

## WETENSCHAP

102

## ONDERZOEK

## Ervaringen van huisartsen op de huisartsenpost

*Marleen Smits, Ellen Keizer, Linda Huibers, Paul Giesen*

106

## COPD: individuele actieplannen werken!

*Jaap Trappenburg, Evelyn Monnikhof, Jean Bourbeau, Thierry Troosters, Guus Schrijvers, Theo Verheij, Jan-Willem Lammers*

126

## Prikkelbaredarmsyndroom: zelfmanagement met een pocketcomputer

*Simone Oerlemans, Oda van Cranenburgh, Pieter-Jan Herremans, Peter Spreeuwenberg, Sandra van Dulmen*

112

## NHG-STANDAARD

## Zwangerschap en kraamperiode (tweede herziening)

*Mieke Beentjes, Renée Weersma, Willem Koch, Annette Offringa, Monique Verduijn, Paul Mensink, Tjerk Wiersma, Lex Goudswaard, Kristel van Asselt*

## KLINISCHE PRAKTIJK

131

## HUISARTSENZORG IN CIJFERS

## Verloskundig actieve huisarts bestaat nog steeds

*Lud van der Velden, Lammert Hingstman, Trees Wiegers, Raymond Kenens*

136

## SPREEKUUR!

## Pijnlijke elleboog

*Philippe Hoogsteder, Ramon Ottenheijm*

137

## Stoppen met roken

*Philippe Hoogsteder, Daniel Kotz*

138

## CATS

Recidiverende aften en vitamine B<sub>12</sub>*Anke Griffioen, Arie Knuistingh Neven*

139

## PEARLS

## Geen bewijs effect financiële prikkels

*Anton Maes*

99

## JOURNAAL

130

## BOEKBESPREKING

132

## INTERVIEW

134

## COLUMN

135

## KENNISTOETS

9

## HET NHG

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

## Onderzoeksresultaten in de praktijk

In het verbeteren van de kwaliteit van zorg zijn verschillende stappen te onderscheiden. We ervaren een probleem in de praktijk, objectiveren dat door observationeel en exploratief onderzoek, en bedenken mogelijke oplossingen. Daarna onderzoeken we die oplossingen in observationeel en interventieonderzoek. Ten slotte bestuderen we de kosten en effecten van de innovatie in de dagelijkse praktijk en evalueren we de haalbaarheid.

### *Naar implementatieonderzoek*

In de afgelopen vijftien jaar heeft het klinisch onderzoek naar incidentie en beloop van aandoeningen, diagnostiek en behandeling in de eerste lijn een forse vlucht genomen. Het aandeel van Nederlandse onderzoekers was en is substantieel. De tijd lijkt nu rijp om naast het klinisch onderzoek de implementatie van de verworven kennis in de patiëntenzorg meer aandacht te geven dan voorheen. De voorwaarden zijn aanwezig: ervaring en expertise op het gebied van implementatieonderzoek; de organisatie van de eerste lijn is beter gestructureerd en de praktijken zijn beter uitgerust om zorgverlening aan chronisch zieken te leveren; universitaire onderzoeksgroepen hebben gezondheidscentra opgezet waar toegepast onderzoek kan worden uitgevoerd en ook de middelen om implementatieonderzoek te financieren zijn toegenomen.



### *Voorbeelden*

In dit nummer staan twee mooie voorbeelden van implementatieonderzoek. Van Trappenburg et al. beschrijven het tijdig handelen bij exacerbaties van COPD. Het is bekend dat vroeg ingrijpen gunstige effecten heeft, maar de vraag is hoe we dat in de praktijk moeten realiseren. Trappenburg et al. zagen dat een eenvoudig hulpmiddel bij zelfmanagement bij exacerbaties van COPD gunstige, zij het bescheiden, effecten had. Oerlemans et al. beschrijven cognitieve gedragstherapie bij patiënten met het prikkelbarredarmsyndroom (PDS). Deze onderzoekers lieten zien dat een eenvoudige ict-toepassing op een smartphone een haalbare, effectieve manier was om de cognities en percepties van PDS-patiënten gunstig te beïnvloeden.

### *Voorwaarden*

Implementatieonderzoek vereist nauwe samenwerking met sociale wetenschappers omdat er vaak gedragswetenschappelijke vragen ten grondslag liggen aan de toepassing van inzichten in de medische praktijk. Gelukkig bestaat er een lange traditie in de samenwerking tussen huisartsen en sociale wetenschappers en dat is ook goed te zien in deze publicaties.

Een andere voorwaarde is dat ook in implementatieonderzoek methodologische aspecten scherp worden bewaakt. Een voorbeeld is de definitie van de onderzoekspopulatie. Wil je de toepassing van een bepaalde innovatie in de praktijk goed evalueren, dan moet je de patiënten die wel in aanmerking kwamen voor deelname maar niet wilden meedoen – of door hun huisarts buiten het onderzoek werden gehouden – eigenlijk ook meenemen in de analyse. Implementatie is niet succesvol als de innovatie goed werkt bij een klein aantal gemotiveerde patiënten maar door het merendeel van de patiëntengroep niet wordt gebruikt. Beide onderzoeken laten zien dat de onderzochte interventies een gunstig effect hebben, *mits zij worden toegepast*. Dat is op zich een relevant resultaat, maar nieuw onderzoek moet uitwijzen hoe vaak en op welke wijze dit soort interventies in de dagelijkse praktijk daadwerkelijk worden gebruikt en in hoeverre de kosten tegen de baten opwegen. ■

Theo Verheij

## Xylitol tegen oorontsteking

**Middenoorontsteking is vervelend, in de eerste plaats voor de patiënt – meestal een kind – maar ook voor de ouders. Het zou mooi zijn als er een goedkope interventie is die de aan- doening voorkomt. In een recent ge- publiceerd Cochrane-review zetten Canadese onderzoekers de evidence op een rijtje voor de effectiviteit van xylitol. Deze natuurlijke vervanger voor suiker veroorzaakt geen cariës en is onder meer beschikbaar als kauwgom, siroop en pastilles.**

Vier onderzoeken voldeden aan de vooraf geformuleerde inclusiecriteria: RCT's of quasi-RCT's waarbij xylitol (elke toedieningsvorm) ter preventie van oorontsteking werd vergeleken met placebo of niets doen bij kinderen tot en met 12 jaar. De 4 onderzoeken waren al- lemaal uitgevoerd in Finland en gepu- bliceerd tussen 1996 en 2007. Het aantal kinderen per onderzoek liep uiteen van 306 tot 1277. De leeftijd van de kinderen varieerde, voor zover gerapporteerd, van 7 maanden tot 7 jaar.

Drie van de onderzoeken inclu- deerden gezonde kinderen. De xylitol reduceerde met 25% het optreden van otitis media ten opzichte van de contro- legroep (RR 0,75; 95%-BI 0,65-0,88). De wijze van toediening was van belang: xylitolkauwgom deed het beter dan si- roop, maar niet beter dan pastilles. Het vierde onderzoek includeerde kinderen met een luchtweginfectie, xylitol had daarbij geen invloed op het vervolgens ontstaan van een middenoorontsteking (RR 1,13; 95%-BI 0,83-1,53). Er was geen significant verschil in bijwerkingen (maagdarmlachten, uitslag) tussen de xylitol- en de controlegroep.

Moeten alle kinderen nu aan de xylitol? Wanneer de interventie zich zou beperken tot de groep kinderen die eerder een episode van otitis me- dia doormaakte, schatten de auteurs dat zo'n 30% van de kinderen in de komende 3 maanden opnieuw een oor- ontsteking zal krijgen. De reductie van 25% die xylitol zou bewerkstelligen, re- sulteert in een number needed to treat van iets meer dan 13: zoveel kinderen dienen 3 maanden xylitol te slikken om 1 nieuwe episode te voorkomen. Vijfmaal daags 2 kauwgompjes, ten-

minste 5 minuten kauwen. Ziet u het al voor zich? ■

Hans van der Wouden

Azarpazhooh A, et al. Xylitol for preventing acute otitis media in children up to 12 years of age. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11. Art. No.: CD007095.



Foto: SVT Photography/Shutterstock

## Danstherapie bij borstkanker

**Danstherapie is een vorm van crea- tieve therapie die ook in Nederland steeds meer wordt toegepast. Vrou- wen met borstkanker lijken door danstherapie een betere kwaliteit van leven te hebben of zijn minder moe. Bewijs hiervoor is echter flin- terdun.**

Creatieve therapie is een vorm van nonverbale therapie die aanvankelijk alleen werd toegepast in psychia- trische instellingen. Tegenwoordig maakt men ook buiten de psychiatrie toenemend gebruik van creatieve therapie, bijvoorbeeld om ingrijpende gebeurtenissen in het leven te verwer- ken. Een voorbeeld van creatieve the- rapie is danstherapie. In danstherapie

wordt gebruikgemaakt van bewegen op muziek als psychotherapeutisch instrument om emotionele, sociale, cognitieve en fysieke processen in een individu te synchroniseren of synchronisatie te bevorderen. Ook in Nederland wordt danstherapie steeds meer toegepast. In deze Cochrane- review werd het psychische en fysieke effect van danstherapie op kankerpa- tiënten onderzocht.

Van de 15 gerandomiseerde onder- zoeken over een periode van 60 jaar (1950-2011) bleken er slechts 2 (!) te vol- doen aan de insluitingscriteria. In bei- de gevallen betroffen de onderzoeken vrouwen met borstkanker. In totaal ging het om 68 deelnemers met een gemiddelde leeftijd van 57 jaar. In het ene onderzoek leek danstherapie een positief effect te hebben op de kwali- teit van leven, het andere onderzoek

rapporteerde een vermindering van vermoeidheid. Er was geen effect op de beweeglijkheid van arm of schouder na een borstoperatie. Deze individuele uitkomsten zijn moeilijk door te trek- ken naar een algemene conclusie, be- halve dan dat er veel meer onderzoek nodig is naar deze vorm van therapie om duidelijke uitspraken te kunnen doen. Als danstherapeuten willen dat zorgverzekeraars deze therapievorm blijven vergoeden, dan zullen zij zich wat duidelijker moeten profileren in de wereld van de gezondheidszorg zodat ook meer valide onderzoek mo- gelijk is. ■

Wilma Spinnewijn

Bradt J, et al. Dance/movement therapy for im- proving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Syste- matic Reviews* 2011, Issue 10. Art. No.: CD007103.

## Borstkanker en alcoholconsumptie

**Vrouwen die meer dan 3-6 eenheden alcohol per week nuttigen hebben een 15-50% verhoogd risico op borstkanker. Dit publiceerden Amerikaanse onderzoekers onlangs in the Journal of the American Medical Association.**

Eerder onderzoek wees uit dat vrouwen die gemiddeld meer dan vijf glazen alcohol per dag drinken meer kans hebben om borstkanker te krijgen. De Amerikaanse onderzoekers keken naar het effect van lagere hoeveelheden alcohol per week.

De onderzoekers selecteerden 105.986 van de 121.700 deelnemers aan de Amerikaanse Nurses Health Study voor de analyses van de gemiddelde alcoholconsumptie per week en gedurende het volwassen leven. Omdat alcoholconsumptie in 1980 voor het eerst werd uitgevraagd, excludeerden de onderzoekers vrouwen die overleden of kanker kregen tussen 1976 en 1980 ( $n =$

5565). Zij excludeerden eveneens vrouwen die niet reageerden op vragen over alcoholconsumptie ( $n = 10.149$ ). Bepaalde vragenlijsten werden niet tijdens elk follow-upmoment afgenomen, onder andere over het gebruik van alcohol gedurende het volwassen leven. Hierdoor konden de onderzoekers slechts gebruikmaken van de gegevens van 74.854 vrouwen. De primaire uitkomstmaat was de diagnose invasieve borstkanker.

Tijdens de follow-up ontwikkelden 7690 (10,3%) vrouwen borstkanker. Na correctie voor covariabelen vonden de onderzoekers een dosisresponsrelatie tussen toenemende hoeveelheden alcohol op baseline en de ontwikkeling van borstkanker. Bij elke 10 g (ongeveer 1 eenheid alcohol) toename per week, nam het risico op borstkanker 7% toe. Vrouwen die meer dan 19 eenheden per week dronken hadden zelfs een 50% verhoogd risico. Dit verband gold ook voor de huidige inname van alcohol en de cumulatieve alcoholconsumptie tijdens het volwassen leven.

Het aantal dagen per week dat alcohol werd genuttigd en de grootste hoeveelheid alcohol op 1 dag gedurende een normale maand was evenredig met een verhoogd risico op borstkanker (respectievelijk 20% voor vrouwen die 5-7 dagen per week 1 of meer eenheden dronken en 33% voor vrouwen die meer dan 6 eenheden dronken op 1 dag per maand).

Het mechanisme is onduidelijk. Alcohol lijkt de spiegels van geslachtshormonen te verhogen en dit zou een verklaring kunnen zijn voor het verhoogde risico op borstkanker. Al met al stellen de onderzoekers dat voor de individuele patiënt de voordelen van lage hoeveelheden alcohol ter preventie van hart- en vaatziekten moeten worden afgewogen tegen het toegenomen risico op borstkanker. ■

**Anne van Houwelingen**

*Chen WY, et al. Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. JAMA 2011;17:1884-90.*

## Flost u?

**Flossen naast tandenpoetsen helpt gingivitis verminderen. Of het ook helpt tegen cariës is niet onderzocht, terwijl dit vaak wel als reden wordt genoemd bij het advies om te gaan flossen.**

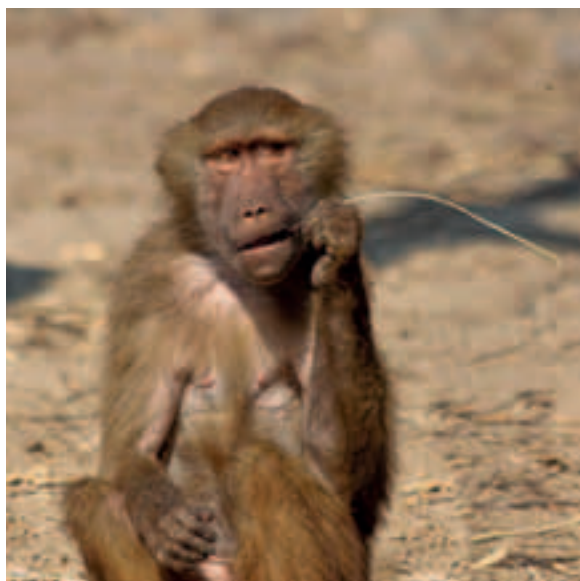


Foto: Wolfkamp/Shutterstock

Tweemaal per dag twee minuten de tanden en kiezen poetsen is een welbekend algemeen advies. Poetsen is van belang om etensresten en tandplak te verwijderen. Tandplak bestaat onder andere uit voedselresten en (melkzuur)bacteriën die suikers in de mond afbreken tot zuur, wat tot cariës leidt. Het advies om te flossen wordt ook vaak gegeven, maar niet veel mensen volgen dit advies op. Is flossen inderdaad effectief? In de gerenommeerde Cochrane Library verscheen een review hierover.

In de review gingen de onderzoekers na of bij volwassenen tandenpoetsen met flossen effectiever is dan tandenpoetsen alleen om tandvleesaandoeningen en cariës te voorkomen. Zij vonden 12 geschikte onderzoeken met totaal 1083 patiënten. Conclusie in de review is dat tandenpoetsen met flossen effectiever is dan tandenpoetsen alleen (na 6 maanden SMD -0,72; 95%-BI

-1,09 - -0,35) in het verminderen van gingivitis. Voor het verminderen van tandplak is geen goed bewijs dat flossen na tandenpoetsen zou helpen, ook is geen onderzoek gevonden of flossen tot minder cariës leidt. Te intensief flossen kan overigens juist tot tandvleesirritatie leiden.

De tandenflossers onder u doen dus goed werk om gingivitis te voorkomen. In voorkomende gevallen kunt u dit aan uw patiënten vermelden en ze een flosadvies geven. Of het ook helpt om cariës te voorkomen is niet zeker. Het is fijn om te weten dat ook naar gewone alledaagse handelingen onderzoek wordt gedaan, zeker als deze dan ook nog effectief blijken. ■

**Just Eekhof**

*Sambunjak D, et al. Flossing for the management of periodontal diseases and dental caries in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD008829.*

## Yoga bij lagerugpijn

**Chronische lagerugpijn: patiënten en soms ook hun artsen kunnen er moedeloos van worden. Bewegen wordt aangeraden, terwijl patiënten vaak meer voelen voor rust en ontspanning. Yoga biedt een combinatie van beide, en zou wel eens effectief kunnen zijn.**

Engelse onderzoekers bekeken het effect van een 3 maanden durende yogatraining bij patiënten met chronische lagerugpijn. Iets meer dan 300 patiënten deden mee, en werden gerandomiseerd tussen 'gebruikelijke zorg'

en een yogatraining. De wekelijkse yogatraining bestond uit een kennismaking met de basisprincipes van yoga, ontspanningsoefeningen, houdingsoefeningen en mentale training in pijnbeleving. Naarmate de cursus vorderde, werd meer nadruk gelegd op het inpassen van de oefeningen in activiteiten van het dagelijks leven. Zestig procent van de cursisten nam deel aan tenminste de helft van de trainingen. Aan het einde van de cursus hadden de deelnemers een betere functie van de rug dan patiënten die gebruikelijke zorg hadden gekregen. Zij gaven aan

dat de rugpijn minder invloed had op hun dagelijks leven. Opmerkelijk was dat dit effect na zes en twaalf maanden nog steeds aanwezig was. De rugpijn zelf verminderde echter niet.

Yoga kan dus behulpzaam zijn bij het leren omgaan met chronische rugklachten. Dit onderzoek laat andermaal zien dat afname van pijnklachten hierbij geen reële verwachting is. ■

**Linda Bröker**

*Tilbrook HE, et al. Yoga for chronic low back pain; a randomized trial. Ann Intern Med 2011;155:569-78.*

## Bloed in eigen hand

**Orale anticoagulantiegebruikers die zelf hun INR controleren hebben een significant verlaagde kans op tromboembolische complicaties. Uit een recente meta-analyse in *The Lancet* blijkt dat jongere patiënten en patiënten met een kunstklep het meest profijt hebben van zelf INR prikken.**

Het aantal patiënten met een indicatie voor het gebruik van orale vitamine K-antagonisten neemt toe. Traditioneel worden deze patiënten door de trombosedienst begeleid om hun INR binnen de therapeutische range te houden. Door de ontwikkeling van accurate sneltestapparatuur is thuismeting echter ook al enkele jaren mogelijk. Nederlandse trombosediensten en andere partijen bieden dit dan ook aan. Maar levert dit gezondheidswinst op? En is het wel veilig?

Een internationaal consortium geleid door onderzoekers uit Oxford verrichtten een meta-analyse op de individuele patiëntengegevens van elf gerandomiseerde trials waarin INR-zelfmonitoring werd vergeleken

met normale zorg door de trombosedienst. De interventie betrof zelftests thuis (en eventuele aanpassing van de dosering door de trombosedienst via telefoon of internet) of zelfmanagement (zelf testen én zelf de doses aanpassen aan de hand van een schema). In alle gevallen konden patiënten als achterwacht een arts raadplegen. De onderzoekers gebruikten gegevens van 6417 patiënten, goed voor bijna 13.000 follow-upjaren. Deze gegevens representeren 84% van alle trialdata wereldwijd op dit gebied. De uitkomst is opvallend: INR zelf testen loont! Het onderzoek toont significant minder tromboembolische events in de zelftestgroep (HR 0,51; 95%-BI 0,31-0,85) en tevens een trend naar minder bloedingen (HR 0,88; 95%-BI 0,74-1,06) en sterfte (HR 0,82; 95%-BI 0,62-1,09).

Patiënten met een mechanische hartklep en patiënten jonger dan 55 jaar hadden het meest profijt van INR zelf testen. Zo dienen slechts 21 patiënten uit deze laatste groep 1 jaar lang thuis INR-metingen te verrichten om 1 tromboembolisch event te voorkomen (NNT 21). Het zijn echter niet enkel de jongere patiënten die profiteren, want ook bij patiënten van 85 jaar

en ouder werd geen verhoogd risico op complicaties (zoals bloedingen) gevonden. Bij deze ouderen vond men een significant lagere sterfte in de interventiegroep, maar daarbij moet worden aangetekend dat deze groep maar klein was. Dat is meteen het grootste struikelblok voor INR-zelfmonitoring: niet iedereen zal het kunnen of willen uitvoeren. In de verschillende onderzoeken kon gemiddeld 50% van de gebruikers worden ingesloten.

Voor het gros van de patiënten lijkt het echter een mooi alternatief voor de reguliere checks door de trombosedienst. Solide bewijs voor het grootschalig gebruik van de nieuwe directe trombineremmers in de eerste lijn laat nog wel even op zich wachten. Tot die tijd lijkt het raadzaam om te zorgen dat patiënten met een indicatie voor orale anticoagulantia hun bloed (en INR-meting) in eigen hand krijgen. ■

**Jochen Cals**

*Heneghan C, et al. Self-monitoring of oral anticoagulation: systematic review and meta-analysis of individual patient data. Lancet, Early Online Publication, 1 December 2011, doi:10.1016/S0140-6736(11)61294-4.*

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



## Ervaringen van huisartsen op de huisartsenpost

### Samenvatting

Smits M, Keizer E, Huibers L, Giesen P. Ervaringen van huisartsen op de huisartsenpost. *Huisarts Wet* 2012;55(3):102-5.

**DOEL** Ongeveer tien jaar geleden zijn de huisartsenposten ontstaan, vooral om de werkdruk van huisartsen te verminderen. We hebben onderzocht welke motiverende en belastende aspecten huisartsen ervaren tijdens het dienst doen, welk deel van de diensten ze en uitbesteden en waarom ze dat doen.

**METHODE** We namen een webenquête af bij alle huisartsen van vijf huisartsenposten, die in het oosten, zuiden en westen van Nederland liggen.

**RESULTATEN** De respons was 58% (n = 326). Belangrijkste motieven voor het dienst doen waren behoud van registratie (78%) en deskundigheid in de acute zorg (74%). Huisartsen ervoeren de piekbelasting (79%), het aantal patiëntcontacten (73%), veeleisend patiëntengedrag (65%) en laagdrempelige toegang (64%) als het meest belastend. Ze deden de meeste diensten zelf: 84% besteedde tot maximaal een kwart van de diensten uit. De belangrijkste redenen om diensten uit te besteden waren behoefte aan vrije tijd (76%) en werkbelasting (overdag 71%; tijdens de dienst 49%).

**CONCLUSIE** Huisartsen doen het overgrote deel van de diensten op de huisartsenpost zelf. Werkbelasting tijdens de dienst en overdag zijn belangrijke redenen om diensten uit te besteden. Het grote aantal (niet-urgente) patiënten ervaren de huisartsen als het meest belastend. Om de betrokkenheid van huisartsen met de 7 x 24-uurszorg te optimaliseren, is het van belang de werkbelasting binnen de perken te houden.

### INLEIDING

Ongeveer tien jaar geleden is de huisartsenzorg buiten kantoor tijd getransformeerd van kleinschalige waarnemingsgroepen in ongeveer 130 grootschalige huisartsenposten.<sup>1-4</sup> Deze opschaling is ook in andere westerse landen zichtbaar en heeft geleid tot een vermindering van de werkbelasting, verbetering van de arbeidsomstandigheden en een duidelijkere scheiding van werk en privéleven.<sup>1-12</sup> Huisartsenposten zijn bedoeld voor spoedeisende hulpvragen die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag van de eigen huisarts. In werkelijkheid blijkt ongeveer 80% van de hulpvragen op de huisartsenposten medisch niet spoedeisend.<sup>13</sup> Bovendien is het totaal aantal hulpvragen sinds 2004 met 7,5 procent per jaar toegenomen; dit betreft voornamelijk niet-urgente contacten.<sup>14</sup> De toenemende werkbelasting die hiervan het gevolg is, kan negatieve invloed hebben op de betrokkenheid van huisartsen en hun motivatie om dienst te doen.<sup>15</sup> Inzicht in motiverende en belastende factoren van het dienst doen kan handvatten bieden

om huisartsen betrokken te houden bij het werken op de huisartsenpost.

Met het onderzoek wilden we de volgende vragen beantwoorden:

- Wat motiveert huisartsen om dienst te doen?
- Welke aspecten van het dienst doen ervaren huisartsen als belastend?
- Welk deel van de diensten besteden huisartsen uit en wat zijn de redenen hiervoor?

### METHODE

#### Onderzoeksontwerp en -populatie

Het betreft een vragenlijstonderzoek in de vorm van een webenquête. Het onderzoek vond plaats in de periode 2008 tot 2011, onder alle 567 praktijkhoudende huisartsen van vijf huisartsenposten (66-189 huisartsen). Deze huisartsenposten met een platteland- tot grootstedelijke populatie, lagen verspreid over het oosten, zuiden en westen van het land.

#### Procedure

Na een vooraankondiging (via e-mail en/of in een vergadering of nieuwsbrief) hebben we de huisartsen per e-mail de link naar de webenquête gestuurd. Hierna volgden nog twee herinneringen met tussenpozen van veertien dagen.

#### Meetinstrument

De vragenlijst stamt uit 2000<sup>2</sup> en is inmiddels meermaals gebruikt, waarbij de lijst steeds is geactualiseerd op basis van de

#### Wat is bekend?

- Het totaal aantal hulpvragen op de huisartsenposten is in de periode 2004 tot 2010 met 7,5 procent per jaar toegenomen.
- De toename betreft voornamelijk niet-urgente contacten.
- Huisartsen vinden de werkdruk op de huisartsenpost hoog.
- Toenemende werkdruk leidt mogelijk tot verminderde motivatie en meer uitbesteden van diensten door huisartsen.

#### Wat is nieuw?

- Behoud van registratie tot huisarts en behoud van deskundigheid in de acute zorg zijn de belangrijkste motieven om dienst te doen.
- Huisartsen ervaren grote aantallen patiënten gedurende piekuren en het grote aantal niet-urgente patiëntcontacten als het meest belastend.
- Van de huisartsen besteedt 84% geen tot maximaal een kwart van de diensten uit.
- Behoeft aan vrije tijd en werkbelasting zijn de belangrijkste redenen voor het uitbesteden van diensten.
- De werkbelasting overdag blijkt hierbij een belangrijkere reden tot het uitbesteden van diensten te zijn dan werkbelasting tijdens de dienst op de huisartsenpost.

inbreng van experts en huisartsen. De vragenlijst hebben we ook voorgelegd aan de vijf huisartsenposten uit dit onderzoek, waarbij we in twee gevallen items hebben toegevoegd.

Naast algemene vragen (onder ander met betrekking tot leeftijd, geslacht, het soort praktijk) bestaat de vragenlijst uit vragen over motivatie, werksfeer, werkbelasting, samenwerking, ervaren kwaliteit en organisatie van de huisartsenpost. De huisartsen konden de vragen beantwoorden op een vijf-puntsschaal van belangrijkheid ('zeer onbelangrijk' tot 'zeer belangrijk') of belasting ('helemaal niet belastend' tot 'zeer belastend').

