van de bovenste plank, zonder hulp van de gezonde arm. En het bovenlicht open je zonder dat ik op een stoel ga staan. In de auto schakelen en sturen tegelijk. De zere arm deed braaf al het werk. Dat hielp. Binnen een maand kon ik alles weer, de pijn aan de arm was verdwenen. Bewegingen vermijden: het moet niet te lang duren. Geef de pijnlijke arm strafcorvee. ■



Van verzadigd naar onverzadigd vet

Samenvatting

Hornstra G, Grooten HNA, Van Binsbergen JJ. Van verzadigd naar onverzadigd vet. *Huisarts Wet* 2012;55(2):64-7.

Wat is de rol van voeding bij de selectieve en zorggerelateerde preventie van hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2? Welke rol spelen de verschillende vetten daarbij? Het advies van de Gezondheidsraad luidt vooral om minder verzadigde vetten te eten. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt echter dat extra gezondheidswinst mogelijk is als men verzadigde vetten in de voeding vervangt door onverzadigde vetten. In dit artikel gaan we dieper in op de wetenschappelijke achtergronden van deze opvatting. Bij een normaal lichaamsgewicht is de vetkwaliteit van de voeding belangrijker dan de vetkwantiteit.

INNAME VERSUS AANBEVELING

Vetten zijn onmisbaar in onze voeding. Ze leveren energie, het zijn bronnen van de vetoplosbare vitaminen, hun vetzuren [tabel 1] bepalen de architectuur (en daarmee de functie) van alle celmembranen en hun meervoudig onverzadigde essentiële vetzuren zijn bovendien voorlopers van belangrijke regelmoleculen in het lichaam, zoals prostaglandines en tromboxanen. Onderzoek toont aan dat vetten een belangrijke rol spelen bij de preventie en bestrijding van ziekten. Daarbij lijkt de *kwaliteit* van het vet (de vetzuursamenstelling) belangrijker dan de *kwantiteit*. De Gezondheidsraad heeft in 2001 reeds gerapporteerd dat er gezondheidswinst te behalen is als men verzadigde vetzuren in de voeding vervangt door onverzadigde vetzuren.¹ Desondanks zijn de aanbevelingen voor de inname van de essentiële vetzuren linolzuur en α -linoleenzuur nog steeds gebaseerd op het voorkómen van deficiënties en niet op de preventie van chronische ziekten, zoals hart- en vaatziekten (HVZ) en diabetes mellitus type 2. De aanbevelingen voor vetten zijn bij een herziening van de Richtlijnen Goede Voeding in 2006 gelijk gebleven, met uitzondering van de zogenoemde visvetzuren (EPA en DHA). De aanbevolen consumptie van deze vetzuren is verhoogd van 200 naar 450 mg/d.² Internationaal gezien doet men al wél specifiekere aanbevelingen voor vetconsumptie ter preventie van chronische ziekten. Zowel de Voedsel en Landbouworganisatie van de Verenigde Naties (FAO) als de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het Amerikaanse Ministerie van Landbouw (USDA) hebben onlangs hun aanbevelingen herzien. Ook daaruit blijkt dat het aandeel onverzadigde vetzuren in de voeding

omhoog moet ten koste van het aandeel verzadigde vetzuren.^{3,4} De genoemde aanbevelingen staan in [tabel 2].

Op basis van diverse voedselconsumptiepeilingen wordt duidelijk dat de totale hoeveelheid vet in onze voeding de laatste decennia is gedaald, bij jongvolwassenen tot een niveau zoals de Gezondheidsraad dat adviseert.^{2,5} Vergeleken met diezelfde aanbevelingen gebruiken mensen echter nog te veel verzadigde vetten en te weinig onverzadigde vetten, zoals het essentiële vetzuur α -linoleenzuur. Ook de inname van de visvetzuren EPA en DHA is te laag.⁶

VETSOORT EN CARDIOVASCULAIR RISICO

Hoewel er nog tegenstanders zijn van de opvatting dat een ongunstig plasmacholesterolprofiel bijdraagt aan een hoog risico op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten, zijn de wetenschappelijke bewijzen voor dit verband nagenoeg onaanastbaar.^{7,8} De totaal/HDL-cholesterolratio en het LDL-cholesterolgehalte ziet men als zeer betrouwbare voorspellers van het cardiovasculair risico. In 2003 heeft men de resultaten van een zestigtal goed uitgevoerde interventieonderzoeken gebundeld om de effecten van de verschillende groepen voedingsvetten op het cholesterolprofiel met elkaar te vergelijken.⁹ In deze onderzoeken werd steeds een deel van de koolhydraten in de voeding uitgewisseld tegen verschillende soorten vetten. Uit deze analyse bleek dat de totaal/HDL-cholesterolratio het sterkst daalde als men koolhydraten verving

De kern

■ De bestaande voedingsadviezen in de NHG-Standaarden Cardiovasculair risicomanagement en Diabetes mellitus type 2 beschrijven de gewenste wijziging in de vetconsumptie. Deze adviezen beperken zich vooralsnog tot 'eet minder verzadigd vet'.

■ Op basis van recente wetenschappelijk inzichten moet de voorlichting over vetten echter óók gericht zijn op het *vervangen* van verzadigde vetten in de voeding door onverzadigde vetten. Op die manier vindt een extra reductie plaats van risico op hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2, en voldoet men beter aan de aanbevelingen van de Gezondheidsraad met betrekking tot de samenstelling van het voedingsvet.

■ Voor de huisarts is het belangrijk om te weten dat bij een 'normaal' lichaamsgewicht de *vetkwaliteit* van de voeding belangrijker is voor de gezondheid dan de *vetkwantiteit*. Belangrijke bronnen van verzadigd vet zijn melk(producten), vlees(producten) en vetten. In het consult kan de huisarts benadrukken dat een relatief eenvoudige aanpassing in de productkeuze al tot gezondheidswinst kan leiden. Met behulp van huisarts, praktijkondersteuner of diëtist kan de patiënt vervolgens zelf beslissen welke producten het makkelijkst ingepast kunnen worden in zijn dagelijkse voedingspatroon.

Universiteit Maastricht, Nutrition and Toxicology Research Institute Maastricht (NUTRIM), Universiteitssingel 40, 6229ER Maastricht; dr. G. Hornstra, emeritus hoogleraar Experimentele Voedingkunde, Productschap Margarine, Vetten en Oliën (MVO); dr. ir. H.N.A. Grooten, wetenschappelijk specialist voeding en gezondheid, UMC St Radboud; dr. J.J. van Binsbergen, huisarts, bijzonder hoogleraar Voedingsleer en Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: G.Hornstra@Nutrsearch.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de auteurs zijn respectievelijk voorzitter, lid en adviseur van de Stuurgroep Kies Gezond Vet. Deze Stuurgroep wordt gefinancierd door het Productschap Margarine, Vetten en Oliën.

Tabel 1 De verschillende vetzuren

Verzadigde vetzuren	Vetzuren bestaan uit een koolwaterstofketen die wordt begrensd door een stabiele 'kop' en een reactieve 'staart'. De scheikundige structuur van verzadigde vetzuren kenmerkt zich door het ontbreken van dubbele bindingen in de waterstofketen.
Onverzadigde vetzuren	Onverzadigde vetzuren zijn in te delen in verschillende soorten, namelijk enkelvoudig en meervoudig onverzadigd. Of het vetzuur enkelvoudig of meervoudig onverzadigd is, hangt af van het aantal (één, respectievelijk meer) dubbele bindingen. Onverzadigde vetzuren komen voor in de cis-variant en in de trans-variant. In de praktijk bedoelen we met onverzadigde vetzuren meestal alleen de cis-varianten. Transvetzuren zijn namelijk grotendeels uit de Nederlandse voeding verdwenen.
Omega-3-vetzuren	Dit zijn meervoudig onverzadigde vetzuren, waarbij de eerste dubbele binding te vinden is op het derde koolstofatoom, gerekend vanaf de vetzuurkop. De bekendste zijn α -linoleenzuur, eicosapentaëenzuur (EPA) en docosahexaëenzuur (DHA). Deze laatste twee vetzuren worden ook wel visvetzuren genoemd.
Omega-6-vetzuren	Dit zijn meervoudig onverzadigde vetzuren, waarbij de eerste dubbele binding te vinden is op het zesde koolstofatoom, gerekend vanaf de vetzuurkop. Het bekendste omega-6-vetzuur is linolzuur.
Essentiële vetzuren	Ons lichaam kan alle vetten zelf maken, behalve linolzuur (een omega-6-vetzuur) en α -linoleenzuur (een omega-3-vetzuur). Deze twee vetzuren moeten we dan ook binnen krijgen via onze voeding en noemt men daarom essentiële vetzuren.

door vetten die rijk zijn aan meervoudig onverzadigde vetzuren. Vervanging door vetten met veel enkelvoudig onverzadigde vetzuren had een iets minder gunstig effect. Vervanging van koolhydraten door vetten rijk aan verzadigde vetzuren verminderde de totaal/HDL-cholesterolratio niet.

Onlangs zijn twee meta-analyses verschenen van prospectieve cohortonderzoeken naar de relatie tussen het type voedingsvet en het hart-vaatrisk. Een van deze meta-analyses toonde aan dat het aantal incidenten van coronaire hartziekten lager was naarmate de inname van verzadigd vet lager en die van meervoudig onverzadigd vet hoger was.¹⁰ De auteurs concluderen dan ook dat het wenselijk is om de verzadigde vetzuren in de voeding te vervangen door meervoudig onverzadigde vetzuren, om zodoende de kans op HVZ te verminderen. Gezondheidswinst van enkelvoudige onverzadigde vetzuren ter vervanging van verzadigde vetzuren kon men niet aantonen. Uit de tweede meta-analyse kwam geen rechtstreeks verband naar voren tussen de inname aan verzadigd vet en het risico op HVZ.¹¹ Op grond van andere observationele onderzoeken en van eigen interventieonderzoek (zie hieronder) maakten deze onderzoekers het echter aannemelijk dat vervanging van verzadigd vet door koolhydraten niet tot afname van het HVZ-risico leidt, maar dat vervanging door meervoudig onver-

Tabel 2 Dagelijkse inname en aanbevelingen voor totaal vet en de diverse vetzuren, opgesteld door de Gezondheidsraad, FAO en USDA

	Dagelijkse inname		Gezondheidsraad (2001/2006)	FAO* (2010)	USDA* (2010)
	mannen	vrouwen			
Totaal vet, energieprocent	34,4	34,2	20-40	20-35	20-35
Verzadigd vet, energieprocent	12,9	13,1	maximaal 10	maximaal 10	< 10
Enkelvoudig onverzadigd vet, energieprocent	11,4	11,2	†	†	†
Meervoudig onverzadigd vet, energieprocent	6,8	6,5	maximaal 12	6-11	
■ linolzuur, energieprocent	5,8	5,5	2‡	2,5-9	5-10
■ α -linoleenzuur, energieprocent	0,63	0,59	1‡	0,5-2	0,6-1,2
■ visvetzuren EPA en DHA, mg/d	103	84	450‡	250-2000	250‡

FAO = Voedsel en Landbouworganisatie van de Verenigde Naties; USDA = Amerikaans Ministerie van Landbouw.

* Acceptable macronutrient distribution range (AMDR), de hoeveelheid van een nutriënt die in een gezonde voeding aanwezig moet zijn.

† De aanbeveling komt overeen met het verschil tussen de totale hoeveelheid vet minus de som van verzadigd en meervoudig onverzadigd vet.

‡ Adequate inname (AI), het laagste niveau van inname dat toereikend lijkt voor vrijwel de gehele populatie.

verzadigde vetzuren het risico op coronaire hartziekten wél verkleint.^{12,13}

Omdat observationele onderzoeken niet in staat zijn de causaliteit van gevonden verbanden aan te tonen, is goed opgezet interventieonderzoek nodig. In een meta-analyse van acht van dergelijke onderzoeken toonden onderzoekers van de Harvard University aan dat het risico op coronaire hartziekten met bijna 20% daalt als men 10 energieprocent verzadigde vetzuren in de voeding vervangt door meervoudig onverzadigde vetzuren.¹⁴ Bovendien bleken de effecten gunstiger te zijn naarmate de interventie langer duurde. Het advies van de onderzoekers was dan ook om niet alleen de inname van verzadigde vetzuren te verlagen, maar om de verzadigde vetzuren bovendien te vervangen door meervoudig onverzadigde vetzuren. Deze meta-analyse is wel bekritiseerd omdat men in verschillende onderzoeken niet alleen een deel van de verzadigde vetzuren

Abstract

Hornstra G, Grooten HNA, Van Binsbergen JJ. From saturated to unsaturated fat. *Huisarts Wet* 2012;55(2):64-7.

What is the role of diet in the prevention of cardiovascular diseases and diabetes mellitus type 2? And what is the role of the different types of fat? The Health Council of the Netherlands advises eating less saturated fat, but the scientific literature suggests that an additional health benefit can be achieved if people replace saturated fat in their diet with unsaturated fat. In this article, we go into the scientific basis for this. In normal-weight individuals, it is the quality rather than the quantity of dietary fat that is important.

Tabel 3 Niet-medicamenteuze adviezen in de NHG-Standaarden voor cardiovasculair risicomangement en diabetes mellitus type 2

Gebruik minder dan 10 energieprocenten verzadigd vet
Gebruik minder dan 1 energieprocent transvet
Eet minimaal eenmaal en bij voorkeur tweemaal per week (vette) vis
Gebruik per dag minimaal 200 gram groente en 2 stuks fruit
Beperk het gebruik van zout tot maximaal 6 gram per dag
Beperk het gebruik van alcohol tot een maximum van twee glazen per dag voor vrouwen en een maximum van drie glazen per dag voor mannen
Zorg voor een optimaal gewicht: BMI < 25 kg/m ² en middelomtrek van < 80 cm voor vrouwen en < 94 cm voor mannen

had vervangen, maar ook een deel van de transvetzuren, die ook een ongunstig effect hebben op coronaire hartziekten en cholesterolwaarden.^{15,16} Dit doet echter geen afbreuk aan het advies om ongezonde vetten te vervangen door gezonde.

EFFECTEN VAN SPECIFIEKE VETZUREN

Hart- en vaatziekten

Bovenstaande onderzoeken beschrijven de gezondheidseffecten van groepen vetten en hun vetzuren. Niet alle vetzuren in een groep hebben echter dezelfde effecten op de gezondheid. Zo onderkent men momenteel dat het verzadigde vetzuur stearinezuur nauwelijks van invloed is op het plasmacholesterolprofiel.¹⁷ Als groep hebben de verzadigde voedingsvetzuren echter een duidelijk cholesterolverhogende werking, waardoor ze het cardiovasculair risico verhogen. Men heeft het gunstige effect van de meervoudig onverzadigde vetten vooral aangetoond voor linolzuur, een zogenoemd omega-6-vetzuur. Dit vetzuur verlaagt vooral de hoeveelheid LDL-cholesterol in het plasma. De groep meervoudig onverzadigde vetzuren bevat echter ook omega-3-vetzuren. De belangrijkste vertegenwoordigers van deze groep zijn het plantaardige α -linoleenzuur en de visvetzuren EPA en DHA. De totale inname van alle omega-3-vetzuren samen is gemiddeld ongeveer zeven keer lager dan die van de omega-6-vetzuren. Er zijn sterke aanwijzingen dat α -linoleenzuur per energieprocent het LDL-cholesterolgehalte nagenoeg even sterk verlaagt als linolzuur.¹⁸ In overeenstemming daarmee heeft observationeel onderzoek uitgewezen dat de inname van α -linoleenzuur geassocieerd kan zijn met een verminderd risico op HVZ.¹⁹ Meer onderzoek naar gezondheidseffecten van α -linoleenzuur is echter nodig, omdat de resultaten niet consistent zijn.²⁰⁻²² Algemeen neemt men aan dat

de consumptie van de visvetzuren EPA en DHA het risico op HVZ vermindert.^{21,23} Het onderliggende mechanisme is multifactorieel en nog niet volledig opgehelderd. In tegenstelling tot wat men vaak denkt heeft de inname van visvetzuren *geen* invloed op het LDL-cholesterolgehalte van plasma, maar verlaagt het de plasmatriglyceridenspiegel.²⁴

Diabetes mellitus type 2

De effecten van verschillende vetzuren op het ontstaan en de complicaties van diabetes mellitus type 2 zijn minder vaak onderzocht. Recentelijk heeft men de beschikbare onderzoeken op een rij gezet.²⁵ Daarbij bleek dat vervanging van verzadigde vetzuren door onverzadigde vetzuren gunstige effecten heeft op de insulinegevoeligheid, waardoor het risico op diabetes mellitus type 2 kan verminderen. Van de meervoudig onverzadigde vetzuren verbetert linolzuur de insulinegevoeligheid, terwijl α -linoleenzuur en de visvetzuren EPA en DHA geen effect lijken te hebben.²⁶ Meer onderzoek is echter nodig.

Samenvattend kunnen we op basis van recent wetenschappelijk onderzoek concluderen dat in het kader van selectieve en zorggerelateerde preventie de vervanging van verzadigde door in het bijzonder meervoudig onverzadigde vetzuren in de voeding gezondheidswinst oplevert voor patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ en diabetes mellitus type 2. Dit is ook de conclusie van een consensusbijeenkomst die mei vorig jaar in Kopenhagen plaatsvond en waarvan men het verslag onlangs heeft gepubliceerd.²⁷

VOORLICHTING EN GEDRAGSVERANDERING

Bij de behandeling van patiënten met HVZ en diabetes mellitus type 2 zijn voedingsaanpassingen de eerste optie [tabel 3]. De in dit artikel beschreven wetenschappelijke onderzoeken en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen voor een gezonde vetinname onderstrepen de gehanteerde aanbeveling dat de inname van verzadigd vet omlaag moet tot minder dan 10 energieprocenten. Bovendien tonen deze onderzoeken aan dat men extra gezondheidswinst kan verkrijgen als men het verzadigd vet bij reductie vervangt door een hogere inname van (meervoudig) onverzadigde vetzuren. Over de ideale balans tussen omega-6- en omega-3-vetzuren in de voeding bestaat nog geen overeenstemming. Wel lijkt er consensus te groeien over een hogere inname van omega-3-vetzuren, zowel van plantaardige oorsprong als uit vis.

Tabel 4 Bijdrage van de vijf belangrijkste productgroepen aan de inname van verzadigd vet en het effect van een aantal vervangingen op de vetzuurinname

Productgroepen	Procentuele bijdrage aan inname verzadigd vet (%)	Voorbeelden van vervangingen	Portie-grootte (g)	Verskil in inname verzadigd vet (g)	Verskil in inname onverzadigd vet (g)
Melk(producten)	30,8	48+ kaas door 30+ smeerkaas	20	-2,3	-0,7
Vlees(producten)	20,3	Vlees (gemiddeld vet, alle diersoorten) door vette vis	100	-1,5	+6,6
Vetten	14,5	Margarine (wikkel) door vloeibare margarine	15	-3,9	+3,8
Koek, gebak en biscuit	9,0	Roombotercake door ontbijtkoek met halvarine	30	-3,6	-0,5
Granen en graanproducten	6,7				

Om vetgerelateerde voedingsadviezen in praktijk te brengen is een gedegen kennis nodig van voeding in het algemeen en van voedingsvet in het bijzonder. Een advies 'gebruik minder dan 10 energieprocenten verzadigd vet' moet men immers in productkeuzen vertalen. Daarbij komt ook dat vet een energieleverancier is, waarmee mensen (en zeker degenen met overgewicht) terughoudend moeten omgaan. Onlangs toonden onderzoekers aan dat vervanging van een klein aantal producten door geschikte alternatieven reeds voldoende is om te voldoen aan de aanbevelingen van de Gezondheidsraad met betrekking tot de lagere inname van verzadigd vet.²⁸

Het maken van een gezonde productkeuze om ook de vetzuursamenstelling van de voeding te verbeteren is voor patiënten minder eenvoudig te realiseren omdat daarvoor kennis van de vetzuursamenstelling van producten nodig is. De Stuurgroep Kies Gezond Vet heeft daarom onlangs twee hulpmiddelen ontwikkeld om ook de *vervanging* van verzadigd door onverzadigd vet praktisch te ondersteunen. Zo ontwierpen een draaischijf die in de huisartsenpraktijk heel goed bruikbaar is om patiënten via een aantal voorbeelden te laten zien hoe eenvoudig zij deze vervanging thuis kunnen realiseren.

In [tabel 4] staan de belangrijkste productgroepen waarin relatief veel verzadigd vet voorkomt mét een aantal vervangingsproducten zoals deze draaischijf toont. Met behulp van een bijbehorende website (www.kiesgezondvet.nl) kan iedereen vervolgens voor zichzelf, of met hulp van huisarts of praktijkondersteuner, uitwerken welke productveranderingen voor hem of haar het meest geschikt zijn om in te passen in het eigen voedingspatroon.

Samenvattend: verzadigde vetzuren in de voeding bevorderen het risico van hart- en vaatziekten en mogelijk van diabetes mellitus type 2. Het hier besproken onderzoek toont aan dat het vervangen van verzadigd vet door meervoudig onverzadigde vetzuren mogelijk meer gezondheidswinst oplevert dan verlaging van de verzadigd vetinname alléén. Bij een normaal lichaamsgewicht is de *vetkwaliteit* van de voeding belangrijker dan de *vetkwantiteit*. ■

LITERATUUR

- 1 Gezondheidsraad. Voedingsnormen: energie, eiwitten, vetten en verteerbare koolhydraten. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001; publicatie nr 2001/19R (gecorrigeerde editie: juni 2002).
- 2 Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publicatie 2006/21.
- 3 Food and Agriculture Organization of the United Nations. Fats and fatty acids in human nutrition. Report of an expert consultation. Rome: FAO, 2010; FAO Food and Nutrition Paper 91.
- 4 U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services. Dietary Guidelines for Americans, 2010. 7th Edition, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, December 2010.
- 5 Hulshof KFAM, Ocké MC, Van Rossum CTM, Buurma-Rethaus EJM, Brants

- HAM, Drijvers JJMM, et al. Resultaten van de voedselconsumptiepeiling 2003. Bilthoven: RIVM, 2004; RIVM-rapport 350030002/2004.
- 6 Kruizinga AG, Westenbrink S, Van Bosch LMC, Jansen MCJF. De inneming van omega-3 en -6 vetzuren van vitaminen A, D en E bij jongvolwassenen. Aanvullende berekeningen op basis van Voedselconsumptiepeiling 2003. Bilthoven: RIVM, 2007; TNO-rapport V7451.
- 7 Ravnskov U. Cholesterol was healthy in the end. *World Rev Nutr Diet* 2009;100:90-209.
- 8 Thompson GR. History of the cholesterol controversy in Britain. *QJM* 2009;102:81-6.
- 9 Mensink RP, Zock PL, Kester ADM, Katan MB. Effects of dietary fatty acids and carbohydrates on the ratio of serum total to HDL cholesterol and on serum lipids and apolipoproteins: a meta-analysis of 60 controlled trials. *Am J Clin Nutr* 2003;77:1146-53.
- 10 Jakobsen MU, O'Reilly EJ, Heitmann BL, Pereira MA, Bälter K, Fraser GE, et al. Major types of dietary fat and risk of coronary heart disease: a pooled analysis of 11 cohort studies. *Am J Clin Nutr* 2009;89:1425-32.
- 11 Siri-Tarino PW, Sun Q, Hu FB, Krauss RM. Meta-analysis of prospective cohort studies evaluating the association of saturated fat with cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr* 2010;91:535-46.
- 12 Siri-Tarino PW, Sun Q, Hu FB, Krauss RM. Saturated fat, carbohydrate, and cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr* 2010;91:502-9.
- 13 Siri-Tarino PW, Sun Q, Hu FB, Krauss RM. Saturated fatty acids and risk of coronary heart disease: modulation by replacement nutrients. *Curr Atheroscler Rep* 2010;12:384-90.
- 14 Mozaffarian D, Micha R, Wallace S. Effects on coronary heart disease of increasing polyunsaturated fat in place of saturated fat: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Med* 2010;7:e1000252.
- 15 Bendsen NT, Christensen R, Bartels EM, Astrup A. Consumption of industrial and ruminant trans fatty acids and risk of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Eur J Clin Nutr* 2011;65:773-83.
- 16 Brouwer IA, Wanders AJ, Katan MB. Effect of animal and industrial trans fatty acids on HDL and LDL cholesterol levels in humans - a quantitative review. *PLoS One* 2010;5:e9434.
- 17 Hunter JE, Zhang J, Kris-Etherton PM. Cardiovascular disease risk of dietary stearic acid compared with trans, other saturated, and unsaturated fatty acids: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2010;91:46-63.
- 18 Burdge GC, Calder PC. Dietary alpha-linolenic acid and health-related outcomes: a metabolic perspective. *Nutr Res Rev* 2006;19:26-52.
- 19 Albert CM, Oh K, Whang W, Manson JE, Chae CU, Stampfer MJ, et al. Dietary alpha-linolenic acid intake and risk of sudden cardiac death and coronary heart disease. *Circulation* 2005;112:3232-8.
- 20 Oomen CM, Ocké MC, Feskens EJ, Kok FJ, Kromhout D. Alpha-linolenic acid intake is not beneficially associated with 10-y risk of coronary artery disease incidence: The Zutphen elderly study. *Am J Clin Nutr* 2001;74:457-63.
- 21 Wang C, Harris WS, Chung M, Lichtenstein AH, Balk EM, Kupelnick B, et al. N-3 fatty acids from fish or fish-oil supplements, but not alpha-linolenic acid, benefit cardiovascular disease outcomes in primary- and secondary-prevention studies: A systematic review. *Am J Clin Nutr* 2006;84:5-17.
- 22 Lemaitre RN, King IB, Sotoodehnia N, Rea TD, Raghunathan TE, Rice KM, et al. Red blood cell membrane alpha-linolenic acid and the risk of sudden cardiac arrest. *Metabolism* 2009;58:534-40.
- 23 Harris WS, Kris-Etherton PM, Harris KA. Intakes of long-chain omega-3 fatty acid associated with reduced risk for death from coronary heart disease in healthy adults. *Curr Atheroscler Rep* 2008;10:503-9.
- 24 Jung UJ, Torrejon C, Tighe AP, Deckelbaum RJ. n-3 Fatty acids and cardiovascular disease: Mechanisms underlying beneficial effects. *Am J Clin Nutr* 2008;87:2003S-2009S.
- 25 Risérus U, WC Willet, FB Hu. Dietary fats and prevention of type 2 diabetes. *Progr Lipid Res* 2009;48:44-51.
- 26 Egert S, Fobker M, Andersen G, Somoza V, Erbersdobler HF, Wahrburg U. Effects of dietary α -linolenic acid, eicosapentaenoic acid or docosahexaenoic acid on parameters of glucose metabolism in healthy volunteers. *Ann Nutr Metab* 2008;53:182-7.
- 27 Astrup A, Dyerberg J, Elwood P, Hermansen K, Hu FB, Jakobsen MU et al. The role of reducing intakes of saturated fat in the prevention of cardiovascular disease: where does the evidence stand in 2010? *Am J Clin Nutr* 2011;93:684-8.
- 28 Schickenberg B, Van Assema P, Brug J, Verkaik-Kloosterman J, Ocké MC, De Vries NK, et al. Replacing foods high in saturated fat by low-saturated fat alternatives: a computer simulation of the potential effects on reduction of saturated fat consumption. *Br J Nutr* 2009;102:478-83.