Voor dit onderzoek hebben we de volgende aspecten in kaart gebracht:

- motieven om dienst te doen op de huisartsenpost;
- belastende aspecten van het dienst doen;
- werkbelasting tijdens verschillende soorten diensten;
- percentage uitbestede diensten;
- soort uitbestede diensten;
- redenen voor het uitbesteden van diensten.

### Analyse

De analyses zijn beschrijvend van karakter en we hebben de resultaten in percentages weergegeven. Om de resultaten overzichtelijker te kunnen presenteren, hebben we de antwoordcategorieën van de gebruikte vijf-puntsschaal samengevoegd tot drie categorieën. Zo zijn bijvoorbeeld de antwoordcategorieën: 'zeer onbelangrijk', 'onbelangrijk', 'neutraal', 'belangrijk' en 'zeer belangrijk' samengevoegd tot 'onbelangrijk', 'neutraal' en 'belangrijk'. We hebben de gegevens verwerkt met SPSS 16.0.

## RESULTATEN

### Kenmerken van de respondenten

De respons was 57,5% (n = 326). Van de respondenten was 66,3% man (n = 216) en 33,7% vrouw (n = 110). De gemiddelde leeftijd was 47,9 jaar. Van de huisartsen werkte 19,0% in een solopraktijk, 36,5% in een duopraktijk en 44,5% in een groter samenwerkingsverband.

### Motieven om dienst te doen

Belangrijkste motieven om dienst te doen waren behoud van registratie tot huisarts (78,4%) en van deskundigheid in de acute zorg (73,7%). De mogelijkheid om buiten kantoor tijd te werken (3,4%) en financiële motieven (23,0%) vonden huisartsen het minst belangrijk [tabel 1].

### Belastende aspecten

Meer dan de helft van de huisartsen ervoer een groot aantal dienstaspecten als belastend: de piekbelasting (79,2%), het grote aantal patiëntcontacten (73,1%), het regelen van een opname in een andere instelling dan het ziekenhuis (67,2%), veeleisend en agressief gedrag van patiënten (respectievelijk 64,9% en 61,0%) en de laagdrempelige toegang tot de huisartsenpost (64,2%). Ook niet geplande zorg voor binnenlopers (58,3%), onnodige consulten/visites (57,7%),

**Tabel 1** Motieven voor het verrichten van diensten (n = 326)

|                                                        | Niet belangrijk (%) | Neutraal (%) | Belangrijk (%) |
|--------------------------------------------------------|---------------------|--------------|----------------|
| Behoud van registratie tot huisarts                    | 6,8                 | 14,8         | 78,4           |
| Behoud van deskundigheid in de acute zorg              | 10,2                | 16,1         | 73,7           |
| Verantwoordelijkheid voor het leveren van 24-uurszorg* | 15,6                | 18,0         | 66,4           |
| Bijdragen aan doelmatige en hoogwaardige zorg          | 15,3                | 26,4         | 57,9           |
| Interessant werk                                       | 31,1                | 30,5         | 38,4           |
| Financiële motieven                                    | 43,4                | 33,6         | 23,0           |
| Mogelijkheid om buiten kantoor tijden te werken        | 88,2                | 8,4          | 3,4            |

\* Dit item maakte bij één huisartsenpost geen deel uit van de vragenlijst (n = 244).

het verrichten van meer taken (bijvoorbeeld consulten en supervisie) (52,3%) en het risico op medische fouten (50,5%) vond de meerderheid belastend. Aspecten als beperkte diagnostische mogelijkheden (17,3%), medisch hoog urgente hulpvragen (25,6%) en het ontbreken van het patiëntendossier (26,9%) vonden de huisartsen minder belastend [tabel 2].

De diensten die de huisartsen het meest belastend vonden zijn de consultdienst in het weekend overdag (79,1%) en de nachtdienst (60,6%).

### Uitbesteden van diensten

Het grootste deel van de diensten deden de huisartsen zelf: 83,7% van de huisartsen besteedde tot maximaal een kwart van de diensten uit de [figuur].

Van de huisartsen die diensten uitbesteedden, betrof 56,2% voornamelijk nachtdiensten, 15,4% weekenddagdiensten en 0,6% avonddiensten. Voor 27,8% was er geen duidelijk onderscheid.

### Abstract

Smits M, Keizer E, Huibers L, Giesen P. General practitioners' experience of out-of-hours cooperatives. *Huisarts Wet* 2012;55(3):102-5.

**AIM** Out-of hours GP cooperatives were first introduced about 10 years ago, with the aim of reducing general practitioners' workload. We investigated GPs' experience (both positive and negative) of providing out-of-hours coverage and which services they contracted out and why.

**METHOD** All GPs working in five out-of-hours GP cooperatives in the east, south, and west of the Netherlands completed a Web-based questionnaire.

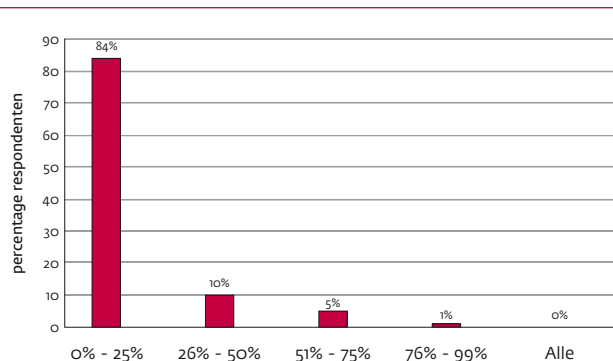
**RESULTS** The response was 58% (n = 326). The main reasons for working in such cooperatives were to retain registration (78%) and experience in acute care (74%). GPs considered the peak load (79%), the number of patients seen (73%), demanding patients (65%), and the low threshold to come to the cooperative (64%) as the most negative aspects of their work. Most GPs chose to provide the out-of-hours services themselves: 84% of those interviewed contracted out maximally 25% of their service provision. The main reason for this was the desire to have more free time (76%) and the workload (during the day 71%; during on-call duty 49%).

**CONCLUSION** GPs provide most of the services of out-of-hours GP cooperatives. The workload during the day and during out-of-hours service provision were important reasons for opting out of service provision. GPs considered the large number of patients with non-urgent conditions as the main negative aspect. If the involvement of GPs in 7x24-hour care is to be optimized, it is important to set limits on their workload.

**Tabel 2** Ervaren belastende aspecten (n = 326)

| Aspecten                                                           | Niet belastend (%) | Neutraal (%) | Belastend (%) |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|---------------|
| Piekbelasting                                                      | 5,6                | 15,2         | 79,2          |
| Aantal patiëntcontacten                                            | 7,7                | 19,1         | 73,1          |
| Regelen van een opname in een andere instelling dan het ziekenhuis | 12,3               | 20,0         | 67,2          |
| Veeleisend gedrag van patiënten                                    | 12,1               | 23,0         | 64,9          |
| Laagdrempelige toegang tot de huisartsenpost                       | 11,4               | 24,4         | 64,2          |
| Agressief gedrag van patiënten                                     | 16,7               | 22,3         | 61,0          |
| Niet-geplande zorg voor binnenlopers                               | 14,2               | 27,5         | 58,3          |
| Onnodige consulten/visites                                         | 15,1               | 27,2         | 57,7          |
| Meer taken verrichten tijdens een dienst                           | 20,3               | 27,3         | 52,3          |
| Risico op het maken van medische fouten                            | 20,1               | 29,4         | 50,5          |
| Communicatie met allochtone patiënten                              | 31,1               | 31,1         | 37,9          |
| Onnodige niet-patiëntgebonden werkzaamheden                        | 28,2               | 37,2         | 34,6          |
| Regelen van een opname binnen het ziekenhuis*                      | 35,1               | 33,8         | 31,1          |
| Gevoel onvoldoende kwaliteit te kunnen leveren                     | 38,4               | 33,6         | 28,0          |
| Ontbreken van of onvolledig patiëntdossier                         | 40,6               | 32,5         | 26,9          |
| Medisch hoog urgente hulpvragen                                    | 50,9               | 23,5         | 25,6          |
| Beperkte mogelijkheid om werk naar eigen inzicht uit te voeren     | 40,8               | 39,2         | 20,1          |
| Beperkte diagnostische mogelijkheden                               | 53,9               | 28,8         | 17,3          |

\*Dit item maakte bij drie huisartsenposten geen deel uit van de vragenlijst (n = 151).

**Figuur** Percentage uitbestede diensten (n = 326)

Behoeftte aan vakantie of vrije tijd was voor 75,6% van de huisartsen een belangrijke reden om diensten uit te besteden. Ook de werkbelasting overdag was een belangrijk motief voor veel huisartsen (70,7%) en in mindere mate de werkbelasting tijdens het dienstdoen (49,4%). Andere redenen waren zwangerschap/zorg voor kinderen/huishouden (30,7%), opleiding of andere werkzaamheden (21,5%) en (hogere) leeftijd (21,2%). Redenen die specifiek te maken hebben met het werken op de huisartsenpost bleken minder belangrijk: werkbevestiging (20,7%), onbekende patiënten (15,6%) en werksfeer (5,6%).

## BESCHOUWING

### Belangrijkste bevindingen

De belangrijkste drijfveren voor het dienst doen op de huisartsenpost zijn voor huisartsen het behoud van registratie tot huisarts en van deskundigheid in de acute zorg. Het grootste knelpunt voor huisartsen ligt in de hoge werkbelasting door de grote aantallen patiënten gedurende piekuren en het grote aantal (niet-urgente) patiëntcontacten.

Toch doen de huisartsen het overgrote deel van de diensten zelf: 84% besteedt geen tot maximaal een kwart van de diensten uit. Behoeftte aan vrije tijd en werkbelasting zijn de belangrijkste redenen voor het uitbesteden. De werkbelasting overdag vinden huisartsen hierbij nog belangrijker dan die tijdens het dienstdoen.

Verder valt op dat de helft van de huisartsen agressief en veeleisend patiëntengedrag als belastend ervaart, terwijl uit eerder onderzoek blijkt dat in veruit de meeste contacten (98%) geen of hooguit verbaal agressief gedrag voorkomt.<sup>16</sup>

### Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek vond plaats op vijf huisartsenposten met wisselende grootte en een goede spreiding over Nederland. Hoewel de uitkomsten per huisartsenpost in grote lijnen overeenkomen, weten we niet zeker of de uitkomsten generaliseerbaar zijn voor Nederland. De respons van 57,5% kan men als voldoende beschouwen, maar we weten niet of de non-respondenten een vergelijkbare mening hadden als de respondenten. Ten slotte kunnen we niet uitsluiten dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven, ondanks de vooraf gecommuniceerde en gewaarborgde anonimiteit.

### Vergelijking met ander onderzoek

Het aantal contacten op huisartsenposten neemt in Nederland jaarlijks met gemiddeld 7,5% toe.<sup>14</sup> Eerder onderzoek onder huisartsen, vlak na de komst van de huisartsenposten in Nederland, liet dan ook een lagere ervaren belasting zien voor huisartsen.<sup>2</sup>

Er is weinig buitenlands onderzoek beschikbaar naar ervaringen van huisartsen met de huisartsenpost. In Engeland heeft men alleen relatief kort na de introductie van de huisartsenpost onderzoek uitgevoerd onder huisartsen. Deze onderzoeken rapporteerden een tevredenheid met de huis-

artsenpost van 62% en 92%.<sup>8,17</sup> Uit wat recenter onderzoek uit Ierland bleek dat de huisartsenpost voor 82% van de huisartsen weliswaar een positief effect op hun privéleven had, maar dat de helft van de huisartsen oververmoeid was omdat ze buiten kantooruren moesten werken.<sup>18</sup>

### Mogelijke oplossingen voor de gevonden knelpunten

Een nieuwe bevinding uit dit onderzoek is het belang van de werkdruk overdag in relatie tot het werk buiten kantoor tijd. Dat is ook begrijpelijk, want als een huisarts bijvoorbeeld aansluitend op een werkdag in de praktijk dienst doet, dan betekent dat een verlenging van de werkdag van ongeveer 9 naar 15 uur. Als bovendien de werkdruk overdag hoog is én de huisarts tijdens de dienst op de huisartsenpost te maken krijgt met grote aantallen (niet-urgente) patiëntcontacten, dan neemt de motivatie van huisartsen snel af en stijgt het risico op kwaliteitsverlies. Bij de planning van de diensten zou men vooraf meer rustmomenten moeten inbouwen door bijvoorbeeld een halve dag vrij te nemen.

Een middel om de werkbelasting op de huisartsenpost te verminderen is de inzet van een getrainde telefoonarts. Uit onderzoek is gebleken dat met de komst van telefoonartsen het aantal visites sterk daalde, de hoeveelheid consulten licht daalde en het aantal telefonisch consulten toenam.<sup>19</sup>

Een andere manier om de werkbelasting te verminderen betreft de inzet van verpleegkundigen en huisartsen-in-opleiding. Zij kunnen tijdens piekmomenten in het weekend overdag behulpzaam zijn, maar daarvoor moeten we wel eerst nagaan welke gevolgen dat heeft voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Tot slot droegen de geënquêteerde huisartsen zelf ook mogelijke oplossingen aan. Naast de inzet van een telefoonarts merkten ze meermaals op dat de triage verbetering behoeft, vooral door de kwaliteit van de assistenten te vergroten. Bovendien zouden zij graag zien dat het publiek betere voorlichting krijgt over het doel en de werkwijze van de huisartsenpost.

### CONCLUSIE

Een van de redenen voor huisartsen om de zorg buiten kantoor tijd te herorganiseren in de vorm van huisartsenposten is dat zij verantwoordelijk wilden blijven voor het leveren van 7 x 24-uurshuisartsenzorg. In ons onderzoek vindt maar iets meer dan de helft van de huisartsen dit een belangrijk motief om dienst te doen op de huisartsenpost. Ervaringen in de Verenigde Staten leren dat het afstoten van de diensten leidt tot kwaliteitsverlies, zorgfragmentatie en toename van het aantal zorgaanbieders.<sup>20,21</sup> Als dit niet het gewenste toekomstbeeld is, dan is het van belang de betrokkenheid van huisartsen met de 7 x 24-uurszorg optimaal te houden door aantrekkelijke en behapbare diensten. ■



Foto: Peter Hilz/Hollandse Hoogte

### LITERATUUR

- 1 Van Uden C, Giesen P, Metsemakers J, Grol R. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GP's) in The Netherlands: From small-call rotations to large-scale GP cooperatives. *Fam Med* 2006;38:565-9.
- 2 Giesen P, Haandrikman L, Broens S, Schreuder J, Mokkink H. Centrale huisartsenposten: wordt de huisarts er beter van? *Huisarts Wet* 2000;43:508-10.
- 3 Giesen P, Mokkink H, Van den Bosch W, Bottema B, Grol R. Hoe functioneren de huisartsenposten in Nederland? *Huisarts Wet* 2008;51:219-23.
- 4 Grol R, Giesen P, Van Uden C. After-hours care in The United Kingdom, Denmark, and The Netherlands: New models. *Health Aff* 2006;25:1733-7.
- 5 Van Uden C, Nieman R, Voss G, Wesseling G, Winkens R, Crebolder H. General practitioners' satisfaction with and attitudes to out-of-hours services. *BMC Health Serv Res* 2005;5:27.
- 6 Engels Y, Mokkink H, Van den Hombergh P, Van den Bosch W, Van den Hogen H, Grol R. De werkbelasting van de huisarts neemt af. *Huisarts Wet* 2003;46:482-7.
- 7 Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract* 2003;20:311-7.
- 8 Salisbury C. Evaluation of a general practice out of hours cooperative: a questionnaire survey of general practitioners. *BMJ* 1997;314:1598-9.
- 9 Olesen F, Jølleys JV. Out-of-hours service: the Danish solution examined. *BMJ* 1994;309:1624-6.
- 10 Nieber T, Hansen EH, Bondevik GT, Hunskaar S, Blinkenberg J, Thesen J, et al. [Organization of Norwegian out-of-hours primary health care services]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007;127:1335-8.
- 11 Philips H, Remmen R, Van Royen P, Teblick M, Geudens L, Bronckaers M, et al. 'What's the effect of the implementation of general practitioner co-operatives on caseload? Prospective intervention study on primary and secondary care. *BMC Health Serv Res* 2010;10:222.
- 12 Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models *BMC Health Serv Res* 2009;9:105.
- 13 Giesen P, Mokkink H, Ophey G, Drijver R, Grol R, Van den Bosch W. Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de centrale huisartsenpost? *Huisarts Wet* 2005;48:207-10.
- 14 Giesen P, Huibers L, Krol M. Patiëntencontacten op de huisartsenpost. *Huisarts Wet* 2011;54:5-6.
- 15 Dijkers M, Korving K, Van Exel J. Wat vindt de huisarts belangrijk tijdens een dienst? *Huisarts Wet* 2006;49:447-53.
- 16 Giesen P, Mokkink H, Hensing M, Van den Bosch W, Grol R. Rude or aggressive patient behaviour during out-of-hours GP care: Challenges for communications with patients. *Patient Educ Couns* 2008;73:205-8.
- 17 Pickin DM, O'Cathain A, Fall M, Morgan AB, Howe A, Nicholl JP. The impact of a general practice co-operative on accident and emergency services, patient satisfaction and GP satisfaction. *Fam Pract* 2004;21:80-2.
- 18 O'Dowd TC, McNamara K, Kelly A, O'Kelly F. Out-of-hours co-operatives: general practitioner satisfaction with governance and working arrangements. *Eur J Gen Pract* 2006;12:15-8.
- 19 Giesen P, Halink D. Smeerolie van de huisartsenpost: patiënten en hulpverleners tevreden over de regiearts. *Med Contact* 2007;69:371-3.
- 20 Geue C, Skåtun D, Sutton M. Economic influences on 'GPs' decisions to provide out-of-hours care. *Br J Gen Pract*. 2009;59:e1-7.
- 21 Drennan V. Out of hours and unscheduled primary care: Making it safer. London: The 'King's Fund', 2010.



## COPD: individuele actieplannen werken!

### Samenvatting

Trappenburg JC, Monninkhof EM, Bourbeau J, Troosters T, Schrijvers AJ, Verheij TJ, Lammers JW. COPD: individuele actieplannen werken! *Huisarts Wet* 2012;55(3):106-10.

**ACHTERGROND** COPD is een aandoening met plotselinge verergeringen. Als de patiënt deze exacerbaties vroegtijdig herkent en erop kan anticiperen, vermindert dat waarschijnlijk zijn ziektebelasting en ook het tempo van achteruitgang. Wij evalueerden dit vermoeden in een multicenter RCT met zes maanden follow-up.

**METHODE** Onze onderzoeksgroep omvatte 233 patiënten (gemiddelde leeftijd  $65 \pm 10$  jaar; gemiddelde FEV<sub>1</sub>  $56 \pm 21\%$  van de voorspelde waarde). De controlegroep ( $n = 122$ ) ontving alleen reguliere zorg. De interventiegroep ( $n = 111$ ) kreeg daarnaast ook een geïndividualiseerd actieplan dat veranderingen in de symptoomstatus middels stoplichtkleuren koppelde aan de corresponderende (farmacologische of niet-farmacologische) behandelafspraken. De deelnemers hielden dagelijks een symptoomdagboek bij en vulden elke drie dagen de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) in om het beloop van hun gezondheidstoestand te meten. Na één en na vier maanden belden wij de deelnemers op om het actieplan en de therapietrouw opnieuw onder de aandacht te brengen. Onze primaire uitkomstmaat was hersteltijd na een exacerbatie.

**RESULTATEN** In de follow-upperiode van zes maanden vonden wij geen verschillen in frequentie van exacerbaties en in zorgconsumptie. In de interventiegroep verbeterde de gezondheidstoestand sneller na een exacerbatie (HR 1,58; 95%-BI 0,96 tot 2,60) en verliep ook het symptomatische herstel sneller (HR 1,30; 95%-BI 0,92 tot 1,84). Het actieplan bekortte de duur van de symptomen van een exacerbatie met gemiddeld 3,68 dagen (95%-BI -7,32 tot -0,04), en verminderde ook de impact op de gezondheidstoestand, zowel in de prodromale fase als in de eerste dagen. De gemiddelde CCQ-scores in beide onderzoeksgroepen verschilden significant ( $3,0 \pm 0,7$  versus  $3,4 \pm 0,9$ ;  $p \leq 0,01$ ), bij een drempelwaarde voor klinische relevantie van 0,4 punten.

**CONCLUSIE** Een individueel actieplan voor COPD-patiënten zorgt dat exacerbaties milder verlopen en iets sneller voorbij zijn. Het zou goed zijn als dit relatief simpele instrument een vast onderdeel werd van zelfmanagementprogramma's bij COPD.

### INLEIDING

In het natuurlijke beloop van COPD zijn er periodes waarin de symptomen plotseling toenemen. De ernst en frequentie van deze exacerbaties varieert, maar klinisch zijn zij van groot belang door hun ontregelende effect en hun fors negatieve impact op de ziektegerelateerde kwaliteit van leven. Exacerbaties versnellen de progressie van de ziekte en zijn verantwoordelijk voor een groot deel van de toenemende zorgkosten voor patiënten met COPD.<sup>1,3</sup> Alle recente behandelrichtlijnen verklaren het reduceren van de frequentie en ernst van exacerbaties tot een belangrijk doel, en leggen daarbij de nadruk op vroegtijdige herkenning en behandeling.<sup>4</sup> Nu lijkt het merendeel van de patiënten wel in staat de eerste tekenen van een exacerbatie te herkennen, maar onderzoek heeft laten zien dat ongeveer de helft van de exacerbaties niet wordt gerapporteerd aan een hulpverlener en dus niet adequaat behandeld wordt.<sup>5,6</sup> Weliswaar lijkt het daarbij te gaan om mildere exacerbaties, maar op lange termijn hebben ook deze een negatief effect op de kwaliteit van leven.<sup>5,7</sup> Daarnaast weten we dat patiënten die laat of niet rapporteren of die over minder zelfmanagementvermogens beschikken, minder snel herstellen van een exacerbatie, een lagere kwaliteit van leven hebben en een grotere kans hebben op een ziekenhuisopname.<sup>8,9</sup>

Dit alles onderstreept het belang van zelfmanagement bij het vroegtijdig herkennen van en anticiperen op exacerbaties. De bestaande zelfmanagementprogramma's verschillen inhoudelijk, maar veel ervan bevatten een zogeheten actieplan.<sup>10</sup> Een actieplan is een individueel, op de patiënt toegesneden overzicht van instructies hoe een exacerbatie te herkennen en hoe daarop te reageren. Eventueel krijgt de patiënt direct een behandelkuur mee. Met dit snelle zelfmanagement zou de exacerbatie uiteindelijk milder moeten verlopen, zodat de

### Wat is bekend?

- Exacerbaties hebben fors negatieve effecten op de gezondheidstoestand van COPD-patiënten.
- Ruwweg de helft van alle exacerbaties wordt niet gerapporteerd aan een zorgverlener.
- Ook milde exacerbaties zijn op de lange duur schadelijk voor de kwaliteit van leven en de mortaliteit.

### Wat is nieuw?

- Men kan COPD-patiënten een eenvoudig actieplan meegeven dat hen in staat stelt een verandering in hun symptoomstatus zelf te herkennen en er adequaat op te anticiperen.
- Zo'n geïndividualiseerd actieplan maakt dat exacerbaties milder verlopen en de patiënt sneller herstelt.
- Omdat een actieplan de *self-efficacy* van de patiënt blijkt te vergroten en de zorgconsumptie niet doet stijgen, zou dit relatief simpele instrument een vast bestanddeel moeten worden van zelfmanagementprogramma's voor COPD-patiënten.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Gezondheidszorg, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht; dr. J.C.A. Trappenburg, epidemioloog; dr. E.M. Monninkhof, epidemioloog; prof.dr. A.J.P. Schrijvers, hoogleraar public health; prof.dr. Th.J.M. Verheij, huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde, McGill University, Montreal Chest Institute, Montreal, Canada; dr. J. Bourbeau, epidemioloog, UZ Gasthuisberg, afdeling Respiratoire revalidatie, Leuven, België; prof.dr. T. Troosters, epidemioloog, UMC Utrecht, afdeling Longziekten volwassenen; prof.dr. J.W.J. Lammers, longarts • Correspondentie: j.c.a.trappenburg@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel werd eerder gepubliceerd als: Trappenburg JC, Monninkhof EM, Bourbeau J, Troosters T, Schrijvers AJ, Verheij TJ, Lammers JW. Effect of an action plan with ongoing support by a case manager on exacerbation-related outcome in patients with COPD: A multicentre randomized controlled trial. *Thorax* 2011;66:977-84 • Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

ziektelast afneemt en misschien zelfs ziekenhuisopname kan worden voorkomen. Op basis van voorgaand onderzoek weten we dat een actieplan de capaciteit tot zelfmanagement waarschijnlijk vergroot, maar de resultaten lieten geen uitspraken toe over klinische uitkomsten en ziekenhuisopnames.<sup>11</sup>

In het hier gepresenteerde gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek (RCT) toetsen wij de hypothese dat zelfmanagementondersteuning met een actieplan dat de patiënt in staat stelt adequater te anticiperen op exacerbaties leidt tot sneller herstel en een milder verloop van deze exacerbaties.

## METHODE

### Onderzoeksoptzet

Dit onderzoek was een *single-blind* multicenter RCT met zes maanden follow-up. De deelnemers werden gerandomiseerd in een controlegroep die reguliere zorg ontving en een interventiegroep die reguliere zorg ontving plus een geïndividualiseerd actieplan. Om verschillende vormen van bias te voorkomen, gebruikten wij een afwijkende *informed consent*-procedure. De deelnemers stemden erin toe pas achteraf te worden geïnformeerd over bepaalde aspecten van het onderzoek zoals de randomisatie en de onderzoeksarmen. Zo bleven zij tijdens het onderzoek onwetend over de achterliggende onderzoeksvraag en -methoden (single blind).

### Deelnemers

Wij rekruteerden de deelnemers in acht ziekenhuizen en vijf huisartsenpraktijken, tijdens reguliere consulten bij een longverpleegkundige of praktijkondersteuner. Onze inclusiecriteria waren: 1) post-bronchodilatatoire FEV<sub>1</sub>/FVC < 0,7; 2) leeftijd > 40 jaar; 3) meer dan twintig jaar roken of meer dan vijftien pakjaren; 4) COPD als voornaamste belemmerende aandoening; 5) gebruik van luchtwegverwijders; 6) geen andere aandoening die invloed kan hebben op mortaliteit of deelname (bijvoorbeeld verwardheid of dementie).