NHG-Standaard Angst (tweede herziening)

Lieke Hassink-Franke, Berend Terluin, Florian van Heest, Jan Hekman, Harm van Marwijk, Mariëlle van Avendonk

Inbreng van de patiënt

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

Afweging door de huisarts

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

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner (POH-GGZ) 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.

Belangrijkste wijzigingen

- Naast de verschillende typen angststoornissen komen ook angstklachten aan bod.
- Bij de diagnostiek kan gebruik gemaakt worden van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL).

- Voor angstklachten is de behandeling voorlichting met controle(s). Bij angststoornissen met relatief gering lijden en weinig tot geen sociaal disfunctioneren hebben voorlichting en zelfhulp met begeleiding de voorkeur.

Kernboodschappen

- Denk aan angstklachten of een angststoornis bij frequent spreekuurbezoek of bij lichamelijke klachten die onvoldoende verklaard worden door een somatische oorzaak.
- De diagnostiek vindt zo nodig verspreid over meerdere consulten plaats.
- Het onderscheid tussen angstklachten en de verschillende angststoornissen is van belang voor de prognose en de keuze van behandeling.
- De behandeling gaat uit van het *step-ped-care* model. Bij angstklachten volstaat voorlichting met controles en bij een angststoornis met een geringe ziektelast volstaan voorlichting en zelfhulpadviezen onder begeleiding; bij onvoldoende effect daarvan of bij ernstige ziektelast zijn cognitieve gedragstherapie, een antidepressivum of beide aangewezen.
- Indien medicatie gestart wordt, hebben SSRI's een lichte voorkeur boven TCA's vanwege het kleinere risico op ernstige bijwerkingen.
- Bij een herstelde angststoornis is begeleiding bij stoppen van het antidepressivum met terugvalpreventie belangrijk.

INLEIDING

Bij deze herziening van de NHG-Standaard Angststoornissen is ervoor gekozen om naast angststoornissen ook angstklachten te bespreken. Daarom heeft de standaard een nieuwe titel: NHG-Standaard Angst. De angstklachten zijn toegevoegd, omdat er een geleidelijke overgang is van angstklachten naar angststoornissen. In de huisartsenpraktijk komen patiënten ook met (onderliggende) angstklachten of met onvolledig ontwikkelde angststoornissen op het spreekuur. Tevens geeft het hebben van angstklachten een verhoogd risico op een angststoornis.¹ De standaard geeft met deze toevoeging ook praktische handvat-

ten voor de aanpak van angstklachten. De standaard sluit aan bij de multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen² en gaat over angst bij volwassenen en kan niet zonder meer op kinderen en jongeren worden toegepast.

Personen met klachten ten gevolge van angst vragen vaak niet rechtstreeks om hulp. De patiënt kan zich van de aard van de klachten (nog) niet als zodanig bewust zijn of ze als passend bij zijn karakter zien (bijvoorbeeld verlegenheid in plaats van een sociale fobie). Schaamte kan ook een belemmering zijn om hulp te vragen. Deze standaard beschrijft hoe angstklachten en een angststoornis te bespreken en te diagnosticeren.

In het beleid staat voorlichting aan de patiënt centraal. Voor een aantal patiënten is goede voorlichting over de aandoening en controle(s) voldoende. Het verdere beleid varieert van zelfhulp tot intensievere psychotherapeutische behandeling al dan niet gecombineerd met antidepressiva. De keuze wordt gebaseerd op de aanwezigheid van angstklachten of een angststoornis, het type angststoornis, de ernst van de klachten, de impact ervan op het functioneren en de voorkeur van de patiënt.

ACHTERGRONDEN

Begrippen

- *Angst* is een normale reactie in de context van een reële dreiging. Angst is een gevoel dat verwijst naar dreigend gevaar en gaat gepaard met lichamelijke verschijnselen door activatie van het autonome zenuwstelsel. Het lichaam wordt daardoor geprepareerd voor een *fight or flight* reactie, met versnelde hartslag en ademhaling, verhoogde spierspanning, specifieke gedachten zoals 'ik ga dood' of 'er overkomt me iets vreselijks' en gedragingen, zoals verstijven (*freeze*) of wegvlugten. 'Normale' angst past bij de situatie.
- *Angstklachten*: klachten waarbij 'normale' angst een rol speelt. De klachten zijn gerelateerd aan problemen die bedreigend zijn of die als dreigend worden ervaren op belangrijke levensgebieden (gezin, relatie, werk, gezondheid, etc.).

Hassink-Franke LJA, Terluin B, Van Heest FB, Hekman J, Van Marwijk HWJ, Van Avendonk MJP. NHG-Standaard Angst (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55(2):68-77.

- **Abnormale angst:** na geen of een (minimale) prikkel ontstaat een ongewoon heftige en/of langdurige angst, die niet past bij de situatie en die voor derden en vaak ook voor de patiënt oninvoelbaar is. De angst gaat gepaard met onjuiste cognities en disfunctioneel copinggedrag. De overgang van 'normale' angst naar 'abnormale' angst heeft geen exact afkappunt; er is sprake van een continuüm.
- **Paniek aanval:** plotseling ontstane intense angst, waarbij binnen tien minuten een aantal van de volgende symptomen optreden: kloppend of bonzend hart, versnelde hartslag, transpireren, trillen of beven, ademnood of het gevoel te stikken, pijn of een onaangenaam gevoel op de borst, misselijkheid of maagklachten, tintelingen of dove gevoelens, opvliegers of koude rillingen, duizeligheid, gevoelens van derealisatie of depersonalisatie, angst voor controleverlies of om gek te worden, angst om dood te gaan. Een paniek aanval is op zich nog geen angststoornis, maar kan bij verschillende angststoornissen voorkomen.
- **Angststoornissen:** een verzamelnaam voor verschillende stoornissen met 'abnormale' angst, waarbij de angst aanleiding geeft tot aanhoudend subjectief lijden of tot een belemmering van het sociaal functioneren. Abnormale angst kan bij veel psychische aandoeningen voorkomen (depressie, delier, psychose), maar wanneer angst het belangrijkste symptoom is, spreekt men van een angststoornis. De standaard volgt de internationaal geaccepteerde classificatie van angststoornissen volgens de DSM-IV^{TR}. Deze onderscheidt paniekstoornis, agorafobie, specifieke fobie, sociale fobie, obsessieve-compulsieve stoornis, posttraumatische stressstoornis en gegeneraliseerde angststoornis. Hoewel de DSM-IV^{TR} hypochondrie niet tot de angststoornissen rekent maar tot de somatoforme stoornissen, staat ook hierbij angst (voor een ernstige ziekte) vaak centraal. Hypochondrie is daarom in deze standaard opgenomen.

Hieronder worden de *typen angststoornissen* onderscheiden, omdat ze verschillen in beloop en de behandeling uiteenloopt.

Onvolledig ontwikkelde beelden en mengvormen, ook met andere vormen van psychopathologie, komen regelmatig in de huisartsenpraktijk voor.

- Een **paniekstoornis** kenmerkt zich door recidiverende, niet-voorspelbare paniekaanvallen, waarbij men tussen de aanvallen door bang is een nieuwe paniekaanval te krijgen. Omdat patiënten bang zijn om buitenshuis een nieuwe aanval te krijgen ontstaat vaak agorafobie, vandaar dat de DSM-IV^{TR} onderscheid maakt in 'paniekstoornis met of zonder agorafobie'. De paniek is indruk-

wekkend en belastend voor de patiënt en de mantelzorg. Patiënten met een paniekstoornis doen over het algemeen een groot en vaak acuut beroep op hun omgeving en de gezondheidszorg.

- **Agorafobie** kenmerkt zich door angst voor situaties waaruit de patiënt denkt moeilijk te kunnen ontkomen of voor situaties waarin hij moeilijk hulp zou kunnen krijgen als hij plotseling onwel zou worden. Dit leidt tot pogingen deze situaties te vermijden (vermijdingsgedrag). Vaak vermijdt men meerdere situaties, zoals alleen buitenshuis zijn, in een menigte verblijven (drukke straten

Abstract

Hassink-Franke LJA, Terluin B, Van Heest FB, Hekman J, Van Marwijk HWJ, Van Avendonk MJP. The NHG guideline Anxiety (second revision of the NHG guideline Anxiety disorders). Huisarts Wet 2012;55(2):68-77.

This revision provides advice about the diagnosis and treatment of anxiety and anxiety disorders. It was considered necessary to discuss anxiety together with anxiety disorders because anxiety can progress into an anxiety disorder, because the presence of anxiety increases the likelihood of an anxiety disorder, and because patients with symptoms of anxiety or a not yet fully developed anxiety disorder frequently consult their general practitioners. Anxiety is 'normal' when it accompanies problems that are perceived as threatening; however, if anxiety is constant or overwhelming after a relatively minor event and is not considered to be in proportion to that event, then we can speak of 'abnormal' anxiety. Anxiety disorders are disorders in which 'abnormal' anxiety causes persistent distress or disrupts daily functioning. A distinction is made between panic disorder, agoraphobia, specific phobia, generalized anxiety disorder, social phobia, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder. Hypochondria is also included in the guideline because anxiety, often with regard to serious illness, is central to this condition. Anxiety may be behind the frequent visits to their GPs of patients with different problems, persistent unspecific symptoms or problems, 'hyperventilation' symptoms, persistent bodily symptoms without a physical cause, depressive symptoms or depression, alcohol or drug problems, requests for sleeping pills or sedatives, and a family history of anxiety disorders. Several consultations may be needed before the diagnosis is established. It is important to distinguish between anxiety and the different anxiety disorders because of differences in treatment and prognosis. The Four Dimensional Symptom Questionnaire can be used to aid diagnosis, with appropriate physical examination and/or laboratory investigations being performed if a somatic disorder is suspected. The differential diagnosis includes somatic disorders, anxiety accompanying a somatic disorder, depression, psychotic disorder, psychotic depression, delirium, dementia, somatization or a somatoform disorder other than hypochondria. Anxiety accompanied by symptoms of depression or multiple psychosocial problems should be treated by means of psychoeducation and problem-solving therapy. Psychoeducation is also the first step in the treatment of anxiety disorders, with self-help with supervision being added for patients with relatively low levels of distress or social dysfunctioning. If the patient does not want self-help, or if this has not resulted in improvement within 6–8 weeks, or if there is severe distress and/or social dysfunctioning, a more intensive type of cognitive behavioural therapy or an antidepressant should be started, depending on the patient's preference. Medical treatment or combination treatment is indicated when anxiety disorder is accompanied by severe depression. Tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are equally effective in most anxiety disorders; however, preference should be given to SSRIs because of their better adverse event profile and treatment compliance. If treatment is sufficiently effective, the antidepressant should be continued for minimally 6–12 months after remission before medication withdrawal is attempted. This should be done under supervision and with relapse prevention. Patients should be referred in the case of diagnostic difficulties, insufficient effect of 8–12 weeks of treatment, suicidality, severe distress or social dysfunctioning that has proven resistant to treatment, antidepressant use during pregnancy or lactation, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder.

of warenhuizen, restaurants, kerken) en met de auto, bus of trein reizen.

- Een *specifieke fobie* kenmerkt zich door abnormale angst voor een bepaald object, bijvoorbeeld spinnen, slangen of bloed, of voor een bepaalde situatie, zoals hoogte (hoogtevrees), onweer en een kleine ruimte (claustrofobie). Confrontatie met het object of de situatie vermijdt men of doorstaat men met verhoogde lichamelijke waakzaamheid.
- Een *sociale fobie* kenmerkt zich door een abnormale angst voor situaties waarin de patiënt wordt blootgesteld aan een mogelijke kritische beoordeling door anderen en waarin hij bang is zich belachelijk te maken. De sociale fobie kan men onderverdelen in een specifieke vorm, waarbij de angst gekoppeld is aan één specifieke situatie, zoals spreken in het openbaar (podiumvrees), trillen of blozen in sociale situaties of de angst dat men zich belachelijk maakt door datgene wat men zegt, en in een gegeneraliseerde vorm waarbij de angst in meer situaties optreedt.
- Een *obsessieve-compulsieve stoornis* kenmerkt zich door aanhoudende dwanggedachten of beelden (obsessies) en/of daarbij horende dwanghandelingen (compulsies). De steeds terugkerende
- gedachten of beelden beleeft men als onvrijwillig, maar wel als een product van de eigen persoon. De dwanghandelingen moeten volgens bepaalde regels worden verricht. Het doel van de dwanghandelingen is het reduceren van angst en het voorkomen van bedreigende gebeurtenissen/situaties, door wassen, controleren, tellen of bidden. Bij een obsessieve-compulsieve stoornis heeft de persoon last van zijn klachten en kosten deze meer dan een uur per dag of verstoren ze in ernstige mate het dagelijks functioneren.
- Een *gegeneraliseerde angststoornis* kenmerkt zich door aanhoudende (> 6 maanden) nervositeit, bezorgdheid en een sterke neiging om te piekeren over kleine, dagelijkse problemen en gebeurtenissen, bijvoorbeeld op het gebied van werk, financiën, kinderen en toekomst. Dagen met klachten zijn in de meerderheid en de persoon heeft moeite het piekeren onder controle te houden. Deze stoornis gaat gepaard met symptomen als vermoeidheid, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, spierspanning en slaapproblemen.
- Een *posttraumatische stressstoornis (PTSS)* kenmerkt zich door herbelevingen van een traumatische gebeurtenis, bijvoor-

beeld in de vorm van terugkerende nachtmerries of herinneringen; deze zijn langer dan een maand aanwezig. Hiernaast kan vermijding van prikkels (situaties, gedachten, activiteiten of mensen) die in verband staan met het trauma voorkomen. Ook kunnen er langdurig symptomen van toegenomen prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen zijn, overdreven schrikreacties en/of zich moeilijk kunnen concentreren.

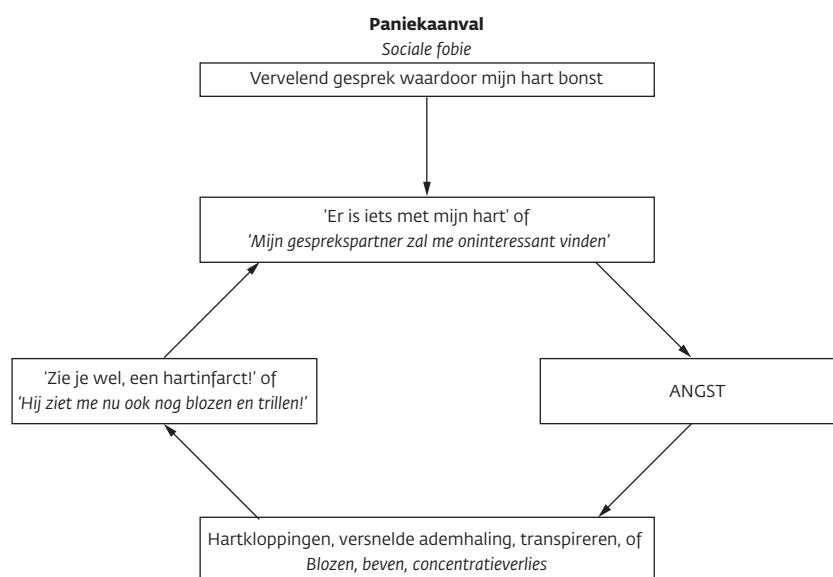
- *Hypochondrie* kenmerkt zich door een aanhoudende angstige preoccupatie met de mogelijkheid een ernstige ziekte te hebben of te krijgen, ondanks adequate medische beoordeling en geruststelling. Onschuldige lichamelijke verschijnselen worden als tekenen van een ernstige ziekte gezien. Deze preoccupatie veroorzaakt een aanzienlijk lijden of beperkingen in het dagelijkse functioneren.

Etiologie, epidemiologie en beloop

Patiënten met een angststoornis zijn bang geworden voor hun eigen angst en voor situaties waarin die angst zou kunnen optreden. Dit wordt *anticipatieangst* genoemd. Wanneer de angsten gekoppeld zijn aan bepaalde situaties of objecten, gaat de patiënt die situaties of objecten vermijden om minder last te hebben van zijn angst (*vermijdingsgedrag*). Wanneer hij toch met de angstige situatie of het gevreesde object wordt geconfronteerd, wordt de angst uiteindelijk steeds heviger [figuur]. Wanneer het focus van de angst niet te vermijden blijkt, neemt de patiënt vaak zijn toevlucht tot *angstreducerend gedrag*. Voorbeelden hiervan zijn dwanghandelingen bij obsessieve-compulsieve stoornis, het consulteren van artsen bij hypochondrie en het gebruik van alcohol bij een sociale fobie. Dit neutraliserende gedrag levert kortdurend enige verlichting van de angst op, maar heeft, net als vermijdingsgedrag, als neveneffect dat de patiënt niet leert om de angst op een normale manier te verdragen en te hanteren.

De etiologie en pathogenese van angststoornissen zijn multicausaal; persoonlijkheid, genetische, sociale, en neurobiologische factoren zijn van invloed.⁴ Angstklachten en angststoornis-

Figuur Cognitief verklaringsmodel voor angststoornissen³



sen gaan vaak samen met depressieve klachten, somatisatie- en spanningsklachten en zijn hiervan niet altijd duidelijk te onderscheiden.

De prevalentie van angststoornissen in de bevolking is hoog (7,7% van de mannen en 12,5% van de vrouwen), echter een deel van de mensen met een angststoornis gaat niet naar de huisarts of wordt niet als zodanig door de huisarts herkend. De prevalentie van angststoornissen in de huisartsenpraktijk is ongeveer 7 per 1000 mannen en 14 per 1000 vrouwen. De incidentie is bij mannen 2 per 1000 per jaar en bij vrouwen 4 per 1000 per jaar. De prevalentie van 'angststoornissen en/of angstgevoelens' in de huisartsenregistratiesystemen is bij mannen 19 en bij vrouwen 38 per 1000. Het is aannemelijk dat hieronder de angstklachten vallen.⁵

De diagnose angststoornis wordt de laatste decennia vaker gesteld in de huisartsenpraktijk, vooral bij vrouwen. Op basis van herhaald bevolkingsonderzoek is het echter niet aannemelijk dat de prevalentie van angststoornissen toeneemt. Waarschijnlijk herkent de huisarts de stoornis beter. Ook speelt mee dat mensen eerder professionele hulp zoeken. De prevalentie van angststoornissen bij ouderen is slechts iets lager dan bij volwassenen tot 65 jaar. Van de verschillende typen angststoornissen komt de gegeneraliseerde angststoornis bij ouderen het meest voor.⁶

De leeftijd waarop een angststoornis ontstaat verschilt per type.⁷ Een specifieke fobie ontstaat op een jongere leeftijd (mediaan 8 jaar) dan een gegeneraliseerde angststoornis, een paniekstoornis en een posttraumatische stressstoornis (mediaan 33 tot 40 jaar) en een obsessieve-compulsieve stoornis (gemiddeld 22 tot 36 jaar).

Het beloop verschilt per type angststoornis. Er is meestal sprake van een chronische aandoening. Een paniekstoornis en een gegeneraliseerde angststoornis hebben in het algemeen een wisselend, chronisch beloop met remissies en exacerbaties.⁸ Het beloop van een obsessieve-compulsieve stoornis is in het algemeen chronisch, met een wisselende

ernst van klachten in de tijd. Ook hypochondrie en PTSS blijven vaak lang bestaan. Een specifieke fobie die ontstaat is in de kindertijd verdwijnt vaak op volwassen leeftijd.

Zowel angstklachten als angststoornissen leiden tot vermindering van kwaliteit van leven⁹ en een verminderd functioneren, ook op het werk.¹⁰

Risicogroepen

Het hebben van angstklachten of een angststoornis in de voorgeschiedenis maakt het risico op het krijgen van een angststoornis aanzienlijk groter.¹ Personen met een lagere opleiding en laag inkomen lopen meer risico op het ontwikkelen van een angststoornis. Alleenstaanden en mensen zonder werk hebben vaker een angststoornis. Het is niet duidelijk of dit de oorzaak of het gevolg is van de angststoornis. Ook patiënten die eerder een andere psychische aandoening (met name een depressie) hadden, patiënten met verslavingsproblemen, patiënten met een psychotrauma in het verleden of heden, patiënten met een verstandelijk beperking en frequente praktijkbezoekers hebben een hoger risico op een angststoornis.¹¹ De invloed van de etniciteit van de patiënt op het voorkomen van angststoornissen is onduidelijk.¹²

Angststoornissen gaan vaak samen met een depressie of met andere typen angststoornissen.¹³ Bij ouderen komt een combinatie minder vaak voor dan bij jongere patiënten. De combinatie van twee angststoornissen heeft minder negatieve effecten dan de combinatie van een angststoornis en een depressie. Het hebben van zowel een angststoornis als een depressie geeft ernstiger klachten, vaker een chronisch beloop, langzamer herstel, toegenomen risico op recidief, meer psychosociale beperkingen en een slechtere kwaliteit van leven. Ook leidt de combinatie vaker tot een psychiatrische opname of een suïcidepoging. Door de overlap van symptomen kan de aanwezigheid van de ene stoornis de andere maskeren. Personen met een chronische somatische aandoening hebben ook vaker een angststoornis.¹⁴

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Veel patiënten informeren de huisarts niet spontaan over hun angsten en presenteren zich met somatische klachten of problemen, die achteraf blijken samen te hangen met angst.¹⁵ Diagnostisch gezien is het van belang om angststoornissen van angstklachten te onderscheiden, omdat de behandeling verschilt. Deze diagnostiek vraagt vaak meerdere contacten. Veiligheid en aandacht zijn voorwaarden voor een goed diagnostisch gesprek. De hulpverlener dient, zeker bij psychische problemen, open te staan voor de 'cultuur' van de patiënt in de ruimste zin van het woord, of deze cultuur nu te maken heeft met etniciteit, levensfase, sekse, religie, streekgewoonten binnen Nederland of sociaaleconomische status.¹⁶

Signalen

De huisarts denkt in de volgende gevallen aan angstproblematiek:

- frequent spreekuurbezoek voor wisselende en onderling niet samenhangende, vaak somatische klachten;
- aanhoudende aspecifieke klachten of problemen, zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid of slaapproblemen;
- 'hyperventilatie'-klachten, zoals benauwdheid, transpireren, droge mond, duizeligheid, licht gevoel in het hoofd, tintelingen in armen en benen;
- aanhoudende lichamelijke klachten, waarvoor geen lichamelijke oorzaak gevonden wordt en waarbij de patiënt nauwelijks of slechts kortdurend gerustgesteld kan worden; vooral onbegrepen duizeligheid en hartkloppingen moeten aan een angststoornis doen denken;¹⁷
- verzoek om slaapmiddelen of kalmerende middelen;
- alcohol- of drugsproblemen;¹⁸
- depressieve klachten of een depressie;
- angststoornis in de voorgeschiedenis of bij familieleden.

Anamnese

De huisarts houdt er rekening mee dat veel mensen zich schamen voor hun angst. De huisarts gaat eerst na of er

sprake is van angst. Daartoe kan hij de volgende vragen stellen:

- Voelt u zich gespannen of angstig?
- Heeft u angsten zonder dat u weet waarvoor?
- Maakt u zich veel zorgen?
- Vindt u de angsten of bezorgdheden/ongerustheid reëel; kunt u ze begrijpen?
- Belemmeren deze gevoelens u in het dagelijks functioneren thuis, op het werk of in uw vrije tijd?
- Vindt uw omgeving uw angsten reëel?

Indien deze vragen leiden tot een vermoeden van angstklachten of een angststoornis, informeert de huisarts verder naar de volgende aspecten om het vermoeden te versterken of af te zwakken:

- duur en het beloop van de klachten (continu of aanvallen);
- duur en frequentie van eventuele aanvallen;
- ernst van de klachten, de mate van subjectief lijden en invloed van de klachten op het sociaal functioneren;
- situaties waarin de angst optreedt;
- vermijden van bepaalde situaties of activiteiten;
- gebruik van alcohol, drugs of benzodiazepinen;
- mogelijke aanleiding van de angststoornis: bij verdenking op een posttraumatische stressstoornis vraagt de huisarts specifiek naar traumatische ervaringen, waarbij de patiënt bepaalt wat er besproken wordt. Bijvoorbeeld bij slachtoffers van oorlog, vervolging en geweld (slachtoffers van kampen in de Tweede Wereldoorlog, (ex-)asielzoekers), beroepsgerelateerde problematiek (militairen, politie-, brandweer- en ambulancepersoneel) en slachtoffers van familiaal huiselijk geweld of kindermisbruik;
- begeleidende symptomen: hartkloppingen, transpireren, duizeligheid, trillen, benauwdheid, pijnklachten, maagklachten, tintelingen, dove gevoelens, warmte- of koude-gevoelens, rusteloosheid, snel vermoeid zijn, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, slaapproblemen;
- waar is de patiënt bang voor: contro-

leverlies, gek worden of doodgaan (paniekstoornis), hulpeloosheid als hij onwel zou worden (agorafobie), specifieke objecten of situaties (specifieke fobie), negatieve beoordeling door anderen (sociale fobie), alle mogelijke nariigheid die het leven kan vergezellen (gegeneraliseerde angststoornis), herbeleving van een traumatische gebeurtenis (posttraumatische stressstoornis), ernstige lichamelijke ziekte (hypochondrie), dwanggedachten (obsessie-compulsieve stoornis);

- dwanghandelingen (bijvoorbeeld voortdurend handen wassen of dingen controleren) en de tijd die hieraan dagelijks wordt besteed (bij een obsessie-compulsieve stoornis);
- relatie met stress, overbelasting, relatie- of werkproblemen;
- aanwezigheid van suicidale gedachten of plannen;¹⁹
- aanwezigheid van eventuele comorbiditeit: sombere stemming en/of interesseverlies, hallucinaties of wanen, geheugenstoornis.

De huisarts gaat bij specifieke lichamelijke klachten met een gerichte anamnese na of een somatische aandoening waarschijnlijk is en of de klachten bijwerkingen van geneesmiddelen kunnen betreffen.