### Interventies

Beide onderzoeksgroepen ontvingen reguliere (farmacologische en niet-farmacologische) zorg volgens de laatste evidence-based richtlijnen.<sup>4,12</sup> Om de consulten inhoudelijk te kunnen vergelijken, vroegen wij de zorgverlener (longverpleegkundige of praktijkondersteuner) alle besproken thema's en afspraken te registreren. Tijdens de follow-up hadden alle patiënten normale toegang tot hun zorgverlener. Bovenop de reguliere zorg kregen de patiënten in de interventiegroep een individueel actieplan en gestandaardiseerde instructies. Het actieplan was een kaart op A3-formaat die de patiënt aan de hand van stoplichtkleuren een overzicht gaf van zijn gezondheidstoestand en symptoomstatus: stabiel (groene zone), tijdelijk of mild verslechterd (gele zone), blijvend verslechterd (oranje zone) of acuut bedreigend (rode zone). In het eerste consult legde de zorgverlener samen met de patiënt op deze kaart de farmacologische en niet-farmacologische afspraken vast: een lijst met contactpersonen (verpleegkundige/POH, huisarts, longarts, fysiotherapeut); in de groene zone de reguliere



Foto: Koen Verheijden/Hollandse Hoogte

medicatie- en leefstijlafspraken; in de gele zone ophogen van luchtwegverwijders (type en dosering), ademhalingsoefeningen (dyspneuregulatie en sputumklaring) en energiemanagement. Als de maatregelen uit de gele zone niet effectief bleken en/of de symptoomtoename meer dan twee dagen aanhield, kwam de patiënt in de oranje zone en moest hij contact opnemen met een zorgverlener. Individuele patiënten kregen de keuze om reeds bij het eerste consult een behandelkuur mee te nemen voor zelfbehandeling in de gele zone. De deelnemers werd gevraagd bij elk bezoek aan een zorgverlener het actieplan mee te nemen voor eventuele aanpassingen of aanvullingen. Gedurende de onderzoeksperiode hadden wij tweemaal een telefoongesprek met de deelnemers in de interventiegroep om de therapietrouw en het gebruik en begrip van het actieplan te versterken.

### Metingen

Onze primaire uitkomstmaat was de tijd tot herstel na een exacerbatie. Deze maat operationaliseerden wij door het beloop van de symptomen en het beloop van de gezondheidstoestand te meten. De deelnemers vulden dagelijks in een gestandaardiseerd dagboek het beloop van de kardinale symptomen in. Als uitgangspunt kreeg iedere deelnemer daarbij een 'wat is normaal'-kaart met de eigen uitgangswaarden en de normale bandbreedte van dagelijkse symptoomschommelingen. Met behulp van het gevalideerde algoritme van Anthonisen<sup>13</sup> berekenden wij uit deze dagboekgegevens start, einde, intensiteit en hersteltijd van de exacerbaties. Behalve het symptoomdagboek hielden de deelnemers ook het beloop van hun gezondheidstoestand bij door elke drie dagen de Cli-

nical COPD Questionnaire (CCQ) in te vullen. Tot slot namen wij als begin- en eindmeting bij aanvang en na zes maanden de St. George Respiratory Questionnaire, de Hospital Anxiety and Depression Scale en een vragenlijst over exacerbatiegereleerd zelfvertrouwen (*self-efficacy*) af, en belden wij de patiënt maandelijks om de hoeveelheid en timing van het zorggebruik te meten.

### Analyse

We berekenden dat we in elke groep ten minste 73 exacerbaties moesten meten (*power* = 80%,  $\alpha$  = 0,05) om drie dagen reductie in hersteltijd te kunnen detecteren. Rekening houdend met de incidentie van exacerbaties, de *response rate* en mogelijke uitval betekende dit dat wij 409 patiënten moesten contacteren om daaruit 282 patiënten te rekruteren en vervolgens 146 exacerbaties te detecteren.<sup>14</sup> In de statistische analyse hielden we er rekening mee dat in beide onderzoeksgroepen individuele patiënten vaker een exacerbatie kunnen doormaken.

## RESULTATEN

Wij benaderden 391 patiënten, van wie er 233 toestemden in deelname. Deze patiënten wezen wij gerandomiseerd toe aan de interventiegroep ( $n = 111$ ) en de controlegroep ( $n = 122$ ). Van 216 deelnemers ontvingen wij minimaal één maand aan dagboekgegevens en 201 patiënten namen deel aan de hertest na zes maanden. Bij aanvang waren beide onderzoeksgroepen vergelijkbaar qua sociaaldemografische kenmerken en ernst van de COPD (gemiddelde FEV<sub>1</sub> 56,5% van de voorspelde waarde).

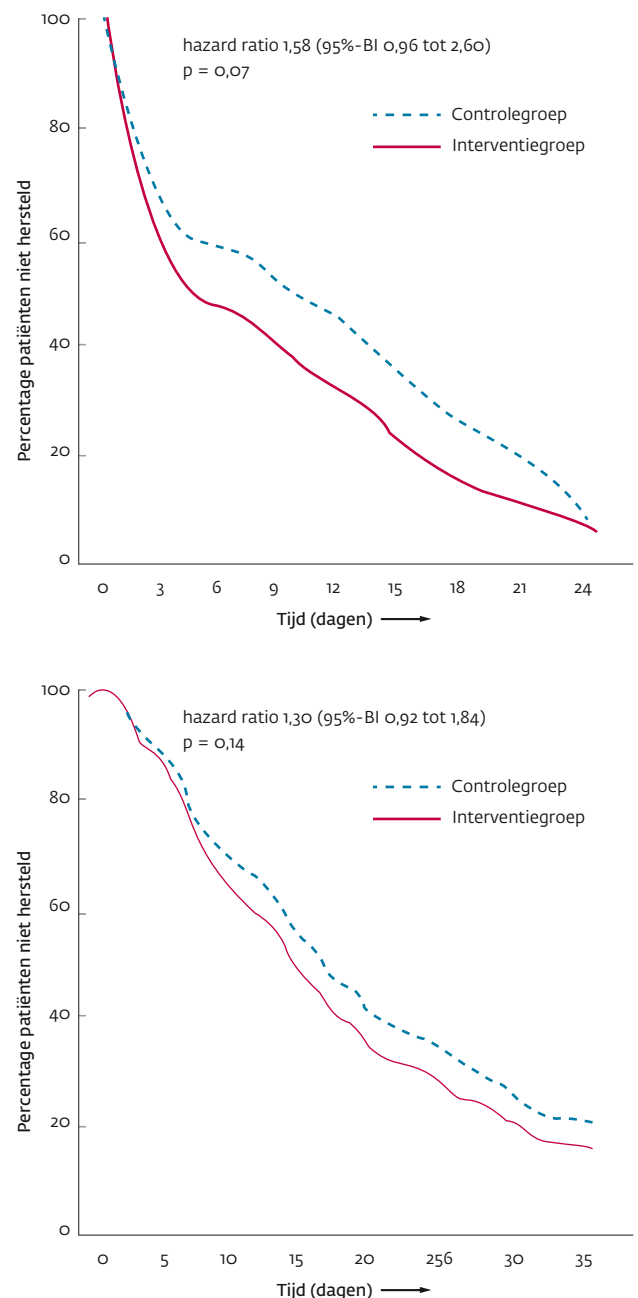
In totaal maten wij 264 exacerbaties, met een gelijke incidentie in beide onderzoeksgroepen. [Figuur 1] toont het verloop van het herstel, gemeten in symptoomscores (= exacerbatielengte) en CCQ-scores.

De kans dat het herstel in de interventiegroep sneller verliep dan in de controlegroep was net niet significant: voor sneller symptoomherstel was de hazard ratio (HR) 1,30 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,92 tot 1,84,  $p = 0,14$ ) en voor sneller herstel van de gezondheidstoestand 1,58 (95%-BI 0,96 tot 2,60,  $p = 0,07$ ).

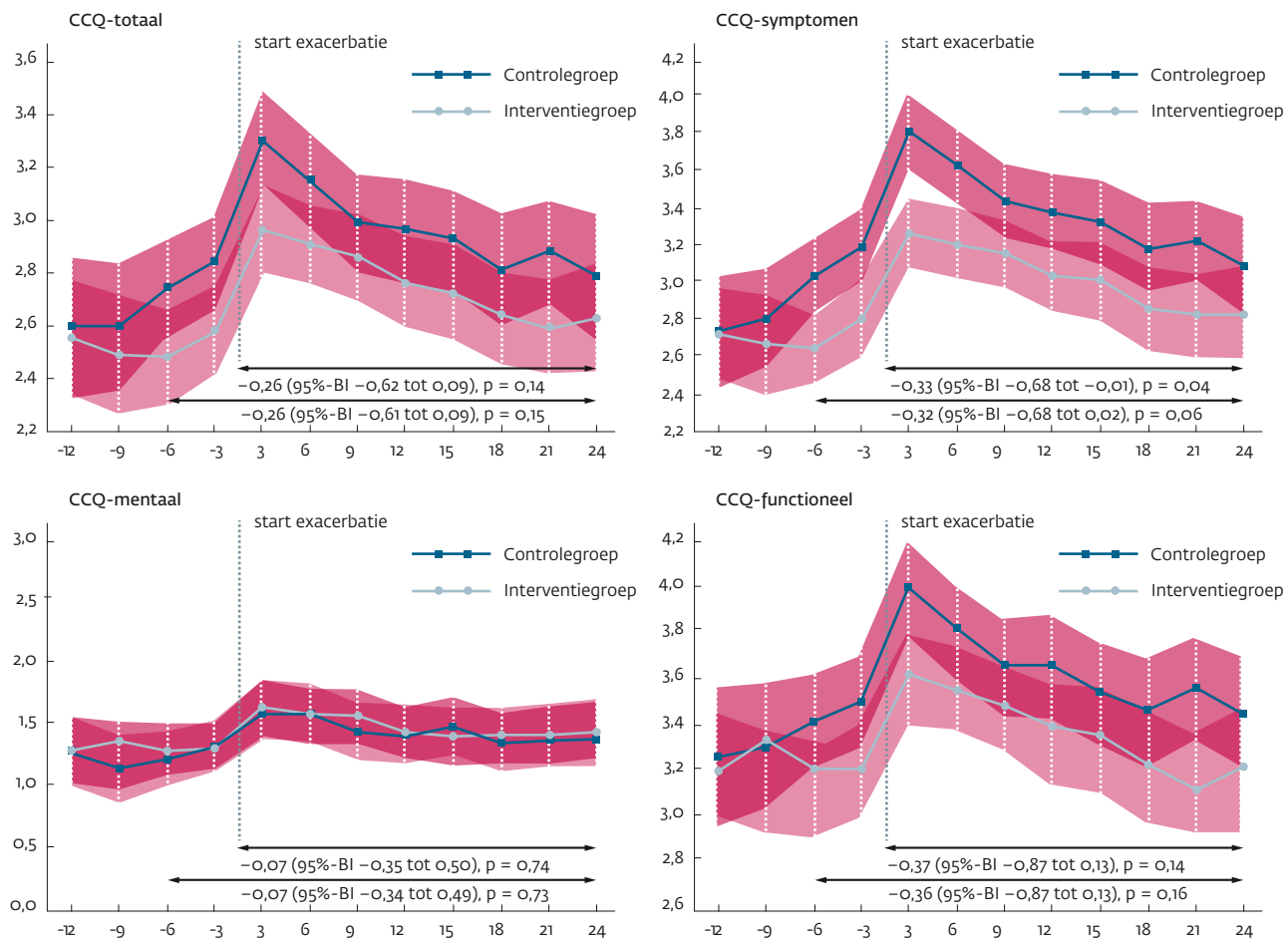
Variantieanalyse liet zien dat de interventiegroep gemiddeld 3,68 dagen sneller herstelde van een exacerbatie (95%-BI -7,32 tot -0,04 dagen,  $p = 0,04$ ) en 2,2 dagen sneller terugkeerde tot de pre-exacerbatie CCQ-score (95%-BI -5,7 tot 1,4 dagen,  $p = 0,20$ ).

[Figuur 2] laat het verloop zien van CCQ-scores rondom een exacerbatie. Te zien is dat in beide groepen de gezondheidstoestand in de prodromale fase geleidelijk verslechtert, waarna een acute verslechtering volgt bij de start van een exacerbatie. In de controlegroep begint deze verslechtering eerder dan in de actieplangroep en is de absolute verslechtering groter. Analyse van de verschillen op achtereenvolgende tijdstippen laat zien dat de CCQ-scores in de interventiegroep de eerste drie dagen na het begin van de exacerbatie significant lager zijn op de schalen CCQ-totaal, CCQ-symptomen en CCQ-functioneel. De gemiddelde CCQ-scores in beide onderzoeksgroepen verschilden significant

**Figuur 1** Tijd tot herstel op CCQ-scores (A) en symptoomscores (B), Cox proportional hazards-analyse



( $3,0 \pm 0,7$  versus  $3,4 \pm 0,9$ ;  $p \leq 0,01$ ) bij een drempelwaarde voor klinische relevantie van 0,4 punten. De eerste vijf dagen na het begin van de exacerbatie scoort de actieplangroep significant lager op CCQ-symptomen. Zes dagen na het begin van de exacerbatie is de score op deze schaal nog steeds lager, evenals de scores op CCQ-functioneel en CCQ-totaal, maar de verschillen met de controlegroep zijn statistisch niet significant. De tijd tot herstel is in beide groepen gelijk, en dat geldt ook voor de CCQ-mentalscore.

**Figuur 2** Herstel in de gezondheidstoestand gemeten met de CCQ

De exacerbaties in de actieplangroep hadden gemiddeld een lagere symptoomintensiteit: in de anthonisenclassificatie is 22% type-I en 52% type-III, versus 30% type-I en 35% type-III in de controlegroep ( $p = 0,03$ ). In weerwil van onze hypothese was het percentage exacerbaties dat aan een zorgverlener gerapporteerd werd, in beide groepen even groot. Wel rapporteerde de interventiegroep een exacerbatie gemiddeld 2,9 dagen eerder (95%-BI 2,4 tot 3,5 dagen). Post-hocanalyse liet zien dat exacerbaties met een hogere symptoomintensiteit wel significant vaker werden gerapporteerd in de interventiegroep.

In onze begin- en eindmetingen vonden wij in beide groepen dezelfde veranderingen op het vlak van ziektegerelateerde kwaliteit van leven, angst en depressie. Ook waren er geen statistisch significante verschillen in ongeplande huisartsbezoeken, medicatiegebruik, ziekenhuisopnames en bezoeken aan eerste hulp of huisartsenport. Wel was na zes maanden het zelfvertrouwen in de actieplangroep significant groter waar het ging om het herkennen van en anticiperen op exacerbaties ( $p < 0,001$ ).

## DISCUSSIE

De hier gepresenteerde RCT laat zien dat een geïndividualiseerd actieplan inclusief twee telefonische ondersteuningsmomenten voor COPD-patiënten in een aantal opzichten zin heeft: het verkleint de impact van exacerbaties op de gezondheidstoestand, het vermindert de intensiteit en het versnelt het herstel van zowel de symptomen als de gezondheidstoestand. Het actieplan lijkt, in deze vorm althans, geen invloed te hebben op de exacerbatiefrequentie, de kwaliteit van leven en de zorgconsumptie.

Onze bevinding dat exacerbaties milder verlopen en iets sneller herstellen met een actieplan is klinisch relevant, want patiënten ervaren sneller symptoomherstel als erg belangrijk.<sup>15</sup> Ook in ander onderzoek naar actieplannen die patiënten in staat stellen te anticiperen op exacerbaties is gebleken dat zulke interventies niet zozeer de frequentie van exacerbaties verminderen, maar wel het herstel bevorderen, bewerkstelligen dat de exacerbaties milder verlopen<sup>16</sup> en het zelfvertrouwen van de patiënt vergroten. Ze leiden in elk geval niet tot een toename van het aantal gerapporteerde exacerbaties en ook niet tot een toegenomen zorgconsumptie.

Een sterk punt van ons onderzoek is de representativiteit

van onze steekproef, met deelnemers uit zowel de eerste als de tweede lijn en in alle stadia van ernst. Daarnaast hebben de symptoomdagboeken en CCQ-metingen een belangrijke bijdrage geleverd aan een nauwkeurig, prospectief beeld van het effect van exacerbaties op de gezondheidstoestand. Er zijn ook methodologische beperkingen. Om de interne validiteit te optimaliseren hebben wij ervoor gekozen het daadwerkelijke gedrag van patiënten ten tijde van een exacerbatie niet prospectief te meten. Daardoor was het niet mogelijk uitspraken te doen over eventuele verschillen in exacerbatiegerelateerd gedrag tussen beide groepen. Verder is het aantal a priori beoogde exacerbaties niet gehaald, al bleef de statistische power behouden dankzij geavanceerde statistische technieken.

Ons onderzoek bevestigt dat het toepassen van actieplannen op zichzelf nog niet voldoende is voor een robuuste afname van de zorgconsumptie of toename van de kwaliteit van leven.<sup>11</sup> Toch kan de conclusie zijn dat een individueel actieplan zin heeft voor zowel de COPD-patiënt als voor de zorgverlener. Exacerbaties hebben een fors negatief effect op de gezondheidstoestand, en dit relatief eenvoudige instrument verbetert niet alleen het beloop van exacerbaties maar vergroot ook het vertrouwen van de patiënt dat hij er zelfstandig mee kan omgaan, zonder dat de zorgconsumptie toeneemt. Individuele actieplannen zouden dan ook een vast onderdeel moeten worden van zelfmanagementprogramma's voor COPD-patiënten. ■

#### LITERATUUR

- 1 Donaldson GC, Seemungal TA, Bhowmik A, Wedzicha JA. Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2002;57:847-52.
- 2 Seemungal TA, Donaldson GC, Paul EA, Bestall JC, Jeffries DJ, Wedzicha JA.

- Effect of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157:1418-22.
- 3 Soler-Cataluna JJ, Martinez-Garcia MA, Roman SP, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005;60:925-31.
  - 4 Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD – 2006 Update. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;176:532-55.
  - 5 Langsetmo L, Platt RW, Ernst P, Bourbeau J. Underreporting exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in a longitudinal cohort. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177:396-401.
  - 6 Vijayasaratha K, Stockley RA. Reported and unreported exacerbations of COPD: Analysis by diary cards. *Chest* 2008;133:34-41.
  - 7 Xu W, Collet JP, Shapiro S, Lin Y, Yang T, Wang C, et al. Negative impacts of unreported COPD exacerbations on health-related quality of life at 1 year. *Eur Respir J* 2010;35:1022-30.
  - 8 Wilkinson TM, Donaldson GC, Hurst JR, Seemungal TA, Wedzicha JA. Early therapy improves outcomes of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;169:1298-303.
  - 9 Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupre A, Begin R, et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med* 2003;163:585-91.
  - 10 Effing T, Monnickhof EM, Van der Valk PDLPM, Van der Palen J, Van Herwaarden CL, Partidge MR, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, Issue 4. Art. No: CD002990.
  - 11 Turnock AC, Walters EH, Walters JA, Wood-Baker R. Action plans for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 4. Art. No: CD005074.
  - 12 Smelee IJM, Van Weel C, Van Schayck CP, Van der Molen T, Thoonen B, Schermer T, et al. NHG-Standaard COPD (Tweede herziening). *Huisarts Wet* 2007;50:362-79.
  - 13 Anthonisen NR, Manfreda J, Warren CP, Hershfield ES, Harding GK, Nelson NA. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med* 1987;106:196-204.
  - 14 Trappenburg JC, Koevoets L, De Weert-van Oene GH, Monnickhof EM, Bourbeau J, Troosters T, et al. Action plan to enhance self-management and early detection of exacerbations in COPD patients: A multicenter RCT. *BMC Pulm Med* 2009;9:52.
  - 15 Miravittles M, Anzueto A, Legnani D, Forstmeier L, Fargel M. Patient's perception of exacerbations of COPD: The PERCEIVE study. *Respir Med* 2007;101:453-60.
  - 16 Bischoff EW, Hamd DH, Sedeno M, Benedetti A, Schermer TR, Bernard S, et al. Effects of written action plan adherence on COPD exacerbation recovery. *Thorax* 2011;66:26-31.

Nico van Duijn

## Andere medicijnen

De regering verplicht ziektekostenverzekeraars te onderhandelen over elke cent. De commerciële jongens en meisjes van de verzekeraar onderhandelen daartoe met medicijnfabrikanten. Als resultaat kunnen medicijnen dan bijvoorbeeld 9,5 cent kosten in plaats van 10 cent, per 100 stuks. Innig tevreden over zoveel winst voor de samenleving mailt de verzekeraar alle apothekers dat ze voortaan medicijnen moeten betrekken van Farmacash, de bekende groothandel uit Oezbekistan. Daar ligt nog een oude voorraad Griekse medicijnen met de opdruk μαρκτεπερρ. De bijbehorende Russische doordrukstrips

zijn alleen met een klopper open te breken. Target gehaald, bonus voor de onderhandelaars. Nu onze patiënten.

Veel mensen houden niet van medicijnen. Die stoppen direct als er iets gek is met de medicijnen. Dan zijn er mensen die nogal dement zijn. Die maken een rommeltje van de steeds wisselende doosjes, kleuren en namen. Laatst sprak ik een schizofrene meneer met paranoïde wanen en angsten. Zijn medicijnen zagen er anders uit en daarom werd hij angstig. De apotheker zei 'Het is hetzelfde medicijn. Wel kunnen de hulpstoffen anders zijn, resorptie en interactie fluctueren wellicht en dan werkt het misschien anders, een beetje, soms.' 'Misschien, soms,

een beetje' roept de patiënt. 'Ik weet het zeker en het is ernstig! Ik word knettergek van steeds veranderende medicijnen. De regering zeker, hè! Ik werd al afgeluisterd door de stadsverwarming en nu dit erbij. Het is een schande.' Inderdaad, de regering. En het is een schande. De verzekeraar denkt dat de prijs het voornaamste is en verprutst de medicijntrouw van onze patiënten. De apotheker is wettelijk verplicht complete en dus onbegrijpelijke voorlichting te geven. En de regering denkt dat concurreren op de cent kwaliteit en gezond verstand oplevert. Dat van die stadsverwarming geloof ik niet. Maar voor de rest lijkt deze paranoïde waan sprekend op de werkelijkheid. ■





## Gezocht: nieuwe columnisten

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

H&W is op zoek naar huisartsen die af en toe een column willen schrijven. Die column kan gaan over uw dagelijks werk als huisarts, maar ook over uw andere werkzaamheden. Zo zijn er leuke en aansprekende verhalen te vertellen over het doen van onderzoek, het geven van onderwijs en het functioneren van bijvoorbeeld een SCEN-arts of kaderarts.

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

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

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

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

**Just Eekhof**  
Hoofdredacteur H&W



Foto: Bert Verhoeff/Hollandse Hoogte

Mieke Beentjes, Renée Weersma, Willem Koch, Annette Offringa, Monique Verduijn, Paul Mensink, Tjerk Wiersma, Lex Goudswaard, Kristel van Asselt

### Belangrijkste wijzigingen

- Deze standaard sluit aan bij de NHG-Standaard Preconceptiezorg.
- De volledige begeleiding van het eerste trimester van de zwangerschap is door de huisarts optioneel.
- De behandeling van ijzergebreksanemie tijdens de zwangerschap volstaat met eenmaal daags ferrofumaraat 200 mg in plaats van driemaal daags.
- De behandeling bij mastitis bestaat in de eerste plaats uit een goede lediging van de aangedane borst.
- De meestvoorkomende problemen bij borstvoeding zijn toegevoegd.
- Er is informatie opgenomen over gastro-oesofageale reflux bij de pasgeborene en over huidaandoeningen bij de zwangere en de pasgeborene.
- Samenwerkingsafspraken zijn opgenomen in de standaard.

### Kernboodschappen

- Voor de gezondheid van de zwangere is een adequate overdracht en consultatie tussen de huisarts en verloskundige van belang.
- Denk bij zwangeren met bovenbuikspijn, hoofdpijn, visusklachten of algehele malaise aan pre-eclampsie en HELLP.
- Zwangere vrouwen hebben de eerste zwangerschapscontrole rond de amenorroe duur van negen weken.
- De Verloskundige Indicatielijst (VIL) is het uitgangspunt voor risicoselectie.

### INLEIDING

De NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode geeft richtlijnen voor de taken van de huisarts op het gebied van de verloskundige zorg, ook indien de huisarts zelf geen bevallingen begeleidt. Een deel van de zwangere vrouwen wendt zich direct tot de verloskundig hulpverlener (verloskundige of gynaecoloog), daarnaast zal een aantal vrouwen eerst contact opnemen met de huisarts. In de praktijk blijkt dat de niet-verlos-

kundig actieve huisarts zelden het eerste trimester van de zwangerschap actief begeleidt. Deze standaard gaat uit van de situatie dat de huisarts de zwangere naar de verloskundige of gynaecoloog verwijst nadat de huisarts in een eerste contact met de zwangere een verkorte anamnese afneemt en beperkte voorlichting geeft. Het volledige takenpakket in het eerste trimester wordt beschreven, maar is hoofdzakelijk ter kennisgeving. De onderbouwing van de voorlichting, die vroeg in de zwangerschap wordt gegeven, is eerder beschreven in de NHG-Standaard Preconceptiezorg.

Daarnaast worden richtlijnen voor de algemeen medische taken tijdens de zwangerschap en tijdens de kraamperiode gegeven. Aangezien veel proble-

men tijdens de zwangerschap ook in de kraamperiode voorkomen, zijn deze richtlijnen in hetzelfde hoofdstuk beschreven.

De prenatale controles na het eerste trimester en de begeleiding tijdens de baring komen in deze standaard niet aan de orde. In de NHG-Standaard Miskraam wordt het beleid beschreven bij het vermoeden van een miskraam.

De taken van de huisarts in de kraamperiode kunnen worden onderscheiden in de kraambedbegeleiding en de diagnostiek en behandeling van eventuele morbiditeit in de gehele kraamperiode van de eerste zes weken. Hoewel de kraambedbegeleiding voornamelijk zal worden uitgevoerd door verloskundigen en huisartsen die zelf bevallingen begeleiden, kan iedere huisarts worden verzocht ze te verrichten. De richtlijnen in deze standaard beogen te bevorderen dat iedere huisarts in staat is controles gedurende de eerste tien dagen uit te voeren, ook als dat slechts incidenteel noodzakelijk is.

Tijdens zwangerschap en kraamperiode kunnen huisartsen en verloskundigen tegelijkertijd betrokken zijn bij de zorg voor de zwangere of de pasgeborene. Ongeveer de helft van alle vrouwen consulteert de huisarts tijdens de zwangerschap.<sup>1</sup> Het is van belang dat de vrouw weet bij wie zij waarvoor terecht kan. De overlap in zorg maakt het de gezamenlijke verantwoordelijkheid van huisarts en verloskundige om de relevante informatie tijdig uit te wisselen, goede werkafspraken te maken en elkaar laagdrempelig te consulteren of naar elkaar te verwijzen. Zo kunnen zij de eerstelijns-

#### Inbreng van de patiënt

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

#### Afweging door de huisarts

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

#### Delegeren van taken

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

#### Indeling NHG-Standaard Zwangerschap en Kraamperiode

##### Inleiding

Huisartsgeneeskundige taken van het eerste trimester  
Algemeen huisartsgeneeskundige zorg voor de zwangere en de kraamvrouw  
De kraamperiode

- Het eenmalige kraambezoek van de huisarts
- Voeding
- De rol van de huisarts bij taken van de GZ
- Algemeen huisartsgeneeskundige zorg van de pasgeborene
- Kraambedbegeleiding
- Samenwerkingsafspraken

Beentjes MM, Weersma RLS, Koch W, Offringa AK, Verduijn MM, Mensink PAJS, Wiersma Tj, Goudswaard AN, Van Asselt KM. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55(3):112-25 • De standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie (Huisarts Wet 2003;46(7):369-87).

zorg versterken en continuïteit van zorg waarborgen.