Als een hulpmiddel bij het maken van onderscheid tussen een angststoornis, depressie, spanningsklachten (*distress*) of somatisatie (veel lichamelijke klachten) kan de huisarts gebruikmaken van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL).²⁰ Het invullen kan de patiënt helpen de klachten te verwoorden en onder ogen te zien.

Lichamelijk en aanvullend onderzoek²¹

Verricht bij anamnestiche aanwijzingen voor een somatische aandoening gericht lichamelijk, aanvullend en/of laboratoriumonderzoek. Bij oudere patiënten (> 65 jaar) is nader onderzoek eerder nodig, omdat bij hen het risico op een somatische aandoening – zoals een ritmestoornis – toeneemt, terwijl het risico van een eerste manifestatie van een angststoornis op latere leeftijd kleiner is.⁷

Bij oudere patiënten met een bekende angststoornis die frequent het spreekuur bezoeken met klachten moet de huisarts alert blijven; er kan een nieuwe somatische aandoening ontstaan.

Bij aanhoudende angst voor een somatische aandoening (hypochondrie) kan gericht lichamelijk en/of aanvullend onderzoek nodig zijn. Probeer in dat geval het onderzoek zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de angsten van de patiënt. Vermijd herhaald onderzoek, omdat dat het angstreducerend gedrag van de patiënt kan versterken en daarmee de angst in stand kan houden.

Evaluatie

Beoordeel in overleg met de patiënt of er sprake is van angstklachten of een angststoornis.

- Bij angstklachten is de angst invoelbaar gerelateerd aan (subjectief) bedreigende omstandigheden of gebeurtenissen.
- Bij een angststoornis gaat het om 'abnormale' angst die gepaard gaat met aanhoudend subjectief lijden en/of sociaal disfunctioneren.

Probeer bij aanwezigheid van een angststoornis in overleg met de patiënt te differentiëren tussen een van de eerdergenoemde angststoornissen (zie *Begrippen*), waarbij wordt aangetekend dat onvolledig ontwikkelde beelden en mengvormen regelmatig in de huisartsenpraktijk voorkomen.

Beoordeel op grond van anamnese en eventueel lichamelijk of aanvullend onderzoek of een somatische oorzaak (mede) een rol speelt. Bij een minderheid van de patiënten is sprake van een louter lichamelijke achtergrond.

Differentiaal-diagnostisch komen de volgende aandoeningen of problemen in aanmerking:

- *Somatische aandoeningen*: oorzaak afhankelijk van de klacht die op de voorgrond staat; bij hartkloppingen bijvoorbeeld hyperthyreoïdie en hart-ritmestoornissen.
- *Angstklachten bij een somatische aandoening*: de grens tussen reële angst voor de (gevolgen van) ziekte en een angststoornis.

nis is soms moeilijk aan te geven. Gelet moet worden op de aanwezigheid van anticipatieangst, vermijdingsgedrag en angstreducerend gedrag, omdat die op een angststoornis duiden.

- *Depressie*: sombere stemming en interesseverlies (zie NHG-Standaard Depressie).
- *Psychotische stoornis, psychotische depressie*: hallucinaties of wanen.
- *Delier*: somatische oorzaak, wisselend bewustzijn, onvermogen de aandacht te richten en/of vast te houden, hallucinaties of wanen (zie NHG-Standaard Delier bij ouderen).
- *Dementie*: geheugenstoornis en andere cognitieve stoornissen (zie NHG-Standaard Dementie).
- *Somatisatie of somatoforme stoornissen anders dan hypochondrie*:²² somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten waarbij de angst voor een ernstige ziekte niet voorop staat.

RICHTLIJNEN BELEID

Bij de bespreking van de aanpak van de angst wordt allereerst nagegaan of huisarts en patiënt het eens zijn over de definiëring van het probleem: angstklachten of angststoornis. Indien er geen overeenstemming is over de diagnose, is het van belang na te gaan waar de discrepantie zit en te proberen met de patiënt op één lijn te komen.

Patiënten met angst neigen hun problemen door anderen te laten oplossen. Daarmee leren ze niet hun angst te overwinnen. De huisarts activeert de patiënt zodanig dat deze de klachten onder ogen ziet en er zelf mee aan de slag gaat met ondersteuning van anderen en/of de huisarts. Besteed bij het beleid aandacht aan de motivatie voor en de mogelijkheden van verandering, de behandel mogelijkheden, de voorkeur van patiënt en respons op eerdere behandelingen.

Bij angstklachten is voorlichting met regelmatige controles meestal voldoende. Bij een angststoornis hangt de keuze van een behandeling af van het type, de ernst van de klachten en de aanwezigheid van comorbiditeit. Maak de uiteindelijke keuze in overleg met de patiënt na uitleg over werkzaamheid, bijwer-

kingen en duurzaamheid van de verschillende behandelingen [tabel 1]. Bij psychosociale hulpverlening wordt het effect vooral bepaald door niet-specifieke aspecten zoals een geslaagde arts-patiënt relatie, empathie, het bieden van hoop, het opstellen van een gestructureerd behandelplan en een voor de patiënt én arts overtuigende rationale van de aanpak en niet zozeer door de specifieke interventie. Deze niet-specifieke behandelfactoren bepalen het uiteindelijke behandelresultaat voor een groter deel dan de specifieke interventie (30% respectievelijk 15%).²³

De behandeling gaat uit van het stepped-care model: start met de zo min mogelijk invasieve, op bewijs of consensus gebaseerde, interventies die de angst terugdringen.²⁴

- De behandeling start altijd met voorlichting; dit is bij sommige patiënten voldoende om de angstklachten te laten uitdoven (*stap 1*).
- Bij angststoornissen met relatief gering lijden en weinig tot geen sociaal disfunctioneren: start na voorlichting ook met zelfhulp (op basis van cognitieve gedragstherapeutische technieken) met begeleiding door de huisarts of begeleiding op afstand (bijvoorbeeld internet) (*stap 2*).
- Indien de patiënt geen zelfhulp wil doen, bij onvoldoende effect of wanneer er sprake is van ernstig lijden en/of aanzienlijk sociaal disfunctioneren of psychische comorbiditeit: start met cognitieve gedragstherapie of een antidepressivum (*stap 3*).

- In geval van een obsessieve-compulsieve stoornis of een posttraumatische stressstoornis is het veelal verstandig om direct te verwijzen, omdat deze aandoeningen specialistische behandeling behoeven.
- Combinatietherapie van psychotherapie en antidepressiva heeft meer waarde als deze behandelingen alleen onvoldoende effect hebben.
- Bij een combinatie van een angststoornis en een ernstige depressie is medicamenteuze behandeling of een combinatiebehandeling (eerst medicatie, gevolgd door cognitieve gedragstherapie wanneer de depressie voldoende is opgeklaard) geïndiceerd.¹³

Bij alcohol- of drugsproblemen is het belangrijk dat de patiënt eerst van de verslaving af komt, omdat dan duidelijk wordt of en welke angstproblematiek overblijft.¹⁸ Overweeg, als dit niet lukt, een behandeling van de verslaving en de angststoornis tegelijkertijd.

Voorlichting

Angstklachten

Leg uit dat angstklachten regelmatig voorkomen en vaak van voorbijgaande aard zijn. Bijna altijd zijn de klachten gerelateerd aan (dreigende) problemen of zorgen op belangrijke levensgebieden (gezin, relatie, werk, sociaal en gezondheid). Het is goed om te kijken of die problemen aangepakt kunnen worden. Leg uit dat de belasting mogelijk de belastbaarheid van de patiënt heeft overschreden. Stem bij werkgerelateerde oorzaken het beleid zo mogelijk af met de bedrijfsarts.

Tabel 1 Behandelopties

ICPC-code	Diagnose	Stap 1	Stap 2	Stap 3
P01	Angstklachten	Voorlichting, evt. PST		
P74	Angststoornis			
P74.02	Gegeneraliseerde angststoornis	Voorlichting	CGT (zelfhulp)	CGT (door therapeut) of antidepressivum
P74.01	Paniekstoornis met of zonder agorafobie			
P79.1	Specifieke fobie	Voorlichting	CGT (zelfhulp)	CGT (door therapeut)
P75	Hypochondrie			
P02.01	PTSS	Voorlichting en verwijzen (CGT of EMDR)		
P79.2	OCS	Voorlichting en verwijzen		

PTSS = posttraumatische stressstoornis; OCS = obsessieve-compulsieve stoornis; PST = problem-solving treatment; CGT = cognitieve gedragstherapie; EMDR = Eye Movement Desensitisation and Reprocessing

Angststoornis

Leg uit dat angststoornissen regelmatig voorkomen. Vaak verdwijnen ze niet vanzelf, maar met uitleg en behandeling kan de duur en de ernst van de klachten aanmerkelijk verminderen. De huisarts geeft uitleg over de vicieuze cirkel waarin de patiënt terecht is gekomen en over de factoren die de angst uitlokken en in stand houden, zie [figuur]. Bewustwording van het ontstaansmechanisme van de angst kan bijdragen aan vermindering van de klachten, doordat de patiënt de irrationaliteit van de angst inziet. Het streven is dat de patiënt leert de controle over de angst te hervinden, waardoor de angst kan worden beheerst. Adviseer om niet toe te geven aan de neiging om angstige situaties te vermijden. Angst heeft de neiging om na zestig tot negentig minuten vanzelf af te nemen. De patiënt moet de angst doormaken om te kunnen ervaren dat het gevreesde niet gebeurt. Hierdoor zal de angst uiteindelijk uitdoven.

De huisarts kan de patiënt wijzen op het bestaan van een patiëntenvereniging: de Angst, Dwang en Fobie stichting (www.adfstichting.nl). Deze stichting geeft informatie en advies, organiseert lotgenotencontact, verzorgt cursussen en zelfhulpgroepen. In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting, kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over angststoornis, fobie, hyperventilatie, hypochondrie, paniekaanvallen of posttraumatische stressstoornis op de website www.thuisarts.nl of de betreffende NHG-Patiëntenbrief meegeven (via het HIS of de NHG-ConsultWijzer). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard.

Niet-medicamenteuze behandeling

Angstklachten

In eerste instantie is voorlichting met controle(s) voldoende. Indien de angst gepaard gaat met depressieve klachten, is ook Problem Solving Treatment (PST), naast voorlichting een optie als eerste stap, mits uitgevoerd door een hulpverlener die hierin getraind is.²⁵ PST is ook te gebruiken bij patiënten met veel

actuele psychosociale problematiek. De focus ligt op het (terug) krijgen van controle over problemen.

Angststoornissen

Bij de behandeling van een gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, paniekstoornis, specifieke fobie en hypochondrie [tabel 1] neemt cognitieve gedragstherapie een belangrijke plaats in.²⁶ De huisarts kan tijdens de consultvoering gebruikmaken van de principes van cognitieve gedragstherapie, zie [kader]. Bij onvoldoende effect of ernstiger klachten verwijst de huisarts voor cognitieve gedragstherapie naar een daartoe opgeleide psycholoog of psychiater. Voor het leren van ontspanningstechnieken is weinig bewijs van effectiviteit.²⁷ De laatste jaren zijn op mindfulness gebaseerde interventies in opkomst. Deze techniek wordt vaak geïntegreerd in cognitieve therapie (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*). Op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie is effectief bij veel angststoornissen.²⁸

Bij hypochondrie ziet de huisarts de patiënt terug na een eventueel aanvullend onderzoek of verwijzing wegens 'hardnekkige ongerustheid' en bespreekt de resultaten. Evalueer of de patiënt gerustgesteld is. Een hypochondrische patiënt is bij een normale uitslag kortdurend gerustgesteld, maar daarna duikt de angst voor een ziekte weer op. In een consult na een onderzoek kan de huisarts deze cirkel benoemen en de angst tot onderwerp van gesprek en beleid maken. Bied bij blijvende ongerustheid cognitieve gedragstherapie aan. Cognitieve gedragstherapie bij hypochondrie beoogt de patiënt te leren een reëlere kijk op de lichamelijke gewaarwordingen te ontwikkelen.²⁹ Dit gebeurt door erkenning van de klachten, adequate uitleg en heldere, gestructureerde afspraken en niet door (meer) medisch onderzoek. Samen met de patiënt kan een 'behandelcontract' gemaakt worden, waarin wordt vastgelegd dat de behandeling deze keer een andere invalshoek heeft. Niet de lichamelijke klachten, maar de angst en bezorgdheid erover staan centraal. Het doel van de behandeling is vermindering

van de angst en niet van de lichamelijke klachten. Door zichtbaar te maken dat de klachten kunnen worden onderhouden door bijvoorbeeld het zoeken van geruststelling bij derden kan men de patiënt duidelijk maken dat een vicieuze cirkel is ontstaan. Vervolgens wordt samen met de patiënt getracht deze cirkel te doorbreken, zodat minder geruststelling nodig is en de patiënt meer controle over de klachten krijgt.

• Bij *relatief gering lijden en weinig tot geen sociaal disfunctioneren* als gevolg van de angststoornis is zelfhulp met begeleiding op afstand een eerste optie (stap 2). Deze behandeling vindt plaats op basis van cognitief gedragstherapeutische technieken via boeken of internet met begeleiding door de huisarts.³⁰ Hoe

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie omvat de aanpak van *cognities* en *gedrag*.

Cognities: de angstige gedachten houden de angststoornis in stand, bijvoorbeeld de neiging om (ook onschuldige) lichamelijke gewaarwordingen te interpreteren als signalen van een naderende catastrofale gezondheidsverstoring, zoals een hartinfarct of hersenbloeding ('catastrofaal interpreteren'). Om de cirkel te doorbreken wordt de patiënt bij cognitieve therapie aangemoedigd angstige gedachten op realiteitswaarde te beoordelen en bij te stellen. Meer rationele gedachten over de beangstigende verschijnselen doet de angst verminderen. De patiënt kan dit leren door in een dagboek zijn gedachten en gevoelens bij te houden. In het dagboek beschrijft hij de situatie, het gevoel daarbij en de automatische gedachte(n). De patiënt wordt gevraagd om tegenover deze automatische gedachte(n) reëlere gedachte(n) te plaatsen.

Gedrag: in de therapie gaat het om de verandering van gedrag dat op korte termijn angstreductie bewerkstelligt (vermijden, controleren, geruststelling vragen), maar op lange termijn de angst onderhoudt of versterkt. Vermijdingsgedrag kan worden aangepakt door *exposure in vivo*. Het principe van deze aanpak berust op het gegeven dat bij gedoseerde blootstelling aan de gevreesde situatie de angst na enige tijd uitdooft. Angstreducerend gedrag (controleren, handen wassen) van de patiënt kan worden tegengegaan door afspraken te maken dit gedrag geleidelijk minder uit te voeren.

meer persoonlijke begeleiding door de huisarts bij zelfhulp, des te meer effect te bereiken is. De begeleiding van de huisarts bestaat uit het beantwoorden van vragen, het bespreken van de voortgang en het motiveren om door te gaan. De begeleiding kan zich beperken tot een regelmatig (eens per twee tot vier weken) steunend (eventueel telefonisch) consult of mailcontact. Voor informatie over actuele internetprogramma's en boeken kan de huisarts zich tot de Angst, Dwang en Fobie stichting wenden. De huisarts gaat na of de patiënt kan lezen en toegang tot internet heeft.

- Indien de patiënt geen zelfhulp wil, of deze na zes tot acht weken niet tot verbetering heeft geleid, of *bij ernstig lijden en of aanzienlijk sociaal disfunctioneren*, bespreekt de huisarts in overleg met de patiënt de start van intensievere vormen van cognitieve gedragstherapie of een antidepressivum (zie *Medicamenteuze behandeling*). Bij een sociale fobie en een paniekstoornis is een psychotherapeutische behandeling (cognitieve gedragstherapie) even effectief als een antidepressivum. Wel is het risico op terugval na staken van de behandeling kleiner na psychotherapie.³¹

Medicamenteuze behandeling

- Bij angstklachten zijn medicamenteuze interventies niet nodig.
- Bij examen- of podiumvrees kan incidenteel de bètablokker propranolol (10 tot 40 mg) een half tot 2 uur voor de te leveren prestatie worden ingenomen.³² Laat de patiënt dit middel vooraf aan het betreffende moment al eens uitproberen.

Bij de meeste angststoornissen hebben serotonerge tricyclische antidepressiva (serotonerge TCA's: clomipramine en imipramine) en selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's) een gunstig effect op het beloop. Het effect van beide soorten antidepressiva is vergelijkbaar bij de paniekstoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, generaliseerde angststoornis en post-traumatische stressstoornis. Vanwege het bijwerkingenprofiel, een eenvoudiger doseringsschema en daardoor een

betere therapietrouw is er een lichte voorkeur voor SSRI's bij de behandeling van angststoornissen. Voor sociale fobie is alleen van SSRI's het effect onderzocht.³³ Binnen de groep van SSRI's is de effectiviteit onderling vergelijkbaar. Het advies is om met een beperkt aantal middelen ervaring op te doen. Bij de geneesmiddelkeuze spelen verschillende afwegingen een rol zoals comorbiditeit, ervaren en geanticipeerde bijwerkingen, eerdere ervaringen van de patiënt, positieve respons van een eerstegraads familielid, potentiële interacties met andere geneesmiddelen (www.fk.cvz.nl) of gezondheidsproblemen, het effect op de rijvaardigheid (www.geneesmiddeleninhetverkeer.nl) en op werk waar verminderde concentratie risicovol kan zijn, en de kosten [tabel 2].

Regelmatig voorkomende bijwerkingen van SSRI's zijn initiële toename van de angst, maagdarfstoornissen bij de start van de behandeling, hoofdpijn, seksuele disfunctie en slaapstoornissen. Bijwerkingen van TCA's zijn droge mond, obstipatie en vooral bij ouderen cognitief disfunctioneren en verwardheid.³⁴

Bij het starten met een antidepressivum is het belangrijk de volgende punten te bespreken:

- motivatie van de patiënt voor het gebruik van een antidepressivum;
- verbetering treedt (soms) pas na een paar weken op;
- mogelijke bijwerkingen³⁴ en wat te doen als deze zich voordoen;
- minimale behandelduur van zes tot twaalf maanden na remissie;
- afbouwen in overleg met de huisarts;
- noodzaak controles.

Aandachtspunten bij medicamenteuze behandeling³⁹

- Informeer vooraf naar het gebruik van zelfmedicatie, zoals passiflora, valeriana en sint-janskruid, omdat door combinatie van deze middelen met reguliere medicijnen interacties kunnen ontstaan.⁴⁰
- Start bij SSRI's direct met de standaarddosering of indien bijwerkingen verwacht worden met de helft van de

Tabel 2 Factoren die een rol spelen bij de keuze van een antidepressivum

Bij comorbide psychische stoornissen als een depressie en boulimia nervosa, kies voor een SSRI.

Na een recent hartinfarct, bij hartfalen, hartritmestoornissen, bemoeilijkte mictie (urineretentie) en onbehandeld glaucoom, kies voor een SSRI. Overweeg een ECG bij patiënten, die niet in aanmerking komen voor een SSRI, met een verhoogde gevoeligheid voor cardiovasculaire bijwerkingen voorafgaand aan start met TCA.

Bij het gelijktijdig gebruik van een NSAID (ook diclofenac+misoprostol combinatiepreparaat), anticoagulantia, acetylsalicylzuur, clopidogrel of oraal corticosteroid kies voor een serotonerg TCA of combineer een SSRI met adequate maagbescherming (zie NHG-Standaard Maagklachten).³⁵

Kies bij ouderen bij voorkeur een SSRI met zo min mogelijk interacties zoals citalopram en sertraline en start met een lagere dosering.³⁶ Bepaal na vijf tot negen dagen na de start van een SSRI, indien een diureticum wordt gebruikt, het natriumgehalte. Herhaal deze controle bij dosisverhoging. Vervang bij een hyponatriëmie zo mogelijk het SSRI door een TCA. Bepaal het natriumgehalte ook zonder gebruik van diuretica indien zich een intercurrente ziekte (diarree, braken) voordoet, waarbij het risico op elektrolytstoornissen is verhoogd.

Bij de ziekte van Parkinson kunnen extrapiramidale bijwerkingen optreden bij gebruik van SSRI's. Er bestaat een relatieve contra-indicatie voor TCA's bij cognitieve stoornissen, vanwege de anticholinerge effecten. De keuze voor een serotonerg TCA of een SSRI wordt bepaald door het bijwerkingenprofiel in relatie tot de klinische kenmerken van de patiënt, aangezien er geen verschil ten aanzien van de effectiviteit bestaat (zie NHG-Standaard Parkinson).

Bij al dan niet gelijktijdig gebruik van serotonerge medicatie, zoals triptanen, en SSRI's of serotonerge TCA's (maar ook minder voor de hand liggende geneesmiddelen zoals tramadol, sint-janskruid) kan het zeldzame, maar potentieel fatale serotoninesyndroom optreden. Dit syndroom is vooral berucht bij gebruik van MAO-remmers.³⁷

Verwijs bij zwangerschap (swens) of bij lactatie, teneinde de plaats en de keuze van medicatie te laten beoordelen.³⁸

dosering om na een tot twee weken te verhogen tot de standaarddosering. Start bij hoogbejaarden bij voorkeur met een lagere dosering.

- Start bij TCA's met een lage dosering om de bijwerkingen te beperken en verhoog daarna geleidelijk tot de streefdosis. Start TCA's met 25 mg (bij ouderen met 10 mg) voor de nacht en hoog de dosis per 2 tot 3 dagen met 25 mg op, zodat in 2 weken tijd de standaarddosering is bereikt. Evalueer het effect 4 tot 6 weken na instelling. Eventueel kan de dosering bij onvoldoende effect omhoog tot de maximum dosering. Bij ouderen is het raadzaam om een lagere begindosering (halveren of een derde) te hanteren en de dosering langzamer op te bouwen.
- Instrueer de patiënt contact op te nemen bij het optreden van onacceptabele bijwerkingen, maar leg ook uit dat bijwerkingen vaak (snel) verdwijnen, vooral enige toename van angst- en paniekverschijnselen (met name bij de

paniekstoornis) in de eerste weken na de start van de behandeling. Bij een generaliseerde angststoornis, sociale fobie en paniekstoornis kan bij de start van de behandeling, om initiële angsttoename op te vangen, gedurende twee tot vier weken een benzodiazepine gegeven worden. Een behandeling die uitsluitend bestaat uit het voorschrijven van een benzodiazepine is ongewenst, vanwege het risico op afhankelijkheid en bijwerkingen.

- Gebruikers van benzodiazepinen hebben een verhoogd risico op verkeersongevallen, valpartijen en verslechtering van cognitieve functies. Als er toch een benzodiazepine wordt voorgeschreven doe dit dan zo kort mogelijk in een zo laag mogelijke dosering en maak afspraken over de wijze van gebruik, de duur van de medicatie en wanneer en hoe de medicatie gestopt zal worden.⁴¹ Voor het stoppen van langdurig benzo-

diazepinegebruik: zie NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen.

- Voor veel patiënten zijn bijwerkingen zoals seksuele disfunctie, droge mond en gewichtstoename, een reden om te stoppen met het middel. Op alle controleafspraken (eerste na een tot twee weken) worden de eerdergenoemde punten en de therapietrouw besproken.
- Indien zes weken na het instellen op de maximumdosering geen of onvoldoende effect bereikt is, of als er sprake is van onacceptabele bijwerkingen, schrijft de huisarts bij voorkeur een ander SSRI voor. Bij het overzetten van het ene op het andere antidepressivum dient rekening te worden gehouden met de volgende aandachtspunten:
 - Er is geen bewijs voor de beste methode van overzetten. De ervaring leert dat eerst helemaal afbouwen tot nul en dan met het nieuwe middel starten niet altijd nodig is. Een

standaard dagdosering van het ene middel kan van de ene dag op de andere vervangen worden door een standaard dagdosering van een ander middel. Bij onzekerheid doet de huisarts er goed aan bij het overzetten van het ene op het andere antidepressivum de apotheker of de psychiater te raadplegen.

- Indien er wederom geen respons optreedt of onacceptabele bijwerkingen optreden, heroverweeg de diagnose, bouw de medicatie af of overleg met een psychiater.

Controles

Angstklachten

- Stimuleer de patiënt om de oorzaken van de klachten in kaart te brengen en aan te pakken, al of niet met professionele hulp.
- Laat de patiënt met angstklachten na een tot twee weken terugkomen om te beoordelen of de klachten verbeteren. Laat de patiënt eerder terugkomen als de klachten verergeren.
- Als de klachten verbeteren of over zijn is verdere actie niet nodig. Als dat niet zo is, beoordeelt de huisarts of er niet alsnog sprake is van een angststoornis of andere problematiek. Een oriënterend gesprek met een praktijkondersteuner of psycholoog kan dan nuttig zijn om de angstklachten beheersbaar te maken.

Angststoornis

- Als de huisarts zelf behandelt, zijn in het begin wekelijkse of tweewekelijkse controles geïndiceerd. De huisarts bespreekt de klachten, het functioneren alsmede het doel van de behandeling en de afspraken. Indien medicatie is voorgeschreven gaat de huisarts bij de controles na of er bijwerkingen zijn en past zo nodig de dosering hierop aan.
- Bij voldoende effect van de niet-medicamenteuze of medicamenteuze behandeling kan de controlefrequentie geleidelijk worden verminderd tot eens per drie maanden. Consulten kunnen, wanneer de toestand van de patiënt dat toelaat, worden afgewisseld met telefonische contacten. Evalueer bij de vervolcontacten het beloop van de klachten, het functioneren thuis en op het

Tabel 3 Overzicht geneesmiddelen bij angststoornissen

Geneesmiddel	Startdosis gedurende 2 wk (mg / dag)	Langzaam ophogen tot streefdosis (mg / dag)	Maximum dosis (mg / dag)	Opmerkingen indicatiegebied
SSRI				
sertraline	50 ouderen 25	150 ouderen 100	200 ouderen 150	
paroxetine	10-20 's ochtends	20-40 's ochtends	50-60 's ochtends (afhankelijk van de indicatie; sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis max. 50) ouderen 40	
citalopram*	10	20-30 ouderen 20	40 ouderen 20	
TCA				
clomipramine	25 a.n. ouderen 10 a.n.	100-150 (in 2 tot 3 giften) Kies evt. voor 75 met vertraagde afgifte (1-2 dd) ouderen 30-50 (in 2 tot 3 giften)	250 (in 2 tot 3 giften) ouderen 30-50 (in 2 tot 3 giften)	Niet bij sociale fobie
imipramine*	25 a.n. ouderen 10 a.n.	100-150 (in 2 tot 3 giften) ouderen 30-50 (in 2 tot 3 giften)	300 (in 2 tot 3 giften) ouderen 30-50 (in 2 tot 3 giften)	
Bètablokker				
propranolol*	10 (1/2 tot 2 uur voor de te leveren prestatie)		40	Bij examen- en podiumvrees
Benzodiazepine				
diazepam	5-10		40	Als ondersteuning bij start van behandeling, max. 2-4 wk Langere halfwaardetijd, cave cumulatief effect
oxazepam	30 (in 3 tot 4 giften)		100-150 (in 3 tot 4 giften)	

SSRI = selectieve serotonine heropname remmer, TCA = tricyclisch antidepressivum, * = off-label gebruik (geen geregistreerde indicatie)

werk. Overleg, zo mogelijk, met de bedrijfsarts met het oog op (gedeeltelijke) continuering of hervatting van werk. Als de klachten zijn verdwenen, is controle niet meer nodig. Laat de patiënt benoemen welke klachten een voorbode kunnen zijn van de terugkeer van de angststoornis en adviseer de patiënt contact op te nemen, zodra de klachten terugkeren. Ter ondersteuning kunnen vervolcontacten met grotere tussenpozen worden aangeboden.