In de laatste paragraaf van deze standaard staan de aanbevelingen voor samenwerking en worden aandachtspunten voor regionale werkafspraken tussen huisartsen en verloskundigen beschreven.

### HUISARTSGENEESKUNDIGE TAKEN IN HET EERSTE TRIMESTER VAN DE ZWANGERSCHAP

De begeleiding in het eerste trimester omvat risico-inventarisatie, voorlichting en het bespreken van prenatale screening. De Verloskundige Indicatielijst (VIL) is leidend bij de risico-inventarisatie.<sup>2</sup> Vrouwen melden zich soms eerst bij de huisarts, omdat ze medicatie gebruiken, aan een chronische aandoening lijden die extra medische zorg in de zwangerschap vergt, uit onbekendheid van het systeem of andere persoonlijke redenen. Hier staan de taken beschreven van de huisarts die als eerste contact heeft met de zwangere [tabel 1]:

- Ga eerst na of de zwangerschap gewenst is. Zo niet, dan heeft de huisarts een taak bij het verhelderen van de hulpvraag en de vrouw te wijzen op de mogelijkheden bij een ongewenste zwangerschap.<sup>3</sup>
- Schat de zwangerschapsduur in met behulp van de datum van de eerste dag van de laatste menstruatie. In verband met eventuele prenatale screening, zoals de combinatietest, is een eerste contact met de verloskundig hulpverlener gewenst vóór negen weken amenorroeduur. De berekening met behulp van de eerste dag van de laatste menstruatie is een schatting, bepaling van de uitgerekende datum geschiedt aan de hand van een eerste-trimesterecho.
- Evalueer het (chronisch) gebruik van geneesmiddelen, raadpleeg het boek Geneesmiddelen, zwangerschap en borstvoeding en/of de NHG-Standaard Preconceptiezorg.<sup>4</sup>
- Geef de volgende voorlichting die betrekking heeft op de prille zwangerschap:<sup>5</sup>

- Neem foliumzuur 0,4-0,5 mg per dag tot en met de amenorroeduur van 10 weken;
- Vermijd het gebruik van alcohol en drugs;
- Stop met roken, dit geldt ook voor huisgenoten/partner;
- Stop en start geen geneesmiddelen zonder overleg met de arts, dit geldt ook voor middelen zonder recept. Het gebruik van extra vitamine D wordt niet aanbevolen, tenzij daarvoor ook buiten de zwangerschap een indicatie is;<sup>6</sup>
- Was groente goed, eet geen rauw vlees en gebruik handschoenen bij tuinieren of kattenbak verschonen (preventie toxoplasmose);

- Gebruik geen ongepasteuriseerde melkproducten. Vermijd mogelijk gecontamineerde producten die gekoeld worden bewaard en daarna niet of onvoldoende worden verhit, zoals rauwe en gerookte vis, voorverpakte salades en softijs (preventie listeria).
- Bepaal bij vrouwen die bekend zijn met schildklierfunctiestoornissen aan het begin van de zwangerschap TSH, het vrije T<sub>4</sub> en bij de ziekte van Graves ook de TSH-receptorantistofspiegel.
- Verwijs de vrouw voor verloskundige begeleiding naar de verloskundige of gynaecoloog. De indicaties voor twee-

### Abstract

Beentjes MM, Weersma RLS, Koch W, Offringa AK, Verduijn MM, Mensink PAJS, Wiersma Tj, Goudswaard AN, Van Asselt KM. NHG Guideline Pregnancy and postpartum care. (second revision). Huisarts Wet 2012;55(3):112-25.

This guideline provides information about the care of the general practitioner (GP) to pregnant women and their newborns. The GP should monitor the woman's use of medications as soon as she says she is pregnant. The need for early referral to an obstetrician or gynaecologist (preferably before the 9<sup>th</sup> week) should be established by using the Obstetric Indications List. The GP provides lifestyle advice, such as stopping with smoking, the use of drugs and alcohol, nutrition, and folate supplements.

The GP can be consulted for various pregnancy-related disorders during pregnancy and childbirth. The guideline provides pregnancy-related advice on anaemia, anxiety/depression, asthma, diabetes, eczema, haemorrhoids and constipation, heartburn, hypertension and pre-eclampsia, incontinence, infections (urinary tract infections, viral infections, endometritis, infection after rupture or episiotomy), itch, migraine, nausea and vomiting, pelvic pain, psychosis, sex, thyroid hormone disorders, thrombosis, vaginal discharge, varicose veins and violence.

Midwives or GPs who attended the birth generally provide postpartum care and supervision (0-10 days after birth), although any GP can be asked to provide this service. The guideline covers these aspects.

The most common problems associated with breast-feeding are insufficient milk production and painful breasts or nipples during feeding. The guideline describes how these problems should be handled. In the case of mastitis, mothers should try to give frequent feeds, or to express her milk by hand or pump, during the first 24 hours. Flucloxacillin should be prescribed if conservative therapy is ineffective or if the mother is ill and has cracked nipples.

The GP is responsible for referral if heel-prick results are abnormal. If the child turns out to be a carrier of haemoglobinopathy or cystic fibrosis, parents should be informed about the possibility of further investigations into carriership, especially if the parents intend to have more children.

New-born infants that develop a red swollen navel accompanied by fever, conjunctivitis with discharge occurring within the first 10 days of birth, icterus occurring in the first 24 hours, or hyperbilirubinaemia occurring after 24 hours should be referred to a paediatrician. Gastro-oesophageal reflux is physiological and can be accompanied by regurgitation and spitting up. It is often caused by volume reflux, rather than by acid reflux, and usually disappears in the first year. Feed can be thickened with St John's bread (carob). The combination of delayed growth, crying, irritability, and food refusal requires referral to a paediatrician.

GPs and midwives can both be involved in the care of the pregnant mother or newborn baby. Nearly 50% of women consult their GP at some stage during pregnancy, and it is important that women know who they should consult for which problems. It is the joint responsibility of GP and midwife to ensure that there is a timely exchange of information and easy contact with or referral to each other. In this way, they can strengthen primary care and guarantee the continuity of care. The guideline provides recommendations regarding the collaboration between GPs and midwives and describes points of attention when making regional agreements between the two parties.

**Tabel 1** Checklist indien huisarts verwijst naar verloskundige of gynaecoloog

- Ga na of zwangerschap gewenst is.
- Schat de zwangerschapsduur.
- Evalueer het (chronisch) gebruik van geneesmiddelen en bespreek met de vrouw het belang van zwangerschapsmelding aan haar vaste apotheek.
- Geef voorlichting (foliumzuurgebruik, alcohol, drugs en roken, geneesmiddelen, preventie toxoplasmose en listeria).
- Stel vast of eerstelijns- of tweedelijnsbegeleiding nodig is m.b.v. Verloskundige Indicatielijst.
- Verwijs het paar met verwijsbrief naar verloskundige of gynaecoloog. Geef aan dat met elke zwangere de mogelijkheid van prenatale screening op Downsyndroom wordt besproken door de verloskundige of gynaecoloog.
- Wijs bij vrouwen ouder dan 36 jaar (of wanneer de vrouw bij 18 weken zwangerschap 36 jaar zou zijn) op de mogelijkheid van prenatale diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie).

delijnsbegeleiding staan vermeld in de Verloskundige Indicatielijst ([www.nhg.org/pcz](http://www.nhg.org/pcz)). Vermeld bij verwijzing het medicijngebruik en andere relevante zaken uit de voorgeschiedenis voor de begeleiding van de zwangerschap, zie kader Belangrijke informatie voor overdracht naar verloskundige of gynaecoloog.

**Belangrijke informatie voor overdracht naar verloskundige of gynaecoloog**

- **Algemeen:** vroegere en huidige ziekten waaronder schildklierfunctiestoornissen, operaties (in het bijzonder gynaecologische) in de voorgeschiedenis, erfelijke aandoeningen in de familie van zwangere of partner; doorgemaakte varicella.
- **Obstetrisch:** verloop eventuele vorige zwangerschap(en), bevalling(en) (ontsluiting, uitdrijving, nageboorte) en kraamperiode(s).
- **Psychosociaal:** zwangerschap gewenst of ongewenst, familie-, leef- en woonomstandigheden, seksueel trauma in de anamnese.
- **Intoxicaties:** geneesmiddelen (inclusief zelfmedicatie), roken, alcohol, drugs.
- **Arbeid:** reprotoxische stoffen, infectierisico's, fysieke omstandigheden, stress.

Geef alvast de passende patiëntenbrief mee: 'Wel of geen onderzoek van mijn kind tijdens de zwangerschap (prenatale screening)', of 'Onderzoek van uw kind bij een verhoogde kans op een afwijking (prenatale diagnostiek)'. Het paar komt dan beter voorbereid op de eerste controle bij de verloskundig hulpverlener. In het eerste trimester wordt met elke zwangere de mogelijkheid van

prenatale screening met behulp van de combinatietest en 20-wekenecho besproken. De combinatietest is een kansbepalende test op de trisomieën 21, 13 en 18.<sup>7</sup> Bij een grotere kans dan 1:200 op een aandoening volgt desgewenst prenatale diagnostiek in de vorm van een vlokkentest of vruchtwaterpunctie.<sup>8</sup> Vrouwen van 36 jaar en ouder kunnen ook direct voor prenatale diagnostiek kiezen en de risicoschatting overslaan.

Het aanvragen van het eerstetrimesterbloedonderzoek, de PSIE (Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie) en het vaststellen van de zwangerschapsduur met termijnecho is in principe de taak van de verloskundige of gynaecoloog.

Op indicatie wordt de PSIE aangevuld met:

- rubella-antistoffen, indien niet gevaccineerd is;<sup>9</sup>
- varicella-antistoffen, indien anamnestisch geen waterpokken zijn doorgeemaakt; parvo-B19-serologie, bij werkenden in gezondheidszorg en onderwijs;
- (niet-)nuchtere glucose bij vrouwen met een verhoogd risico op pre-existente diabetes mellitus;<sup>10</sup>
- hemoglobinoopathiedragerstatusscreening bij afkomst uit risicolanden (NHG-Standaard Preconceptiezorg).

Stem regionaal met de verloskundigen af wie extra bloedbepalingen op indicatie doet en zorg dat beide hulpverleners een kopie van de uitslag ontvangen. Een volledig overzicht van de eerste trimesterbegeleiding door de verloskundige/verloskundig actieve huisarts is beschreven in noot 11.<sup>11</sup>

Ter ondersteuning van de voorlichting wordt de folder 'Zwanger! Algemene informatie' aan de zwangere meegegeven. De folder is te downloaden of gratis te bestellen bij het RIVM [www.rivm.nl/pns/folders-bestellen](http://www.rivm.nl/pns/folders-bestellen). Behalve van de folder kan gebruik worden gemaakt van consultondersteunende voorlichting in de vorm van de NHG-Patiëntenbrieven 'Klachten tijdens de zwangerschap'; 'Voeding tijdens de zwangerschap'; 'Zwangerschap en bloedonderzoek'; 'Zwangerschap algemeen'.

## ALGEMEEN HUISARTS-GENEESKUNDIGE ZORG VOOR DE ZWANGERE EN DE KRAAMVROUW

De zwangere vrouw krijgt van de verloskundige een kopie van het dossier met zwangerschapsgegevens en controles (de *zwangerschapskaart*). Vermeld relevante gegevens op deze zwangerschapskaart wanneer pathologie wordt vastgesteld of medicatie wordt voorgeschreven. Spoedeisende aandoeningen, waarvoor directe verwijzing naar de gynaecoloog nodig is, zoals premature weeën, prematuur vruchtwaterverlies of vaginaal bloedverlies, worden niet in de standaard beschreven.

De volgende onderwerpen worden in deze standaard besproken:<sup>12</sup>

- |                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| ■ Anemie                          | ■ Incontinentie            |
| ■ Angst/depressie                 | ■ Infecties                |
| ■ Astma                           | ■ Jeuk                     |
| ■ Bekkenpijn                      | ■ Migraine                 |
| ■ Diabetes Mellitus               | ■ Misselijkheid en braken  |
| ■ Eczeem                          | ■ Psychose                 |
| ■ Fluorklachten                   | ■ Schildklier-aandoeningen |
| ■ Geweld                          | ■ Seks                     |
| ■ Hemorroiden en obstipatie       | ■ Trombose                 |
| ■ Hypertensie/HELLP/pre-eclampsie | ■ Varices                  |
|                                   | ■ Zuurbranden              |

### Anemie

De meest frequente oorzaken van anemie bij zwangeren van Nederlandse afkomst zijn ijzergebrek en (minder frequent) foliumzuurtekort. De kans op ijzerebreksanemie is vergroot bij vrouwen met slechte of afwijkende voedingsgewoonten, bij zwangere tieners, bij vrouwen met een nieuwe zwangerschap binnen een jaar na de voorgaande bevalling, bij een meelingzwangerschap, bij zwangeren van niet-Noord-Europese afkomst en bij zwangere dragers van een hemoglobinoopathie.

Tijdens de zwangerschap treedt verdunning op van het bloed. De plasmahoeveelheid neemt namelijk meer toe dan de toename van het aantal erythrocyten waardoor de grenswaarden voor anemie afhankelijk zijn van de zwangerschapsduur, zie [tabel 2].

**Tabel 2** Grenswaarden voor anemie bij zwangeren naar zwangerschapsduur

| Amenorroe duur in weken | Hb in mmol/l |
|-------------------------|--------------|
| T/m 13                  | 7,1          |
| 14-17                   | 6,8          |
| 18-21                   | 6,5          |
| 22-37                   | 6,3          |
| Vanaf 38                | 6,5          |
| Post partum 1-5         | 6,5          |
| 6                       | 7,2          |

Het Hb wordt door de verloskundig hulpverlener standaard bepaald in het eerste trimester en bij 30 weken. Verloskundigen behandelen ijzerebreksanemie volgens dezelfde richtlijnen en verwijzen naar de huisarts voor verdere diagnostiek als Hb-stijging uitblijft na ijzertherapie of bij een MCV < 70 fl of MCV > 100 fl. Het hieronder beschreven beleid zal dus meestal door de verloskundige/gynaecoloog worden uitgevoerd, tenzij de zwangere zich rechtstreeks bij de huisarts heeft gemeld met klachten.

- Bepaal MCV bij een Hb onder de grenswaarde tijdens de zwangerschap. Een MCV-waarde tussen de 80 en 100 fl duidt waarschijnlijk nog op hemodilutie. Een microcytaire anemie (MCV < 80 fl) past bij de diagnose ijzerebreksanemie of hemoglobinoopathie. Microcytaire anemie met een MCV < 70 fl kan wijzen op een ernstige ijzerebreksanemie maar ook op dragerschap van hemoglobinoopathie of op een chronische ziekte. Een macrocytaire anemie (MCV > 100 fl) wijst op een megaloblastaire anemie (vitamine-B<sub>12</sub>- of foliumzuurdeficiëntie) of een hemolytische anemie.
- Schrijf bij *ijzerebreksanemie* 1 dd 200 mg ferrofumaraat voor.<sup>13</sup> Controleer het Hb na 4 weken. Na normalisatie van het Hb, waarbij rekening wordt gehouden met de zwangerschapsduur, wordt de ijzermedicatie nog 6 weken in gehalveerde dosering (of 1 tablet ferrofumaraat om de dag) gecontinueerd ter aanvulling van de ijzerreserves. Na de partus wordt de inname van ijzerpreparaten enkele dagen onderbroken en voortgezet nadat de ontlasting weer op gang is gekomen.

- Controleer bij vrouwen die al ijzersuppletie hadden rond de partus zes weken na de bevalling het Hb.
- Bepaal het ferritinegehalte bij zwangere dragers van thalassemie voor het aantonen van ijzerebreksanemie. Het MCV is fysiologisch verlaagd bij thalassemiedraagsters.
- Verricht aanvullende diagnostiek bij zwangeren met een zeer laag Hb (< 5,6 mmol/l) bij een MVC < 70 fl of bij macrocytaire anemie volgens de NHG-Standaard Anemie.
- Schrijf bij *anemie door foliumzuurgebrek* 1 dd 1 tot 2 tabletten van 0,5 mg foliumzuur voor. Indien bij controle na 4 weken blijkt dat het Hb is gestegen, wordt de behandeling gecontinueerd tot 6 tot 12 weken na normalisatie van het Hb.
- Raadpleeg voor de behandeling van vitamine-B<sub>12</sub>-deficiëntie de NHG-Standaard Anemie.

Geef de volgende NHG-Patiëntenbrieven mee: 'Bloedarmoede tijdens de zwangerschap' of 'Bloedarmoede na de bevalling'.

#### Anemie en hemoglobinoopathie

Houd bij zwangeren van niet-Noord-Europese afkomst rekening met een hemoglobinoopathie als oorzaak van anemie. Raadpleeg de NHG-Standaard Anemie voor meer achtergrondinformatie over hemoglobinoopathieën.

- Vraag aanvullend onderzoek aan indien aan het begin van de zwangerschap een laag Hb of een microcytaire anemie wordt gevonden bij iemand uit de risicogroepen voor hemoglobinoopathie, indien dit nog niet eerder is aangevraagd. Dit kan door bij voorkeur een Hb-chromatografietest (HPLC) aan te vragen of anders een Hb-electroforesetest.
- Bespreek bij dragerschap van de vrouw zo vroeg mogelijk in de zwangerschap partneronderzoek op (dragschap van) hemoglobinoopathie. Verwijs wanneer beide ouders drager blijken te zijn van een hemoglobinoopathie naar een klinisch genetisch centrum voor verdere counseling en eventuele prenatale diagnostiek.
- Adviseer foliumzuursuppletie gedurende de hele zwangerschap voort te

zetten bij dragers van een hemoglobinoopathie (0,5 mg per dag).

#### Angst/depressie

Tijdens en na de zwangerschap kunnen stemmingsproblemen optreden.<sup>14</sup> Gedurende de zwangerschap komt een depressie iets vaker voor dan buiten de zwangerschap. Onbehandelde depressie tijdens de zwangerschap kan negatieve effecten hebben, zoals verminderde foetale groei, inadequate voeding, roken, alcoholgebruik en slechtere opkomst op prenatale controles.

Na de bevalling kan een postpartumdepressie optreden. Bij 10 tot 15% van de vrouwen ontstaat juist in deze periode een depressie. Een depressie heeft gevolgen voor de hechting en de interactie met het kind. Het risico is hoger bij vrouwen met een depressie in de voorgeschiedenis (25 tot 30%) en depressieve klachten gedurende de zwangerschap; bij een eerder doorgemaakte postpartumdepressie is de kans op herhaling naar schatting 50%. Factoren die het risico ook kunnen verhogen zijn: ontevredenheid over de relatie, inadequate sociale steun en stressvolle *life-events* gedurende de zwangerschap. Het beeld komt overeen met depressies in andere levensfasen. Daarnaast spelen relatief vaak ambivalente en negatieve gevoelens tegenover het kind, bezorgdheid niet voor het kind te kunnen zorgen, obsessieve gedachten het kind schade te berokkenen, angsten en suïcidale gedachten. Soms presenteert een depressie zich met algemene klachten, zoals moeheid, maar ook klachten over een kind dat veel huult en veel vragen over de verzorging van het kind kunnen een signaal zijn. Denk aan seksuele traumatische voorvallen in het verleden bij angsten en klachten van paniek in de kraamperiode. De partus kan als een zodanige indringende lichamelijke en emotionele gebeurtenis worden beleefd dat posttraumatische klachten luxeren.

- Zoek samen met de ouders naar mogelijkheden voor (praktische) ondersteuning in het dagelijkse leven en spreek intensieve controles af, afhankelijk van de ernst.

- Raadpleeg respectievelijk de NHG-Standaard Depressie (2012) of de NHG-Standaard Angst (2012) voor de diagnostiek en behandeling van een (postpartum) depressie of angststoornis.
- Verwijs vrouwen voor het bepalen van de plaats van antidepressiva in de zwangerschap of tijdens lactatie.

### Astma

Benadruk bij vrouwen met astma het belang van een goede instelling. De voorkeursmedicatie staat beschreven in de NHG-Standaard Astma bij volwassenen.

### Bekkenpijn

Bekkenpijn betreft houdingsafhankelijke pijn die ontstaat tijdens de zwangerschap of partus, en is gelokaliseerd in de symfyse en de sacro-iliacale gewrichten, met of zonder uitstraling naar de achterkant van het bovenbeen. Soms is er ook een typische waggelgang. Pijn of toename van pijn leidt niet tot schade. Uitleg om de activiteiten te doseren is meestal voldoende.

- Voor oefentherapie tijdens de zwangerschap is onvoldoende bewijs. De beste benadering lijkt voornamelijk geruststelling, eventueel ondersteund met pijnstillende medicatie. De 'bekkenband' is niet bewezen effectief.
- Geef bij veel pijn en beperkingen voorlichting en ADL-adviezen.
- Het beleid na de bevalling is niet anders dan voor de bevalling. Stabiliserende oefeningen onder begeleiding van een (bekken)fysiotherapeut zijn te overwegen als klachten na de zwangerschap langdurig blijven bestaan.<sup>15</sup>

### Diabetes mellitus type 2 en zwangerschapsdiabetes

Zwangeren met pre-existente diabetes worden vanwege het hogere risico op ongunstige zwangerschapsuitkomsten in de tweede lijn begeleid. Bij deze vrouwen kan in de zwangerschap een retinopathie verslechteren. Retinopathiescreening volgt drie tot zes maanden na de bevalling. De internist kan de huisarts verzoecken deze screening aan te vragen.<sup>16</sup>

Diabetes mellitus die zich in de tweede helft van de zwangerschap ont-

wikkelt, wordt zwangerschapsdiabetes genoemd. De prevalentie is ongeveer 3 tot 6% van alle zwangerschappen.<sup>17</sup> Over de screening, diagnostiek en behandeling van zwangerschapsdiabetes is weinig onderbouwing en consensus. De meeste vrouwen (> 80%) met zwangerschapsdiabetes kunnen met een dieet alleen worden behandeld. Een deel wordt behandeld met insuline. De huisarts wordt door de verloskundig hulpverlener op de hoogte gebracht van de diagnose en behandeling. Ongeveer 50% van de vrouwen met zwangerschapsdiabetes ontwikkelt diabetes mellitus in de volgende 5 jaar.

- Controleer 6 weken post partum de nuchtere glucose. Na zwangerschapsdiabetes hebben vrouwen een verhoogde kans op het ontwikkelen van diabetes mellitus type 2. Het beleid voor screening staat beschreven in de NHG-Standaard Diabetes Mellitus.
- Vóór een volgende geplande zwangerschap wordt aanbevolen te screenen op diabetes mellitus, zie de NHG-Standaard Preconceptiezorg. Screening in het kraambed bij moeders van kinderen met een hoog geboortegewicht wordt niet aanbevolen.<sup>18</sup>

### Eczeem en allergie

Eczeem kan tijdens de zwangerschap zowel exacerberen als verbeteren. Lokale corticosteroiden, de klasse-1- en -2-preparaten kunnen veilig gebruikt worden in de zwangerschap. Bij hogere doseringen is er een theoretische kans op intra-uteriene groeivertraging en bijnierschorsinsufficiëntie bij de pasgeborene. Een dieet tijdens de zwangerschap met als doel allergieën bij het kind te voorkomen is niet zinvol, zie de NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid. In de NHG-Standaard Allergische rhinitis wordt de behandeling van rhinitis tijdens de zwangerschap beschreven.<sup>19</sup>

### Fluor vaginalis

Vaginale fluor neemt fysiologisch toe in de zwangerschap. Als er geen klachten zijn, is er geen behandeling nodig. De behandeling bij klachten staat beschreven in de NHG-Standaard Fluor vaginalis.<sup>20</sup>

### Geweld

De huisarts heeft een taak in signalering van geweld in het gezin. Dit kan zowel partnergeweld als kindermishandeling betreffen. Verloskundigen hebben een afgeleide meldcode voor signalering kindermishandeling en huiselijk geweld tijdens de zwangerschap ([www.knov.nl](http://www.knov.nl)). Wees bij buiktrauma's alert op mogelijke mishandeling als oorzaak. Denk bij risicozwangerschappen van verslaafde vrouwen, psychiatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten aan de mogelijkheid om een voormelding te doen bij het AMK voor een onafhankelijk onderzoek.

### Hemorroiden en obstipatie

Veel vrouwen hebben tijdens de zwangerschap last van hemorroiden, de prevalentie is bijna 85%.<sup>21</sup> De toename is een gevolg van hormonale veranderingen en verhoogde abdominale druk. De klachten kunnen zeer hinderlijk zijn. Wanneer de vrouw ook last van obstipatie heeft, worden de adviezen gevolgd van de NHG-Standaard Obstipatie. In de NHG-Standaard Rectaal bloedverlies wordt het beleid bij hemorroiden beschreven. Een acuut getromboseerde anale randvene komt regelmatig voor in het kraambed, de huisarts verricht via een incisie evacuatie van de trombus.

### Hypertensie/pre-eclampsie/HELLP

In de tweede helft van de zwangerschap kan een zwangere vrouw hypertensie ontwikkelen en hypertensieve complicaties, zoals pre-eclampsie (zwangerschapshypertensie met proteïnurie), eclampsie (zwangerschapshypertensie met insulteren) en HELLP. Het HELLP-syndroom is een ernstige, multisysteemcomplicatie die zich kenmerkt door hemolyse, gestoorde leverfuncties en een verlaagd aantal trombocyten. HELLP kan ook optreden zonder verhoogde bloeddruk of proteïnurie.

Belangrijkste risicofactoren die het risico op pre-eclampsie en HELLP verhogen zijn pre-eclampsie in de vorige zwangerschap, BMI voor de zwangerschap > 35, het ontbreken van de *midpregnancy drop*

of bloeddrukstijging voor de 30e week.<sup>22</sup> De huisarts kan met deze aandoeningen te maken krijgen wanneer de zwangere zich meldt met klachten die ze niet in eerste instantie relateert aan de zwangerschap of bloeddruk. Het ziektebeeld kan zich snel ontwikkelen, soms gaan de symptomen vooraf aan verhoging van bloeddruk of proteïnurie.

**Tabel 3** Symptomen bij pre-eclampsie/HELLP

- Pijn in de bovenbuik of tussen de schouderbladen
- Hoofdpijn (erger wordend, pijnstillers helpen niet)
- Visusklachten (sterretjes zien, lichtflitsen, dubbelzien)
- Misselijkheid en/of braken
- Ziek of griepachtig gevoel (zonder koorts)
- Plotseling vocht vasthouden in gezicht, handen of voeten

Na de bevalling is het risico op (pre-) eclampsie of het HELLP-syndroom nog niet verdwenen. Dertig procent van de diagnoses pre-eclampsie, eclampsie en HELLP-syndroom wordt in de kraambedperiode (één tot tien dagen na de bevalling) gesteld.