- Bij voldoende effect van een medicamenteuze behandeling continueert de patiënt een antidepressivum ten minste zes tot twaalf maanden na remissie. Adviseer de patiënt daarna geleidelijk in één tot twee maanden af te bouwen, waarbij de huisarts en de patiënt letten op klachten die wijzen op terugkeer van de angststoornis of op onthoudingsverschijnselen. Onthoudingsverschijnselen van antidepressiva kunnen lijken op symptomen van de angststoornis zoals angst, gespannenheid, duizeligheid, paresthesiën en tremoren, maar ook prikkelbaarheid, slaapstoornissen, griepachtige verschijnselen en gastro-intestinale klachten. In het geval van een recidief angststoornis gaat de patiënt weer die dosis gebruiken waarop de patiënt klachtenvrij was en gebruikt deze langer door. In het geval van onthoudingsverschijnselen moet in een langzamer tempo (bijvoorbeeld in stappen van drie maanden) afgebouwd worden. Het onderscheid tussen onthoudingsverschijnselen of het recidiveren van een angststoornis kan gemaakt worden door te informeren naar de snelheid waarmee de klachten zijn ontstaan na het afbouwen van de medicatie. Bij een kort interval (enkele uren tot dagen) moet gedacht worden aan onthoudingsverschijnselen, bij een wat langer interval (weken tot maanden) aan een recidief van de angststoornis. De patiënt zal bij een recidief de angstklachten eerder herkennen.

Verwijzing

De huisarts stelt zich op de hoogte van de diverse lokale behandelmogelijkheden bij het algemeen maatschappelijk werk, ambulante GGZ-instelling, psychologen

Totstandkoming

In februari 2010 startte een werkgroep met de tweede herziening van de NHG-standaard Angststoornissen. Deze werkgroep heeft een conceptversie gemaakt. De werkgroep bestond uit de volgende leden: dr. L.J.A. Hassink-Franke, huisarts te Bunnik en onderzoeker UMC St. Radboud; dr. B. Terluin, huisarts te Almere en senior-onderzoeker VUmc; dr. F.B. van Heest, huisarts te Schoonoord en huisarts-consulent Palliatieve zorg voor Drenthe bij het IKNL; J. Hekman, huisarts te Rotterdam en dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts te Leiden en universitair hoofddocent VUmc. Dr. M.J.P. van Avendonk begeleidde de werkgroep en deed de redactie. Zij is huisarts n.p. en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap; dr. Tj. Wiersma was betrokken als seniorwetenschappelijk medewerker van deze afdeling, M.M. Verduijn als seniorwetenschappelijk medewerker Farmacotherapie. M. Hugenholtz was betrokken als wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie. Werkgroeplid dr. L.J.A. Hassink-Franke is docent bij de cursus problem-solving treatment van het NHG. Werkgroeplid dr. B. Terluin ontving een vergoeding voor nascholing van Wyeth en royalty's voor commercieel gebruik van de 4DKL van Datec BV.

In juni 2011 werd de ontwerpstandaard aan een focusgroep van acht huisartsen voorgelegd, onder leiding van dr. S.S.L. Mol, wetenschappelijk medewerker NHG, afdeling Implementatie. Tevens ontvingen we commentaar van een aantal referenten, te weten: R. Rogiers, psycholoog en T. Declercq, huisarts namens Domus Medica, de Vlaamse vereniging voor huisartsen; K. de Leest, dr. T. Schalekamp, J.J. Luinenburg, T. Otten, P.N.J. Langedijk, A.P. Rademaker, apothekers (i.o.) namens de werkgroep voor Farmacotherapie en Geneesmiddel-

informatie (WFG) van het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; dr. J. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur Huisarts en Wetenschap; P.M. Leusink, huisarts en seksuoloog NVVS; dr. D. Bruinvels, richtlijnontwikkelaar namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; dr. R. Starmans, R. Vrijaldenhoven-Haitsma, M.T. Velema-de Roos, huisartsen namens de LHV-werkgroep Achterstandswijken; T. Sporrel, huisarts; dr. J.M.A. Sitsen, hoofdredacteur Farmacotherapeutisch Kompas namens het College voor Zorgverzekeringen; M.P.R. Pommée, klinisch psychotherapeut Stichting Centrum '45; dr. N. Blankenstein, huisarts en senior-onderzoeker VUmc; prof.dr. F. Boer, emeritus kinder- en jeugdpsychiater namens de Angst, Dwang en Fobie stichting; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar Huisartsgeneeskunde, Gender Studies UMC St. Radboud; dr. M. Oud, huisarts en GGZ kaderarts; dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts en senioronderzoeker UMC St. Radboud; en prof.dr. A.J.L.M. van Balkom, hoogleraar Psychiatrie VUmc en GGZinGeest, psychiater en voorzitter multidisciplinaire richtlijncommissie angst en depressie.

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. I. van der Sar en J. van Dongen hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het basisplan. In september 2011 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

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

en psychiaters, al dan niet verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) in de regio. Verwijs bij voorkeur naar therapeuten met ervaring in cognitieve gedragstherapie en maak afspraken over (terug)verwijzing en de inhoud en frequentie van informatie over de patiënt.

Indicaties voor consultatie of verwijzing naar een psychiater dan wel psychotherapeut zijn:

- problemen met de diagnostiek;
- onvoldoende effect van behandeling na acht tot twaalf weken;

- suïcidaliteit;¹⁹
- ernstig lijden of sociaal disfunctioneren dat slecht beïnvloedbaar is tot nu toe;
- bepalen van plaats van antidepressiva in zwangerschap of tijdens lactatie;
- een obsessieve-compulsieve stoornis (voor CGT met responspreventie);⁴²
- een posttraumatische stressstoornis (voor traumagerichte CGT of EMDR).⁴³

© 2012 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en de literatuur www.henw.org, rubriek Standaarden.

Cholesteatoom: een wolf in schaapskleren

INLEIDING

Een cholesteatoom is een zeldzame afwijking die aangeboren kan zijn of in de loop der jaren ontstaat. Deze klinische les gaat over het verworven cholesteatoom, omdat de huisarts een belangrijke rol heeft in de herkenning van het ziektebeeld en de begeleiding tijdens en na de behandeling. We zien cholesteatoom weinig bij volwassenen en nog minder bij kinderen. Middenoorontstekingen komen echter heel vaak voor op kindereleeftijd en de huisarts ziet veel patiënten, van alle leeftijden, met gehoorverlies en otitiden. De symptomen van een cholesteatoom en otitis media vertonen veel overeenkomsten. Zo gaan een otitis media en een cholesteatoom meestal gepaard met geleidings-slechthorendheid, wat bij sommige kinderen leidt tot enige vertraging van de spraak- en taalontwikkeling. Bij een otitis media is dit gehoorverlies echter tijdelijk. Het heeft op de lange termijn geen nadelige gevolgen voor de taalontwikkeling en leidt niet tot een leerachterstand op school.¹ Een cholesteatoom kan echter wel tot leerachterstand leiden. Met behulp van audiometrie kan de huisarts bij kinderen vanaf de leeftijd van zes jaar op objectieve wijze vaststellen of ze een gehoorverlies hebben.²

Gehoorverlies kan voor de huisarts een alarmsymptoom zijn voor een cholesteatoom. Bij ouderen komt slechthorendheid veel

voor en door de vergrijzing van de bevolking zal deze verder in frequentie toenemen. Oudere patiënten met slechthorendheid vragen hiervoor vaak geen aandacht van de huisarts, omdat zij het als een natuurlijk verschijnsel accepteren. Bij presbycusis is er sprake van een geleidelijk perceptief verlies, in tegenstelling tot een cholesteatoom, waarbij acuut gehoorverlies optreedt. Meestal is dat gehoorverlies van het geleidingstype, maar ook perceptief gehoorverlies en het gemengde type komen voor.²

Doordat een cholesteatoom zelden voorkomt en de huisarts otitis media en gehoorverlies vaak ziet kan deze een cholesteatoom eenvoudig missen. Dit is een verraderlijke valkuil.

De behandeling van een otitis media is vaak expectatief,¹ maar huisartsen behandelen deze soms ook met een neusspray en/of antibiotica. Bij recidiverende otitiden moet een huisarts echter altijd beseffen dat dit een risicofactor kan zijn voor het ontwikkelen van een cholesteatoom en dat tijdige verwijzing naar de tweede lijn vereist is. De voorgeschiedenis, anamnese en goed visueel onderzoek met behulp van een otoscoop moeten de huisarts alert maken op alarmsignalen die wijzen in de richting van een cholesteatoom. Het is belangrijk om een cholesteatoom tijdig te herkennen, omdat de gevolgen grote consequenties kunnen hebben voor het gehoor.

EPIDEMIOLOGIE

De daadwerkelijke incidentie van een cholesteatoom varieert per leeftijdscategorie en geslacht. Uit retrospectief onderzoek blijkt dat de incidentie van een verworven cholesteatoom bij kinderen ongeveer 3 per 100.000 kinderen per jaar is.³ In alle leeftijdsgroepen is sprake van een incidentie van 9,2 per 100.000 personen per jaar. Een cholesteatoom komt dus veel frequenter voor bij volwassenen. Een cholesteatoom zien we iets meer bij mannen (58%) dan bij vrouwen (42%). In 4% van de gevallen is er sprake van een bilateraal cholesteatoom.⁴

PATHOGENESE

Een cholesteatoom is een laagsgewijs opgebouwde massa van keratine, afkomstig van huidepitheel van het trommelmembraan.

De kern

- Cholesteatoom komt zelden voor, in tegenstelling tot middenoorontsteking en gehoorverlies. Dat maakt de herkenning van cholesteatoom moeilijk.
- Recidiverende otitiden, operaties aan het oor en gehoorverlies zijn alarmsymptomen voor een cholesteatoom.
- De contextuele benadering van voorgeschiedenis, anamnese en onderzoek met behulp van de otoscoop is doorslaggevend voor het stellen van de diagnose of het vermoeden van cholesteatoom.
- Tijdige herkenning, directe verwijzing en vroege diagnose verminderen de kans op blijvend gehoorverlies.

Samenvatting

Santing L, van der Eijk R, Donker GA. Cholesteatoom: een wolf in schaapskleren. *Huisarts Wet* 2012;55(2):78-81.

De symptomen van cholesteatoom lijken op een gewone otitis media of otitis externa, maar de aandoening kan een ernstige gehoorhandicap tot gevolg hebben. Patient en doctor's delay zijn potentieel erg schadelijk en daarom moet men ze zo veel mogelijk voorkomen. De belangrijkste klacht waarbij men aan cholesteatoom moet denken is recidiverende otitis media die gepaard gaat met blijvend gehoorverlies. Cholesteatoom ziet men weinig bij volwassenen en nog minder bij kinderen. Het kan grote gevolgen hebben voor hun ontwikkeling en beroepskeuze. Voor de huisarts is het moeilijk om een cholesteatoom te diagnosticeren doordat de incidentie laag is en middenoorontsteking en gehoorverlies vaak voorkomen. Otoscopie is het belangrijkste onderzoek om het oor te beoordelen. Met audiometrie kan de huisarts gehoorverlies objectiveren. Ook de anamnese en de voorgeschiedenis zijn belangrijk bij het stellen van de diagnose van een cholesteatoom. Patiënten met recidiverende otitiden en alarmsymptomen voor een cholesteatoom moet men tijdig doorverwijzen naar de kno-arts.

Casus

Sanneke, veertien jaar, kwam vorig jaar samen met haar moeder bij de huisarts met oorpijn. De probleemlijst meldt een adenotonsillectomie in 2000 en het plaatsen van trommelvliesbuisjes in 2000, 2003 en 2005 in verband met recidiverende otitiden. Ze is in 2006 voor het laatst met een middenoorontsteking bij de huisarts geweest. Tijdens het consult zag de huisarts nu bij lichamelijk onderzoek van het rechter oor roodheid en schilfering in de gehoorgang en diagnosticeerde een otitis externa. Deze werd behandeld met zure oordruppels. Een maand later kreeg Sanneke gehoorverlies en was er veel cerumen in beide oren te zien. Het trommelvlies kon daardoor niet worden beoordeeld. De eigen huisarts stelde voor eerst het cerumen te verwijderen. Voordat de doktersassistente het oor uitspoot om het cerumen te verwijderen, vroeg zij de huisarts erbij in verband met een afwijkend trommelvlies in het rechter oor. De huisarts beoordeelde het trommelvlies opnieuw en zag wit beslag rond het trommelvlies. Hij besloot eerst de ontsteking te be-

handelen met hydrocortison/neomycine/polymyxine-oordruppels. Tien dagen later kwam Sanneke samen met haar moeder weer bij de huisarts op het spreekuur. Ze gaf aan oorpijn te hebben in het rechter oor en aan beide oren gehoorverlies. Bij lichamelijk onderzoek zag de huisarts achter het linker trommelvlies luchtbelletjes en achter het rechter trommelvlies wit beslag met schilfering in de gehoorgang. Op grond van de inmiddels zes weken aanhoudende klachten, het lichamelijk onderzoek en de voorgeschiedenis, verwees de huisarts Sanneke tijdens dit vijfde consult naar de kno-arts. Deze vermoedde een cholesteatoom in het rechter oor. Sanneke onderging een exploratieve tympanotomie van het rechter oor, waarbij men een cholesteatoom vond. Uit audiologisch onderzoek bleek dat er sprake was van fors geleidingsverlies van het rechter oor. Sanneke is voor verdere evaluatie doorverwezen naar een in cholesteatoom gespecialiseerd kno-arts, waar een sanerende ingreep ter verbetering van haar gehoor en trommelvliessluiting gepland staan.

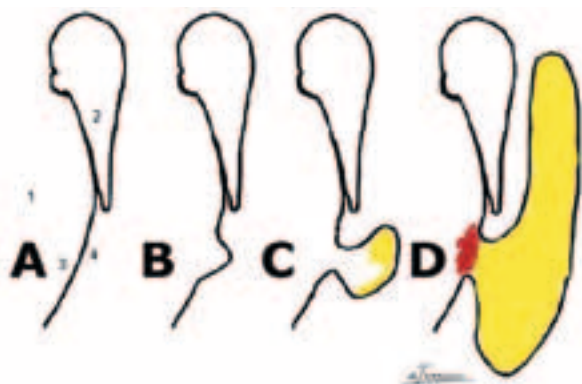
Het stratum germinativum, de matrix, blijft keratine produceren, dat in de nauwe ruimten van middenoor en koepelholte niet weg kan en door druk op de omgeving tot circulatiestoornissen leidt. Een cholesteatoom groeit expansief, veroorzaakt osteolyse en kan grote destructie van de omliggende structuren veroorzaken.⁵

Men maakt onderscheid tussen twee vormen, een congenitaal en een verworven cholesteatoom. Een verworven cholesteatoom kan op drie manieren ontstaan, waarbij men dit het meest ziet bij een progressief ingetrokken trommelvlies [figuur 1 en 2]. De ruimte die bij de intrekking ontstaat vult zich met squameus keratine, dat afkomstig is van het huidepitheel en dat de structuren in het middenoor kan vernietigen [figuur 3]. Zeldzamer is het ontstaan van een cholesteatoom bij een trommelvliesperforatie. Door de perforatie kan huidepitheel het middenoor bereiken en schade veroorzaken. In zeldzame gevallen ontstaat een cholesteatoom als complicatie na het plaatsen van trommelvliesbuisjes.¹

Otitis media met effusie kan leiden tot chronische otitis media, waaraan vermoedelijk laagvirulente middenoorontstekingen in het kader van bovensteluchtweginfectie of op-

stijgende infecties van het adenoid ten grondslag liggen. Chronische otitis media zorgt voor een progressief ingetrokken trommelvlies door tubadisfunctie. Dit kan leiden tot ernstige verlittekening en atrofie van het trommelvlies, en tot atelectase van het middenoor.^{4,5} Bij 72,4% van de verworven cholesteatomen is vooraf sprake van een chronische otitis media [figuur 4].^{4,6} Kinderen met een palatoschisis, craniofaciale anomalieën, syndroom van Down of syndroom van Turner hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een cholesteatoom.⁶ Klachten en symptomen kunnen verschillende vormen aannemen, afhankelijk van de locatie en de omvang van de destructie. Deze kunnen bestaan uit gehoorverlies van het geleidingstype, perceptief of gemengd. Tevens kunnen duizeligheid, perifere nervus facialis-uitval, acute mastoïditis of een acute meningitis voorkomen. Alarmsymptomen van een cholesteatoom zijn een witte massa achter een trommelvlies, diep ingetrokken trommelvlies, focale granulatie op het oppervlak van de hamer, een persisterend loopoor ondanks behandeling van meer dan twee weken en gehoorverlies bij een in het verleden geopereerd oor [tabel].⁷

Figuur 1 1: Gehoorgang 2: Hamersteel 3: Trommelvlies 4: Middenoor. Het trommelvlies wordt progressief ingetrokken. Er ontstaat een ruimte die zich vult met squameus keratine afkomstig van het huidepitheel, dat de structuren in het middenoor kan vernietigen.⁷

**Abstract**

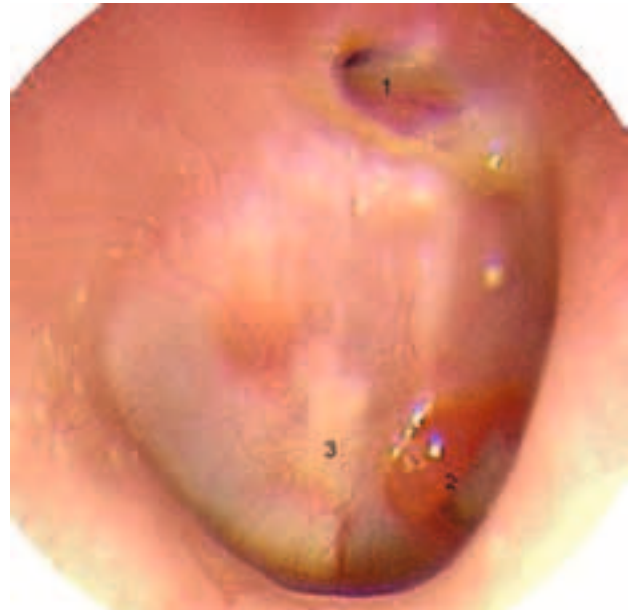
Santing L, Van der Eijk R, Donker GA. Cholesteatoma – a wolf in sheep's clothing. *Huisarts Wet* 2012;55(2):78-81.

The symptoms of cholesteatoma are similar to those of otitis media or otitis externa, but the disorder can lead to major hearing impairment. Patient and doctor delay can be potentially harmful and should be prevented as much as possible. The main symptom that should arouse suspicion of cholesteatoma is recurrent otitis media accompanied by persistent loss of hearing. Cholesteatoma is not common in adults and even less so in children, but can have a major impact on their development and career. It is a difficult diagnosis for general practitioners because the incidence of cholesteatoma is low whereas middle ear infection and hearing loss are common disorders. Otoscopy is the main investigation for assessing the ear, and audiometry can be used to assess the hearing impairment. The patient history is also important for the diagnosis of cholesteatoma. Patients with recurrent otitis and symptoms suggestive of cholesteatoma should be referred to an ear-nose-throat specialist.

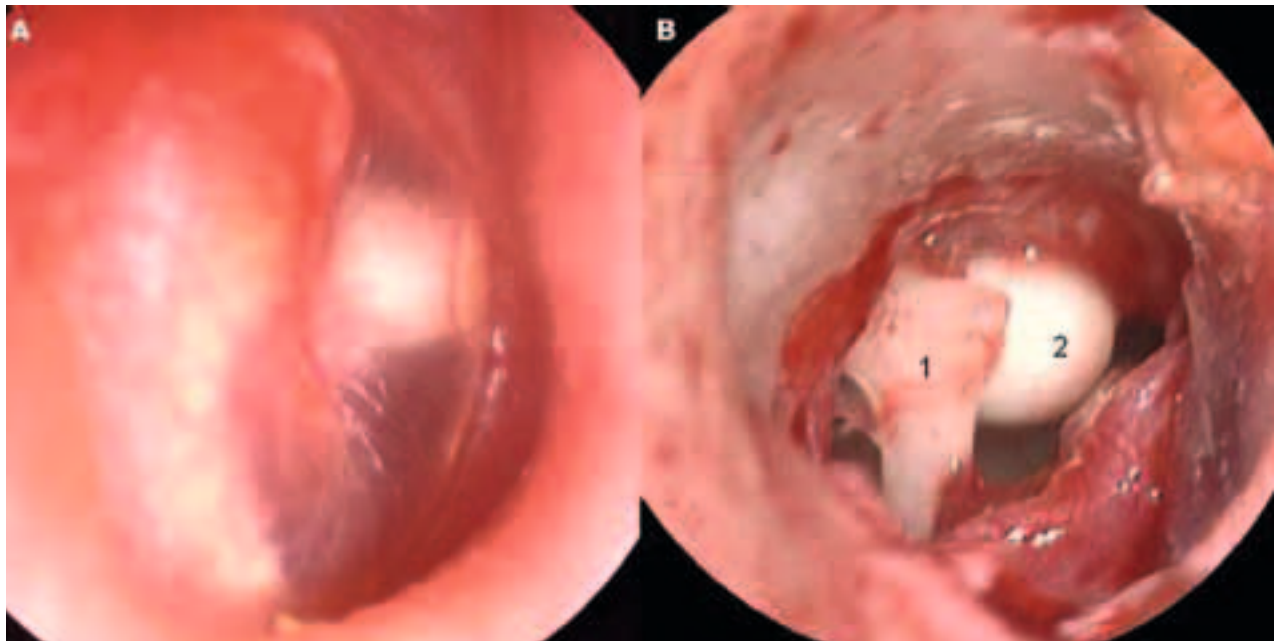
Figuur 2 Cholesteatoom bij ingetrokken rechter trommelvlies in het achter-bovenkwadrant met erosie van de incus (S). Effusie is aanwezig in het middenoor en squameus debris in het epitympanum.⁷



Figuur 4 Verworven cholesteatoom van het rechter oor van de pars flaccida (1) met chronische purulente drainage (2) en een witte massa (3) achter het trommelvlies, ontstaan na chronische of recidiverende middenoorontstekingen.⁷



Figuur 3 Cholesteatoom in het rechter oor. A: cholesteatoom in het begin van ontstaan. Subtiele verkleuring van het trommelvlies bij een intact trommelvlies B: trommelvliesperforatie in het rechter oor met zicht op gehoorbeenderen (1) en granulatie (2).⁷



DIAGNOSTIEK

Goed visueel onderzoek met behulp van de otoscoop is het belangrijkste met het oog op tijdige verwijzing. Hierbij moet men het hele trommelvlies uitgebreid beoordelen. Normaal trommelvlies is intact, parelgrijs glanzend met een centrale hamersteel en een onverdachte koepelholte [figuur 5]. Bij een

cholesteatoom ziet men met behulp van otoscopie een perforatie in de pars flaccida (koepelholte) of in het achter-bovenkwadrant van het trommelvlies. Er is sprake van ingroei van epitheel in de achterste helft van het trommelvlies, die meestal is bedekt door een of meer granulaties en poliepen. Als aanvullend onderzoek komt audiometrie in aanmerking.

Tabel Alarmsymptomen van het cholesteatoom⁷

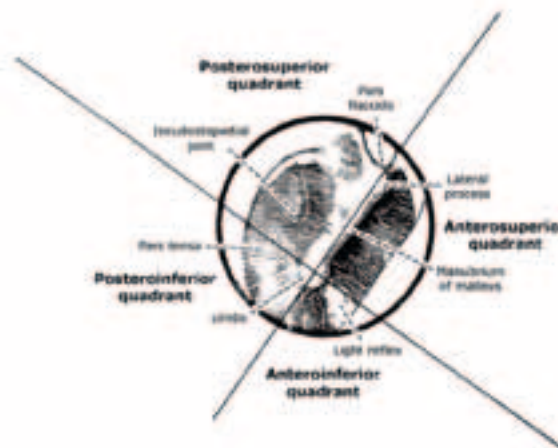
Alarmsymptomen
■ witte massa achter een intact trommelvlies
■ diep ingetrokken trommelvlies, met of zonder granulatie en debris
■ focale granulatie op het oppervlak van de hamer
■ persisterend loopoor dat > 2 weken duurt, ondanks behandeling
■ gehoorverlies bij een geopereerd oor in het verleden

Wanneer er uit het audiogram blijkt dat er sprake is van 50 tot 60 dB geleidingsverlies (horizontale curve, ongeveer evenveel verlies over alle frequenties), ondersteunt dit de diagnose cholesteatoom. De kno-arts voert de overige diagnostiek uit, zoals een CT-scan of een chirurgische exploratie. Een cholesteatoom vereist bijna altijd operatieve verwijdering. Na een sanerende operatie kan er blijvend gehoorverlies optreden. Bij late herkenning ziet men bij een cholesteatoom vaak blijvend gehoorverlies.⁸

BESCHOUWING

Cholesteatoom is een wolf in schaapskleren. De symptomen lijken op die van een gewone otitis media, maar terwijl otitis media eigenlijk altijd na verloop van tijd herstelt, kan een cholesteatoom een ernstige gehoorhandicap tot gevolg hebben. De diagnostiek van een cholesteatoom is dan ook minder eenvoudig dan het lijkt, omdat otitis media en gehoorverlies veel voorkomen in de huisartsenpraktijk, in tegenstelling tot cholesteatoom. Daarnaast is het moeilijk om onderscheid te maken tussen een otitis media en een cholesteatoom, omdat beide ziektebeelden er bij otoscopie voor een onervaren huisarts hetzelfde uit kunnen zien. Toch zijn er belangrijke alarmsignalen, die de huisarts alert moeten maken op een cholesteatoom [tabel]. Naast aandacht voor deze alarmsignalen is een contextuele aanpak vereist, waarin men de voorgeschiedenis, de anamnese en goed visueel onderzoek met behulp van een otoscoop integreert. Deze benadering is doorslaggevend voor de verdenking op een cholesteatoom. De diagnose kan men ondersteunen door het gehoorverlies door middel van audiometrie objectief vast te stellen.