- Klachten (één van de genoemde symptomen uit [tabel 3]) in de tweede helft van de zwangerschap vormen een indicatie voor een met de hand gemeten bloeddruk. Bepaling van urine-eiwit met behulp van een dipstick wordt niet meer aanbevolen, aangezien deze niet betrouwbaar genoeg is voor het aantonen of uitsluiten van een proteïnurie. Een EKR-bepaling (eiwit/kreatinine-ratio) is een alternatief, en kan worden ingezet na overleg met de verloskundig hulpverlener.<sup>23</sup>
- Indien de huisarts een verhoogde bloeddruk (RR systolisch  $\geq 130$  en/of diastolisch  $\geq 85$ ) of pre-eclamptische klachten zonder verhoogde bloeddruk constateert, wordt contact opgenomen met de verloskundig hulpverlener voor overleg over verdere actie.
- Verwijs een zwangere met een tensie van  $\geq 160$  systolisch of  $\geq 100$  diastolisch of een zwangere met hypertensie en pre-eclamptische klachten direct naar de tweede lijn.
- De zorgverlener die de kraambedcontroles op zich neemt meet de

bloeddruk 24 tot 48 uur na de bevalling en aan het einde van het kraambed. Overleg met de gynaecoloog bij een tensie van  $\geq 140/90$  en bij klachten.

### Incontinentie

Stressincontinentie voor urine kan zowel in de zwangerschap als na de bevalling ontstaan.<sup>24</sup> De prevalentie in de eerste 3 maanden post partum is ongeveer 30%. Bekkenbodemoefeningen zijn aangewezen voor stressincontinentie van urine. De oefeningen zijn ook zinvol bij fecale incontinentie, zo nodig onder begeleiding van een op dit gebied bekwame fysiotherapeut. Raadpleeg de NHG-Standaard Incontinentie voor urine.

### Infecties

#### *Infecties tijdens de zwangerschap*

##### Urineweginfecties

Urineweginfecties komen tijdens de zwangerschap vaker voor. Het beleid bij zwangeren wijkt af van het beleid bij infecties buiten de zwangerschap en is beschreven in de NHG-Standaard Urineweginfecties.

- Meld een gevonden groep-B-streptokok bij een urinekeek aan de verloskundig hulpverlener. Bij een positieve urinekeek met groep-B-streptokokken tijdens de zwangerschap is tijdens de bevalling intraveneuze antibiotische profylaxe geïndiceerd.

##### (Virale) infecties

Sommige virusinfecties leiden in een klein aantal gevallen tot intra-uteriene vruchtdood of aangeboren afwijkingen bij het kind. Een infectie vóór de twintigste zwangerschapsweek met het rubellavirus (rode hond), het varicella-zostervirus (waterpokken)<sup>25</sup> of het parvo-B19-virus (erythema infectiosum of vijfde ziekte) kan foetale afwijkingen geven.

Een besmetting met het cytomegalovirus kan tijdens de hele zwangerschap leiden tot foetale afwijkingen. Meestal verloopt een dergelijke infectie voor de moeder subklinisch.

Bij een daadwerkelijke infectie van rubella of parvo B19 is prenataal onderzoek naar de conditie van de vrucht

geïndiceerd. Bij een ernstige foetale anemie ten gevolge van parvo-B19-infectie kan eventueel een intra-uteriene bloedtransfusie worden gegeven. Therapeutische mogelijkheden bij een primaire infectie van rubella- of parvo-B19-virus tijdens de zwangerschap zijn er niet. Meer informatie over deze virusinfecties en over toxoplasmose en listeria is te vinden in de NHG-Standaard Preconceptiezorg.

### Infecties perinataal

Een neonatale infectie met het waterpokken en/of herpesvirus kan levensbedreigend zijn voor de zuigeling van een moeder die deze infectie rond de partus doormaakt. Een waterpokkeninfectie bij de moeder tussen vijf dagen voor en twee dagen na de bevalling is een indicatie voor toediening van het varicella-immunoglobuline bij het kind. Varicella-immunoglobuline toedienen wanneer er al waterpokken zichtbaar zijn, is niet meer zinvol.

Een primaire vulvaire herpes-simplexinfectie bij moeder kan durante partu overgedragen worden aan het kind en is een indicatie voor een keizersnede. Een labiale herpes-simplexinfectie (koortslip) bij moeder of verzorger kan (postnataal) worden overgedragen aan het kind. Adviseer een goede handenhygiëne.<sup>26</sup>

### Infecties post partum

Mastitis wordt beschreven bij borstvoeding.

### ENDOMETRITIS

Bij stinkende afscheiding zonder koorts kan een afwachtend beleid worden gevoerd. Heeft de vrouw koorts, dan is er mogelijk sprake van endometritis.<sup>27</sup> Endometritis presenteert zich meestal rond de derde of vierde dag. Buikpijn is daarbij geen obligaat symptoom.

Echoscopisch onderzoek van de baarmoeder ter opsporing van placentarest wordt niet aangeraden, aangezien het echoscopisch beeld bij vrouwen met endometritis niet afwijkt van vrouwen met een ongestoord beloop van de kraamtijd.

- Verwijs klinisch zieke vrouwen en vrouwen die door middel van een keizersnede bevallen zijn naar de gynaecoloog.
- Overleg met degene die de bevalling heeft gedaan of er twijfel was aan de compleetheid van de placenta, verwijs naar de gynaecoloog bij verdenking placentarest.
- Overleg bij bekend MRSA-dragerschap met de arts-microbioloog.
- Als de vrouw niet ernstig ziek is, kan endometritis thuis worden behandeld met amoxicilline 3 dd 500 mg in combinatie met metronidazol 3 dd 500 mg gedurende zeven dagen. Borstvoeding kan doorgang vinden bij deze medicatie.
- Controleer het effect van de behandeling dagelijks, vanwege een mogelijk foudroyant beloop bij de – overigens relatief geringe – kans dat de infectie veroorzaakt wordt door een beta-hemolytische streptokok uit groep A ('kraamvrouwenkoorts').
- Verwijs bij klinische achteruitgang ondanks behandeling en bij uitblijven van verbetering na 48 uur.

#### INFECTIE RUPTUUR

- Behandel een infectie van de ruptuur of de episiotomie door een aantal hechtingen te verwijderen of het knoopje los te knippen bij een intracutane hechting. Adviseer de wond dagelijks te spoelen met water.

#### Jeuk in de zwangerschap

Jeuk met huidafwijkingen kan passen bij specifieke zwangerschapsdermatosen zoals het meest voorkomende *pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy* (PUPPP) of ook wel PEP (*polymorphic eruption of pregnancy*) genoemd, zie voor foto's [www.huidinfo.nl](http://www.huidinfo.nl). Deze afwijkingen verdwijnen vanzelf post partum (weken tot maanden).

- Behandel bij veel jeukklachten met indifferente middelen, mentholcrèmes en soms kortdurend lokale corticosteroiden. Overleg bij zeer ernstige klachten met een dermatoloog of gynaecoloog voor behandeling met orale corticosteroiden.
- Onderscheid pemphigoid gestationis, een zeer zeldzame vesicobulleuze aan-

doening, welke geassocieerd is met groeivertraging en vroeggeboorte van het kind. Deze aandoening kenmerkt zich in tegenstelling tot de andere huidaandoeningen in de zwangerschap door een aangedane navel en vereist verwijzing naar de gynaecoloog.

- Bepaling van galzure zouten (cholaat) is aangewezen bij hevige jeuk zonder huidafwijkingen om zwangerschapscholestase op te sporen. Verwijs naar de gynaecoloog bij afwijkende leverfunctiewaarden.<sup>28</sup>

#### Migraine

Bij de meeste vrouwen verminderen de aanvallen tijdens de zwangerschap. Triptanen hebben vasoconstrictieve eigenschappen en worden afgeraden tijdens de zwangerschap. NSAID's mogen niet worden gebruikt tijdens het eerste en derde trimester van de zwangerschap.

- Paracetamol en metoclopramide zijn middelen die veilig gebruikt kunnen worden.
- Bij een ernstige aanval kan als enige van de triptanen sumatriptan overwogen worden.
- Adviseer bij lactatie de eerste drie uur na de gift van sumatriptan de borstvoeding te vervangen door reeds afgekolde moedermelk of kunstvoeding.<sup>29</sup> Post partum kunnen NSAID's ook bij borstvoeding worden gebruikt.

#### Misselijkheid en braken (emesis gravidarum)

Misselijkheid en braken treden ongeveer bij de helft van de zwangeren op. De klachten beginnen vóór de negende zwangerschapsweek en zijn bij 90% van de vrouwen verdwenen na 4 maanden zwangerschap en kunnen dan als fysiologisch worden beschouwd. Bij langer aanhoudende klachten of bij klachten die later in de zwangerschap ontstaan, moet men bedacht zijn op andere oorzaken en is nader onderzoek geïndiceerd. Denk bij misselijkheid later in de zwangerschap ook aan pre-eclampsie en HELLP.

Bij fysiologische vormen van misselijkheid en zwangerschapsbraken is

de beste benadering de zwangere zelf te laten ontdekken welke voeding zij het beste verdraagt. Soms helpen frequente kleine maaltijden en rust, want vermoeidheid kan de misselijkheid verergeren. Meestal blijven de problemen beperkt en gaan ze vanzelf over.<sup>30</sup>

- Bij matige klachten kan als zelfzorg gember (4 dd 250 mg) worden geadviseerd.<sup>31</sup>
- Bij ernstige hinder kan medicatie wenselijk zijn. In aanmerking komen meclozine of metoclopramide. Start met meclozine 12,5 mg 's avonds tot maximaal 2 dd 12,5 mg. Geef als tweede keus metoclopramide, maximaal 3 dd 10 mg. Meclozine in combinatie met pyridoxine (vitamine B<sub>6</sub>) wordt niet aangeraden vanwege het ontbreken van bewijs dat vitamine B<sub>6</sub> bijdraagt aan het verminderen van de misselijkheid.
- Staak de medicatie bij verbetering of na het eerste trimester. Als het braken dusdanig ernstig is dat dehydratie dreigt en ketonen in de urine verschijnen, spreekt men van hyperemesis gravidarum en is verwijzing geïndiceerd.

#### Psychose

Direct post partum ontwikkelt naar schatting 0,1 tot 0,2% van de vrouwen een psychose, een acuut beeld dat direct ingrijpen vergt, mede vanwege gevaar voor het kind. Het risico op een postpartumpsychose is sterk verhoogd onder vrouwen met een bipolaire (manisch-depressieve) stoornis en vrouwen die eerder een postpartumpsychose doormaakten. Het beeld wordt gekenmerkt door 2 tot 3 dagen post partum, acuut optredende en zich snel ontwikkelende symptomen: van rusteloosheid, geïrriteerdheid en slapeloosheid naar sterke stemmingswisselingen, desoriëntatie, verwardheid, chaotisch gedrag en wenen (vaak met betrekking tot het kind).

- Verwijs bij een vermoeden van een psychose naar de psychiater of crisisdienst.

#### Schildklierfunctiestoornis

- Bepaal bij vrouwen die bekend zijn met schildklierfunctiestoornissen aan het begin van de zwangerschap TSH, het

vrije T4 en bij patiënten met de ziekte van Graves de TSH-receptorantistofspiegel.

- Vrouwen met hypothyreoïdie die goed zijn ingesteld zonder TSH-receptorantistoffen worden door de huisarts en verloskundige begeleid. Verhoog de dosering thyroxine met 30% zodra de zwangerschap is vastgesteld, controleer de T4 en TSH elke 4 weken. Streef naar een TSH-waarde van 1 tot 2 mU/l.
- Verlaag direct na de bevalling de dosering thyroxine naar de dosering van vóór de zwangerschap. Zie verder de NHG-Standaard Preconceptiezorg en de NHG-Standaard Schildklieraandoeningen.
- Verwijs vrouwen die medicatie tegen hyperthyreoïdie gebruiken en vrouwen met TSH-receptorantistoffen naar de internist en gynaecoloog.

#### Seks tijdens en na de zwangerschap

Seks tijdens de zwangerschap is onschadelijk. Alleen bij gebroken vliezen, vaginaal bloedverlies of gevorderde ontsluiting bij premature weeën is coïtale seks af te raden. Na de bevalling worden door 65% van de vrouwen seksuele problemen gerapporteerd. Oorzaken zijn onder meer perineum pijn ten gevolge van ruptuur of episiotomie, een verlaagd libido door vermoeidheid, maar ook een slijmvliesatrofie door laag-oestrogene status (in het bijzonder bij borstvoeding) kan een rol spelen.<sup>32</sup>

- Vertel bij dyspareunie dat klachten meestal vanzelf overgaan, mits er voldoende aandacht is voor seksuele opwinding en vochtig worden van de vagina. Adviseer daarnaast glijmiddelen of indifferente middelen zoals lanetecrème bij dyspareunie na de partus.

#### Trombose

Tromboseprofylaxe tijdens de zwangerschap en in het kraambed is aangewezen bij vrouwen met een bewezen verhoogd risico, zoals vrouwen met bekende stollingsstoornissen of trombose in de voorgeschiedenis, zie de NHG-Standaard Preconceptiezorg.<sup>33</sup>

Bij vermoeden van trombose in het kraambed zie de NHG-Standaard Diepe veneuze trombose.

#### Varices benen/vulva

Varices van de vulva komen tijdens de zwangerschap voor bij 10 tot 20% van de vrouwen. Ze ontstaan in de derde of vierde maand en verdwijnen doorgaans spontaan na de bevalling.

- Bij ontstaan of verergering van varices in de benen tijdens de zwangerschap kan het dragen van steunkousen worden geadviseerd. Voor meer details zie de NHG-Standaard Varices.

#### Zuurbranden

Adviseer bij nachtelijk zuurbranden het hoofdeinde van het bed te verhogen. Bij zuurbranden dat zodanig hinderlijk is dat behandeling gewenst wordt, wordt als eerste keus een antacidum voorgeschreven.<sup>34</sup>

- Schrijf een suspensie van algedraat en magnesium(hydr)oxide voor, de dosering geschiedt op geleide van de klachten, met een maximum van 4 dd 15 ml. Het middel dient een uur na de maaltijden en/of voor de nacht te worden ingenomen.
- Als klachten niet verminderen met een antacidum schrijf dan een H<sub>2</sub>-receptorantagonist voor, de meeste ervaring bij zwangeren is met ranitidine, 2 keer daags 150 mg.
- Bij persisterende refluxklachten, niet reagerend op antacida of een H<sub>2</sub>-receptorantagonist, schrijft de huisarts bij zwangere vrouwen omeprazol 1 keer daags 20 mg voor.

#### DE KRAAMPERIODE

Er wordt onderscheid gemaakt in de kraambedbegeleiding (de eerste tien dagen van de kraamperiode) en de kraamperiode (de gehele periode tot zes weken post partum). De standaard beschrijft het eenmalige kraambezoek door de huisarts, informatie over voeding, de taken van de jeugdgezondheidszorg, medische problemen van de pasgeborene en de kraambedbegeleiding. De kraambedbegeleiding zal meestal door de verloskundige uitgevoerd worden, in sommige situaties kan de huisarts gevraagd worden de kraamcontroles uit te voeren. Het onderzoek van de pasgeborene wordt uitgevoerd door degene die de bevalling begeleidt en staat be-

schreven in de LESA Onderzoek van de pasgeborene. Een tweede lichamelijk onderzoek van de pasgeborene is alleen noodzakelijk op indicatie, bijvoorbeeld als bij het eerste routineonderzoek direct post partum onzekerheden zijn gerezen of indien ouders, kraamverzorgende of verloskundige bijzonderheden hebben opgemerkt zoals slecht drinken, kortademigheid, hevig transpireren, of te geel zien.<sup>35</sup>

#### Het eenmalige kraambezoek van de huisarts

Vrouwen stellen een kraambezoek van de huisarts die geen kraambedbegeleiding op zich neemt op prijs. Telefonisch contact kan een alternatief zijn. Een dergelijk kraambezoek heeft primair een sociale functie,<sup>36</sup> maar het kan ook een signalerende functie hebben wat betreft gezinnen met geweldsituaties, alcoholmisbruik of verslaving en psychiatrische aandoeningen.

Een bezoek tijdens de eerste week kan onduidelijkheid geven over wie het aanspreekpunt is bij problemen. Dit bezoek kan goed gepland worden na afsluiting van de kraambedbegeleiding van de verloskundige. In het eenmalige kraambezoek kan het volgende aan de orde komen:

- Benadruk het belang van tijdige anti-conceptie, in het bijzonder bij een eerdere ongeplande zwangerschap, zie de NHG-Standaard Anticonceptie.
- Bespreek met ouders, die aangeven dat de pasgeborene overmatig huilt, het normale huilgedrag van de pasgeborene en beoordeel de draagkracht van de ouders.<sup>37</sup>
- Bespreek met vrouwen die voor of tijdens de zwangerschap gestopt zijn met roken het belang van een blijvend rookvrije omgeving voor het kind en ga na hoe een terugval zou kunnen worden voorkomen.<sup>38</sup>
- Vaccineer op indicatie bij gebleken negatieve serologie tegen rubella of varicella.<sup>9,25</sup>

De NHG-Patiëntenbrieven 'Het kind in de kraamtijd' en 'De moeder in de kraamtijd' beschrijven de meest voorkomende klachten in de kraamtijd.

## Voeding

### Borstvoeding

De fysiologische manier van voeden van een pasgeboren kind, is het geven van borstvoeding. Tot een leeftijd van ongeveer zes maanden is het geven van alleen moedermelk voldoende.<sup>39</sup>

Het merendeel van de moeders in ons land begint na de bevalling met het geven van borstvoeding. Velen van hen stoppen binnen een maand. Uit onderzoek is gebleken dat de helft van de moeders die vroeg stoppen met het geven van borstvoeding, daar negatieve gevoelens aan over houden. De belangrijkste redenen om te stoppen waren: 'te weinig melk', 'te pijnlijk' (vooral een reden om in de eerste maand te stoppen) en 'werk'.<sup>40</sup> Goede begeleiding kan in veel gevallen voortijdig en ongewild stoppen met het geven van borstvoeding voorkomen. Hierin is ook een rol voor de huisarts weggelegd.

Het is aan de moeder om te beslissen wanneer ze stopt met het geven van borstvoeding en hoeveel ongemak zij acceptabel vindt.

- Onderzoek of er onjuiste percepties over borstvoeding bestaan bij de moeder, of dat er problemen zijn bij de lactatie, die op te lossen zijn. Bij begeleiding van het kraambed door de verloskundige overlegt de huisarts borstvoedingsgerelateerde problemen met de verloskundige, zodat er geen tegenstrijdige adviezen door verschillende hulpverleners worden gegeven.
- Schrijf geen medicatie voor om de borstvoeding te stimuleren.<sup>41</sup> Soms treedt er bij het voeden of kolven geen afdoende toeschietreflex op. Zonder toeschietreflex verschijnt de melktoevoer druppelsgewijs.
- Schrijf oxytocineneusspray 4 EH per keer voor bij onvoldoende toeschietreflex om de melktoevoer op gang te brengen.

### Te weinig melk

- Maak onderscheid tussen werkelijk en verondersteld voedingstekort. Een werkelijk tekort kan zich ook presenteren bij een heel rustige baby. Het kind lijkt rustig en tevreden maar spaart zijn energie en is slaperig door een te

kort aan voeding. Bij werkelijk tekort kunnen de volgende signalen worden herkend [tabel 4].

**Tabel 4** Signalen die een indicatie kunnen zijn voor onvoldoende melkinname

|                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| De baby verliest $\geq 7\%$ van het geboortegewicht.                                                      |
| De baby is 2 weken na de geboorte nog niet terug op het geboortegewicht.                                  |
| De baby groeit $< 20$ g per dag of $< 150$ g per week tot 3 maanden ( $< 70$ g per week van 3-6 maanden). |
| Er is weinig en/of geconcentreerde urine.                                                                 |
| Er is vanaf het eind van week 1 na bevalling geen gele ontlasting.                                        |
| De spierspanning is laag.                                                                                 |
| Er is sprake van klassieke dehydratie met onder andere verlaagde turgor en een ingezonken fontanel.       |

Bij een werkelijk tekort wordt geïnventariseerd of er een probleem is met manier en/of frequentie van aanleggen.

- Geef bij een dreigend tekort informatie over:
  - Het geven van borstvoeding is een proces van vraag en aanbod (voeden op verzoek). Extra afkolven of aanleggen zorgt voor extra productie van moedermelk, normaal is zeven tot twaalf voedingen per etmaal in de eerste weken.
  - Nachtelijke voedingen stimuleren de productie van moedermelk door een verhoogde prolactinespiegel in het bloed van de moeder.
  - Wegen voor en na de voeding is geen zuivere maat voor wat de baby binnenkrijgt en zorgt voor onrust.
- Laat moeder extra kolven en geef afgekolfd moedermelk, bijvoeden met kunstvoeding is nodig als kolfmaatregelen niet afdoende zijn.
- Verwijs de moeder voor specialistische begeleiding van het borstvoedingsproces zo nodig door naar een lactatiekundige of/via consultatiebureau.
- Verwijs naar de kinderarts bij dehydratie of twijfel aan de conditie van het kind.

### Pijnlijke voeding

Onderscheid verschillende oorzaken van pijn bij het voeden. Pijn door de toeschietreflex verdwijnt snel na het begin van de voeding. Andere oorzaken van pijn zijn: verkeerde aanleghou-

ding, tepelkloven, ankyloglossie (te kort tongriempje), stuwing, mastitis, spruw/candida.

De verschillende oorzaken van pijn kunnen met elkaar samenhangen en elkaar in de hand werken. Verwijs naar een lactatiekundige voor analyse van blijvende pijnklachten. Geef desgewenst pijnstillers (paracetamol of NSAID's) ter verlichting van de pijn tijdens het voeden.

**Pijnlijke tepels en tepelkloven.** De eerste week na de bevalling ervaren bijna alle (96%) vrouwen die borstvoeding geven tijdelijk pijnlijke tepels. Pijn die na deze week aanhoudt moet als 'abnormaal' worden gezien en vergt nader onderzoek. De oorzaak van tepelpijn en/of tepelkloven moet vooral worden gezocht in het niet goed aanleggen of het niet goed drinken van de baby. Wat betreft de behandeling van tepelkloven is nooit aangetoond dat het gebruik van crèmes of zalven de voorkeur heeft boven niets doen.

- Adviseer te beginnen aan de niet-pijnlijke borst, als de melk is toegeschoten kan de baby aan de pijnlijke zijde worden aangelegd.
- Observeer het aanleggen van de baby (lippen naar buiten gekruld, een deel van tepelhof dient in de babymond te liggen).

**Ankyloglossie** is een (te) kort tongriempje als oorzaak van lactatieproblemen. Bij de moeder kunnen deze problemen bestaan uit tepelpijn, tepelkloven, stase of stuwing van melk en mastitis. Bij de zuigeling kunnen deze problemen bestaan uit *failure to thrive*, luidruchtig drinken, frequent loslaten of weigeren van de borst, of juist continu willen drinken door onvoldoende melkinname. Deze problemen zijn een bedreiging voor de voortgang van de borstvoeding, maar zijn te verhelpen met frenulotomie.<sup>42</sup>

**Stuwing** van de borsten is een verstoring van de balans tussen vraag en aanbod van melkproductie. Stuwing in de eerste week kan worden voorkomen door de baby frequent lang genoeg te laten drinken. Indien door de stuwing het kind niet goed kan aanhappen, adviseert de huisarts te gaan kolven om de ergste

spanning van de borst te halen. Ook kan stuwung worden veroorzaakt door niet goed drinken van de baby, bijvoorbeeld door verkoudheid.

**Spruw** Een witte tong bij de zuigeling komt veel voor en is niet per definitie spruw. Wanneer er geen klachten zijn, is er geen behandeling nodig. Roodheid met niet weg te vegen witte vlekjes in de mond van een zuigeling die de tepel loslaat bij het voeden of veel huilt, kan wijzen op spruw.

- Behandel de zuigeling tot en met een leeftijd van 3 maanden met nystatine orale suspensie 1-2 ml (100.000 E per ml) 4 maal daags, of na elke voeding 0,5-1 ml tot een maximum van 8 ml per dag. Schrijf vanaf 4 maanden het veel effectievere miconazol orale gel voor, laat de gel goed uitsmeren zodat de zuigeling niet kan stikken in achtergebleven proppen gel. Behandel een week door nadat de afwijkingen zijn verdwenen. Miconazol orale gel is niet geregistreerd voor zuigelingen tot en met 3 maanden, in verband met verstikkingsgevaar bij het niet goed uitsmeren van de gel.
- Behandel moeder met miconazol-crème op de tepels en was zo nodig de tepels voor de volgende borstvoeding. Bij onverklaarde en aanhoudende klachten van pijn bij het voeden, zonder evidente tekenen van spruw, kan een KOH-preparaat gemaakt worden. Een positief KOH-preparaat is bewijzend voor een dermatomycose en hierop volgt bovenstaande behandeling. Orale fluconazol wordt afgeraden bij vermeende schimmelinfectie van de borst.<sup>43</sup>

**Mastitis.** Een mastitis is een lokale, pijnlijke al dan niet-infectieuze ontsteking van de borst. Het wordt veroorzaakt door stase van melk in de melkgangen. Stase van melk op zich geeft een ontstekingsreactie waardoor koorts ontstaat. Een infectieuze oorzaak wordt vaker gezien bij tepelkloven en een acuut begin van de symptomen. De meest voorkomende verwekkers zijn *S. Aureus*, coagulase-negatieve stafylokokken, *E. Coli* en streptokokken.<sup>44</sup>

Klinische symptomen zijn borstpijn, roodheid en zwelling en griepachtige

symptomen (koorts, koude rillingen en hyperesthesie). Bij een borstabces wordt een fluctuerende, pijnlijke, vaste zwelling gevoeld.

- De behandeling van borstontsteking bestaat in de eerste plaats uit het tegengaan van de melkstase. Adviseer frequent voeden van de zuigeling of kolven indien de moeder daaraan de voorkeur geeft.
- Laat de voeding beginnen aan de kant van de pijnlijke borst, adviseer warmtecompressen voorafgaand aan de voeding ter bevordering van de dilatatie van de melkgangen, en daarmee de ontleding van de borst.
- Schrijf bij de één van de hierna genoemde situaties flucloxacilline 3 dd 500 mg gedurende 7 dagen voor. Bij overgevoeligheid voor penicilline erytromycine 3 dd 500 mg (7 dagen):
  - de klachten verminderen niet na 24 uur bij goede ontleding van de aangedane borst;
  - een acuut begin van de klachten met algemeen ziek zijn of koorts in aanwezigheid van tepelkloven.
- Doorgaan met de borstvoeding is essentieel voor de genezing en is onschadelijk voor het kind. Stoppen met de borstvoeding tijdens een borstontsteking werkt abcedering juist in de hand.
- Pijnstilling kan met behulp van ijscompressen na de voeding, paracetamol (gaat gering over in borstvoeding) of NSAID's (gaat niet over in borstvoeding).
- Incideer bij een abces of verwijs hiervoor naar de chirurg.