Een van de belangrijkste risicofactoren in de voorgeschiedenis is chronische of recidiverende otitis media. Bij 72,4% van de verworven cholesteatomen ziet men vooraf een chronische otitis media. Verder moet de huisarts alert zijn bij patiënten met syndromen of aandoeningen die een verhoogd risico geven op het ontwikkelen van een cholesteatoom, zoals het syndroom van Down en palatoschisis. Bij kinderen moet bij de anamnese aandacht zijn voor de spraak- en taalontwikkeling. Gehoorverlies op basis van een otitis media geeft tijdelijk een spraak- en taalachterstand, terwijl men bij een cholesteatoom een acute knik in de spraak- en taalontwikkeling ziet, die zich niet herstelt. Gehoorverlies is op alle leeftijden een signaal om alert te zijn op de voorgeschiedenis, en om het trommelvlies goed te onderzoeken en gehooronderzoek te doen. Bij otoscopie is het belangrijk om het gehele trommelvlies goed te beoordelen. Een progressief ingetrokken trommelvlies, waarin een ruimte ontstaat die zich vult met squameus keratine,

Figuur 5 Schematisch overzicht van een rechter trommelvlies onderverdeeld in kwadranten.⁷

zichtbaar als een witte massa achter het trommelvlies, wijst op een cholesteatoom.

Vroege herkenning van het cholesteatoom is belangrijk om tijdig naar de kno-arts te kunnen verwijzen en de kans op blijvend gehoorverlies te minimaliseren. Een verwijzing naar de kno-arts is geïndiceerd bij patiënten met zowel recidiverende otitis media als gehoorverlies, en als men bij otoscopie een trommelvlies ziet dat doet vermoeden dat er sprake is van een cholesteatoom. Als men een cholesteatoom laat herkennen, is er vaak sprake van blijvend gehoorverlies.^{8,9} Zowel op jonge als op oudere leeftijd heeft blijvend gehoorverlies grote consequenties. Bij kinderen heeft het vooral grote invloed op de ontwikkeling en de beroepskeuze. Daarnaast kan gehoorverlies op alle leeftijden een grote impact hebben op de kwaliteit van leven.

De huisarts moet bij een langdurige otitis media of bij een otitis media met een ongewoon beloop een cholesteatoom in zijn differentiële diagnose hebben staan, omdat de gevolgen van een cholesteatoom niet alleen invloed hebben op het gehoor van de patiënt, maar ook op diens welzijn. ■

LITERATUUR

- 1 Van Balen FAM, Rovers MM, Eekhof JAH, Van Weert HCPM, Eizinga WH, Boomsma LJ. NHG-Standaard Otitis media met effusie. Huisarts Wet 2000;43:171-7.
- 2 Eekhof JAH, Van Balen FAM, Fokke HE, Mul M, Ek JW, Boomsma LJ. NHG-Standaard Slechthorendheid. Huisarts Wet 2006;1:28-37.
- 3 Tos M. Incidence, etiology and pathogenesis of cholesteatoma in children. Otol Rhinol Laryngol 1988;40:110-7.
- 4 Kemppainen HO, Puhakka HJ, Laippala PJ, Sipilä MM, Manninen MP, Karma PH. Epidemiology and aetiology of middle ear cholesteatoma. Acta Otolaryngol 1999;119:568-72.
- 5 Huizing EH, Snow GB. Leerboek keel-, neus- en oorheelkunde. Tweede herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005.
- 6 Spilsbury K, Miller I, Semmens JB, Lannigan FJ. Factors associated with developing cholesteatoma: A study of 45,980 children with middle ear disease. Laryngoscope 2010;120:625-30.
- 7 Isaacson G. Diagnosis of pediatric cholesteatoma. Pediatrics 2007;120:603-8.
- 8 Greenberg JS, Manolidis S. High incidence of complications encountered in chronic otitis media surgery in a U.S. metropolitan public hospital. Otolaryngol Head Surg 2001;125:623-7.
- 9 Stangerup SE, Drozdiewicz D, Tos M, Trabelzini F. Surgery for acquired cholesteatoma in children: long-term results and recurrence of cholesteatoma. J Laryngol Otol 1998;112:742-9.

'Richt bij COPD je zorg op de ervaren klachten'

Afgelopen zomer promoveerde Janwillem Kocks in Groningen op zijn proefschrift *Towards health status guided care in COPD. Using the Clinical COPD Questionnaire (CCQ)*. In een interview vertelt hij over zijn onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts dan wel de praktijkondersteuner.

Stoffig en saai...

Kocks zou zich enkele jaren geleden nog niet zo gauw als onderzoeker hebben gezien. 'Als student moest ik een halfjaar wetenschappelijk onderzoek doen en de studietoelichting dacht dat ik wel zou passen bij Thys van der Molen. Zo raakte ik betrokken bij onderzoek naar longrevalidatie in Assen, met gebruikmaking van de CCQ. Op voorhand leek onderzoek mij altijd stoffig en saai, maar gaandeweg ging ik het steeds leuker vinden. Toen deed Thys de meesterlijke zet om mij een presentatie

in Glasgow te laten doen. Dat vond ik geweldig. Zo veel mensen bij elkaar om over het onderwerp te praten; iedereen zo enthousiast over zijn eigen onderzoek. Ik werd toen zelf net zo enthousiast. Op die manier is het gaan rollen. Ik heb nog met wat ander onderzoek meegedaan en uiteindelijk is dat uitmond in mijn promotieonderzoek.'

Na afronding van de huisartsenopleiding in 2009 is Kocks bij de academische huisartsenpraktijk binnen de poorten van het UMCG gaan praktiseren; zijn promotieonderzoek rondde hij begin 2011 af.

FEV₁-meting niet genoeg

'Toen ik met mijn onderzoek begon, wist ik nog niet dat de CCQ dé vragenlijst is bij COPD', vertelt Kocks. 'Maar ook heeft mijn onderzoek er wel aan bijgedragen dat de lijst die status heeft verworven. Nederland loopt echt voorop met het kijken naar de waarde van dit soort vragenlijsten.'

De CCQ is vooral van belang omdat steeds duidelijker wordt dat de bepaling van de FEV₁ niet veel zegt over de last die wordt ervaren van de klachten. Kocks: 'COPD heeft gevolgen door het gehele lichaam heen. Overal zijn processen gaande waarvan de patiënt last kan ervaren: afname van spiermassa, gewichtsverlies, angst en depressie... Op zich is spirometrie een goede, reproduceerbare meting, die wel voorspelt hoe snel mensen aan de ziekte zullen overlijden, maar meer dan een meting van de longfunctie is het ook niet. Andere symptomen en het aantal exacerbaties zijn minstens zo belangrijk. Bovendien, sommige mensen met een heel slechte FEV₁ kunnen nog van alles, terwijl iemand met een redelijke FEV₁ niet eens meer een boodschapje kan doen. Zojuist zijn dan ook de nieuwe GOLD-richtlijnen gepresenteerd in Shanghai en daarin wordt nu ook uitgegaan van de FEV₁ plus de symptomen plus de exacerbatiefrequentie. In de discussies daarover is mijn proefschrift ook genoemd en ik ervaar het als een echte opsteker dat mijn onderzoek heeft bijgedragen aan de gedachtevorming over de nieuwe richtlijnen.'

Individuele betrouwbaarheid

De vraag was dus hoe je de ernst van COPD kunt meten als je dit met spirometrie niet goed kunt achterhalen. Kocks: 'Vlak voor de start van mijn onderzoek is de CCQ ontwikkeld. Het is een heel simpele vragenlijst en die is uitgebreid getest. Dat gebeurt echter altijd op groepsniveau, omdat er nog geen methode was bedacht om de betrouwbaarheid te onderzoeken op individueel niveau. Maar als huisarts wil je nu eenmaal weten hoe het zit in het een-op-een-contact in je spreekkamer. We hebben dus een methode bedacht om ook die individuele validiteit te meten. We stelden dat je als hulpverlener een goed beeld moet hebben van de manier waarop iemand de vragenlijst heeft ingevuld, want je moet op de antwoorden kunnen vertrouwen. Om die betrouwbaarheid te meten hielden we interviews met de patiënten nadat ze de vragenlijst hadden ingevuld. Daarbij stelden we heel gedetailleerde vragen: 'Wat dacht je toen je dit zo invulde?', 'Kun je naar de parkeerplaats lopen zonder uit te rusten?' enzovoort. We lieten vervolgens de uitgewerkte interviews lezen aan longartsen en kaderhuisartsen met de vraag: 'Als je dit leest, hoe had de patiënt volgens jou dan de vragenlijst moeten invullen?' We hebben dat met elkaar vergeleken en zagen dat er een heel goede overeenkomst was tussen de vragenlijsten van de patiënten en die van de artsen op basis van de interviews.'

De uitzonderingen

De vragenlijst is inderdaad heel simpel en je zou dus denken dat patiënten er geen enkele moeite mee hebben deze in te vullen. Maar is dat ook altijd zo? Kocks: 'Nee, bij een klein aantal mensen klopten de antwoorden niet goed bij de uitkomsten van de interviews. De volgende vraag is dan natuurlijk wat voor mensen dat zijn. Dat kwam niet heel duidelijk naar voren in ons onderzoek, maar kijkend naar de betreffende interviews lijkt een erg laag intelligentieniveau daar wellicht debet aan. In ieder geval zou je als huisarts wel weten dat het om iemand gaat



wiens verhaal niet al te betrouwbaar is. Je kent je patiënten immers wel. Bij een klein aantal mensen moet je dus vraagtekens zetten bij de antwoorden uit de vragenlijst.'

Weg met de spirometrie?

De CCQ wordt al breed gebruikt, zeker ook door de praktijkondersteuner, en de vragenlijst is inmiddels ook opgenomen in de standaard. Toch wordt spirometrie nog heel veel uitgevoerd. Moet dit nu niet gaan verdwijnen?

Kocks: 'Nee, verdwijnen zal spirometrie niet, al is het maar omdat je er de diagnose mee moet stellen. Maar wel moet nu worden uitgediscussieerd hoe vaak je daarna de FEV₁ nog moet bepalen. Wellicht niet bij elke controle. Maar veel praktijkondersteuners "verdienen" zichzelf door spirometrie te doen. Bovendien is jarenlang gehamerd op het belang van spirometrie, dus dat verandert je niet van de ene op de andere dag. Maar voor je behandeling kun je in het vervolg beter varen op de klachten van de patiënt – en dus de CCQ – dan op de FEV₁. Momenteel wordt in samenwerking tussen de COPD en Astma Huisartsen Advies Groep, het NHG en de longartsen de zogenaamde "Ziektelastmeter" ontwikkeld, waar de CCQ ook in is verwerkt. Dat zal hét instrument worden waarop de zorg rond COPD zich zal gaan richten.'

Volgens Kocks zou ook het vergoedingensysteem moeten veranderen aan de hand van de nieuwe inzichten. 'De indicatie van vergoedingen voor bijvoorbeeld longrevalidatie is nu afhankelijk van de longfunctie; ik zou dat meer willen laten hangen van de ervaren klachten.'

Aanpak aangepast

Kocks geeft een voorbeeld van de waarde die de CCQ kan hebben: 'Een van de longartsen die betrokken was bij het onderzoek, en die op basis van zijn normale consulten op de vragenlijst invulde wat de patiënt zou hebben moeten invullen, zei: "Die vragen over neerslachtigheid kon ik nooit beantwoorden. Ik ben daar dus bij mijn eigen patiënten naar gaan vragen en ik ben

heel erg geschrokken van wat ik zag. Zo veel angst en depressie die anders nooit naar boven kwamen!" Deze longarts heeft zijn consulten aangepast en stelt de vragen over neerslachtigheid nu altijd aan zijn patiënten. Eigenlijk zouden huisartsen en praktijkondersteuners dat ook moeten doen.'

Heeft Kocks ook zelf zijn aanpak in de spreekkamer veranderd? 'Ja, ik kijk nu altijd wat de hoogste waarde is die iemand op de CCQ heeft ingevuld en daarover ga ik het gesprek aan. Je komt dan veel sneller binnen op de plek waar je het over wilt hebben. Er zijn aspecten die je nu eenmaal zelf niet altijd ziet of die de patiënt niet direct naar voren brengt. Met de CCQ kun je beter zien in welk domein de problemen bij de individuele patiënt liggen en ook waar zich veranderingen voordoen.'

Dit brengt ons bij een ander groot voordeel van de CCQ. 'Deze is onderverdeeld in drie domeinen: de symptomen, de functionele en de mentale status. Dat is een belangrijk voordeel ten opzichte van andere vragenlijsten. Die domeinen zijn onderscheidend en je ziet als huisarts dus in één oogopslag op welk domein je je zorg moet richten.'

Klachtgerichte behandeling

Het laatste hoofdstuk van Kocks' proefschrift behandelt de MARCH-studie, die beschrijft dat als je je richt op de belangrijkste klachten, je daar ook sturing op moet geven bij je behandeling. 'Als iemand dus erg depressief of angstig is, moet je dat als eerste aanpakken en het stoppen met roken nog maar even laten zitten. Zo ook als iemand niet meer naar de supermarkt kan, stuur die dan maar als eerste naar de fysiotherapeut.'

Maar zou zo iemand dan niet ook zonder interventie van de fysiotherapeut naar de supermarkt kunnen als hij maar stopte met roken? 'Nee, zo snel is dat positieve effect nou ook weer niet zichtbaar, al zien we op termijn wel altijd een verbetering op het functionele domein als iemand met roken stopt.'

Verder onderzoek

Weet Kocks al waar hij zijn focus op gaat richten nu zijn promotieonderzoek is afgerond? 'Ik ben al druk met volgende onderzoeken, bijvoorbeeld over de behandeling in de eerste lijn van COPD, en waarschijnlijk komt astma daar ook nog wel bij. Bovendien zou ik wel nader onderzoek willen doen naar fenotypering, want dat vind ik erg interessant.'

Onderzoek in Nieuw-Zeeland heeft aangetoond dat slechts 5% van de patiënten die wij in de spreekkamer zien, wordt meegenomen in wetenschappelijk onderzoek. Dit komt doordat de inclusiecriteria zo strikt zijn; iemand met bijvoorbeeld ook astma of hartfalen wordt niet in het onderzoek opgenomen. Maar dergelijke comorbiditeit komt verschrikkelijk vaak voor! Het is dus maar een heel klein deel van onze patiëntenpopulatie dat in onderzoek wordt geïnccludeerd, maar op dat kleine deel worden wel alle richtlijnen gebaseerd. En in internationaal onderzoek bestaat het "mengbeeld" van onze patiënten dus niet. De International Primary Care Respiratory Group ondersteunt daarom een initiatief om data uit diverse landen te verzamelen teneinde te bezien wat er nu daadwerkelijk gebeurt als je mensen behandelt in de eerste lijn. En ook in de toekomst is nog onderzoek nodig naar de effecten van wat we in de eerste lijn doen. Zo is er een onderzoek gaande naar medicatie bij astma: wat gebeurt er als je geen inhalatiesteroïden geeft maar een tabletje? Het effect van beide middelen blijkt even groot en dat komt doordat mensen zo slecht met hun pufjes kunnen omgaan. Dit soort *real life studies*, dáár zouden we ons als huisarts op moeten gaan richten. En daar wil ik me graag sterk voor maken. Ik besteed dan ook naast mijn praktijkwerk nog anderhalve dag per week aan wetenschappelijk onderzoek. Dus een zwart gat na mijn promotie? Nee, daar heb ik echt geen last van.' ■

Ans Stalenhoef



De wetenschap van de huisarts

Op 25 november aanvaardde voormalig H&W-hoofdredacteur Henk van Weert het ambt van hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de VUa. In zijn inaugurele rede beschrijft hij drie lopende onderzoeken waarin de kernwaarden van de huisarts tot uiting komen. Daarna gaat hij in op onderwijs en praktijk. Hieronder is het betreffende deel van zijn oratie voor u samengevat. De volledige versie is beschikbaar via www.oratiereeks.nl.

Verdiensten van de huisarts

Dat een sterke eerstelijnszorg leidt tot doelmatigheid weten we door vele wetenschappelijke publicaties. Een vergelijking tussen achttien landen wees uit dat de levensverwachting niet alleen samenhangt met economische ontwikkeling en de omvang van de gezondheidszorg, maar vooral ook met de eerstelijnsoriëntatie binnen de zorg. Dit is goeddeels te verklaren door een afname van verloren levensjaren vanwege behandelbare of voorkombare aandoeningen. Bovendien leidde in de Verenigde Staten de toename met één huisarts per tienduizend verzekerden tot afname van mortaliteit en morbiditeit én tot een kostenbesparing van \$ 684 per verzekerde per jaar. Dit laatste vooral door een reductie van de zorgkosten in het laatste halve levensjaar en een betere inzet van kosteneffectieve, deels preventieve interventies. Nader onderzoek liet zien dat vier kenmerken daarbij een rol spelen:

- *Drempelloze toegang* en een *poortwachtersfunctie* geven betere, snellere diagnostiek en minder onnodige, dure specialistische zorg. Bovendien ontvangt degene met de grootste zorgbehoefte de meeste zorg, onafhankelijk van inkomen of maatschappelijke status.
- De – vooral persoonlijke – *continuïteit* en *persoonsgerichte benadering* leiden tot meer op behoeften toegesneden zorg met adequatere interventies, doorverwijzingen en preventie.

Deze kenmerken zijn terug te vinden tijdens het spreekuur. Per dag bezoeken ongeveer 35 patiënten de spreekkamer, 30 van hen hebben nieuwe vragen of klachten, waarvan de huisarts meer dan 90% zelf afhandelt. Ondanks de recente aandacht voor zorgprogramma's voor chronisch zieken blijft dat spreekuur de kern van het vak.

De poortwachter

Vroeger namen huisartsen soms in het ziekenhuis ontwikkelde diagnostische strategieën over. Een strategie bij een vermoedelijke longembolie, bestaande uit een beslisregel en D-dimeertest, is in het ziekenhuis veilig gebleken. Bij toepassing van het theorema van Bayes zou deze strategie ook in de huisartsenpraktijk veilig moeten zijn; je kunt immers de achterafkans op ziekte berekenen als de voorafkans en testeigenschappen bekend zijn. Alle artsen gebruiken dergelijke berekeningen dagelijks, al dan niet bewust. De voorafkans is in een specialistische setting hoger dan bij de huisarts. De positief voorspellende waarde van eenzelfde test zal bij de specialist dus hoger zijn en de negatief voorspellende waarde zal bij de huisarts hoger zijn. Dit sluit aan bij de praktijk: huisartsen sluiten veelal ziekten uit, specialisten tonen die aan.

Omdat de voorafkans in de huisartsenpraktijk lager ligt, zou het aantal patiënten bij wie een longembolie wordt gemist ook lager moeten zijn bij toepassing van dezelfde strategie. De huisarts wil echter zo'n ernstige aandoening niet missen en daarbij is de sensitiviteit van de strategie van belang. Door ons verricht literatuuronderzoek toonde aan dat niet alleen de achterafkans, maar ook de testeigenschappen van diagnostische tests, zoals een beslisregel, afhankelijk zijn van de voorafkans, ook bij toepassing van alleen objectieve tests. De sensitiviteit blijkt geringer bij een lage prevalentie en juist in het huisartsgeneeskundig prevalentiegebied zijn de testeigenschappen van de vijf bestaande beslisregels het meest variabel.

Maar als de testeigenschappen niet stabiel zijn, kan de huisarts niet zo-

maar een diagnostische strategie uit het ziekenhuis gebruiken. De eigenschappen van een test zijn blijkbaar afhankelijk van de eigenschappen van de geteste patiënten. Wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van huisartsen zal dan ook in een huisartsgeneeskundige setting moeten plaatsvinden.

Inmiddels hebben wij onderzoek gedaan waaruit blijkt dat de combinatie van een beslisregel met een D-dimeersneltest wel veilig is in de huisartsenpraktijk. Dit ondersteunt de stelling dat de waarde van een test pas goed kan worden vastgesteld in samenhang met een complete diagnostische strategie. Daar ligt nog een andere belangrijke taak voor de academische huisartsgeneeskunde: diagnostisch onderzoek moet zich ontwikkelen van testonderzoek naar strategieonderzoek.

Ons onderzoek kan de poortwachtersrol van de huisarts versterken. Die kan met relatief eenvoudige diagnostiek bij de helft van de patiënten een longembolie veilig uitsluiten en dus een gang naar het ziekenhuis voorkomen. Bovendien neemt de efficiëntie van de specialistische diagnostiek toe: de specialist ziet immers alleen nog een evidence-based geselecteerde patiëntenpopulatie met een tweemaal zo grote voorafkans. Zo loopt hij minder kans zieken te missen, want de sensitiviteit neemt toe bij een hoge voorafkans. Een fraai voorbeeld van diagnostische ketenzorg!

Continuïteit en context

Huisartsen werd vaak verweten dat ze depressies over het hoofd zagen en steeds lichamelijke klachten behandelden. We deden daarom samen met psychiaters een onderzoek naar screening op depressie bij hoogrisicopatiënten: veelkomers en mensen met onverklaarde lichamelijke klachten of psychosociale problemen. Meer dan 20% leed aan een depressie en, verrassend genoeg, een merendeel wilde de lichamelijke klachten wel in het licht van een psychiatrisch probleem zien.

Toch voelde men niets voor psychiatrische behandeling, vaak uit twijfel over het effect daarvan. Terecht, want slechts een op de vijf patiënten met depressie heeft baat bij psychiatrische behandeling. In zo'n geval spreekt de huisarts af de patiënt regelmatig te zien, heeft hij aandacht voor de psychische achtergronden van lichamelijke klachten en past *problem solving therapy* toe bij sociale problematiek. Welnu, een dergelijke benadering blijkt even goed te helpen als een cognitief-gedragsmatige interventie door psychologen, zo blijkt uit ons onderzoek.

Continuïteit van zorg, kennis van de context van de patiënt en een integrale benadering dragen ertoe bij dat deze patiënten niet verdwalen in de geneeskunde. Wetenschappelijk onderzoek legt hiervoor de basis.

Ongeveer de helft van de depressies in de eerste lijn kent een *self-limiting* beloop en dan is een korte, steunende benadering voldoende. Verergeren de klachten, dan kan de huisarts altijd nog ingrijpen: *disease management* en *stepped care*.

Integrale geneeskunde

Soms bestaat er weinig evidence over veelvoorkomende klachten. Dat is wel begrijpelijk als er geen eenduidige diagnose is; diagnostisch en therapeutisch wetenschappelijk onderzoek is dan moeizaam. Samen met de VU onderzochten we de klacht duizeligheid bij ouderen, te beginnen met een inventarisatie van alle mogelijk bruikbare diagnostische tests. Deze werden afgenomen bij ouderen die de huisarts consulteerden vanwege duizeligheid. Hun klachten waren uiteen te rafelen in zes verschillende profielen, maar de meeste patiënten hadden meer dan één profiel. Vaak speelden cardiovasculaire, psychiatrische en vestibulaire aandoeningen en bijwerkingen van geneesmiddelen een rol, dikwijls een combinatie hiervan. Dat gaf geen duidelijk handvat voor een diagnose.

Uit analyse bleken sedatieve gebruik, polyfarmacie, angst, depressie en beperkte mobiliteit de meeste hinder te geven en dit alles kwam heel

vaak voor. Veel ouderen gebruiken meerdere geneesmiddelen: slaap- en kalmeringspillen, maar bijvoorbeeld ook cardiovasculaire medicatie. Zo biedt ons onderzoek de huisarts een handvat. Deze kan zijn kennis over de voorgeschiedenis van de patiënt inzetten bij de diagnostiek en behandeling en vanuit zijn kennis van de context proberen de medicatie aan te passen. De patiënt blijft dan een dwaaltocht langs enkele specialisten bespaard.

Van onderzoek naar onderwijs en praktijk

Onze onderzoeksprojecten kunnen dus de basis van de huisartsgeneeskunde effectief ondersteunen. Ze sluiten aan bij de kenmerken van de huisartsgeneeskunde. Omdat de huisartsgeneeskunde aantoonbaar een positief effect op de volksgezondheid heeft, is dergelijk onderzoek dus belangrijk. Nederlandse eerstelijns-onderzoekers produceren internationaal gezien een zeer hoog aantal wetenschappelijke publicaties. En al is correlatie geen bewijs van causaliteit, het samengaan van goede zorg en goed onderzoek kan bijna geen toeval zijn. Wetenschappelijk onderzoek heeft behoefte aan een goede infrastructuur en die biedt het huisartsgeneeskundig veld blijkbaar.

Maar ook de mooiste artikelen in de beste tijdschriften bieden geen garantie voor acceptatie door het werkveld. Het NHG is zich dan ook gaan richten op implementatie. Via de NHG-Standaarden komt wetenschappelijke kennis, gewogen op relevantie, terecht in de huisartsgeneeskundige praktijk. Bovendien bevat H&W vaak vertalingen van relevante Engelstalige artikelen. En er verschenen leerboeken, veelal geschreven door stafleden van afdelingen Huisartsgeneeskunde, die wetenschappelijke gegevens combineren met klinische ervaring en context. Standaarden en leerboeken leggen een stevig fundament onder de praktijk én het medisch onderwijs.

Onze afdeling heeft een forse inbreng in het onderwijs van het basiscurriculum, met een focus op

diagnostiek en het leren maken van afwegingen. Het onderwijs oriënteert zich sterk op *evidence* en integreert de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met klinische ervaring. Misschien zullen er ooit voor alle klachten diagnostische algoritmes zijn, maar dan nog moeten keuzes worden gemaakt door artsen met verstand van zaken en een visie op de gehele mens. Daarom is klinisch redeneren zo belangrijk: een goede arts past evidence toe in de context van de individuele patiënt. Dat proberen we onze studenten te leren. En daarbij is de huisartsenpraktijk complementair aan de specialistische.

Maar hoe goed onze opleiding ook functioneert, de wetenschap is daarin onvoldoende aanwezig. Op termijn zullen er meer gepromoveerde docenten zijn en zullen zich meer promovendi onder de aios bevinden. Onderzoekers zullen zich moeten inspannen voor deze verdere academisering. Ze worden betrokken bij onderwijs aan huisartsopleiders, wat vermoedelijk zal leiden tot verwetenschappelijking van het onderwijs en de praktijkvoering, én tot bevruchting van het onderzoek door de praktijk. Een innige samenwerking tussen de secties wetenschappelijk onderzoek, het basisonderwijs en de huisartsopleiding is nodig.