## Werk

Tot 9 maanden na de bevalling mag een moeder 25% van haar werktijd besteden om te kolven of te voeden. De werkgever is wettelijk verplicht een ruimte beschikbaar te stellen met voldoende privacy om te kolven.

## Kunstvoeding

De hoeveelheid voeding wordt bij kunstvoeding gedurende de eerste week geleidelijk opgevoerd. Ook bij kunstvoeding is het belangrijk om te voeden op verzoek, met als vuistregel na de eerste week 150

ml/kg/24 uur. Stuwung is meestal het hevigst op de derde of vierde dag.

Medicatie om de borstvoeding te remmen is zelden noodzakelijk bij afbouwen van reeds begonnen borstvoeding.

## De rol van de huisarts bij de taken van de jeugdgezondheidszorg (JGZ)

### Hiepriek

De hiepriek wordt afgenomen door medewerkers van de JGZ of een verloskundige. In sommige plaatsen in de provincies Gelderland en Zuid-Holland draagt de huisarts of verloskundige zorg voor de hiepriek bij de baby voor de neonatale screening. Sinds 2007 is de hiepriek uitgebreid, naast de congenitale hypothyreoïdie, adrenogenitaal syndroom, phenylketonurie wordt gescreend op metabole aandoeningen en sikkcelziekte, en sinds 1 mei 2011 ook op cystische fibrose (CF).

Een overzicht van de ziekten waarop gescreend wordt, is te vinden op [www.rivm.nl/hiepriek](http://www.rivm.nl/hiepriek). Hoewel er niet speciaal op zoek wordt gegaan naar dragerschap van sikkcelziekte of CF kan dit wel aan het licht komen. Voor sikkcelziekte geldt dat de dragers van de sikkcelziekte bijna allemaal worden gevonden.

Door de trapsgewijze analyse op CF kan het incidenteel voorkomen dat er wordt gevonden dat een kind drager is van CF. De meeste dragers worden echter niet gevonden met deze test.

In alle provincies draagt de huisarts zorg voor een verwijzing binnen één tot twee dagen als bij de hiepriek afwijkingen worden geconstateerd, omdat het belangrijk is snel tot een definitieve diagnose te komen en met behandeling te beginnen.

Bij een afwijkende uitslag van de hiepriek worden zowel de ouders als de huisarts door de medisch adviseur van het RIVM op de hoogte gebracht en voorzien van voorlichtingsmateriaal. Bespreek de consequenties bij gebleken dragerschap van een hemoglobinopathie of CF met het ouderpaar, zeker als het paar nog een kinderwens heeft. Testen van dragerschap bij het ouderpaar kan volgen op dit gesprek.

### Gehoorscreening

Het neonatale gehoorscreeningsprogramma heeft als doel om kinderen met een gemiddeld gehoorverlies van 40 dB of meer aan één of beide oren op te sporen. Deze screening vindt meestal plaats in de eerste week, meestal gelijktijdig met de hielprik. Een gunstige uitslag bij de gehoorscreening betekent dat er voldoende gehoor is om een normale taal- en spraakontwikkeling mogelijk te maken. Lichte gehoorverliezen (25-40 dB) worden niet opgespoord. Wanneer de gehoorscreening bij herhaling afwijkend is, wordt de pasgeborene verwezen naar een audiologisch centrum door de regiocoördinator van de JGZ. De huisarts wordt hiervan op de hoogte gesteld.

### ALGEMEEN HUISARTS- GENEESKUNDIGE ZORG VAN DE PASGEBORENE

#### Navelinfectie

Bij een rood opgezwollen rand om de navel in combinatie met temperatuurverhoging moet men bedacht zijn op infectie.

- Verwijs bij vermoeden op navelinfectie naar de kinderarts, vanwege de kans op sepsis.
- Een nattende navel heeft geen behandeling nodig. Een nattende navel die na een paar weken na de geboorte ontstaat, is meestal een navelgranuloom. De huisarts kan deze behandelen door eenmalig aanstippen met zilvernitraat, diathermie of cryocauterisatie.
- Bij een blijvend nattende navel is verwijzing voor beeldvormend onderzoek nodig vanwege mogelijke onderliggende aandoeningen.<sup>45</sup>

#### Pusoogjes

Bij 'pusoogjes' zijn de ogen vuil zonder conjunctivale roodheid, meestal door indikking van traanvocht ten gevolge van een gebrekkige traanafvoer. De behandeling bestaat uit enkele malen per dag schoonmaken met vers leidingwater en dagelijks leegstrijken van de traanzak.

- Verwijs een (soms hevig pussende) conjunctivitis die binnen tien dagen post partum ontstaat naar de oogarts

in verband met de mogelijkheid van een infectie met *Neisseria gonorrhoeae* of *Chlamydia trachomatis*.<sup>46</sup>

- Als de 'pusoogjes' langer dan veertien dagen aanhouden, moet gedacht worden aan dacryostenose. Bij deze aandoening hoeft het kind, afhankelijk van de ernst van de klachten, pas na enkele maanden tot een jaar naar de oogarts te worden verwezen.

#### Neonatale huidafwijkingen

Veruit de meeste oorzaken van blaasjes en puistjes bij pasgeborenen zijn onschuldig en gaan vanzelf over. Dit betreft bijvoorbeeld *erythema toxicum neonatorum*, *milia*, *neonatale acne*, *zuigblaren*, *miliaria* en *neonatale pustulaire melanose*. Bij enkele veel zeldzamere aandoeningen met blaasjes en puistjes is behandeling wel nodig, namelijk *herpes simplex*, *neonatale varicella* en *impetigo bullosa*.

Afbeeldingen en/of beschrijvingen van de genoemde aandoeningen zijn te vinden op <http://tno.plusportservices.com>.<sup>47</sup> Blauwpaarse verkleuringen van handpalmen, voetzolen en rond de mond de eerste 48 uur verdwijnen bij hogere omgevingstemperatuur. Een marmerhuid is een normale reactie van de zuigeling op verlaging van de omgevingstemperatuur en verdwijnt na enkele weken. *Harlekijnkleurverandering* is een opvallend kleurverschil tussen de beide lichaamshelften wanneer de baby op de zij ligt. De bovenzijde is bleek en de onderzijde felrood met een vrij scherpe scheidingslijn in het midden. Dit fenomeen wat ongeveer twintig minuten duurt, is onschuldig en verdwijnt na de vierde week. *Congenitale moedervlekken* worden behandeld als ze groot zijn en/of een klinisch onrustig aspect hebben (veelkleurig, grillige randen, wisselend hobbelig oppervlak).

*Hemangiomen* behoeven zelden behandeling, tenzij ze door hun initiële groei een gevaar vormen voor de directe omgeving waar ze liggen, bijvoorbeeld rond het oog, de mond, de anus. Ook ulceratie kan een reden zijn voor behandeling. Na aanvankelijke toename het eerste jaar verdwijnen de meeste hemangiomen vanzelf. *Wijnvlekken*

kunnen bij geboorte zichtbaar zijn en zullen niet verdwijnen. Cosmetische behandeling van grote wijnvlekken kan (onder narcose) al in het eerste jaar plaatsvinden.

- Verwijs bij wijnvlekken in het gebied van de eerste tak van de n. trigeminus naar de oogarts vanwege de kans op glaucoom en naar de kinderarts vanwege kans op epilepsie.

#### Gastro-oesofageale reflux (GOR)

Gastro-oesofageale reflux (GOR) is een fysiologisch fenomeen en kan gepaard gaan met regurgitatie (= terugvloed in de mond) en spugen. Naar schatting komt bij 50% van de pasgeborene enige voeding terug. De oorzaak is vaker een volumereflux door te veel voeding dan een zure reflux. Meestal verdwijnt het in de eerste levensmaanden. Er is sprake van refluxziekte als GOR leidt tot groeivertraging, overmatig huilen, prikkelbaarheid en voedselweigeren. Diagnostiek in deze groep vindt plaats door een proefbehandeling met H<sub>2</sub>-remmers door de kinderarts.<sup>48</sup> Kinderen die regurgiteren, maar goed groeien en kinderen die niet regurgiteren en niet spugen, maar wel overmatig huilen moeten geen proefbehandeling krijgen. Het geven van zuurremmers bij deze kinderen is namelijk niet effectief. Ontroostbaar huilen alleen is geen oorzaak van reflux en dus geen reden voor een proefbehandeling.

- Verwijs kinderen met gewichtsverlies of bij vermoeden op andere pathologie naar de kinderarts.
- De huisarts geeft voorlichting over het normale beloop van gastro-oesofageale reflux en huilgedrag.<sup>37</sup> Het kind in bed leggen met het hoofdeinde hoger dan het voeteneinde is niet effectief tegen GOR.
- Adviseer ouders de voeding in te dikken met bijvoorbeeld Johannesbroodpitmeel. Bij borstvoeding kan voor en na elke voeding enkele theelepels van een papje van Johannesbroodpitmeel worden gegeven.
- Adviseer bij kunstvoeding vaker te voeden met kleinere hoeveelheden.
- Verwijs naar de kinderarts indien indikken van de voeding na 14 dagen

**Kraambedbegeleiding (0 tot 10 dagen post partum)**

De frequentie waarmee de kraamvrouw bezocht wordt, wordt mede bepaald door het beloop van de zwangerschap en partus, de deskundigheid van de kraamverzorgende en de vaardigheid van de moeder in de omgang met de pasgeborene. Als leidraad kan het volgende controleschema worden aangehouden: bezoeken op dag 1, dag 2 en dag 3 of 4. Als er geen bijzonderheden zijn, kan de huisarts daarna om de dag op bezoek gaan (eventueel telefonische consultatie), met een afrondend bezoek op dag 8, 9 of 10.

De kraamverzorgende heeft een signalerende functie en houdt een kraamdossier bij van moeder en kind. Bij de kraamcontroles informeert de huisarts bij de kraamverzorgende naar bijzonderheden. De huisarts vraagt bij ouders hoe zij de bevalling hebben ervaren en informeert hoe zij zich aan de nieuwe situatie aanpassen. Geef de ouders de NHG-Patiëntenbrieven 'Het kind in de kraamtijd' en 'De moeder in de kraamtijd'.

Let bij de *moeder* onder andere op temperatuur, pols, mictie en defecatie, bloedverlies, fundushoogte, borsten en hechtingen. In het kraambed controleert de huisarts ten minste eenmalig de bloeddruk. Bij hoofdpijn, visusklachten of bovenbuikpijn de eerste dagen post partum moet gedacht worden aan een pre-eclampsie/HELLP-syndroom.

*Urineretentie direct post partum* is doorgaans te verhelpen door tijdelijk in een andere houding te plassen (op handen en knieën) of onder de douche of in bad. Zelden is het nodig één of enkele malen te katheteriseren.

*Postpartumblues* wordt gezien als een normale reactie in het kraambed, gekenmerkt door vermoeidheid en plotselinge stemmingswisselingen met huilbuien, geïrriteerdheid en angst, zonder dat het gepaard gaat met disfunctioneren of een onvermogen om voor de baby te zorgen. Doorgaans beginnen de klachten drie tot vier dagen na de bevalling, met een piek op de vijfde dag, waarna het weer verdwijnt rond de tiende dag post partum. In deze gevallen kan worden volstaan met ondersteuning, voorlichting en geruststelling.

Bepaal het Hb en MCV bij klachten in de kraamperiode, die verdacht zijn voor *ijzergebreksanemie* (zoals collaberen, hoofdpijn, tachycardie, extreme vermoeidheid).

Let bij het *kind* op temperatuur, ademhaling, frequentie van de voedingen, mictie en defecatie, kleur. Meet ten minste twee keer in de eerste kraamweek het gewicht van de pasgeborene.

Vitamine K wordt meteen na de geboorte eenmalig aangeboden in een orale dosering van 1 mg, profylaxe wordt geadviseerd bij alle borstgevoede kinderen vanaf de 8e dag (dagelijks 150 microgram) tot 12 weken na de geboorte.<sup>49</sup> Vitamine D voor alle pasgebo-

renen wordt vanaf de tweede week geadviseerd, in de dosering van 10 microgram per dag.

*Uitblijven van de defecatie of mictie* is afwijkend indien er binnen 36 uur na de geboorte geen meconium of binnen 24 uur geen urine wordt geloosd. Overleg met de kinderarts over het beleid. Ter preventie van *infectie van de navel* (strengstomp) wordt geadviseerd de stomp zo min mogelijk met de handen aan te raken en hem in geval van verontreiniging met feces of urine schoon te maken met water en zeep en daarna boven de luier uit te laten steken. Desinfectie met een 70%-alcoholoplossing wordt afgeraden, omdat dit het indrogen en afvallen van de navelstrengstomp vertraagt.

*Icterus* komt bij gezonde voldragen zuigelingen veel voor en moet tot op zekere hoogte als fysiologisch worden beschouwd. Toch is kernicterus een potentieel ernstige ziekte die tot neurologische schade of overlijden kan leiden. In de regel bereikt een zichtbare icterus zijn hoogtepunt op de derde of vierde levensdag. Visuele inschatting van de mate van icterus is onbetrouwbaar, zeker bij kinderen met een donkere huidskleur. Bij de inschatting of er sprake is van een pathologische icterus moet de algemene toestand van de zuigeling meegewogen worden, zoals intake, mictie en defecatie, gewichtscurve, temperatuur. De huisarts observeert bij de naakte zuigeling de alertheid, kleur, houding, hydratietoestand en de spierspanning. Bij twijfel op basis van de algemene conditie of de mate van icterus wordt de totale serumbilirubineconcentratie (TSB) bepaald of een transcutane meting verricht. De afkapwaarden waaraan worden in noot 50 vermeld. Voor verder beleid wordt verwezen naar de website [www.babyzietgeel.nl](http://www.babyzietgeel.nl).<sup>50</sup>

Verwijs het kind als icterus binnen 24 uur na de geboorte ontstaat zonder bepaling van de totale serumbilirubineconcentratie naar de kinderarts. Ook icterus bij premature zuigelingen en zuigelingen met een geboortegewicht van minder dan 2500 gram worden verwezen.

Indien een zuigeling na 3 weken nog geel ziet, verwijst de huisarts het kind naar de kinderarts of bepaalt hij een totale en geconjugeerde bilirubineconcentratie met het oog op de identificatie van een vorm van cholestase. Er is sprake van een verhoogde geconjugeerde hyperbilirubinemie als geconjugeerde/directe fractie > 10 micromol/l of > 20% van TSB. Hij verwijst de pasgeborene met een verhoogde geconjugeerde bilirubine binnen 2 werkdagen door naar de kinderarts voor onderzoek naar de oorzaak.

Na afsluiting van het kraambed worden de gegevens overgedragen aan de jeugdgezondheidszorg.

De huisarts geeft voorlichting over *anticonceptie* en *seksualiteit*. Voor details over anticonceptie wordt verwezen naar de NHG-Standaard Anticonceptie.

geen verbetering geeft en er sprake van groeivertraging is.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting, kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over Zwangerschap en kraamperiode op de website [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) of de betreffende NHG-Patiëntenbrieven meegeven (via het HIS of de NHG-ConsultWijzer). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard.

**OVERZICHT PATIËNTENBRIEVEN**

- Zwangerschap algemeen
- Wel of geen onderzoek van mijn kind

tijdens de zwangerschap (prenatale screening)

- Onderzoek van uw kind bij een verhoogde kans op een afwijking (prenatale diagnostiek)
- Klachten tijdens de zwangerschap
- Voeding tijdens de zwangerschap
- Vitamine D
- Zwangerschap en bloedonderzoek
- Bloedarmoede tijdens de zwangerschap
- De bevalling
- Bloedarmoede na de bevalling
- Het kind in de kraamtijd
- De moeder in de kraamtijd
- Borstvoeding

**SAMENWERKINGSAFSPRAKEN  
HUISARTS EN VERLOSKUNDIGE**

Huisartsen en verloskundigen streven naar respectvolle samenwerking met erkenning van elkaars expertise ten behoeve van optimale zorg voor de zwangere en het (ongeboren) kind in de eerste lijn. Zij versterken elkaar in de eerste lijn en kunnen daardoor de meeste problemen (gezamenlijk) oplossen. Hiervoor is nodig dat zij elkaar laagdrempelig consulteren en informeren over relevante medische en psychosociale zaken. Huisartsen en verloskundigen zijn op de hoogte van elkaars relevante verloskundige

richtlijnen en werken volgens de Verloskundige Indicatielijst (VIL) en respectievelijk de NHG-Standaarden en de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandse organisatie voor verloskundigen (KNOV).<sup>51</sup> Uitgangspunt is dat het beleid wordt vastgesteld in samenspraak met de vrouw en dat zij toestemming heeft gegeven voor informatie-uitwisseling tussen huisarts en verloskundige. In uitzonderingsgevallen kan die toestemming verondersteld worden in het kader van goede zorgverlening.

De verloskundige heeft de regie over de begeleiding van de zwangerschap, de bevalling en het kraambed en verricht dan ook direct na de geboorte het onderzoek van de pasgeborene. Zij is het eerste aanspreekpunt voor de kraamvrouw en kraamverzorgende. De verloskundige kan de vrouw naar de gynaecoloog en het kind naar de kinderarts verwijzen. De huisarts heeft tijdens de zwangerschap en het kraambed de regie over medische kwesties die niet zwangerschapsgelateerd zijn en over verwijzingen naar andere hulpverleners dan de gynaecoloog en kinderarts.

### Berichtgeving/informatie-uitwisseling

*Algemeen:* geef bij consultaties of verwijzingen een korte samenvatting van (het verloop van) de zwangerschap en informatie over relevante comorbiditeit, de actuele medicatie en eventueel (eerdere) therapieën. Vermeld ook de vraagstelling of welke zorg of actie gewenst wordt. Antwoord hierop in de terugrapportage en vermeld de vervolgactie.

*Vaststelling zwangerschap:* als de zwangere zich bij de verloskundige aanmeldt, geeft zij zo spoedig mogelijk bericht aan de huisarts die dan de effecten en potentiële schade van eventuele (chronische) medicatie tijdens de zwangerschap beoordeelt. Indien er sprake is van een relevante, medische of psychosociale voorgeschiedenis dan wel bij gebruik van medicatie, stuurt de huisarts een retourbericht aan de verloskundige waarin hij voorgeschiedenis en de (aangepaste) actuele medicatie vermeldt.<sup>50</sup>

*Tijdens de zwangerschap:* de huisarts en de verloskundige houden elkaar ook op de hoogte van belangrijke niet direct zwangerschapsgelateerde intercurrente gebeurtenissen. Dit kan bijvoorbeeld via de zwangerschapskaart en

het actuele medicatie-overzicht. Het is zinvol de zwangere te instrueren deze documenten bij elk consult aan elke hulpverlener mee te nemen.

De verloskundige informeert de huisarts tijdens de zwangerschap bij afwijkende bevindingen (bijvoorbeeld bij laboratoriumonderzoek of prenatale diagnose) of als er sprake (blijkt) te zijn van risicofactoren die de veiligheid van het (on)geboren kind zouden kunnen bedreigen. Hieronder valt ook (risico op) kindermishandeling.<sup>52</sup>

*Kraamperiode:* de verloskundige informeert de huisarts over het verloop van de bevalling en de bevindingen bij het onderzoek van de pasgeborene binnen 48 uur na de geboorte.

In [tabel 5] worden de meest voorkomende redenen voor berichtgeving van huisarts naar verloskundige en andersom weergegeven.

### Consultatie/verwijzing

De huisarts verwijst de zwangere zo vroeg mogelijk naar de verloskundige, zodat het eerste consult voor de negende week kan plaatsvinden (raadpleeg voor de taken hierbij de paragraaf Huisarts-

**Tabel 5** Berichtgeving en consultatie/verwijzing huisarts en verloskundige

| Berichtgeving                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Consultatie/verwijzing                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Huisarts naar verloskundige</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informatie uit preconceptieconsult</li> <li>■ Relevante gezondheidsinformatie en psychosociale informatie</li> <li>■ Bij miskraam, indien zwangere al bij VK bekend is<sup>50</sup></li> <li>■ Doorverwijzing klinisch-genetisch centrum</li> <li>■ Bij streptokokken groep B in urinekweek tijdens zwangerschap</li> <li>■ Belangrijke intercurrente gebeurtenissen</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Zo snel mogelijk na vaststellen zwangerschap (1e consult bij VK bij 9 weken)</li> <li>■ Overdracht aan het eind van het 1e trimester als de huisarts zelf het 1e trimester heeft begeleid</li> <li>■ Milde hypertensie (systolische bloeddruk tussen 130 en 160 en/of diastolische bloeddruk tussen 85 en 100) zonder pre-eclampsische klachten</li> <li>■ Pre-eclampsische klachten met normale bloeddruk</li> <li>■ Overleg AMK</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Verloskundige naar huisarts</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Melding van zwangerschap</li> <li>■ Informatie uit preconceptieconsult</li> <li>■ Relevante gezondheidsinformatie en psychosociale informatie</li> <li>■ Doorverwijzing klinisch-genetisch centrum</li> <li>■ Na inzetten van een stoppen-met-roken-interventie bij rokende zwangere (of partner)</li> <li>■ Bij miskraam</li> <li>■ Zwangerschapsdiabetes</li> <li>■ Geboortemelding &lt; 48 uur na geboorte</li> <li>■ Einde kraambed</li> <li>■ Bij ernstige pathologie zoals vermoeden op congenitale afwijkingen of langdurige opname</li> <li>■ Bij pathologie of opname kind in kraambed</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Zwangerschapsbraken dat onvoldoende reageert op adviezen of als dehydratie dreigt</li> <li>■ Afwijkende uitslagen van bloedonderzoek of als aanvullend bloedonderzoek geïndiceerd is</li> <li>■ Bij een Hb &lt; 5,6 mmol/l of een MCV &gt; 100 fl of &lt; 70 fl of als ijzersuppletie onvoldoende is</li> <li>■ (Vermoeden van) schildklierafwijkingen</li> <li>■ Verdenking infectieziekten</li> <li>■ Rokende zwangere (of partner) die niet kan stoppen na inzetten stoppen-met-roken-interventie door verloskundige voor begeleiding door praktijkondersteuner (POH)/huisarts</li> <li>■ Getromboseerde aambeien</li> <li>■ Vaginale klachten</li> <li>■ Psychosociale stoornissen</li> <li>■ (Aanpassing) medicijngebruik</li> <li>■ Plaatsen spiraal of voorschrijven oac</li> <li>■ Overleg AMK</li> </ul> |

geneeskundige taken in het eerste trimester van de zwangerschap).

Bij zwangerschapsgerelateerde klachten overlegt hij eerst met de behandelend verloskundige. De huisarts kan 24 uur per dag een verloskundige uit de verloskundige praktijk die de vrouw begeleidt bereiken voor overleg of berichtgeving.

De verloskundige consulteert de huisarts zo nodig bij zwangerschapsgerelateerde klachten (tenzij verwijzing naar een gynaecoloog geïndiceerd is) en bij niet-zwangerschapsgerelateerde klachten of eventuele verwijzingen naar andere hulpverleners dan gynaecoloog of kinderarts. In acute situaties kan zij buiten kantooruren met de waarnemend huisarts of huisartsenpost overleggen of een bericht achterlaten.

In [tabel 5] worden de meest voorkomende indicaties voor consultatie/verwijzing van huisarts door verloskundige en andersom weergegeven.

#### Aandachtspunten voor regionale samenwerking

(bijvoorbeeld via de Regionale Ondersteunings Structuur (ROS))

- Sociale kaart met telefoon/faxnummers en e-mailadressen
- Organisatie van 24-uurs bereikbaarheid
- Kennis van huisartsgeneeskundige en verloskundige richtlijnen
- Informatie-uitwisseling, verwijs- en retourberichten
- Overdracht informatie uit het preconceptieconsult
- Begeleiding eerste trimester
- In begin van de zwangerschap herbeoordeling medicatie via huisarts en/of apotheek
- Plaats waar (termijn)echo's kunnen worden gemaakt
- Extra laboratoriumbepalingen: taakverdeling en berichtgeving (zie ook paragraaf Huisartsgeneeskundige taken in het eerste trimester van de zwangerschap)
- Beleid bij risicofactoren voor moeder en (on)geboren kind, zoals verslavingen, psychiatrische problematiek, verstandelijke beperkingen of familiaal huiselijk geweld
- Beleid bij zwangerschapshypertensie en -diabetes (zie ook VII) ([www.knov.nl](http://www.knov.nl))
- Anticonceptie-advies

#### Totstandkoming

Nadat werd besloten te beginnen met de ontwikkeling van een NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode, startte in januari 2010 een werkgroep Zwangerschap en kraamperiode. Deze werkgroep heeft een conceptversie gemaakt.

De werkgroep bestond uit de volgende leden: M.M. Beentjes, namens de KNOV; W. Koch, huisarts te Achterveld; A.K. Of-fringa-Hup, huisarts te Groessen; J.H. Oldenzielt, huisarts te Zuidhorn; R.L.S. Weersma, huisarts te Amsterdam. Door de werkgroepleden is geen belangenverstrengeling gemeld.

Dr. K.M. van Asselt, huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, begeleidde de werkgroep en deed de redactie. Dr. Tj. Wiersma was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling. L. Koch was betrokken als medewerker van de afdeling Implementatie. M.M. Verduijn, senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie, beoordeelde de medicamenteuze adviezen.

De werkgroep van de samenwerkingsparagraaf bestond uit de volgende leden: M.M. Beentjes, verloskundig beleidsmedewerker verbonden aan de KNOV; W. Koch, huisarts te Achterveld; R.L.S. Weersma, huisarts te Amsterdam; L. Moll, verloskundige te Nieuwegein; F. Hesseling, verloskundige te Raalte.

P.A.J.S. Mensink, huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, sectie samenwerking, begeleidde de werkgroep en deed de redactie. J.A.M. van Balen was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling.

In juni 2011 werd de ontwerpstandaard voor commentaar verstuurd naar vijftig aselect gekozen huisartsen uit het NHG-ledenbestand en twaalf verloskundigen.

Er werden tweeëntwintig commentaarformulieren retour ontvangen.

Ook werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: S. Jans en D. Kolkman, verloskundigen en allen namens de KNOV; prof.dr. J.M.A. Sitsen, arts-klinisch farmacoloog, namens het College voor Zorgverzekeringen; D. Dost, namens WINAp/Geneesmiddelinformatiecentrum KNMP; dr. P. van den Hombergh, huisarts, namens de LHV; dr. E. van Leeuwen, huisarts, namens de Vlaamse Vereniging van Huisartsen; D. Soeters en S. van Vliet, beiden huisarts, hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de door de NAS gestelde vragen; prof. dr. A.M. Lagro-Janssen, hoogleraar vrouwenstudies medische wetenschappen en als huisarts werkzaam bij het UMC St Radboud; dr. J.W. Mouton, arts en medisch microbioloog (CWZ); P. Leusink, huisarts en als seksuoloog verbonden aan het NVVS; prof.dr. C.T.J. Hulshof en M. Lebbink; beiden namens de NVAB; T. Bogaard, namens de NBvK; dr. D.E. Wijnberger en dr. M.G. van Pampus, namens de NVOG; A. Raat, vertrouwensarts; dr. J. van Everdingen, dermatoloog namens de NVDV en A. Berendsen, namens de NVK. Vermelding als referent betekent overigens niet dat iedere referent de standaard inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

In november 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](http://www.nhg.org)).

#### NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en de literatuur [www.henw.org](http://www.henw.org), rubriek Standaarden.



## Prikkelbaredarmsyndroom: zelfmanagement met een pocketcomputer

### Samenvatting

Oerlemans S, Van Cranenburgh O, Herremans PJ, Spreeuwenberg P, Van Dulmen S. Prikkelbaredarmsyndroom: zelfmanagement met een pocketcomputer. *Huisarts Wet* 2012;55(3):126-30.

**DOEL** Vaststellen of een cognitieve gedragstherapie (CGT)-interventie met behulp van pocketcomputers haalbaar en effectief is in het kader van het zelfmanagement van prikkelbaredarmsyndroom (PDS)-patiënten.

**METHODE** We randomiseerden 76 PDS-patiënten; naar een controlegroep die alleen standaard huisartsenzorg ontving en een interventiegroep die daarnaast een vierweekse CGT-interventie met behulp van de pocketcomputer kreeg. Gedurende drie van de vier weken kreeg de interventiegroep situationele feedback van een psycholoog in reactie op hun antwoorden op de vragen uit het elektronische dagboek. De feedback richtte zich op signalen van inadequaaf zelfmanagement: disfunctionele cognities, catastroferende gedachten en vermijdingsgedrag. Alle patiënten vulden voorafgaand aan de interventie (baseline), na de interventie (vier weken) en na drie maanden een set vragen(lijsten) in.

**RESULTATEN** Na 4 weken rapporteerden patiënten uit de interventiegroep een significante grotere verbetering in catastroferend denken ( $p < 0,01$ ), kwaliteit van leven ( $p < 0,05$ ) en buikpijn ( $p < 0,05$ ) dan de controlegroep. De verbetering in catastroferend denken hield ook na drie maanden stand.

**CONCLUSIE** Een CGT-interventie met behulp van pocketcomputers is haalbaar en, tenminste op de korte termijn, effectief wat betreft verbetering van buikpijn, kwaliteit van leven en catastroferend denken bij PDS-patiënten. Dat de enige langetermijnverbetering (catastroferend denken) niet bij andere symptomen was terug te zien, kan betekenen dat de verbetering in gedachten niet meteen relevant is voor een vermindering van klachten.

### INLEIDING

Het prikkelbaredarmsyndroom (PDS) is een functionele darmaandoening waarbij buikpijn/-klachten gepaard gaan met (verstoorde) ontlasting of verandering in stoelgang.<sup>1,2</sup> Voor huisartsen en gastro-enterologen is PDS een van de meest voorkomende klinische problemen. De prevalentie van PDS in de algemene bevolking is 10 tot 25%, van wie een derde medisch advies zoekt. PDS komt twee keer zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen.<sup>3-5</sup>

Tot op heden lijkt PDS geen verband te houden met biochemische, structurele of serologische afwijkingen.<sup>6</sup> Men baseert

de diagnose daarom op symptomatische criteria, zoals de Rome III-criteria.<sup>7</sup> Hoewel sommige medische behandelingen, zoals spierontspanners, uitkomst kunnen bieden,<sup>8,9</sup> is er geen universeel effectief medicijn.<sup>10</sup>

Verbetering van zelfmanagement van de patiënt die is gericht op vermindering van zorggebruik<sup>14</sup> en verbetering van symptomen en kwaliteit van leven blijken effectief.<sup>11-15</sup> Het is daarbij essentieel dat men zich met behulp van cognitieve gedragstherapie (CGT) richt op herstructurering van disfunctionele cognities en gedrag, zoals catastroferende gedachten en vermijdingsgedrag.<sup>16</sup> Directe, situationele CGT-feedback op het moment dat dergelijke cognities en gedragingen zich voordoen, kan het zelfmanagement van de patiënt wellicht verder verbeteren en buikklachten doen verminderen.

Een valide en betrouwbare manier voor het meten van actuele klachten en klachtgerelateerde cognities is het bijhouden van een dagboek<sup>17-19</sup> op een pocketcomputer (Personal Digital Assistant; PDA). Pocketcomputers garanderen een betrouwbare opslag van gegevens, maken het mogelijk om de onderzoeker onmiddellijk te voorzien van gegevens en zijn te gebruiken voor het sturen van situationele feedback.<sup>20-22</sup>

Met onze trial wilden we vaststellen of een CGT-interventie met behulp van pocketcomputers haalbaar en effectief is in het kader van het zelfmanagement van PDS-patiënten. De feedback richtte zich op signalen van inadequaaf zelfmanagement: disfunctionele cognities, catastroferende gedachten en vermijdingsgedrag. We verwachtten dat patiënten in de interventiegroep meer dan de controlegroep verbeterden wat betreft 1) disfunctionele cognities, 2) kwaliteit van leven en 3) ernst van de buikklachten.

### Wat is bekend?

- Voor het prikkelbaredarmsyndroom (PDS) bestaat geen universeel effectief medicijn.
- Stimuleren van zelfmanagement door herstructurering van disfunctionele cognities en gedrag op basis van (minimale) cognitieve gedragstherapie (CGT) is bewezen effectief.
- CGT werkt wellicht nog beter door situationele feedback via pocketcomputers, dat wil zeggen op momenten waarop disfunctionele cognities en gedragingen zich voordoen.

### Wat is nieuw?

- Op korte termijn verbeterden PDS-gerelateerde disfunctionele cognities, kwaliteit van leven en pijnklachten met situationele feedback via pocketcomputers meer dan met alleen standaard huisartsenzorg.
- Er is aandacht nodig voor de implementatie van dergelijke effectieve e-health-interventies in de eerste lijn.

Integraal Kankercentrum Zuid (IKZ), afdeling Onderzoek, Zernikestraat 29, 5612 HZ Eindhoven: S. Oerlemans, onderzoeker/psycholoog. AMC, afdeling Huidziekten, Amsterdam: O. van Cranenburgh, psycholoog/onderzoeker. Altrecht psychosomatiek, Utrecht: P.J. Herremans, fysiotherapeut/psycholoog. NIVEL, Utrecht: P. Spreeuwenberg, statisticus. NIVEL, Utrecht/UMC St Radboud, Nijmegen: prof.dr. S. van Dulmen, psycholoog/programmameerder • Correspondentie: s.vandulmen@nivel.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Oerlemans S, Van Cranenburgh O, Herremans PJ, Spreeuwenberg P, Van Dulmen S. Intervening on cognitions and behavior in irritable bowel syndrome: A feasibility trial using PDAs. *J Psychosom Res* 2011;70:267-77 • Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

## METHODE

### Patiënten

De inclusie van patiënten verliep via huisartsen en de PDS-patiëntenvereniging, en vond plaats tussen maart 2007 en juli 2008. We includeerden patiënten als 1) een arts ten minste drie maanden geleden bij hen de diagnose PDS had gesteld aan de hand van de ICPC (International Classification of Primary Care) code D93 of de Rome III-criteria,<sup>7</sup> 2) de patiënten de Nederlandse taal konden begrijpen, 3) ze geen visuele handicap hadden en 4) tussen de 18 en 65 jaar oud waren. We sloten patiënten uit als ze 1) geen PDS hadden, 2) een andere aandoening hadden (zoals kanker, psychische stoornissen) of 3) al psychologische hulp kregen. Na toepassing van de in- en exclusiecriteria bleven 99 van de 116 aangemelde patiënten over. De 76 patiënten die uiteindelijk mee wilden doen verdeelden we at random over de interventie- en controlegroep.

Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door de METC en geregistreerd in het Nederlandse trialregister: IS-RCTN09185998.

### Meetinstrumenten

#### Vragenlijsten

Alle patiënten vulden voorafgaand aan de interventie (baseline), na de interventie (4 weken) en na 3 maanden (follow-up) de volgende vragen(lijsten) in:

- De Cognitive Scale for Functional Bowel Disorders (CSFBD): een ziektespecifieke schaal die disfunctionele cognities meet die gerelateerd zijn aan gastro-intestinale syndromen zoals PDS.<sup>23</sup> De vragenlijst bevat thema's als angst, perfectionisme, pijn, frustratie en schaamte.
- De Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire (IBS-QoL): een ziektespecifieke vragenlijst die de invloed van PDS op het leven meet.<sup>24</sup> De vragenlijst bevat vragen over het vermijden van eten, het sociaal functioneren, de mentale gezondheid, slaap en energie.
- The Pain Catastrophizing Scale (PCS), die de mate van catastroferend denken over pijn<sup>25</sup> meet aan de hand van de dimensies gevoelens van hulpeloosheid bij pijn, rumineren van pijnsymptomen en het vergroten van pijngerelateerde klachten.
- De ernst van de buikpijn maten we met één vraag op een vijf puntsschaal (1 = geen pijn tot 5 = ernstige, verstorende pijn).<sup>26</sup>

### Elektronisch dagboek

Patiënten in de interventiegroep hielden gedurende vier weken een elektronisch dagboek bij op een pocketcomputer, waarop ze drie keer per dag een korte vragenlijst invulden met maximaal vijftien vragen over klachten, activiteiten, cognities en gevoelens.

### Interventie

We verdeelden de patiënten at random over een controlegroep die alleen standaard huisartsenzorg ontving en een

interventiegroep die daarnaast een CGT-interventie met behulp van de pocketcomputer kreeg. Gedurende drie van de vier weken kregen zij bovendien situationele feedback van een psycholoog in reactie op hun antwoorden op de vragen uit het elektronische middagboek. Dat gebeurde aan de hand van een feedbackprotocol, dat is ontwikkeld voor het standaardiseren van de feedback en is gebaseerd op actuele PDS-literatuur, waaronder het zorgboek prikkelbaredarmsyndroom van een consortium van Nederlandse PDS-experts.<sup>15,27,28</sup> De op CGT gebaseerde feedback richtte zich op PDS-klachten, catastroferende gedachten, disfunctionele cognities en vermijdingsgedrag. Het doel van de feedback was 1) het stimuleren van zelfmanagement, 2) geruststellen en 3) het geven van algemene informatie over (het omgaan met) PDS.

### Statistische analyses

We voerden de analyses uit in MLwiN, versie 2.02. We deden een multiniveau-analyse<sup>29</sup> (met herhaalde metingen) om te bepalen of de standaard huisartsenzorg samen met de CGT-pocketcomputerinterventie effectiever was dan alleen standaard huisartsenzorg. De ernst van de buikpijn, disfunctionele cognities, kwaliteit van leven en catastroferende gedachten waren de afhankelijke variabelen. De onafhankelijke variabelen waren controle- of interventiegroep, tijd en sociodemografische patiëntkenmerken. Alle geschatte gemiddelden corrigeerden we voor autocorrelaties tussen metingen binnen individuen en standaardiseerden we naar geslacht, opleiding, leeftijd en het hebben van diarree (de enige variabele waarop de groepen verschillen). Alle verschillen testten we met de Wald-test.

## RESULTATEN

### Kenmerken van de onderzoeksgroep

Van de 76 geïncludeerde patiënten vulden 38 patiënten uit de controlegroep en 37 patiënten uit de interventiegroep de baselinevragenlijst in. In de controlegroep vulden 36 patiënten de tweede vragenlijst en 35 patiënten alle vragenlijsten in. In de interventiegroep vulden 36 patiënten de tweede vragenlijst in en 26 patiënten alle vragenlijsten.

[Tabel 1] geeft de sociodemografische kenmerken van de totale onderzoeksgroep weer, [tabel 2] bevat de veranderingen in de tijd. Op baseline hadden meer patiënten in de controlegroep diarree.

### Disfunctionele cognities

Met betrekking tot disfunctionele cognities vonden we geen significante korte- (vier weken) of langetermijnverschillen (drie maanden) tussen de interventie- en controlegroep (laatste twee kolommen [tabel 2]).

### Kwaliteit van leven

Een vergelijking van de scores op de baseline en de korte termijn liet zien dat de interventiegroep een significant grotere verbetering in kwaliteit van leven vertoonde dan de contro-

**Tabel 1** Sociodemografische kenmerken van de patiënten

| Variabele                     | Controlegroep<br>(n = 39) | Interventiegroep<br>(n = 37) |
|-------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Leeftijd in jaren (sd)        | 40,6 (15,5)               | 35,9 (11,7)                  |
| Geslacht (percentage vrouw)   | 76,9%                     | 91,9%                        |
| Opleiding                     |                           |                              |
| ▪ laag                        | 12,8%                     | 13,5%                        |
| ▪ midden                      | 51,3%                     | 54,1%                        |
| ▪ hoog                        | 35,9%                     | 29,7%                        |
| Burgerlijke staat:            |                           |                              |
| ▪ niet getrouwd/alleenstaand  | 28,2%                     | 43,2%                        |
| ▪ getrouwd/samenwonend        | 64,1%                     | 54,1%                        |
| ▪ gescheiden                  | 7,7%                      | 2,7%                         |
| Gastro-intestinale symptomen: |                           |                              |
| ▪ obstipatie                  | 25,6%                     | 43,2%                        |
| ▪ diarree                     | 46,2%                     | 18,9%                        |
| ▪ opgeblazen gevoel           | 64,1%                     | 81,1%                        |
| ▪ winderigheid                | 87,2%                     | 67,6%                        |
| ▪ buikrommelingen             | 69,2%                     | 73,0%                        |

legroep ( $c^2 = 4,08$ ,  $p < 0,05$ ,  $df = 1$ ). Op de lange termijn waren er geen verschillen in kwaliteit van leven tussen de groepen.

### Catastroferende gedachten

Een vergelijking van de scores tussen de baseline en vier weken bevestigt dat de interventiegroep significant meer verbeterde wat betreft catastroferend denken dan de controlegroep ( $c^2 = 9,33$ ,  $p < 0,01$ ,  $df = 1$ ). Deze verbetering hield ook na drie maanden stand ( $c^2 = 7,06$ ,  $p < 0,01$ ,  $df = 1$ ).

### Buikpijn

De interventiegroep verbeterde op de korte termijn significant meer wat betreft pijn dan de controlegroep ( $c^2 = 5,44$ ,  $p < 0,05$ ,  $df = 1$ ). Na drie maanden was dit verschil niet meer meetbaar.

## BESCHOUWING

Dit onderzoek heeft aangetoond dat patiënten met PDS in de interventiegroep op de korte termijn meer verbeterden wat betreft catastroferend denken, kwaliteit van leven en buikpijn, dan de groep die alleen standaard huisartsenzorg kreeg. De verbetering in catastroferend denken hield ook na drie

maanden stand.

### Haalbaarheid

Hoewel niet alle interventiegroeppatiënten de follow-up-meting na drie maanden voltooiden, deden alle 37 interventiegroeppatiënten volledig mee aan de interventie, waarbij ze vier weken lang driemaal daags een dagboek invulden, en voltooiden ze allemaal de follow-upmeting na vier weken. De e-health-interventie lijkt dus haalbaar. De hogere uitval in de interventiegroep op de follow-upmeting na drie maanden kan echter ook betekenen dat het invullen van de vragenlijsten en de dagboeken een zware belasting is, waarmee de controlegroep niet te kampen heeft. Uit post-hocvergelijkingen op de baseline en follow-upmetingen tussen uitvallers en voltooiers bleek dat uitvallers over het algemeen een gunstiger kwaliteit van leven hadden, wat resulteerde in meer positieve scores op de subschaal van de kwaliteit van relaties. De uitvallers waren dus in ieder geval niet de zwaardere gevallen.

### Sterke punten en beperkingen

Sterk punt in dit onderzoek was dat we patiënten randomiseerden naar controle- of interventiegroep. Daarnaast gebruikten we twee uitkomstmaten die men speciaal voor PDS heeft ontwikkeld: IBS-QoL en CSFBD. Bovendien hebben we de power van deze trial verhoogd door bijna 40 patiënten per groep te includeren. Dit onderzoek had daarnaast een hoog follow-uppercentage: 95% voltooide de tweede meting en 80% voltooide alle metingen.

De patiënten die aan dit onderzoek meededen hadden echter verschillende vormen van PDS: met diarree en/of obstipatie. De uitkomsten voor deze, relatief kleine, subgroepen kunnen uiteenlopen, wat generalisatie van de resultaten in de weg staat. Bovendien hebben we geen procesmeting gedaan om te onderzoeken of de deelnemers hebben geleerd van de ontvangen informatie en of ze de feedback echt hebben begrepen.

### Implementatie in de eerste lijn

Onze e-health-interventie vormt een van de vele initiatieven

**Tabel 2** Gemiddelde scores op baseline (T0), 4 weken (T1) en 3 maanden follow-up (T2) van primaire en secundaire uitkomstvariabelen voor de interventiegroep (To: n = 37, T1: n = 36, T2: n = 26) en de controlegroep (To: n = 39, T1: n = 36, T3: n = 35)

| Uitkomstmaat        | Groep       | T0    | 95%-BI      | T1     | 95%-BI      | T2      | 95%-BI      | T0-T1  | T0-T2  |
|---------------------|-------------|-------|-------------|--------|-------------|---------|-------------|--------|--------|
| CSFBD-totaalscore   | Interventie | 79,82 | 61,39-98,26 | 70,83* | 52,16-89,49 | 68,74** | 49,13-88,34 | 8,99   | 11,08  |
|                     | Controle    | 77,74 | 60,57-94,90 | 75,90  | 59,21-92,59 | 72,08   | 54,39-89,77 | 1,84   | 5,66   |
| IBS-QoL-totaalscore | Interventie | 74,76 | 65,56-83,95 | 78,60* | 69,29-87,91 | 78,46** | 69,08-87,85 | -3,84# | -3,70  |
|                     | Controle    | 80,53 | 72,31-88,76 | 79,62  | 72,02-87,22 | 80,21   | 72,01-88,41 | 0,91   | 0,32   |
| PCS-totaalscore     | Interventie | 26,93 | 21,36-32,50 | 23,57† | 18,44-28,70 | 22,21†† | 16,83-27,59 | 3,36## | 4,72## |
|                     | Controle    | 21,99 | 16,71-27,26 | 24,13  | 19,03-29,23 | 23,10   | 18,13-28,07 | -2,14  | -1,11  |
| Buikpijn            | Interventie | 1,98  | 1,57-2,38   | 1,46‡  | 1,03-1,90   | 1,75    | 1,31-2,19   | 0,52#  | 0,23   |
|                     | Controle    | 1,99  | 1,51-2,47   | 1,89   | 1,44-2,33   | 2,03    | 1,55-2,50   | 0,1    | -0,04  |

Verschillen binnen groepen: T0 versus T1: \* $p < 0,05$ , chi-kwadraat 3,84, † $p < 0,01$ , chi-kwadraat 6,64 †† $p < 0,001$ , chi-kwadraat 10,83

Verschillen tussen groepen T0 versus T2: \*\* $p < 0,05$ , chi-kwadraat 3,84, †† $p < 0,01$ , chi-kwadraat 6,64, ††† $p < 0,001$ , chi-kwadraat 10,83

CSFBD = Cognitive Scale Functional Bowel Syndrome, IBS-QoL = Irritable Bowel Syndrome Quality of Life, PCS = Pain Catastrophizing Scale

T0-T1 geeft het effect op korte termijn weer; T0-T2 geeft het effect op lange termijn weer. # verwijst naar de p-waarden van de tests voor verschillen tussen groepen, #  $p < 0,05$ , ##  $p < 0,01$ .

die men de laatste jaren heeft ontwikkeld en getest om patiënten in hun eigen leefomgeving en op een andere manier te begeleiden dan (alleen) tijdens face-to-face-contacten in de spreekkamer. Ze past bovendien in de trend van het verstevigen van zelfmanagementsvaardigheden van patiënten en sluit daarmee naadloos aan op het beleid van de minister om patiënten meer verantwoordelijkheid te geven voor hun gezondheid en ziekte. De vraag die resteert is hoe dergelijke, door technologie ondersteunde begeleiding van patiënten een plek kan krijgen binnen de alledaagse zorg. Met andere woorden, is het intensief op afstand begeleiden van patiënten toe te passen in de dagelijkse praktijk en wie zou die begeleiding dan het beste op zich kunnen nemen – de huisarts, de praktijkondersteuner (POH) of de eerstelijnspsycholoog?

Begeleiding van patiënten met chronische aandoeningen komt meer en meer in handen van POH'ers te liggen. Begeleiding van patiënten met medisch onverklaarde aandoeningen, zoals PDS, is vooralsnog geen gemeengoed voor de POH-somatiek, noch de POH-ggz. Veel eerstelijnspsychologen richten zich wel specifiek op patiënten met psychosomatische aandoeningen. Binnen hun behandelingsmogelijkheden past een relatief kortdurende interventie, zoals die wij via de pocket-computer (of smartphone) hebben ontwikkeld en getest voor patiënten met PDS.

Om kwaliteit en een juist gebruik van een dergelijke e-health-interventie te monitoren, is het van belang dat huisartsen patiënten daar naar verwijzen. Dat betekent dat ze de diagnose stellen, bepalen of een patiënt geïndiceerd en gemotiveerd is voor begeleiding op afstand en een patiënt vervolgens doorverwijzen voor een e-health-behandeling door de eerstelijnspsycholoog. Op die manier blijft de interventie onderdeel van het zorgproces. De eerste bevindingen van vergelijkbare, naar ons voorbeeld ontwikkelde trials, die men momenteel in Noorwegen uitvoert bij patiënten met fibromyalgie<sup>30</sup> en type-2-diabetes, laten zien dat het haalbaar is om andere zorgverleners in te zetten, zoals een diabetesverpleegkundige. Het integreren van een e-health-interventie in de dagelijkse praktijk blijkt in de opstartfase weliswaar extra tijd te kosten, vooral doordat men moet leren om korte feedback-berichten op te stellen, maar de interventie kost na verloop van tijd niet meer tijd dan de begeleiding van patiënten binnen traditionele zorgcontacten.

Ten slotte onderkennen zorgverzekeraars ook meer en meer het belang en de kosteneffectiviteit van e-health-interventies. Het is te verwachten dat financiering, zoals die reeds gebeurt met betrekking tot e-mailconsulten en specifieke zelfhulpprogramma's op internet, ook voor andere e-health-interventies niet lang meer op zich laat wachten. De minister juicht e-health-interventies immers van harte toe.

#### Toekomstig onderzoek

Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op een langere interventieperiode, waarin men de gegeven feedback herhaalt. Het meenemen van procesmaten kan heel waardevol zijn omdat men daarmee kan bepalen of patiënten daad-

werkelijk iets nieuws leren en in staat zijn om het geleerde toe te passen.

#### CONCLUSIE

Concluderend blijkt uit onze resultaten dat een cognitief-gedragmatige interventie met behulp van pocketcomputers haalbaar is en, tenminste op de korte termijn, effectief is wat betreft verbetering van buikpijn, kwaliteit van leven en catastroferend denken bij PDS-patiënten. Dat de enige langetermijnverbetering (die bij catastroferend denken) niet bij andere symptomen was terug te zien, kan betekenen dat de verbetering in gedachten niet meteen relevant is voor een vermindering van klachten. Toekomstig onderzoek moet de mechanismen die hieraan ten grondslag liggen blootleggen en uitzoeken welke (combinatie van) elementen van de interventie (het monitoren van symptomen, de CGT, het elektronische dagboek en/of de minimale contacttherapie) tot positieve resultaten leidt. ■

#### LITERATUUR

1. Bijkerk CJ, De Wit NJ, Stalman WA, Knottnerus JA, Hoes AW, Muris JW. Irritable bowel syndrome in primary care: the patients' and doctors' views on symptoms, etiology and management. *Can J Gastroenterol* 2003;17:363-8; quiz 405-6.
2. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999;45 Suppl 2:II43-7.
3. Muller-Lissner SA, Bollani S, Brummer RJ, Coremans G, Dapigny M, Marshall JK, et al. Epidemiological aspects of irritable bowel syndrome in Europe and North America. *Digestion* 2001;64:200-4.
4. Muris JW, Starmans R, Fijten GH, Crebolder HF, Krebber TF, Knottnerus JA. Abdominal pain in general practice. *Fam Pract* 1993;10:387-90.
5. Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C. Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral. *Gut* 2000;46:78-82.
6. Foxx-Orenstein A. IBS – review and what's new. *MedGenMed* 2006;8:20.
7. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
8. Jaiwal J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2000;133:136-47.
9. Longstreth GF, Drossman DA. New developments in the diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome. *Curr Gastroenterol Rep* 2002;4:427-34.
10. Cash BD, Chey WD. Advances in the management of irritable bowel syndrome. *Curr Gastroenterol Rep* 2003;5:468-75.
11. Gould R, Clum G. A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clin Psychol Rev* 1993;13:169-86.
12. Heitkemper MM, Jarrett ME, Levy RL, Cain KC, Burr RL, Feld A, et al. Self-management for women with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:585-96.
13. Mains JA, Scogin FR. The effectiveness of self-administered treatments: a practice-friendly review of the research. *J Clin Psychol* 2003;59:237-46.
14. Marrs RW. A meta-analysis of bibliotherapy studies. *Am J Community Psychol* 1995;23:843-70.
15. Van Dulmen AM, Fennis JF, Mokkink HG, Bleijenberg G. The relationship between complaint-related cognitions in referred patients with irritable bowel syndrome and subsequent health care seeking behaviour in primary care. *Fam Pract* 1996;13:12-7.
16. American College of Gastroenterology Task Force on IBS. An evidence-based systematic review in the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2009;104 (suppl 1).
17. Jarrett M, Heitkemper M, Cain KC, Tuftin M, Walker EA, Bond EF, et al. The relationship between psychological distress and gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Nurs Res* 1998;47:154-61.
18. Payne A, Blanchard EB. A controlled comparison of cognitive therapy and self-help support groups in the treatment of irritable bowel syndrome. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:779-86.
19. Van Dulmen AM, Fennis JF, Bleijenberg G. Cognitive-behavioral group therapy for irritable bowel syndrome: effects and long-term follow-up. *Psychosom Med* 1996;58:508-14.
20. Csikszentmihalyi M, Larson R. Validity and reliability of the Experience-Sampling Method. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:526-36.