Samenwerking

De besproken onderzoeksprojecten worden uitgevoerd in samenwerking met specialistische afdelingen binnen en buiten het AMC en afdelingen Huisartsgeneeskunde buiten het AMC. Het zijn drie voorbeelden van succesvol onderzoek waaraan één enkele afdeling zich waarschijnlijk zou hebben vertild. Dit succes vormt een krachtig pleidooi voor verdere samenwerking. Stappen daartoe worden dan ook steeds vaker op landelijk niveau gezet; een ontwikkeling die mogelijk leidt tot een nog krachtiger huisartsgeneeskundig onderzoeksveld. ■

Ans Stalenhoef

Besluiten bij ongewenste zwangerschap

De huisarts kan een belangrijke rol spelen in het besluitvormingsproces bij ongewenste zwangerschap. Er zijn echter geen richtlijnen voor een gesprek over dit onderwerp. Wij onderzochten de rol van de huisarts bij de besluitvorming van vrouwen na consulten over ongewenste zwangerschap.

KWART STAAT OPEN VOOR ADVIES

In 46 praktijken, verspreid over Nederland, werd de huisarts geconsulteerd bij 511 ongewenste zwangerschappen; door 23% van de patiënten in de eerste 4 weken en door 96% in het eerste trimester (binnen 12 weken) van de zwangerschap. Slechts 4% van de vrouwen bezocht de huisarts voor de eerste keer na het eerste trimester. Bijna 80% van de ongewenst zwangere vrouwen prefereert abortus provocatus; de huisarts verwijst hen veelal naar een abortuskliniek [figuur A]. Toch heeft 15,6% van de vrouwen voorafgaand aan het eerste consult bij de huisarts nog geen beslissing genomen en verandert 7,7% van gedachten na afloop van het consult. Dit betekent dat ruim 23% van de vrouwen die een huisarts de eerste keer consulteert voor een ongewenste zwangerschap nog niet heeft besloten wat ze wil en potentieel open staat voor advies.

VOORTSCHRIJDEND INZICHT

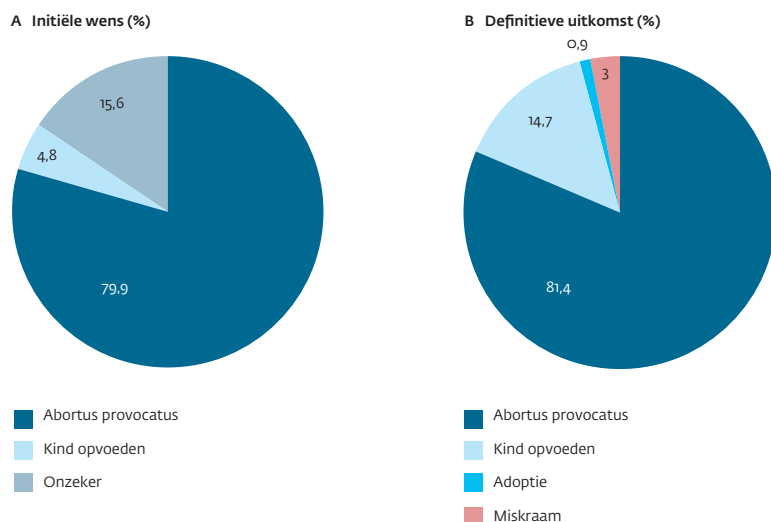
Huisartsen vulden 6 maanden na het eerste contact opnieuw vragenlijsten in. Daaruit blijkt dat slechts 40% van de vrouwen die vóór het eerste consult nog geen beslissing over de zwangerschap heeft genomen – en 20% van de vrouwen die dat wel heeft gedaan – alternatieve oplossingen met de huisarts bespreekt. Zoals verwacht, bespreken de vrouwen die van ge-

dachten veranderen vaker alternatieve oplossingen met hun huisarts dan de vrouwen die niet van gedachten veranderen ($p < 0,01$). Van de vrouwen die van gedachten veranderden nadat ze aanvankelijk een abortus provocatus wilden, besloot het grootste deel ($n = 26$) de zwangerschap alsnog te accepteren en het kind op te voeden; slechts enkele vrouwen besloten de baby aan te bieden voor adoptie ($n = 2$), zie [figuur B]. Slechts 3 patiënten (14%) kozen alsnog voor abortus nadat ze de zwangerschap aanvankelijk wilden behouden. Eén op de drie vrouwen sprak een vervolgconsult af met de huisarts, van vrouwen die nog geen beslissing hadden genomen, was dat twee op de drie.

CONCLUSIE

Voor één op de vier ongewenst zwangere vrouwen is counseling door de huisarts belangrijk omdat ze nog moet beslissen over het vervolg of onzeker is over haar voornemen. Training tijdens en na de huisartsenopleiding kan de gespreksvaardigheden vergroten. Naast een actievere rol in counseling zouden huisartsen ook een actievere rol bij het interveniëren in een ongewenste zwangerschap kunnen hebben. De discussie moet worden gevoerd of en onder welke voorwaarden huisartsen – met extra belangstelling en competenties op dit vlak – verantwoord zelfstandig een zwangerschap kunnen afbreken met de ‘abortuspil’ (mifepriston en misoprostol) tijdens het eerste trimester (tot 9 weken na de eerste dag van de laatste menstruatie). Bij 3% van de zwangerschapsafbrekingen mislukt deze methode overigens en moet alsnog een zuigcuretage plaatsvinden. ■

Figuur Door patiënt geplande uitkomst van de ongewenste zwangerschap bij het eerste bezoek aan de huisarts (A, $n = 511$) en de definitieve uitkomst van de ongewenste zwangerschap 6 maanden na dit eerste bezoek (B, $n = 462$).



Deze bijdrage is een samenwerkingsproject tussen NIVEL en Rutgers WPF. De gegevens werden verzameld door huisartsen die participeren in de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) Peilstations (NIVEL). Dit netwerk bestaat uit een groep van 46 huisartsenpraktijken, verspreid over Nederland, die 0,8% van de Nederlandse populatie vertegenwoordigen en sinds 1 januari 2003 de consulten voor ongewenste zwangerschap registreren. In een aanvullende vragenlijst noteert de huisarts onder andere achtergrondkenmerken en de intentie van de patiënt tot behoud of afbreking van de zwangerschap. Na 6 maanden verzamelt hij in een follow-upvragenlijst informatie over de uiteindelijke zwangerschapsuitkomst, het verwijlsbeleid en de in gebruik zijnde anticonceptie.



KENNISTOETS: VRAGEN

Mevrouw De Groot komt met haar vierjarige zoon op het spreekuur. Ze denkt dat hij slecht hoort. De juf op school denkt dat ook. Het slechte horen is hen opgevallen nadat hij twee maanden geleden erg verkouden was. Moeder vraagt zich af of zijn oren misschien verstopt zijn. De huisarts inspecteert de trommelvliezen en ziet aan beide kanten een dof ingetrokken trommelvlies. Hij overweegt een otitis media met effusie en wil het gehoor onderzoeken om de diagnose te ondersteunen. Het volgende onderzoek geeft/de volgende onderzoeken geven op deze leeftijd betrouwbare informatie over het gehoor:

- 1 - stemvorktesten;
- 2 - een screeningsaudiogram in de huisartsenpraktijk.

Mevrouw De Jong, 67 jaar, komt op het spreekuur met de medicatie die ze gebruikt sinds zij tien dagen geleden een hartinfarct heeft gehad (met goede restfunctie van de linker ventrikel en een bloeddruk van 124/72 mmHg). Ze gebruikt nu voor het eerst in haar leven diverse medicijnen en vraagt zich af waarvoor ze dienen. De huisarts legt in begrijpelijke termen uit dat acetylsalicylzuur het bloed dunner maakt en de kans op een nieuw hartinfarct vermindert. Ook metoprolol (1) verlaagt de kans op een recidief. Perindopril, een ACE-remmer (2) voorkomt het ontstaan van hartfalen.

- 3 Het gestelde na 1 is correct.
- 4 Het gestelde na 2 is correct.

De heer Vogelaar, 32 jaar, heeft sinds een week een pijnlijke zwelling bij zijn knie. Hij denkt 'dat het z'n slijmbeurs is', dat heeft één van zijn collega's ook gehad. Hij is stoffeerder en zit vaak op zijn knieën. Bij onderzoek vindt de huisarts een subcutane zwelling tussen huid en patella. Er is geen roodheid. De huisarts bevestigt de veronderstelling van de heer Vogelaar. De huisarts legt uit (1) dat dit komt door het zitten op de

kníeën en (2) dat het leegzuigen van de slijmbeurs de pijnklachten tijdelijk zal opheffen.

- 5 De bewering na 1 is correct.
- 6 De bewering na 2 is correct.

Bij de heer Mansouri, 72 jaar, heeft de huisarts de symptoomdiagnose bemoeilijkte mictie oftewel LUTS (lower urinary tract symptoms) gesteld. De huisarts is met de heer Mansouri overeengekomen zijn klachten voorlopig niet medicamenteus te behandelen, wel geeft hij hem de volgende adviezen:

- 1) train de blaas door de urine zo lang mogelijk op te houden alvorens naar het toilet te gaan;
- 2) neem de tijd om rustig te plassen, zonodig zittend.

- 7 Het advies na 1 is in dit geval correct.
- 8 Het advies na 2 is in dit geval correct.

De dienstdoende huisarts krijgt 's avonds een telefoontje van de vader van Lotte, 3 jaar. Hij vertelt dat Lotte een rauwe hoest heeft en benauwd wakker is geworden nadat ze zonder klachten was gaan slapen. Ze is overstuurd en krijgt bijna geen lucht. Vader is in paniek; hij vraagt of de huisarts langs kan komen. Hij vraagt ook wat hij in de tussentijd kan doen tegen de benauwdheid van Lotte. Hij heeft salbutamol spray in huis. De dienstdoende huisarts denkt aan de diagnose pseudokroep en geeft vader de volgende adviezen:

- 1) ga stomen;
- 2) geef Lotte salbutamol via een voorzetkamer.

Bij een pseudokroep zijn de volgende adviezen bewezen effectief:

- 9 - advies 1;
- 10 - advies 2.

De antwoorden staan op pagina 96.

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

Beweeg en leef langer

INLEIDING

Bewegen is goed voor de gezondheid. Een open deur. Maar hoe vaak, hoe lang en hoe intensief we moeten bewegen om gunstige effecten op de gezondheid te verwachten is onbekend. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen adviseert minimaal 5 dagen per week 30 minuten matig intensief te bewegen.¹ Matig intensief bewegen komt in de praktijk neer op bewegen met een wat hogere hartslag en ademhaling zoals stevig doorwandelen of iets harder op de pedalen trappen.

Voor lang niet iedereen blijkt deze norm echter haalbaar. In 2009 bewoog een derde van de volwassenen in Nederland minder dan een half uur per dag.² Of een kwartiertje lichaamsbeweging ook bijdraagt aan een betere gezondheid is niet bekend. Het lijkt logisch te veronderstellen dat iets beter is dan niets, maar dit is niet eerder uitgezocht. Onderzoekers uit Taiwan deden dit wel. Zij volgden gemiddeld acht jaar lang bijna een half miljoen volwassenen en keken in hoeverre lichaamsbeweging gerelateerd was aan sterfte.³

ONDERZOEK

Design Een prospectief cohortonderzoek waarbij 416.175 volwassenen werden geïnccludeerd. Het onderzoek liep van 1996 tot 2008, gemiddeld 8 jaar per deelnemer. Bij de start en vervolgens ieder jaar vulden de deelnemers een vragenlijst in. Aan de hand van 2 vragen werd het niveau van lichamelijke activiteit vastgesteld: soort lichaamsbeweging (= intensiteit), en het aantal uur lichaamsbeweging per week (= duur). Hierbij ging het om lichaamsbeweging in de vrije tijd, dus niet op het werk. Het product van intensiteit en duur bepaalde het niveau van lichamenlijk activiteit. Vijf categorieën werden onderscheiden: inactief, weinig actief, gemiddeld actief, actief en zeer actief. De niet-actieven leden een zittend bestaan, de weinig-actieven bewogen ongeveer een kwartier per dag. De 3 groepen actievelingen bewogen respectievelijk zo'n half uur, 1 uur en 1,5 uur of meer per dag.

Analyses De onderzoekers berekenden hazard ratio's om het risico op sterfte te vergelijken tussen enerzijds personen die lichamenlijk actief waren (1 van de 4 categorieën) en anderzijds de inactieven. Hierbij werd gecorrigeerd voor 13 potentieel versturende variabelen, waaronder geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, BMI, rookstatus, bloeddruk, cholesterol, diabetes en kanker.

Uitkomsten Vergeleken met de inactieven hadden de weinig-actieven (= 15 minuten lichaamsbeweging per dag) 14% (95%-

BI 9-19) minder risico om te overlijden en een 3 jaar langere levensverwachting. Ieder kwartier extra bewegen bovenop het minimum van 15 minuten reduceerde het risico op totale sterfte met 4% (95%-BI 2,5-7,0) en op kankergerelateerde sterfte met 1% (95%-BI 0,3-4,5). Uit subgroepanalyses bleek de gezondheidswinst grofweg even groot bij rokers als bij niet-rokers en even groot bij mensen met als bij mensen zonder cardiovasculaire risicofactoren. Meer dan anderhalf uur lichaamsbeweging per dag leverde nauwelijks extra gezondheidswinst op.

Beschouwing De onderzoekers concluderen dat een kwartier per dag matig intensieve lichaamsbeweging leidt tot minder sterfte. De causaliteit in dit observationele onderzoek wordt ondersteund door de waargenomen dosis-responsrelatie (meer lichaamsbeweging was gerelateerd aan meer gezondheidswinst) en door het feit dat lichaamsbeweging gunstig was voor zowel personen met als personen zonder gezondheidsrisico's.

INTERPRETATIE

Inderdaad blijkt iets beter dan niets. Een plezierige constatering, want dit kan menig patiënt ondersteunen om er dagelijks toch minimaal een kwartiertje op uit te trekken. Belangrijk is ook dat de lichamenlijke activiteit niet per se hoeft te leiden tot gewichtsreductie om gezondheidswinst te boeken. Bewegen an sich bevordert al de gezondheid.

Dat huisartsen effectief beweeggedrag bij hun patiënten kunnen bevorderen was al bekend.⁴ Dit onderzoek levert een belangrijke toevoeging: het effect van lichaamsbeweging op de levensverwachting. Adviezen in termen van levensverwachting zijn eenvoudig te begrijpen en kunnen patiënten motiveren hun inactieve leefstijl te veranderen. Niet langer 'door lichaamsbeweging heeft u 14% minder risico om te overlijden', maar 'met minimaal een kwartier lichaamsbeweging per dag kunt u wel 3 jaar langer leven'. ■

LITERATUUR

- 1 Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Ede: Nederlands Instituut voor Sport & Bewegen. <http://www.30minutenbewegen.nl/home-ik-voer-campagne/over-de-campagne/de-beweegnorm.html>.
- 2 Hildebrandt VH, Chorus AMJ, Stubbe JH. Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2008/2009. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- 3 Wen CP, Wai JPM, Tsai MK, Yang YC, Cheng TYD, Lee MC, et al. Minimum amount of physical activity for reduces mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet* 2011;378:1244-53.
- 4 Grandes G, Sanchez A, Sanchez-Pinilla RO, Torcal J, Montoya I, Lizarraga K, et al. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care. *Arch Intern Med* 2009;169:694-701.

Excisiemarges van een melanoom

INLEIDING

Huisartsen verwijderen verdachte naevi en sturen ze op ter beoordeling. Indien het een melanoom blijkt te zijn, volgt een uitgebreidere re-excisie om al het tumorweefsel te verwijderen. Hoe ruim de marges bij re-excisie moeten zijn, hangt af van de dikte van de gevonden tumor, de breslowdikte. Het is echter onduidelijk welke excisiemarges moeten worden aanhouden bij de ernstigste variant, een breslowdikte > 2 mm. Scandinavische onderzoekers hebben in een gerandomiseerd trial onderzocht of die tumorvrije excisiemarge 2 of 4 cm moet zijn.¹

ONDERZOEK

Design Een gerandomiseerd gecontroleerd niet-geblindeerd onderzoek, uitgevoerd in negen verschillende centra in Denemarken en Zweden. Artsen verwijderden verdachte naevi door een excisiebiopsie met een marge van 1 tot 3 mm en hielden bij sterke verdenking op een melanoom direct een ruimere excisiemarge van 2 cm aan. De onderzoekers includeerden alle patiënten met een melanoom met een breslowdikte > 2 mm. Exclusiecriteria waren leeftijd boven de 75 jaar en aanwijzingen voor metastasen. Na excisie werden patiënten de eerste twee jaar elke drie maanden en vervolgens elke zes maanden gevolgd gedurende minimaal vijf jaar.

Interventie De patiënten werden gerandomiseerd naar een re-excisie met een marge van 2 cm (465 patiënten) of een marge van 4 cm (471 patiënten). Patiënten in de '2 cm'-groep die reeds ruim waren geëxcideerd, ondergingen geen verdere chirurgische ingreep.

Uitkomstmaten Primaire uitkomstmaat was vijfjaarsoverleving. Secundaire uitkomstmaat was de ziektevrije overleving en aantal (lokale) metastasen.

Analyse De onderzoekers volgden het intention-to-treatprincipe. Voor de overleving gebruikten zij de kaplan-meier-overlevingscurven en univariate cox-regressieanalyse om (lokale) metastasen te vergelijken tussen de groepen.

Resultaten Aan het onderzoek namen 936 patiënten deel. De gemiddelde follow-up van het hele onderzoek was 6,7 jaar en 11,8 jaar voor alleen het Zweedse cohort. De vijfjaarsoverleving was 65% voor beide groepen. Er waren geen significante verschillen in aantal (lokale) metastasen. In een subanalyse van het Zweedse cohort bleek de tienjaarsoverleving 50% voor beide groepen. Primair sluiten van de wond na re-excisie was mo-

gelijk bij 69% van de patiënten in de '2 cm'-groep en bij 37% van de '4 cm'-groep.

Beschouwing Een excisiemarge van 2 cm is voldoende en veilig voor patiënten met een melanoom met een breslowdikte >2 mm. Bovendien kan de arts de huid frequenter primair sluiten.

INTERPRETATIE

Excisie van een naevus is een veelvoorkomende ingreep in de huisartsenpraktijk. Mede doordat huisartsen patiënten bij een sterk vermoeden van een melanoom vaak al voor de primaire excisie doorsturen naar een dermatoloog of chirurg, zal de uitkomst van histopathologisch onderzoek over het algemeen meevallen. Daarom lijkt de primaire uitkomst van dit onderzoek alleen van belang voor huisartsen die zelf in eerste instantie een radicale excisie willen verrichten. In dat geval volstaat zelfs voor de ernstigste lokale variant van een melanoom een excisiemarge van 2 cm, mits de huisarts de diepe fascie meeneemt. Dit wordt echter afgeraden, onder andere in *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk*.² Een terughoudend beleid wordt ondersteund door de uitkomst van dit onderzoek dat vermeldt dat in de '2 cm'-groep bij slechts 69% van de gevallen de huid primair kon worden gesloten. Bij 12% van de patiënten werd een *split skin graft* (vorm van huidtransplantatie) gebruikt en bij 4% was gezonde naastliggende huid nodig om de wond te sluiten. Wat er met de resterende 15% van de gevallen gebeurde, vermeldt het onderzoek overigens niet.

Concluderend is het beste beleid bij de excisie van een (verdachte) naevus een marge tussen de 1 en 3 mm aan te houden. Houd hierbij rekening met een eventuele re-excisie, mocht het een melanoom blijken te zijn.

Rest de vraag hoe snel een re-excisie moet plaatsvinden. Verrassend genoeg bleek er geen verschil in overleving te zijn tussen patiënten die binnen zes weken een re-excisie hadden ondergaan vergeleken met patiënten bij wie het langer dan zes weken duurde. Het onderzoek vermeldt weinig bijzonderheden over deze subanalyse, dus conclusies zijn lastig te trekken. Wel valt te zeggen dat een verwijzing binnen enkele weken in ieder geval ruim op tijd is. ■

LITERATUUR

- 1 Gillgren P, Drzewiecki KT, Niin M, Gullestad HP, Hellborg H, Månsson-Brahme E, et al. 2-cm versus 4-cm surgical excision margins for primary cutaneous melanoma thicker than 2 mm: a randomised, multicentre trial. *Lancet*;376:1635-42.
- 2 Goudswaard AN, In het Veld CJ, Kramer WLM. *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. 3e druk. Houten: Prelum Uitgevers BV, 2009.



5-fluorouracilcrème en voetwratten

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. A. Knuistingh Neven en dr. J.A.H. Eekhof, LUMC Leiden. Correspondentie: A.Knuistingh_Neven@lumc.nl

Vraagstelling Voetwratten, veroorzaakt door humaanpapillomavirussen (HPV), komen vaker voor dan handwratten en zijn vaak therapieresistent. De bekendste behandelingen zijn aanstippen met vloeibare stikstof, applicatie van salicylzuurzalf of combinaties van beide. Er is geen verschil in werkzaamheid.¹ Een lokaal, sporadisch gebruikt middel is 5% 5-fluorouracilcrème. Dit middel remt de DNA- en RNA-synthese van cellen die zijn besmet met HPV. Onze onderzoeksvraag luidt: Is het gebruik van 5% 5-fluorouracilcrème veilig en effectief tegen voetwratten?

Zoekstructuur Via PubMed zochten we met de MeSH zoektermen 'warts AND fluorouracil' en met de filters 'alleen Engelse, Duitse en Nederlandse artikelen'.

Resultaten We vonden 124 artikelen, waarvan er 7 relevant waren: 2 reviews, 2 RCT's (niet in de reviews opgenomen), 2 beschrijvende onderzoeken en 1 case report.

Bespreking De Cochrane-review vond een geringe werkzaamheid van 5% 5-fluorouracil.² Zschocke et al. vonden 12 RCT's, waarvan 4 over het gebruik van 5% 5-fluorouracil bij voetwratten. Het therapeutische effect van 5% 5-fluorouracil met salicylzuur ten opzichte van salicylzuur alleen was 63% versus 11%. De *risk difference* bedroeg 0,42 (95%-BI 0,34-0,50; $p < 0,05$).³ Onze zoekopdracht leverde nog 2 RCT's op die niet in de review-artikelen konden worden opgenomen. Luk et al. onderzochten in een dubbelblind gerandomiseerde trial het effect van 5% 5-fluorouracil met cryotherapie ten opzichte van cryotherapie met placebo. Zij vonden geen verschil in werkzaamheid en bijwerkingen.⁴ Een ander gerandomiseerd onderzoek beschreef de behandeling van voetwratten met 5% 5-fluorouracil onder tape-occlusie in vergelijking met tape-occlusie alleen. Er was een duidelijk verschil ten gunste van de 5% 5-fluorouracilgroep met een genezingspercentage van 95% na 12 weken versus 10% in de controlegroep. Na 6 maanden was dit 85% respectievelijk 6%.⁵ In twee onderzoeken vond men geen klinisch relevante systemische absorptie van de 5-fluorouracil.^{6,7} De lokale bijwerkingen bestonden uit mild erytheem, hyperpigmentatie

en milde erosies (alle reversibel). Een belangrijke bijwerking was onycholysis na applicatie van 5% 5-fluorouracil op de vingertoppen of periunguaal.⁸ In de gevonden onderzoeken werden doseringsschema's gebruikt van een- tot vijfmaal daagse applicatie; de behandelingsduur varieerde van 5 dagen tot 15 weken. De nadruk lag op een- tot tweemaal daagse applicatie met een behandelingsduur van 6 weken.

Conclusie Applicatie van 5% 5-fluorouracil lijkt effectief bij de behandeling van voetwratten. De kwaliteit van de onderzoeken is echter wisselend en we vonden geen prospectief dubbelblind, gerandomiseerd onderzoek waarbij 5% 5-fluorouracil werd vergeleken met placebo, cryotherapie en/of salicylzuur. Als bijwerkingen worden alleen onycholysis en lokale irritatie vermeld, er worden geen systemische bijwerkingen beschreven. Er is nog geen ervaring met het gebruik bij grotere groepen.

Betekenis Bij hardnekkige voetwratten die niet reageren op de gangbare behandelingen is het gebruik van 5% 5-fluorouracil te overwegen. Daarbij is wel de nodige voorzichtigheid geboden.⁹ Bij zwangeren en kinderen wordt het gebruik ont-raden. Het middel is overigens niet geregistreerd voor deze aandoening. ■

LITERATUUR

- 1 Bruggink SC, Gussekloo J, Berger MY, Zaaier K, Assendelft WJ, De Waal MWM, et al. Cryotherapy with liquid nitrogen versus topical salicylic acid application for cutaneous warts in primary care: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2010;182:1624-30.
- 2 Gibbs S, Harvey I, Sterling JC, Stark R. Topical treatments for cutaneous warts (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD001781.
- 3 Zschocke I, Hartman A, Schlöbe A, Cumberow R, Augustin M. Wirksamkeit und nutzen eines 5-FU/-salicylsäurehaltigen präparates in der therapie vulgärer und plantarer warzen- systematische literaturübersicht und metaanalyse. *J Dtsch Dermatol Ges* 2004;2:187-93.
- 4 Luk NM, Tang WY, Tang NL, Chan SW, Wong JK, Hon KL, et al. Topical 5-fluorouracil has no additional benefit in treating common warts with cryotherapy: a single-centre, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Clin Exp Dermatol* 2006;31:394-7.
- 5 Salk RS, Grogan KA, Chang TJ. Topical 5% 5-fluorouracil cream in the treatment of plantar warts: a prospective, randomized, and controlled clinical study. *J Drugs Dermatol* 2006;5:418-24.
- 6 Senff H, Reinelt D, Matthies C, Witts D. Topical 5 fluorouracil solution in the treatment of warts, clinical experience and percutaneous absorption. *Br J Dermatol* 1988;118:409-14.
- 7 Gladsjo JA, Alió Sáenz AB, Bergman J, Kricorian G, Cunningham BB. 5% 5 Fluorouracil cream for treatment of verruca vulgaris in children. *Pediatr Dermatol* 2009;26:279-853.
- 8 Hursthouse MW. A controlled trial on the use of topical 5 fluorouracil on viral warts. *Br J Dermatol* 1975;92:93-6.

Sublinguale immunotherapie bij hooikoorts

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

Context Allergische rhinitis is een veelvoorkomende aandoening die de kwaliteit van leven flink kan beïnvloeden. Als antihistaminica en lokale corticosteroïden onvoldoende helpen, is immunotherapie soms effectief. Immunotherapie per injectie heeft echter het risico van ernstige systemische bijwerkingen. Mogelijk kan immunotherapie via sublinguale toediening dit risico minimaliseren.

Klinische vraag Is sublinguale immunotherapie (met tabletten of druppels) voor volwassenen en kinderen met allergische rhinitis werkzaam en veilig?

Conclusie auteurs Sublinguale immunotherapie gaf een significante daling in symptoomscore (gestandaardiseerd gemiddeld verschil (SMD) -0,49; 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) -0,64 tot -0,34) en een daling in gebruik van anti-allergische medicatie (SMD -0,32; 95%-BI -0,43 tot -0,21). Subgroepanalyse toonde aan dat graspollenextract werkzaam was. De werkzaamheid van huisstofextract kon niet worden aangetoond, volgens de auteurs wegens te kleine aantallen (totaal 189 patiënten), vergeleken met 2308 patiënten in de graspollenonderzoeken. Er waren geen ernstige systemische bijwerkingen.

Beperkingen Oedeem van mond of tong werd door 22% van de patiënten gerapporteerd, in de placebogroep was dat minder dan 1%. Dit kan mogelijk de blindering hebben beïnvloed in de acht onderzoeken die deze bijwerking registreerden. Een andere lokale bijwerking was jeuk. Er was grote heterogeniteit tussen de onderzoeken: de onderzoekers hanteerden verschillende symptoomscores en gebruikten soms mengsels van verschillende allergeenextracten. Verder konden de bron en de dosis van elk specifiek allergeenextract wisselen. De toedieningsduur varieerde van 1 tot 32 maanden, gemiddeld echter korter dan een jaar.

Bron Radulovic S, Calderon MA, Wilson D, Durham S. Sublingual immunotherapy for allergic rhinitis. Cochrane Database Syst Rev 2010; Issue 12. Art. No: CD002893. De review bevat 60 gerandomiseerde onderzoeken waarvan er 49 werden gebruikt voor de meta-analyse, met 2333 actief behandelde en 2256 met placebo behandelde patiënten.

COMMENTAAR

Dit systematische literatuuroverzicht brengt ogenschijnlijk goed nieuws voor de één miljoen hooikoortspatiënten in Nederland. Desalniettemin passen huisartsen sublinguale immunotherapie nog maar mondjesmaat toe. Kunnen we onze terughoudendheid nu laten varen?

De NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rhinitis

(2006) gaf aan te willen wachten op onderzoek met grotere patiëntengroepen. Die zijn sindsdien verschenen maar toch kan deze herziene Cochrane-review mij niet overtuigen.

Voor huisstofallergie is het aantal onderzochte patiënten nog steeds veel te klein. En voor sublinguale immunotherapie bij gras- en boompollenallergie resteren nog veel vragen die de zeggingskracht van de review verzwakken.

De gemiddelde hooikoortspatiënt uit deze review werd behandeld in een academisch centrum en is uitgebreid onderzocht op aan- of afwezigheid van allergieën. Dat is een andere patiënt dan degene bij wie ik sublinguale immunotherapie zou overwegen, namelijk de patiënt met een pollenpositieve Phadiatop (radioallergosorbenttest) die onvoldoende reageert op antihistaminica en lokale corticosteroïden. Verder is de optimale dosis van het pollenextract nog onbekend en ook het immunomodulatoire mechanisme van sublinguale immunotherapie is nog niet volledig opgehelderd. De fabrikant van graspollenextract adviseert drie jaar lang te slikken (met een pauze na elk seizoen), maar kan niet aangeven gedurende hoeveel jaar na dien de symptoomreductie doorwerkt. Geen enkel onderzoek haalde een observatieperiode van drie jaar.

Het gemeten effect op medicatiegebruik was statistisch significant, maar was het ook relevant? Patiënten bleken tijdens sublinguale immunotherapie toch nog twee van de drie 'rescue' anti-allergische medicijnen nodig te hebben per tijdseenheid.

De kuur vereist inspanning van de patiënt, huisarts en zorgverzekeraar: Patiënten moeten dagelijks een tablet graspollenextract laten smelten, gedurende gemiddeld acht maanden per jaar, drie jaar achtereen, met een gerede kans op bijwerkingen in de mond- en keelholte. De huisarts moet 30 minuten observeren na de eerste inname om te kunnen ingrijpen bij dreigende anafylactische shock. Tevoren moet hij ernstig astma en immuundeficiënties uitsluiten. Ook is de behandeling kostbaar: zo'n 700 euro per jaar; de zorgverzekeraar vergoedt (vooralsnog) enkele allergeenextracten.

Geen wonder dus dat de Nederlandse huisarts terughoudend is met voorschrijven. Volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen heeft de apotheek in 2010 ruim 100.000 keer een allergeenextract afgeleverd. Ongeveer 30% was voor subcutane toediening, meestal voorgeschreven door de ziekenhuisspecialist. De overige afleveringen (voor oraal, oromucosaal en sublinguaal gebruik) werden vooral voorgeschreven door de huisarts. Ik concludeer dat ik die ene patiënt, bij wie ik er met de mij vertrouwde medicatie niet uitkom, gewoon blijf verwijzen. En voor huisartsen die immunotherapie wel willen starten, is de orale of sublinguale toedieningsvorm een veilige weg. Doe het dan zorgvuldig en dus mondjesmaat. ■

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns gezondheidszorg, Huisartsopleiding Utrecht, Broederplein 43, 3703 CD Zeist; dr. S. Zwart, huisarts-docent • Correspondentie: s.zwart@umcutrecht.nl

Leefstijladvisering door POH of huisarts

Ter Bogt N. Preventing weight gain in general practice. Lifestyle counselling by nurse practitioners compared with usual care by general practitioners [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2011. 150 pagina's. ISBN 978-90-367-4814-8.

Wat is het effect van leefstijladvisering door de praktijkondersteuner in vergelijking met de gebruikelijke zorg van de huisarts? Welke parameters voorspellen succesvolle gewichtsstabilisatie op lange termijn? Deze vragen zijn het uitgangspunt voor de GOAL study (Groningen Overweight And Lifestyle) en daarmee van het proefschrift van Nancy ter Bogt. Volgens haar zijn gebrek aan tijd en kennis bij de huisarts en onvolgende continuïteit van de begeleiding bekende barrières voor een goede leefstijladvisering. Ter Bogt stelt dat deze barrières grotendeels worden omzeild wanneer niet de huisarts maar de praktijkondersteuner de leefstijladvisering uitvoert.

ONDERZOEKSPZET

De 457 deelnemers aan het onderzoek hadden een BMI tussen 25 en 40 en werden opgedeeld in een interventiegroep (geprotocolleerde leefstijlmodule door praktijkondersteuner) en een controlegroep (gebruikelijke zorg huisarts). Gegevens over gewicht, buikomvang, bloeddruk, cholesterol en nuchtere glucose, lichamelijke activiteit en voedselinname werden verzameld bij de start van het onderzoek, na 1 jaar en na 3 jaar.

Niet gewichtsverlies, maar gewichtsstabilisatie was het primaire doel.

BELANGRIJKSTE RESULTATEN

Na het eerste jaar bleef 77% van de interventiegroep op gewicht en 65% van de controlegroep. Echter na 3 jaar bleek het resultaat in beide groepen gelijk ($\pm 60\%$ gewichtsstabilisatie).

De mensen die tijdens de interventie het meest afvielen waren degenen die tussen de screening en de beginmeting al waren afgevallen, en/of een BMI > 30 hadden, en/of nog niet zoveel lijnpogingen hadden ondernomen. Voor zowel de nuchtere glucose als de glucosetolerantie werd een significant interventie-effect gevonden ten gunste van de groep die begeleiding kreeg van de praktijkondersteuner. Dit effect werd niet gevonden voor veranderingen in de lipiden en de bloeddruk.

GOED EN SLECHT NIEUWS

Ter Bogt stelt dat het teleurstellend is dat er na drie jaar geen significant verschil gevonden wordt tussen de interventiegroep en de controlegroep. Het is echter ook goed nieuws: de huisartsen laten zien dat zij een bescheiden rol kunnen spelen in het geheel, ondanks hun tijdgebrek.

De NHG-Standaard Obesitas gaat uit van multidisciplinaire samenwerking rondom obesitas. Waardering: In de praktijk blijkt die samenwerking niet zo gemakkelijk. Ter Bogt stelt in haar proefschrift dat verandering van gedrag lastig is. Dit geldt ook voor verandering van het gedrag van de huisarts. ■

Françoise Langens



Tijdschrift voor praktijkondersteuning

Het eerste nummer van 2012 van het *Tijdschrift voor praktijkondersteuning* verschijnt half februari. Uw praktijkondersteuner krijgt daarin onder meer het volgende voorgeschoteld.

- Het onderzoeksverslag 'Praktijkondersteuner-ggz helpt chronisch slaapmiddelengebruik terugdringen' beschrijft het onderzoek naar de rol van de praktijkondersteuner-ggz bij de toepassing van cognitieve gedragstherapie in de huisartsenpraktijk bij patiënten met chronisch slaapmiddelengebruik. Een groep van 162 patiënten kreeg cognitieve gedragstherapie en een groep van 163 kreeg de gebruikelijke zorg. Beide groepen werd gevraagd vragenlijsten in te vullen. De groep patiënten die cognitieve gedragstherapie van een praktijkondersteuner-ggz kreeg had een verbeterde slaapkwaliteit, minder disfunctionele gedachten en houdingen ten opzichte van de slaap en gebruikte minder medicijnen. De onderzoekers concluderen hieruit dat cognitieve behandelmethoden effectief zijn bij de behandeling van slaapproblemen.
- Het artikel 'Aan de slag met (bijna-) incidenten' is het vervolg op 'Fouten melden betekent meer veiligheid' over de werkwijze Veilig Incident Melden (VIM). Het melden, analyseren en herstellen van fouten is nodig als je de kwaliteit van zorg in de

huisartsenpraktijk wilt verbeteren. In dit tweede deel gaat de auteur in op hoe VIM praktisch in zijn werk gaat. Hij beschrijft de diverse aspecten van starten met melden, maar ook ervaringen van collega's en mogelijke belemmeringen.

Het Tijdschrift voor praktijkondersteuning verschijnt tweemaandelijkse en kost € 69,50 per jaar. Heeft uw praktijkondersteuner nog geen abonnement? Vraag een proefexemplaar aan en bezoek ook eens de website www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl.

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

Waar woont de huisarts?

Op het laatste NHG-congres 'Als het kanker is' kwam duidelijk naar voren dat er van huisartsen wordt verwacht dat zij voor hun terminale patiënten beschikbaar en bereikbaar dienen te zijn, ook buiten kantooruren. Dat verwachten de patiënten en dat verwacht het NHG. Volgens Arno Timmermans moeten huisartsen die niet bereid zijn om buiten kantooruren beschikbaar te zijn maar een ander vak kiezen... Een boude uitspraak!

Hoewel ik het hier zelf volledig me eens ben, zie ik om mij heen toch iets anders. Verder verbaast het me dat een belangrijk aspect helemaal niet naar voren is gebracht: de woonplaats van de huisarts. Vroeger woonde de huisarts naast zijn praktijk of in ieder geval in dezelfde stad of hetzelfde dorp. Dan is het in de avonden of weekenden relatief makkelijk om tussen de bedrijven door nog even langs die terminale patiënt te gaan. Tegenwoordig ligt dat anders.

In mijn eigen woonplaats, Heerhugowaard, werken ongeveer 25 huisartsen, van wie niemand meer fulltime. Van deze 25 huisartsen wonen er slecht 5 in Heerhugowaard zelf. De rest woont in buurgemeenten of nog verder weg. Door de komst van de huisartsenposten kan dat ook. Ik wil niet zeggen dat deze collega's minder goede zorg zouden verlenen, maar de drempel om nog even tussendoor bij een terminale patiënt langs te gaan wordt ongetwijfeld hoger bij een grotere woon-werkafstand.

Ook bij de aios zie ik de tendens om vooral niet daar te gaan wonen waar de praktijk is. Jammer. Het wonen en leven in dezelfde woonplaats levert naar mijn idee veel extra informatie op die je juist in de huisartsensetting goed kunt gebruiken. Het is natuurlijk onmogelijk om huisartsen te verplichten om in dezelfde plaats te wonen en te werken, maar de voordelen daarvan mogen wel wat meer aandacht krijgen.

En misschien moeten we in de nabije toekomst meer gebruikmaken van communicatiemiddelen als mail, sms, Skype

en Facebook. Een nieuwe uitdaging voor het NHG? Het thema voor volgende congres is 'de nieuwe huisarts'. Ik verwacht dan een met de patiënt skypende huisarts te zien! ■

Carla Aalders

Dipyridamol effectief na TIA of herseninfarct?

Met veel interesse lezen wij het artikel van Verburg et al.¹ Hoewel wij het onderwerp zeer relevant vinden, zijn wij het oneens met de conclusies en aanbevelingen van de auteurs. Naar onze mening ontbreekt een toetsbare wetenschappelijke onderbouwing van de door de auteurs gevolgde methodiek. Zo stellen zij dat twee (onafhankelijke?) onderzoekers de gevonden artikelen beoordeelden met behulp van de 'geëigende instrumenten'. Het is jammer dat niet verder wordt gespecificeerd welke instrumenten het betreft en welke parameters werden beoordeeld. Desondanks stellen de auteurs dat de geïncludeerde review en de meta-analyses 'allemaal redelijk tot goed van kwaliteit zijn'. Langs welke meetlat de onderzoeken zijn gelegd blijft onduidelijk.

Het wordt ons niet duidelijk waarom de Cochrane-review van De Schrijver is geïncludeerd, aangezien deze niet voldoet aan de vraagstelling van het artikel. Die review gaat immers primair over de behandeling met dipyridamol, eventueel in combinatie met een andere trombocytenaggregatieremmer (TAR) in vergelijking tot een andere TAR of geen behandeling en dus niet over de toevoeging van dipyridamol aan een TAR. Als we kijken naar de geïncludeerde trials en reviews in [tabel 1] valt ons op dat de overlap zeer groot is. Zo is de ESPRIT trial (nota bene een open-label-onderzoek) separaat opgenomen, maar is deze eveneens geïncludeerd in maar liefst vier van de overige publicaties. Kort samengevat komt het er op neer dat er zeven onderzoeken zijn die elk minstens twee keer terugkomen in de in [tabel 1] genoemde onderzoeken. Hoewel dit verklaarbaar is, vertekent het de re-

sultaten zeer. Wij menen dat de auteurs er goed aan zouden hebben gedaan hiervan melding te maken.

Wij zijn van mening dat op basis van de bestudeerde onderzoeken er hooguit geconcludeerd kan worden dat additie van dipyridamol een bescheiden extra effect heeft, namelijk een absolute risicoreductie van ongeveer 2%. Dit gaat gepaard met een groot aantal patiënten dat de behandeling wegens bijwerkingen (vooral hoofdpijn) staakt. De aanbeveling van de auteurs dat men dipyridamol het beste insluipend kan doseren om de kans op hoofdpijn te verminderen, komt vervolgens uit de lucht vallen en heeft naar onze mening geen wetenschappelijke basis. ■

Tibor Poelmann, Marco Blanker

1 Verburg AFE, Janssen PGH, Van Weert HCPM. Dipyridamol effectief na TIA of herseninfarct. Huisarts Wet 2011;54:530-4.

ANTWOORD

Wij danken Tibor Poelmann en Marco Blanker voor hun kritische beoordeling van ons artikel. In antwoord op de opmerkingen zullen we een aantal zaken toelichten.

Wij hebben de artikelen onafhankelijk van elkaar beoordeeld volgens de checklists (en bijbehorende parameters) uit het boek *Inleiding in de evidence-based medicine*¹, in te zien op <http://pico.nu>, die tevens werden gebruikt door het CBO. Voor wat betreft de netwerk-meta-analyse en IPD hebben we de checklist beoordeling 'systematische review van randomized controlled trials' gebruikt. We hebben besloten de Cochrane-review te includeren omdat deze is gericht op de effectiviteit van dipyridamol. Dat deze review niet volledig aan de onderzoeksvraag voldoet, staat expliciet in de tekst vermeld en is ook op te maken uit de tabel.

Zowel in de resultaten als in de beschouwing en ook in de conclusie wordt aangegeven dat er slechts twee grote trials zijn gepubliceerd naar de effectiviteit van dipyridamol en dat er enkele kleine trials zijn uitgevoerd voor 1987. We begrijpen de verwondering van Blanker en Poelmann over het grote aantal reviews in verhouding tot origineel onderzoek. Wij zijn echter van

mening dat we dit afdoende duidelijk hebben vermeld en dat we hiermee bij de interpretatie van de gegevens rekening hebben gehouden. We besluiten het artikel met de zin: 'We hebben ons advies gebaseerd op twee grote trials en slechts enkele kleinere onderzoeken'. We hebben getracht in [tabel 1] een overzicht te geven van het gepubliceerde wetenschappelijke werk en hebben geen nieuwe analyse uitgevoerd op het gepubliceerde materiaal. In die zin is er van vertekening geen sprake.

Het additionele effect van dipyridamol in de secundaire preventie na een TIA of herseninfarct ligt in dezelfde orde van grootte als het effect van behandeling met acetylsalicylzuur in vergelijking tot placebo in de secundaire preventie na een TIA of herseninfarct (absolute risicoreductie van cardiovasculaire morbiditeit of mortaliteit: ruim 1% per jaar).² Op basis hiervan, in combinatie met de ernst van het te bestrijden event (cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit), achten wij het bescheiden effect van dipyridamol relevant, maar daarover kan men natuurlijk van mening verschillen. Het staat de huisarts en patiënt vrij om behandeling met dipyridamol te staken bij het optreden van hoofdpijn, maar dan kan dat nu gebeuren op basis van de beschikbare evidence ten aanzien van de te verwachten winst van behandeling. De aanbeveling de dosering dipyridamol op te bouwen is gebaseerd op expert opinion. In de beschikbare onderzoeken wordt het optimale opbouwschema niet onderzocht. Dit hadden wij inderdaad expliciet moeten vermelden. ■

**Arianne Verburg, Paul Janssen,
Henk van Weert**

- 1 Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM. Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- 2 Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002;324:71-86.

Conversiestoornis

Met interesse heb ik het artikel 'Conversiestoornis' van Uijen en Bischoff gelezen.¹ Daarin leggen zij het teken van Hoover uit: 'Bij verlamingsverschijnselen van het been kan de huisarts het teken van Hoover testen. Een poging van de patiënt om het aangedane been vanuit liggende positie op te heffen zal bij gezonde mensen en mensen met een organische verlamming leiden tot een tegengestelde neerwaartse druk in het gezonde been. Deze tegendruk wordt veroorzaakt door een reflex en is te voelen door de hand onder de hak van het gezonde been te plaatsen. Afwezigheid van deze tegendruk kan een aanwijzing zijn voor een conversiestoornis.'

Tijdens mijn co-schappen neurologie heb ik de proef anders geleerd of begrepen. Men laat de patiënt het goede been heffen. Als er sprake is van een parese zal de hierboven beschreven reflex niet optreden en voelt de onderzoeker de hiel van het aangedane been niet naar beneden drukken. Bij een conversie zal de hiel wel naar beneden drukken.

Ik ben wat aan het googlen geslagen en vond een andere variatie: 'Involuntary extension of the "paralysed" leg occurs when flexing the contralateral leg against resistance.'²

Misschien is het wel een aardig idee de testen te combineren. Men laat de patiënt eerst de hiel van het aangedane been heffen en daarna de hiel van het goede been. De test is positief voor conversie als de onderzoeker in het eerste geval de hiel van het gezonde been niet omlaag voelt drukken en in het tweede geval de hiel van het aangedane been wel in de hand voelt drukken. ■

Dennis Wolthuis

- 1 Uijen AA, Bischoff EWMA. Conversiestoornis. *Huisarts Wet* 2011;54:560-4.
- 2 Kim J-M, Stewart R, Shin I-S, Yoon J-S. Limb length and dementia in an older Korean population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74:427-32.

ANTWOORD

Wij danken Dennis Wolthuis hartelijk voor zijn reactie op ons artikel. Terecht merkt hij op dat het teken van Hoover

in de literatuur op verschillende en soms tegenstrijdige wijzen wordt uitgelegd, wat erg verwarrend is. Wij zijn van mening dat onze uitleg de enige correcte is en baseren ons op de literatuur zoals opgenomen in de literatuurlijst bij ons artikel.

Het teken van Hoover is te verklaren door een reflex (crossed extensor reflex) die ook bij een organische parese aanwezig blijft. Deze reflex zorgt bij het opheffen van het ene been tot een tegengestelde neerwaartse druk van het andere been. De test van Hoover is positief als neerwaartse druk voelbaar is in het aangedane been bij het opheffen van het gezonde been en als er *geen* neerwaartse druk voelbaar is in het gezonde been bij een poging tot het opheffen van het aangedane been. De afwezigheid van de neerwaartse druk kan alleen worden verklaard doordat de patiënt het aangedane been niet probeert op te heffen. Of de patiënt dit bewust (simulatie) of onbewust (conversie) niet probeert, is echter met de test niet te onderscheiden. Wij realiseren ons dat dit een beperking van de test is. ■

Annemarie Uijen, Erik Bischoff

Consultvoering van aios en ervaren huisartsen

Wij waren aangenaam verrast door de manier waarop Jager et al. de consultvoering van aios en ervaren huisartsen analyseerden.¹ We plaatsen hier een aantal opmerkingen over uitvoering en presentatie van de resultaten.

Ten eerste is er sprake van een kwalitatief onderzoek, waarin de auteurs toch proberen te kwantificeren. De steekproefgrootte (3 huisartsen en 4 aios) is echter te klein om van verschillen in patronen tussen beide groepen te spreken. Er zijn meerdere factoren die deze verschillen zouden kunnen verklaren, zoals de persoonlijke gesprekstijl of het feit dat ervaren huisartsen soms al een jarenlange band met de gesprekspartner hebben. Dit

onderzoek kan daarom slechts hypothesevormend zijn. De interessante resultaten pleiten voor een groter onderzoek (van bijvoorbeeld 15 huisartsen en 15 aios).

Ten tweede is 'adaptief gedrag' een complex fenomeen dat zich uit in, zoals de auteurs zelf ook aangeven, meerdere aspecten. Een van deze aspecten zou inderdaad formulations kunnen zijn, maar om dit om te keren en te zeggen dat er bij formulations automatisch sprake is van adaptief gedrag, is een drogreden. Om een valide uitspraak te doen over het verschil in adaptief gedrag tussen aios en ervaren huisartsen dient men naast verbalisering en naar een aantal andere interactionele fenomenen en hun onderlinge samenhang te kijken.

Ten derde is de claim dat formulations op adaptief gedrag zouden duiden nauwelijks onderbouwd. Jammer, omdat onderzoek naar het effect van een bepaald interactioneel fenomeen (zoals formulations) juist het onderwerp van conversatieanalyse is. Er zijn namelijk meerdere interpretaties mogelijk. Of een formulation al dan niet op adaptief gedrag duidt, hangt af van de specifieke context waarin het voorkomt. In conversatieanalytisch onderzoek is het dan ook gebruikelijk dit soort beweringen te onderbouwen met meerdere gespreksfragmenten.

Als hypothesevormend onderzoek biedt dit artikel interessante aanknopingspunten voor verder conversatieanalytisch onderzoek. Een suggestie is om een groter aantal consulten van zowel ervaren huisartsen als aios op te nemen en deze 'blind' te laten beoordelen door experts op het gebied van consultvoering. Vervolgens kan conversatieanalyse worden gebruikt om te analyseren waarin consulten die als goed respectievelijk slecht worden beoordeeld concreet van elkaar verschillen. Dit zal resulteren in een lijst van interactionele fenomenen en inzichten in wat het ene consult anders maakt dan het andere. Deze beoordeling kan worden gekoppeld aan concrete gespreksstrategieën. En zo

kunnen meetinstrumenten worden ontwikkeld voor de competentieontwikkeling en het verbeteren van de kwaliteit van consulten. ■

**Mario Veen,
Frits Bareman, Herman Bueving,
Monique Beekman**

3 Jager M, Schuling J, Pols J, Berenst J. Consultvoering van aios en ervaren huisartsen. Huisarts Wet 2011;54:478-82.

ANTWOORD

Allereerst danken wij de schrijvers hartelijk voor hun constructieve commentaar. Erkenning van de conversatieanalyse als een vruchtbare methode die kan bijdragen tot verdere ontwikkeling van consultvoering stemt ons verheugd.

Een enkele opmerking vooraf: in het artikel is een poging ondernomen om binnen een kwalitatief design (conversatieanalyse) te laten zien hoe deelnemers aan een arts-patiëntgesprek hun bijdragen ten opzichte van elkaar coördineren. In dat verband hebben we tevens gekeken naar de verschillen in oriëntatie tussen dokters die als expert of novice dergelijke gesprekken voeren. Daarbij bleken experts in hun verbalisering een vorm van adaptiviteit te laten zien die we niet zo zagen bij de novicen. Ter nadere toelichting zijn daarbij in het kleine corpus waarvan we gebruik hebben gemaakt, de verschillende typen verbalisering ook geteld en vergeleken. Het doel van dit onderzoek was echter niet om statistische generalisaties te maken, maar om verschillende praktijken in beeld te brengen.

Wanneer dit in de toekomst wel uitgangspunt wordt voor onderzoek dan is het, zoals de schrijvers in hun eerste punt naar voren brengen, inderdaad nodig om een groter onderzoek met meerdere ervaren artsen en aios op te zetten, zoals wij zelf ook hebben aangegeven in de Beschouwing.

In het tweede punt benadrukken de schrijvers het belang van andere fenomenen dan alleen verbalisering om adaptief gedrag nader te analyseren. Zoals wij in de Inleiding benoemen, was daar in het kader van dit onderzoek geen mogelijkheid voor, maar wij juichen elk initiatief om onderzoek op dit

gebied te doen van harte toe. Daarnaast hebben wij nooit de suggestie willen wekken dat er bij het gebruik van formulations altijd automatisch sprake is van adaptief gedrag. Het ging ons om de manieren waarop artsen verschillende soorten verbalisering inzetten om adaptief gedrag ten opzichte van de patiënt te tonen. Met name de formulations die werken als upshot (concluderend) werken vaak op die manier.

In het derde punt wijzen de schrijvers erop dat het in de conversatieanalyse gebruikelijk is om beweringen te onderbouwen met meerdere gespreksfragmenten. Hierin hebben zij volkomen gelijk en dat is ook wel degelijk gebeurd binnen dit onderzoek. In dit artikel was echter geen ruimte om meerdere gespreksfragmenten te tonen, maar is in de verslaglegging van het gehele onderzoek is dit wel gedaan (http://scripties.let.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/Master/DoorstroomMasters/Communicatie-en-Infor/2010/JagerM./Ma-1395785-M._Jager.pdf).

De suggestie om vervolgonderzoek te doen naar interactionele fenomenen en hun aandeel in het verloop van een consult onderschrijven wij van harte. Wellicht ligt hier een kans voor een gezamenlijk project van Rotterdam en Groningen. ■

**Margot Jager, Jan Schuling, Jan Pols,
Jan Berenst**

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Onjuist / 2. Onjuist

Gehoorderzoek met fluisterspraaktest of audiometrie in de huisartsenpraktijk bij kinderen jonger dan zes jaar is weinig betrouwbaar, draagt weinig bij aan de diagnostiek en wordt niet aanbevolen. Stemmingsproeven kunnen wel het onderscheid maken tussen geleidings- en perceptieslechthoerendheid, maar zijn bij jonge kinderen – bij wie otitis media met effusie het meest voorkomt – moeilijk uitvoerbaar en daarom onbetrouwbaar. Mits correct uitgevoerd kan de huisarts wel tympanometrie gebruiken bij de follow-up van een patiënt met otitis media met effusie.

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.

3. Juist / 4. Juist

Het is aangetoond dat na een doorgemaakt hartinfarct het langdurig gebruik van bètablokkers de prognose verbetert door een reductie van de sterfte en van nieuwe infarcten. De voorkeur gaat uit naar de cardioselectieve lipofiele bètablokker metoprolol, in een onderhoudsdosering van eenmaal daags 100-200 mg met vertraagde afgifte. Patiënten met hartfalen krijgen vroegtijdig ACE-remmers vanwege een gunstig effect op de overleving en omdat het ontstaan van hartfalen of een verdere toename ervan wordt voorkómen, vooral bij tekenen van hartfalen of een asymptomatische verminderde linker-ventrielfunctie (ejectiefractie $\leq 40\%$).

Grundmeijer HGLM, Van Bentum STB, Rutten FH, Bakx JC, Hendrick JMA, Bouma M, et al. NHG-Standaard Beleid na een doorgemaakt myocardiinfarct. www.nhg.org.

NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (eerste herziening). www.nhg.org.

5. Juist / 6. Juist

Niet-infectieuze bursitiden ontstaan door chronische irritatie (lokale druk) en directe traumata. Het vermijden van directe druk en pijnprovocaties zijn de belangrijkste niet-medamenteuze adviezen. Aspiratie van de bursa-inhoud kan zowel diagnostische (differentiatie tussen infectieuze en niet-infectieuze origine) als therapeutische (tijdelijke pijnvermin-

dering) betekenis hebben. In veel gevallen vult de bursa zich na enige tijd weer. Het is onduidelijk of een drukverband na aspiratie zinvol is. Nadeel van aspiratie is het infectiegevaar.

Knuistingh Neven A. Farmacotherapeutische richtlijn Bursitis Olecrani en Bursitis Prepatellaris. www.nhg.org.

7. Onjuist / 8. Juist

Een afwachtend beleid bij bemoeilijkte mictie is een reële optie, aangezien door het wisselende beloop interventie vaak niet nodig of noodzakelijk is. Bij een aanzienlijk deel van de patiënten verminderen de klachten zonder therapeutische interventies. Daarbij geeft de huisarts de volgende adviezen: ga regelmatig naar het toilet (vooral als u in korte tijd veel hebt gedronken); neem de tijd om rustig te plassen (eventueel zittend); zorg dat de plasbuis en de blaas zo goed mogelijk leeg zijn na het plassen; neem direct contact op wanneer u niet spontaan kunt plassen in een vertrouwde omgeving, ondanks aandrang en meerdere pogingen, binnen een tijdsbestek van enkele uren (acute urineretentie).

Wolters RJ, Spigt MG, Van Reedt Dortmund PFH, Cercama AJ, Klomp MLF, Romeijnders ACM, et al. NHG-Standaard Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen (tweede herziening). www.nhg.org.

9. Onjuist / 10. Onjuist

Een milde pseudokroep, waarbij geen sprake is van ernstige benauwdheid, neemt over het algemeen zonder speciale maatregelen binnen enkele uren af. De effectiviteit van stomen bij pseudokroep is niet aangetoond, maar stomen kan wel helpen in het uitstralen van rust van ouders naar kind. Geef bij matig ernstige pseudokroep eenmalig dexamethason (0,15 mg/kg) in de vorm van dexamethasondrank, of bij braken intramusculair. Een alternatief is 2 mg budesonide per jetvernevelaar; er zijn aanwijzingen dat toediening van budesonide per voorzetkamer mogelijk minder effectief is. Controleer een kind met matig ernstige pseudokroep na een half uur (eventueel telefonisch). Verwijs naar een specialist bij ernstige pseudokroep of bij matig ernstige pseudokroep als het kind onvoldoende reageert op behandeling met een corticosteroïd.

Verheij ThJM, Hopstaken RM, Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BPI, et al. NHG-Standaard Acuut hoesten (eerste herziening). www.nhg.org.

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



Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

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

Redactiesecretariaat

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijnenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

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

Abonnementenadministratie

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

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratiekosten)
particulieren: € 172,95, studenten: € 86,48
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 Media, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernr. 32107635 op 17 juni 2010. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

ISSN 0018-7070

Nederlands
uitgeversverbond
Groep uitgevers voor
vak en wetenschap

HO
PRINT

Zorgen na ontslag

Elk jaar wordt de zorg in elf westerse landen, waaronder Nederland, onderzocht door het Commonwealth Fund uit de Verenigde Staten.¹ Onderdeel daarvan is een patiëntenenquête. De Nederlandse zorg stak altijd gunstig af bij andere landen, maar in het overzicht van 2011 lijken we onze koppositie kwijt te raken. We scoorden in het afgelopen jaar niet meer dan gemiddeld als het gaat om de mate waarin de zorg is afgestemd op de behoeften van de patiënt en de mate waarin de patiënt de regie krijgt. De Nederlandse patiënten met chronische aandoeningen gaven aan dat medisch specialisten meer ruimte tot het stellen van vragen bieden dan huisartsen. De informatie-uitwisseling tussen ziekenhuis en huisarts na ontslag is goed. In andere landen pakt de huisarts de zorg na ontslag uit het ziekenhuis beter op dan in Nederland. In Europa scoren vooral Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk goed.

Uit de enquête die het NHG onlangs door TNS NIPO liet houden, bleek dat de Nederlandse bevolking uitdrukkelijk wenst dat de huisarts de regierol op zich neemt, óók na verwijzing en bij



zorg verleend door andere hulpverleners. Dat past ook bij de functie die de huisarts in de zorg vervult. Tot diens taken behoort dus niet alleen het verrichten

van diagnostisch onderzoek en het zelf behandelen en begeleiden van patiënten. Ook het gericht verwijzen en het adviseren en begeleiden van de patiënt bij diens gang door de gezondheidszorg wordt als taak van de huisarts gezien. Uit het Commonwealth-onderzoek blijkt echter dat we het juist bij die coördinatie van de zorg na ontslag uit het ziekenhuis beter kunnen doen. ■

Arno Timmermans

1 Faber MJ, Burgers JS, Westert GP. International Health Policy Survey 2011. Nijmegen, IQ UMC St Radboud, 2011.

Binnenkort op uw iPhone en Ipad:

De NHG-Standaarden als app

Wellicht zijn bij het verschijnen van deze H&W de eerste apps van het NHG al een feit. Het gaat om een app voor de iPhone en iPad met daarop de samenvattingsschaartjes van de NHG-Standaarden. Voor de iPad zijn zelfs de volledige teksten van de standaarden als app verkrijgbaar. Bovendien is het NHG gestart

met het maken van standaarden-apps voor Android-telefoons en -tablets. Zodra de apps beschikbaar zijn, wordt u hierover via deze kolommen – maar ook via bijvoorbeeld de digitale nieuwsbrief van het NHG – geïnformeerd. Via deze kanalen blijft u ook op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen op dit gebied. ■

‘Ge-POCT en gemazeld’

CWO-scholingsweekend over nieuwe diagnostische tests in de huisartsenpraktijk

Sneltests, ofwel ‘point-of-care-tests’ (POCT), zoals de CRP of D-dimeertest, maken steeds meer deel uit van het diagnostisch arsenaal van de huisarts. Daarnaast staan de huisarts allerlei diagnostische instrumenten ter beschikking, zoals de tympanometer en de dermatoscoop. Tijdens het CWO-weekend kunt u uw kennis uitbreiden over deze tests en instrumenten, zodat u deze op

waarde kunt schatten. Het CWO-weekend vindt plaats op vrijdag 30 en zaterdag 31 maart in Kaap Doorn Conferentiecentrum te Doorn. Zie voor het programma en inschrijving www.nhg.org > agenda > CWO-weekend. De kosten voor deze geaccrediteerde nascholing bedragen € 280,- inclusief cursusmateriaal, overnachting en maaltijden. ■

PubliekswBSITE Thuisarts.nl klaar voor gebruik!

De nieuwe NHG-publiekswBSITE Thuisarts.nl is sinds november online. Tot dusver zijn de reacties positief en huisartsen gaven nuttige suggesties aan de hand waarvan de website verder is ontwikkeld. Deze is nu bijna klaar voor de lancering voor het grote publiek.

Eén site voor alle voorlichting

Thuisarts.nl ondersteunt de communicatie tussen huisarts en patiënt voor, tijdens en na het consult. Er is betrouwbare en onafhankelijke informatie te vinden over de meest voorkomende aandoeningen en behandelingen. De bekende NHG-Patiëntenfolders, -brieven en -afbeeldingen dienden als basis, maar ook andere organisaties en be-

roepsgroepen leverden informatie. De heldere teksten worden geflankeerd door instructies, filmpjes en illustraties. In de komende weken ontvangt u meer informatie en materialen om het gebruik van Thuisarts.nl in uw praktijk te ondersteunen. Houd uw brievenbus en de NHG-website dus in de gaten! In de tussentijd zijn uw ervaringen en suggesties nog steeds welkom; u kunt ze aan ons doorgeven via info@thuisarts.nl. ■



Op de bres voor de huisartsenzorg

De bezuinigingen op de huisartsenzorg die minister Schippers in het vooruitzicht stelde, brachten grote onrust met zich mee. Met het oog op een kwalitatief goede huisartsenzorg mengde ook het NHG zich in de politieke discussie. Hieronder leest u een samenvatting van wat het NHG zoal op dit gebied heeft gedaan in de afgelopen maanden.

Meer taken, minder geld

NHG-bestuursvoorzitter Arno Timmermans onderstreepte tijdens de landelijke huisartsenmanifestatie op 6 oktober de ondeugdelijke argumentatie voor de geplande bezuinigingen. Hij wees erop dat hiermee veel meer in het geding was dan alleen het inkomen van de huisarts. De kwaliteit van zorg en wenselijke innovaties worden ondermijnd door tegenstrijdigheden in het beleid. Immers, de huisartsen worden enerzijds aangespoord om taken over te nemen uit de tweede lijn, maar worden anderzijds afgerekend op gemaakte meerkosten als zij de daad bij het woord voegen.

Elke patiënt een vaste huisarts

Het verzoek van minister Schippers aan de NZa om een uitvoeringstoets te doen naar de bekostiging van de huisartsenzorg, lieten nog meer alarmbellen rinkelen. Vooral de onduidelijke intenties over de inschrijving op naam leidden tot verontrusting. In de voorbereiding op het laatste overleg voor het kerstreces heeft het NHG de leden van de Tweede Kamer schriftelijk geïnformeerd over de bezwaren tegen de huidige politieke koers. De verschillende aspecten van het belang van een vaste huisarts-patiëntrelatie – en dus een inschrijving op naam – zijn daarbij op een rijtje gezet. Daarmee

wordt ook de wens van de patiënt gehonoreerd: in het recente TNS NIPO-onderzoek gaf bijna driekwart van de Nederlanders aan dat ze ten minste tien jaar dezelfde huisarts wilden hebben. De huisarts vervult een gewaardeerde rol als vertrouwenspersoon bij medische én psychische klachten. Driekwart van de patiënten bespreekt medische problemen gemakkelijker met de eigen huisarts dan met een onbekende.

Samenwerking belangrijker dan concurrentie

De huisarts levert generalistische, personsgerichte en continue zorg. Deze onderling onlosmakelijk verbonden kernwaarden van de huisartsenzorg bepalen de kracht en kwaliteit van zinnige en zuinige zorg. Als deze kernwaarden worden aangetast, dreigt uitholling van de huisartsenzorg.

De minister ziet heil in concurrentie en bevordering van het marktdenken om de groeiende kosten van de zorg te beteugelen. In de huisartsenzorg draait het echter om afgestemde en gecoördineerde zorg-op-maat in de buurt van de patiënt. Daarom werkt de huisarts als geen ander samen met collega's en andere zorgverleners in eerste en tweede lijn, zo heeft het NHG in de brief aan de leden van de Tweede Kamer uitgelegd. Uit het TNS NIPO-onderzoek blijkt dat 92% van de patiënten vindt dat de huisarts een regierol in de zorg moet vervullen.

Efficiënt en effectief

De gids- en filterfunctie van de huisarts draagt bij aan de efficiency en effectiviteit van de gezondheidszorg. De huisarts als specialist in generalistische zorg beoordeelt bij de eerste gezondheidsklachten van de patiënt of er al dan niet sprake is van een (ernstige) ziekte. Het overgrote merendeel van de gepresen-



teerde zorgvragen handelt de huisarts zelf af. De patiënt consulteert de huisarts relatief weinig voor klachten die vanzelf of met zelfzorgmiddelen overgaan. Volgens recent NIVEL-onderzoek heeft slechts 5,6% van de consulten bij de huisarts betrekking op de zogenoemde 'kleine kwalen'. De effectiviteit van de huisartsgeneeskunde is goeddeels terug te voeren op de integrale, generalistische en continue benadering. De gids- en filterfunctie van de huisarts beperkt een onnodige en ongebreidelde stroom van patiënten naar de tweedelijnsvoorzieningen en voorkomt dat degene die het hardst roept of het meest betaalt, de meeste zorg consumeert. Hiermee is de huisarts dus ook de hoeder van de solidariteit en het gelijkheidsbeginsel waarop ons zorgsysteem is gebaseerd en in de toekomst ook gebaseerd zou moeten blijven.

Toekomstbestendige gezondheidszorg

De acties van LHV en NHG hebben niet kunnen verhinderen dat de minister 98 miljoen op de huisartsenzorg zal bezuinigen. De politieke discussie wordt dit jaar onverminderd voortgezet. De NZa is aan de slag gegaan met de uitvoeringstoets en heeft inmiddels het NHG hierover geraadpleegd. Binnenkort bespreken de Kamerleden het zorglandschap. In de voorbereiding hierop informeren NHG en LHV de kamerleden over de manier waarop huisartsen bijdragen aan een hoogwaardige gezondheidszorg. Dat dit ook zinnige en zuinige zorg oplevert, is meermalen in internationaal onderzoek aangetoond. Het behoud van een op de kernwaarden gebaseerde huisartsgeneeskunde is cruciaal voor een toekomstbestendige, betaalbare gezondheidszorg. ■

Anke ter Brugge,
Senior beleidsmedewerker NHG

NHG-AGENDA 2011/2012 data

- NHG-Agenda 2012 datum
- Huisartsenbeurs LHV 24 maart
- NHG-Voorjaarscongres 19 april
- Algemene Ledenvergadering 7 juni
- NHG-Wetenschapsdag 8 juni
- WONCA Europe Conference 4 t/m 7 juli
- NHG-Congres 9 november

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



Het NHG-ledenpanel geeft antwoord!

Aan de huisartsen die wilden deelnemen aan de NHG-ledenpanels zijn onlangs vragen voorgelegd over de Verenigingsraad, diabetesinformatie uit het HIS, HAweb en het Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. 512 leden reageerden; een respons van 49%. Hieronder leest u de belangrijkste uitkomsten.

De NHG-Verenigingsraad

Sinds 2004 heeft het NHG een Verenigingsraad (VR), bestaande uit huisartsen uit het gehele land. De VR spant zich in om input van de NHG-leden te verkrijgen om zo het NHG-bestuur goed te kunnen adviseren. Ongeveer 62% van de respondenten is niet op de hoogte van het bestaan van de VR. Degenen die de VR wel kennen, danken die kennis vooral aan anderen, en hebben die dus niet opgedaan via het NHG-Congres, H&W of de website. Ruim driekwart van de respondenten weet niet wat de functie is van de VR. Toch heeft ruim 40% van de respondenten er behoefte aan om mee te denken over het beleid van het NHG en hierover een mening te kunnen geven aan de VR.

Diabetesinformatie uit het HIS

Als huisarts wilt u weten in hoeverre de diabetespatiënten in uw praktijk worden behandeld volgens de richtlijnen. Bijvoorbeeld: bij welk percentage van de diabetespatiënten is in het afgelopen jaar het HbA_{1c} bepaald? Daartoe moet u gegevens uit uw huisartsinformatiesysteem (HIS) kunnen halen. 60% van de respondenten gaf aan een volledige rapportage van de diabetesgegevens te kunnen uitdraaien vanuit het HIS. Bij 26% lukt dit echter slechts gedeeltelijk en bij de overigen in het geheel niet. De helft van de respondenten is tevreden over de rapportering vanuit het HIS; zij gaven dit aspect een cijfer van 7 tot 10. Hier waren grote verschillen tussen de diverse HIS'en zichtbaar: HetHIS en Promedico scoorden lager dan het gemiddelde; beduidend hoger scoorden Medicom, OmniHis, Mira TetraHIS en Zorgdossier. Veel huisartsen weten echter niet hoe lang het duurt om zo'n rapportage uit te draaien. Vaak is het mogelijk een volledige rapportage via de zorggroep te krijgen, maar

ruim 12% van de respondenten is niet aangesloten bij een diabeteszorggroep. Als een volledige rapportage is uitgedraaid, zijn de gegevens bij de helft van de respondenten direct herleidbaar tot de patiënt, bijvoorbeeld om te kijken wie een HbA_{1c} > 53 mmol/l heeft. Een kwart geeft aan de gegevens slechts gedeeltelijk te kunnen inzien.

Deelname aan HAweb

Sinds enkele maanden kunnen alle NHG/LHV-leden zich aanmelden bij HAweb. Ze kunnen dan via dit netwerk met collega's samenwerken, documenten delen en discussiëren. Bovendien kan de huisarts een persoonlijk dashboard aanmaken waarmee hij direct toegang heeft tot alle online informatie die hij zelf bij zijn dagelijkse werk nuttig of handig acht.

Ruim 65% van de respondenten heeft zich al aangemeld bij HAweb. De voornaamste reden waarom dit (nog) niet was gebeurd, was tijdgebrek. Het grootste voordeel van HAweb wordt gezien in de bundeling van informatie voor de dagelijkse praktijk en in de mogelijkheid om onderwerpen naar eigen inzicht te sorteren. Ook de gemakkelijke en betrouwbare uitwisseling van correspondentie en informatie met collega's wordt als voordeel genoemd. Slechts enkele respondenten zien geen voordeel in HAweb of hebben zich om een andere reden niet aangemeld. Voor velen zijn de

diverse mogelijkheden van HAweb nog onbekend, mogelijk omdat 40% van de al aangemelde respondenten er nog niet veel mee doet.

Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk

Ruim 82% van de respondenten heeft dit boek – ruim een jaar na verschijning – voor de praktijk aangeschaft. Ongeveer 2% van de respondenten doet geen verrichtingen. De overigen doen:

- 1 à 2 verrichtingen per week (38%)
- 3 à 4 verrichtingen per week (33%);
- 5 of meer verrichtingen per week (19%).

Ongeveer 18% is door het boek meer kleine verrichtingen gaan doen, zoals het injecteren van een carpaletunnelsyndroom of triggerfinger, nageextracties, wigexcisies en het verwijderen van lipomen en atheroomcysten. Ook is zo'n 20% andere verrichtingen gaan doen. Ruim 36% heeft de werkwijze rondom bepaalde verrichtingen aangepast, veelal omschreven als 'de puntjes op de i zetten'. (SS) ■



Foto: Shutterstock

Welke functies gebruikt u in HAweb?	Ja (%)	Nee (%)	Functie is mij onbekend (%)
Ik gebruik het dashboard voor het spreekuur en de praktijk	25	58	17
Ik heb het dashboard zelf ingericht (widgets versleept, widgets uit widgetstore gehaald)	23	61	16
Ik heb eigen widget(s) gemaakt en op dashboard geplaatst	9	75	16
Ik heb mijn eigen profiel aangepast of aangevuld	54	35	11
Ik heb een collega opgezocht uit een bepaalde regio, met bepaalde expertise, of dergelijke	20	68	13
Ik heb me aangemeld voor een groep	44	44	12
Ik discussieer en werk samen met een collega in een groep	17	71	12
Ik heb zelf een groep gemaakt voor mijn aandachtsgebied, bijvoorbeeld praktijk, hagro, wagro, actie, project, bestuur enzovoort	17	71	12

‘Het NHG levert een wezenlijke bijdrage aan de doelmatigheid en kwaliteit van zorg’

Met ingang van 1 januari is prof.dr. Bart Berden voorzitter van de Raad van Toezicht van het NHG. ‘Oudgedienden’ kennen hem wellicht nog: Berden was van 1989 tot 1995 werkzaam bij het NHG, eerst als hoofd van de toenmalige afdeling Wetenschap en Ontwikkeling en vervolgens als adjunct-directeur. In een interview vertelt hij over zijn NHG-verleden, de periode daarna en zijn hernieuwde kennismaking met het genootschap.

Je kwam bij het NHG rond het verschijnen van de eerste standaarden?

‘Ja, dat vond ik destijds een uitstekend idee! Het was zo’n nieuwe manier van denken dat je echt kon spreken van een Nederlandse noviteit. Bovendien was het een goede aanpak om het vooral samen te doen: door huisartsen voor huisartsen. Op die manier ontstond een positieve houding, “want wij staan allemaal aan dezelfde kant”. Dat was knap bedacht en nog knapper uitgevoerd.’

Tijdens je NHG-periode promoveerde je ook nog cum laude!

‘In 1993 promoveerde ik op mijn onderzoek naar reanimatie. Ik wilde weten of al het onderwijs ook resulteerde in betere uitkomsten. Daartoe bedacht ik een scorestelsel, valideerde dat en probeerde het uit op onder andere huisartsen. Zo werd duidelijk dat reanimatievaardigheden in de loop van tijd verflauwen en dat gaf toen wel wat opschudding. Het was een bijzonder promotietraject, want ik deed het in mijn vrije tijd, zij het dat het NHG me er een halve dag per week aan liet besteden.

Maar ik heb het natuurlijk niet allemaal alleen gedaan; het ging uit van een team van vier jonge artsen.’

Wat ben je na 1995 gaan doen?

‘In ’95 werd ik directeur Medische Zaken bij het Radboud Ziekenhuis in Nijmegen. Prachtig om zo de verbinding tussen de eerste en tweede lijn te kunnen maken! In het Radboud kreeg ik te

maken met toegepast onderzoek gecombineerd met de levering van directe patiëntenzorg, en dat was leerzaam en leuk. In de loop van tijd werd ik steeds meer het ziekenhuis ingezogen en daar voel ik me nu ook thuis. Maar ik besef goed dat een ziekenhuisopname maar een heel kort moment is in de “zorgloopbaan” van een patiënt, in tegenstelling tot de continuïteit van zorg bij de huisarts. Er is wel veel belangstelling voor wat in ziekenhuizen gebeurt, maar als je veranderingen wilt doorvoeren moet je naar de hele zorgketen kijken en dat begint nadrukkelijk bij de eerste lijn.

Vervolgens ben ik drie jaar lid geweest van de Raad van Bestuur van het Elkerliek Ziekenhuis in Helmond. Vanaf 2004 ben ik bestuurder van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg. En in 2009 werd ik bijzonder hoogleraar Organisatieontwikkeling in het Ziekenhuis aan de Universiteit van Tilburg.’

Hoe kwam je weer bij het NHG terecht?

‘Ik heb altijd contact gehouden met mensen van het NHG. Toen dus Elmer Mulder statutair moest aftreden als voorzitter van de Raad van Toezicht, is mij gevraagd of ik die positie in overweging wilde nemen. Dat gaf wel even een aangenaam gevoel van nostalgie, maar dat was niet voldoende reden om zo’n functie aan te nemen. Reden is dat het NHG zich door de jaren heen buitengewoon goed staande heeft gehouden en een wezenlijke bijdrage levert aan de doelmatigheid en kwaliteit van zorg. Kijk alleen al naar het hoge aantal leden; als je het niet goed deed, zou er wel een grote uitstroom zijn, maar het ledenaantal is heel stabiel. Aan zo’n organisatie wil ik graag een bijdrage leveren.’

Wat zou je graag zien gebeuren in je bestuursperiode?

‘Vanuit de Raad van Toezicht moet je volstaan met het adviseren van de Raad van Bestuur en het toezicht houden op het reilen en zeilen van de organisatie. Maar gevraagd naar maatschappelijke opgaven in de zorg vind ik dat twee problemen aandacht vergen. Allereerst is de zorg in Nederland wel goed, maar er zijn aanwijzingen dat het fors beter kan. De grote maar onverklaarbare variaties tussen het handelen van artsen en instellingen illustreren dit. In de tweede plaats is de groei die we doormaken niet nodig en zo wordt de zorg veel te kostbaar. Veel van wat nu gebeurt aan diagnostiek of therapie is overbodig of zelfs gecontra-indiceerd. De huisarts kan op dit gebied verschil maken. Protocollen en richtlijnen zijn erg belangrijk, maar artsen moeten daarbij zorgvuldige afwegingen maken: doe niet wat niet nodig is en volg protocollen niet altijd blindelings op. De oude kreet “ziekten gaan vanzelf over behalve als je er op tijd bij bent”, gaat nog steeds maar al te vaak op. Je moet dus kritisch durven kijken naar wat verantwoord is. Ik denk dat de huisarts de uitgelezen persoon is om dat te doen. Een patiënt die goed is geïnformeerd, is meestal best bereid om nog even af te wachten. Die wil niet altijd nog weer een onderzoek, nog weer een nieuwe behandeling. We zijn nu zo ver dat patiënten voor een *second opinion* komen, terwijl ze de eerste uitslagen nog niet eens binnen hebben. Aan een gepaster gebruik van de zorg kan de huisarts een belangrijke bijdrage leveren.’ (AS) ■



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

Colofon

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

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