- 21 Morren M, Van Dulmen S, Ouwerkerk J, Bensing J. Compliance with momentary pain measurement using electronic diaries: a systematic review. *Eur J Pain* 2009;13:354-65.
- 22 Stone A, Shiffmann S. Ecological Momentary Assessment (EMA) in behavioral medicine. *Ann Behav Med* 1994;16:199-202.
- 23 Toner BB, Stuckless N, Ali A, Downie F, Emmott S, Akman D. The development of a cognitive scale for functional bowel disorders. *Psychosom Med* 1998;60:492-7.
- 24 Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, DiCesare J, Puder KL. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure. *Dig Dis Sci* 1998;43:400-11.
- 25 Sullivan M. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995;7:524-32.
- 26 Van Dulmen AM, Fennis JF, Mookink HG, Van der Velden HG, Bleijenberg G. Doctors' perception of patients' cognitions and complaints in irritable bowel syndrome at an out-patient clinic. *J Psychosom Res* 1994;38:581-90.
- 27 Van der Horst HE, Schellevis FG, Van Eijk JT, Bleijenberg G. Managing patients with irritable bowel syndrome in general practice. How to promote and reinforce self-care activities. *Patient Educ Couns* 1998;35:149-56.
- 28 Whitehead WE, Corazziari E, Prizant R, Senior JR, Thompson WG, Veldhuyzen Van Zanten SJ. Definition of a responder in clinical trials for functional gastrointestinal disorders: report on a symposium. *Gut* 1999;45 Suppl 2:II78-9.
- 29 Leyland AH, Groenewegen PP. Multilevel modelling and public health policy. *Scand J Public Health* 2003;31:267-74.
- 30 Kristjansdottir OB, Fors E, Erlend E, Finset A, Van Dulmen S, Wigers SH, Eide H. Written situational feedback via mobile phone to support self-management of chronic widespread pain: a usability study of a web based intervention. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011;12:5.

zeer matig ●●●●●  
 matig ●●●●●  
 redelijk ●●●●●  
 goed ●●●●●  
 niet te missen ●●●●●

## Praktijkvoering breed belicht

Dijkers F, Nijland A, In 't Veld K, redactie. *Praktijkvoering in de huisartsgeneeskunde*. Amsterdam: Reed Business, 2011. 374 pagina's, € 39,95. ISBN 978 90 352 3357 7.

**Doelgroep** Zowel aios als praktijkhoudende huisartsen.

**Inhoud** Het NHG rekent het al jaren tot haar taak om aandacht te besteden aan de praktijkvoering van de Nederlandse huisarts. Ook bij deze nieuwste editie is het NHG nauw betrokken. Het is de redactie gelukt een prettig leesbaar boek te maken dat vele gezichtspunten belicht rondom praktijkvoering. Veertig auteurs zijn daarvoor aangezocht. De meeste zijn huisarts, maar ook docenten, juristen en economen schreven mee. Zij nemen in 33 hoofdstukken de praktijkvoering van huisartsen anno 2011 onder de loep.



Het is geen studieboek, maar meer een praktisch leesboek dat zich leent om ideeën op te doen over personeelsbeleid, bouw en inrichting van de praktijk, wetten en regelgeving, automatisering, et cetera. Elk hoofdstuk geeft genoeg inspira-

tie om kritisch naar de eigen praktijkvoering te kijken, maar ook ideeën op te doen voor praktijkvoering in een toekomstige eigen praktijk. Leuk zijn de blauwe bladzijden met eigen ervaringen van een aantal auteurs. Daarmee wordt duidelijk dat praktijkvoering ook compromissen sluiten betekent. In de tekst wordt regelmatig verwezen naar websites voor detailinformatie. De redactie belooft een poging te doen het boek in de toekomst te blijven actualiseren via de website van Reed Business. Wie echter specifiek iets zoekt, zoals een uitgewerkt idee voor een nieuw project voor de praktijkondersteuner somatiek, wordt teleurgesteld. Het gaat in dit boek meer om de grote lijnen.

Praktijkvoering vraagt van de praktijkhouder voortdurend aandacht en onderhoud. Dit kan hij niet alleen. Het gaat om samenwerken, onderhandelen, talenten tot ontplooiing brengen, mogelijkheden afwegen, souplesse tonen. In deze tijd van snelle veranderingen is een boek waarin de basale aspecten van praktijkvoering aan bod komen een welkom hulpmiddel. De lezer kan aan de hand van dit boek een onderwerp bij de kop nemen. Niet alles tegelijk. Ik vind dit een leuk en inspirerend boek om in te lezen, even weg te leggen en weer op te pakken.

**Oordeel** Een zeer brede aanpak van de praktijkvoering. Geslaagd voor wat betreft algemene uitgangspunten. Detailinformatie is te vinden via de websites waarnaar in de tekst wordt verwezen. ■

*Jeroen van der Lugt*

**Waardering:** ●●●●●

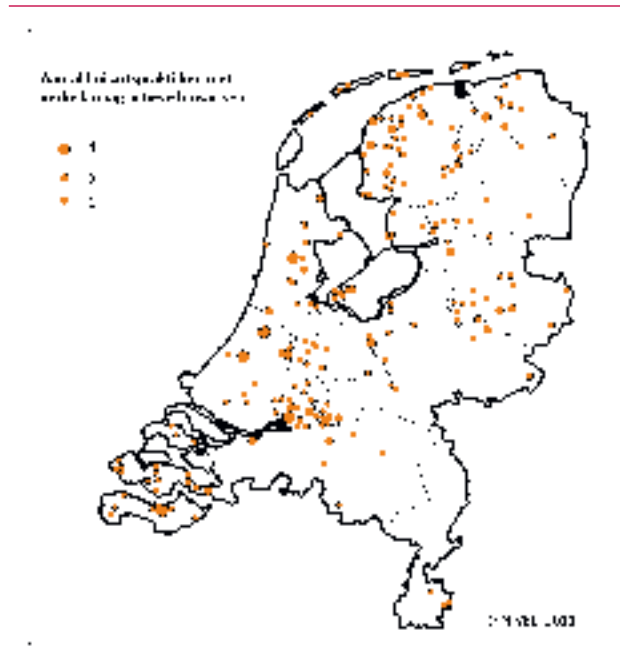
# Verloskundig actieve huisarts bestaat nog steeds

In 1977 waren er ongeveer 2700 regulier gevestigde huisartsen verloskundig actief. Daarna is het aantal teruggelopen tot 1120 in 1998 en 465 in 2002. De vraag is nu of dat aantal in de afgelopen 10 jaar verder is gedaald, mede gezien de toename van het aantal eerstelijnsverloskundigen (van 1125 in 2000 naar 1608 in 2010).

## INLEIDING

Om iets te kunnen zeggen over het huidige aantal verloskundig actieve huisartsen, hebben we naar twee bronnen gekeken. Eerst hebben we gebruikgemaakt van het register 'verloskunde' van het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB). Verondersteld mag worden dat huisartsen met een dergelijke registratie daadwerkelijk verloskundig actief zijn, maar deze registratie is niet verplicht. Daarom hebben we ook gebruikgemaakt van de NIVEL-huisartsenregistratie. Daarin kunnen huisartsenpraktijken aangeven dat zij bevallingen begeleiden. Omdat niet alle huisartsenpraktijken deze informatie aan het NIVEL verstrekken, is de NIVEL-registratie mogelijk onvolledig wat betreft het aantal verloskundig actieve praktijken. Ook is het onzeker of alle praktijken die dit hebben aangegeven ook op dit moment nog steeds verloskundige zorg bieden.

**Figuur** Spreiding van huisartsenpraktijken met verloskundig actieve huisartsen



Bron: CHBB-register en NIVEL-huisartsenregistratie

## AANTALLEN

Het register 'verloskunde' van het CHBB telde op 15 december 2011 168 huisartsen, verdeeld over 124 huisartsenpraktijken. De NIVEL-registratie vermeldde op datzelfde moment 197 huisartsenpraktijken die bevallingen begeleiden. In die praktijken werkten in totaal 409 huisartsen.

Vervolgens hebben we gekeken naar de overlap tussen het CHBB-register en de NIVEL-registratie. Van de 124 praktijken die volgens de CHBB-registratie verloskundig actief zijn, zijn er 82 die ook in de NIVEL-registratie als verloskundig actief bekend zijn. In die 82 praktijken werken in totaal 166 huisartsen, van wie 119 een CHBB-registratie 'verloskunde' hebben. Verder waren er in de CHBB-registratie nog 42 praktijken met 49 huisartsen die in de NIVEL-registratie niet bekend waren als verloskundig actief. Ten slotte zijn er in de NIVEL-registratie nog 115 praktijken met in totaal 243 huisartsen gevonden die naar eigen zeggen verloskundig actief zijn, maar die niet waren terug te vinden in het CHBB-register.

Er zijn dus 239 praktijken die wellicht verloskundig actief zijn. Het aantal huisartsen dat in die praktijken werkzaam is, bedraagt 458. Het aantal verloskundig actieve huisartsen in deze praktijken zal echter waarschijnlijk lager zijn.

## SPREIDING

De verloskundig actieve huisartsenpraktijken [figuur] zijn vooral te vinden in Zeeland, bij de Drechtsteden, in de westpunt van de Betuwe, in het Groene hart, in Urk, in Salland, op de Waddeneilanden (behalve Texel) en in Noordwest- en Oost-Friesland.

## CONCLUSIE

Eind 2011 waren er waarschijnlijk minimaal 168 en maximaal 458 verloskundig actieve huisartsen. De verloskundig actieve huisarts is dus zeker niet uitgestorven. Het aandeel van de huisartsen in de bevallingen zoals kan worden geschat op basis van de landelijke verloskunderegistratie lijkt tegelijkertijd wel te zijn gedaald van ongeveer 5% in 2002 tot 0,5% in 2008. Het gaat dan om ongeveer 1000 bevallingen per jaar. Als er zo'n 400 verloskundig actieve huisartsen zijn, dan is het aantal bevallingen per jaar per verloskundig actieve huisarts ongeveer 2,5. Bij 200 verloskundig actieve huisartsen gaat het om gemiddeld 5 bevallingen per huisarts per jaar. ■

De beschreven resultaten zijn gebaseerd op een eigen analyse van het NIVEL van gegevens van het CHBB en het NIVEL.

## 'Verwijs bij nekpijn eerder naar manuele therapie'

Afgelopen najaar promoveerde Jasper Schellingerhout, huisarts in Etten-Leur, op zijn proefschrift *Neck Pain in Primary Care: Prognosis and Methodology*. Hij vertelt over de bevindingen uit zijn onderzoek die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

### Methodologische voorkeur

In het proefschrift van Schellingerhout neemt zijn methodologisch onderzoek een prominente plaats in. Waarom heeft hij hier zo nadrukkelijk voor gekozen? 'Allereerst heb ik affiniteit met methodologisch onderzoek. Voordat ik aan mijn promotieonderzoek begon, heb ik een masters-opleiding gedaan in klinische epidemiologie en daarbij bleek dat ik de methodologische kant erg leuk vond. Ik heb het onderzoek dan ook met veel plezier gedaan. Wat betreft de keuze voor specifieke nekpijn, lag het voor de hand dat het bij een

promotieonderzoek aan de Erasmus Universiteit zou gaan om het bewegingsapparaat. Op dit gebied waren er enkele onderwerpen die aandacht behoeften en voor dit onderzoek was subsidie beschikbaar. Dat heeft mijn uiteindelijke keuze bepaald.'

### Vraagtekens bij vragenlijsten

Schellingerhout onderzocht de waarde van vragenlijsten waarmee onder andere het beloop van de klachten wordt beoordeeld. 'Huisartsen gebruiken dergelijke lijsten niet vaak, fysiotherapeuten doen dat bijvoorbeeld vaker. We hebben de meetkarakteristieken van alle nekspecifieke vragenlijsten onderzocht en daaruit kwam de Neck Disability Index als beste naar voren. Maar dat is wel bij gebrek aan beter!'

Volgens Schellingerhout zijn er namelijk kanttekeningen te plaatsen bij het gebruik van vragenlijsten. 'Het is als huisarts belangrijk om je bij het lezen van onderzoek – en vooral bij trials – te realiseren dat de resultaten van nekspecifieke vragenlijsten vaak als uitkomstmaat worden gebruikt. Ik vraag me af of dat wel betrouwbaar is, want het is dubieus of dergelijke vragenlijsten de onderzochte effecten wel kunnen aantonen.'

### Gebrekkige 'vertaling'

Een van de kanttekeningen die Schellingerhout plaatst bij dit soort vragenlijsten, is dat de vertalingen ervan geen rekening houden met 'transculturele validering'. Wat bedoelt hij daar precies mee? 'Iemands culturele achtergrond maakt uit bij de vragen die je het best kunt stellen om de ernst van de klachten te bepalen. In Nederland is bijvoorbeeld een vraag of je nog kunt autorijden heel relevant. Maar in landen waar lang niet iedereen een auto heeft, kunnen niet alle patiënten zo'n vraag beantwoorden en dan mis je dus ook de weging van dat aspect. Hetzelfde geldt voor de vraag of je nog een boek kunt lezen. Daar komt bij dat pijnbeleving niet universeel bepaald is. En het maakt bijvoorbeeld uit of je al dan niet uit een werkende cultuur komt met een volledige zorgopvang. Iemand die geen

achtervang heeft, blijft toch zijn werkzaamheden uitvoeren, nekpijn of niet.'

'Tot op heden werd geen rekening gehouden met die verschillen in culturele achtergrond, maar ons onderzoek laat duidelijk zien dat dit onterecht is. Dat is een heel interessante bevinding, want hetzelfde geldt dan waarschijnlijk ook voor andere vragenlijsten. Bijna altijd wordt gevraagd naar de ziekte-last en -beleving van de patiënt, maar daarbij zul je dus vermoedelijk altijd culturele verschillen zien. Want wat geldt voor de vragenlijsten over nekpijn, geldt ongetwijfeld ook voor vragen over bijvoorbeeld COPD.'

### Prognostische factoren

Schellingerhout heeft een prognostisch model ontwikkeld dat de kans op blijvende klachten inschat bij patiënten met aspecifieke nekkklachten. Van de zeventien variabelen die hierbij werden meegenomen, bleken er negen het beloop te voorspellen. Het valt op dat de aanwezigheid van hoofdpijn invloed heeft op het gewicht dat aan een aantal andere prognostische factoren moet worden toegekend. 'Als er sprake is van nekpijn gecombineerd met hoofdpijn, dan heeft bijvoorbeeld uitstralende pijn naar elleboog en schouder een groter negatief effect op de prognose dan als er alleen nekpijn is. En bij de combinatie met hoofdpijn wordt ook aan eerder doorgemaakte nekkklachten een groter prognostisch effect toegekend. Het is dus een samenspel van allerlei factoren, waarbinnen hoofdpijn een modifierend effect heeft.'

Met de scoretabel kan aantoonbaar beter dan voorheen worden voorspeld of de patiënt na zes maanden al dan niet van zijn nekkklachten is hersteld. Schellingerhout: 'Nu alle factoren zijn gebundeld kun je dus iets zeggen over de prognose van de klachten na zes maanden, maar alle factoren op zich hebben een sterk wisselend effect op de prognose. De gemiddelde huisarts zal dit model dan ook niet vaak gebruiken in de praktijk. Wel kan het model goed worden toegepast om hoog-risicopatiënten te selecteren voor nader onderzoek naar optimale behandelingswijzen.'



### Nuttig beslismodel

Het meest bruikbaar voor de huisarts vindt Schellingerhout het door hem ontwikkelde beslismodel [figuur]. Aan de hand van overzichtelijke criteria is hieruit de optimale behandeling van specifieke nekpijn af te lezen. Opvallend is dat alle patiënten baat blijken te hebben bij manuele therapie. Alleen bij patiënten met veel pijn wordt *usual care* aanbevolen, ofwel afwachten en pijnstilling. 'Het is belangrijk je te realiseren dat het model is ontwikkeld op basis van statistiek. Toch trek je als huisarts bij een functionele benadering wel degelijk dezelfde conclusie: bij veel pijn geef je eerst pijnstilling.'

De aan- of afwezigheid van lagerugpijn is het tweede onderscheidende element in het beslismodel. Heeft Schellingerhout een verklaring gevonden voor de wederzijdse beïnvloeding van lagerugpijn en nekpijn? 'Als je je op statistiek baseert en niet op consensus, is niet altijd alles verklaarbaar. Maar we hebben duidelijk aangetoond dat lagerugpijn – en overigens ook een hogere leeftijd – onderscheid maakt in de keuze voor de effectiefste behandeling. Overigens zie ik de associatie van lagerugpijn met nekpijn wel, maar niet de prognostische effectmodificatie ervan.'

### Het eigen beleid

Heeft Schellingerhout het beleid bij zijn eigen patiënten met specifieke

nekpijn aangepast naar aanleiding van zijn onderzoeksbevindingen? 'Jazeker, ik gebruik nu ook het beslismodel, want dat is simpel en gemakkelijk toepasbaar. Voorheen koos ik bijna altijd voor *usual care* en eventueel verwijzing naar een fysiotherapeut. Die besloot dan vervolgens of er manuele therapie moest worden ingezet. Vooral als bewegingsbeperking op de voorgrond staat, stuur ik tegenwoordig zelf meer gericht de patiënt naar manuele therapie door. Dat is nog niet algemeen ingeburgerd, maar ik zou het ook aan andere huisartsen adviseren, zeker als de pijn niet overheersend is.'

### Zure regen...

Een van de stellingen bij het proefschrift luidt: 'Het broeikas-effect is de hedendaagse versie van de zure regen. De (maatschappelijke) impact ervan wordt meer bepaald door de media dan door de wetenschappelijke feiten.' Kan Schellingerhout dit toelichten? 'Ik vind het maar de vraag hoe onderzoek de mensen bereikt. Dat heeft minder met de kwaliteit van het onderzoek te maken dan met de nieuwsaarde en de manier waarop de media het brengen. Destijds werd zure regen heel groot naar buiten gebracht, als was het einde van de wereld in zicht. Toen die zure regen toch minder impact had dan was gedacht, is het fenomeen in de vergetelheid geraakt. Zo ook hoor je steeds wis-

selende dingen over het broeikas-effect; dat vind ik allemaal nog steeds heel matig onderbouwd. Met de resultaten van medisch onderzoek zal dat heus niet anders gaan.'

### Na de promotie

Schellingerhout heeft per juli 2011 een huisartsenpraktijk overgenomen. Is er nu nog tijd voor vervolgonderzoek? 'Op

dit moment niet, maar ik sluit niet uit dat ik wel weer iets ga oppakken. Ik zou alleen nog niet weten in welke richting dat dan zou gaan.'

Komen uit zijn promotieonderzoek nog onderwerpen naar voren waarvan Schellingerhout meent dat vervolgonderzoek nodig is? 'Nekklachten behoren tot de meest voorkomende problemen die de huisarts ziet, dus daar wordt veel onderzoek naar gedaan. Tot dusver rolt daar helaas weinig uit waar de patiënt baat bij heeft. Ik denk dat de methode die wij hebben gekozen een heilzamer weg biedt. Het is beter om bij onderzoek niet de hele groep te selecteren maar de patiënten op basis van kenmerkende factoren te includeren. Wellicht zal dat leiden tot betere resultaten.'

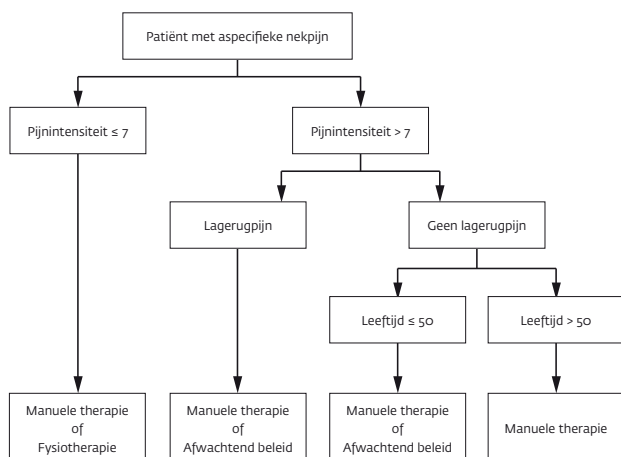
Zet Schellingerhout wel zijn lidmaatschap van de Raad van Advies voor Huisarts en Wetenschap voort? 'Ik kwam bij de Raad in 2008 omdat ik het interessant vond om bij H&W betrokken te zijn. Je krijgt een kijkje in de keuken van zo'n blad en het is leuk om te zien hoe het daar reilt en zeilt, en om als klankbord voor de redactie te fungeren. Dit soort activiteiten is ook goed te combineren met de praktijk, dus dat zal ik zeker blijven doen.'

### Pleidooi voor aiotho's

Tot slot wil Schellingerhout een lans breken voor het aiotho-traject. 'Toen ik met mijn onderzoek begon, was dat nog niet zo bekend, maar nu neemt het echt een vlucht. Het enthousiasme vanuit de universiteiten én van de aiotho's is heel groot. Terrecht, want zo kunnen we inzichten en ervaringen aanwenden die nodig zijn om onderzoek ook goed toepasbaar te maken voor de huisarts. Bovendien krijgen we een grotere pool van wetenschappelijk gevormde huisartsen en dat zal volgens mij leiden tot een hoger niveau van de huisartsgeneeskunde. Dat aiotho-traject is dus een uitstekende ontwikkeling geweest!' ■

Ans Stalenhoef

**Figuur** Beslismodel specifieke nekklachten



## Na de hoogmoed...

Ik was net weer in staat tot 'lichte' werkzaamheden, zodat ik die middag voor Sinterklaasavond geruime tijd in mijn werkkamer doorbracht om de administratie en de post op peil te krijgen. Ik kwam kennelijk even te snel over-eind, want ik werd duizelig en stortte als een zoutzak ter aarde, in casu met mijn heup op het parket. In godsnaam niet wéér naar een ziekenhuis, was mijn eerste gedachte. Gevolgd door: Ach, mijn lieve mantelzorgster dacht net weer wat licht aan het eind van de tunnel te zien...

Bij de telefoon kon ik niet komen. Mijn rug durfde ik niet te bewegen want die lag plat op de grond en ik weet van de EHBO op het sportveld dat de boodschap is: stil blijven liggen tot het gefixeerd is.

Maar aan het eind van de middag ging het opeens snel. Vrouw komt binnen: 'Och gut!' Huisarts komt binnen: 'Doet dit pijn?' Broeders komen binnen: 'Een, twee, drie... prima zo!'

En wéér een gang naar de kliniek. Rechterbovenbeen gebroken. Mijn heup blijkt aardig versleten, maar het gaat een week duren voor er een passende prothese is. Zó lang plat liggen ga ik niet trekken. Na een paar dagen van orthopedisch overleg wordt besloten dat de patiënt toch te kwetsbaar is voor een gehele heupoperatie en wordt de breuk met roestvrijstalen onderdelen gerepareerd. Ik was in een erg matige conditie en had de delirien van de intensive care

nog vers in het geheugen. Ik was bang voor restverschijnselen van een narcose op mijn leeftijd en wilde daarom per se de narcotiseur ertoe bewegen mij een ruggenprik te geven ('Je zag het bij Juliana...'). Maar alle pogingen ten spijt krijgen we deze man drie dagen lang niet te spreken! ('Ik ken die meneer wel...', krijgen we te horen via een zus-ter die door hem werd terechtgewezen hem vooral niet te storen). Vlak voor de operatie zie ik de narcotiseur eindelijk, maar ik ben dan al te beneveld om nog behoorlijk te kunnen praten.

De uitwerking van de niet-gewilde narcose liegt er niet om. Ik krijg een dagenlang delirium en weet niet meer wie de spelers in het stuk zijn. Overdag zit ik gesedeerd in een stoel, maar zodra de dag donkerder begint te worden, weet ik niet meer wie of waar ik ben. 's Middags om vijf uur ga ik naar mijn huis in Oegstgeest (ik woon in Amsterdam). Als ik de sleutel omdraai en 'mijn huis' binnenstap, is het weer de ziekenhuiskamer waar mijn, nu lege, bed staat en de andere bedden bezet zijn door drie oudere heren met wie ik mijn ziekenhuiskamer deel. Ik bel in paniek mijn gade op: 'Ze hebben het hele ziekenhuis naar ons huis verplaatst! Waar ben jij nou?' 'Gewoon thuis, ik ben net bij je op bezoek geweest...' 'Dat kan niet, want ik ben nu thuis en jij bent hier niet en ze hebben van alles veranderd!' Ik ben pas weer in de realiteit terug te brengen als zij nogmaals de autorit naar het ziekenhuis heeft ondernomen en wij elkaar fysiek ontmoeten. Maar ze is nog niet weg of ik beland weer op een onbekende plek.

'Mag ik niet bij hem blijven slapen nu hij toch in een aparte ruimte ligt?' 'Ja, dat moest er nog bijkomen. Stel dat we daaraan gaan beginnen... Straks komt iedereen hier slapen! We zijn hier tenslotte wel een bedrijf, mevrouw! We geven hem wel een rustgevend middel.' En daar hing ik de volgende dag dan weer comateus in de stoel. Van revalideren komt zo helemaal niets terecht en zorg voor de patiënt bestaat uit het zorgen dat de patiënt niemand tot last is.

Mijn vrouw had de maand tevoren aan de ziekenhuisdirectie een brief van vier kantjes geschreven om bij hen het inzicht in het handelen van het ziekenhuispersoneel te vergroten. Vooral de IC stond daarin centraal. We waren dan ook niet verbaasd toen we vrijwel gelijktijdig in de kranten lazen dat de inspectie de communicatie op de IC ver onder de maat bleek te vinden.

De brief had overigens een opvallend positief effect. Hij was op de afdelingen besproken en tijdens mijn polibezoek spraken de diverse specialisten mij erop aan in een sfeer van: 'Hartelijk dank voor alle moeite die jullie genomen hebben. Want dat patiëntenperspectief kennen we natuurlijk wel, maar je houdt er vaak toch geen rekening mee in je handelen van alledag.' De communicatie met en de bejegening door de afdelingen die in de brief besproken waren, gingen bij deze opname opvallend veel beter dan daarvoor. Maar de afdelingen die nieuw voor mij waren, en dus niet in de brief besproken waren, 'wisten nog van niets.' Of we het formulier voor het 'tevredenheidsonderzoek' thuis wilden invullen, werd mij bij het ontslag gevraagd. Maar moeten we nou na elke behandeling uren in de pen klimmen om het ziekenhuis aan nascholingsmateriaal te helpen...? ■

Hans van der Voort  
hvdvoort@knmg.nl





## KENNISTOETS: VRAGEN

De heer De Ridder, 62 jaar, bezoekt de huisarts omdat hij de laatste maanden wat moeilijker uitplast en vaker aandrang heeft. Hij is bezorgd over zijn klachten omdat zijn zwager prostaatkanker heeft. Op diens advies vraagt de heer De Ridder of de huisarts ook de PSA-waarde in zijn bloed kan bepalen. De huisarts zegt dat er (1) geen verband is aangetoond tussen zijn klachten en prostaatkanker. Verder zegt de huisarts dat (2) de PSA-bepaling *niet* geschikt is om de diagnose prostaatkanker te stellen maar dat (3) een PSA-bepaling wel geschikt is om het beloop van prostaatkanker te volgen.

- 1 De uitspraak van de huisarts na 1 is correct.
- 2 De uitspraak van de huisarts na 2 is correct.
- 3 De uitspraak van de huisarts na 3 is correct.

Mevrouw Janssen, 28 jaar, komt op het spreekuur om te vertellen dat ze zwanger is. Ze is twee weken over tijd en de zwangerschapstest thuis was positief. Het is haar eerste zwangerschap. De huisarts kent haar vanwege haar verhoogde bloeddruk en fors overgewicht (BMI > 30). Mevrouw Janssen vraagt of de verloskundige haar zwangerschap verder kan gaan begeleiden. De huisarts antwoordt hierop bevestigend. Zij zegt dat (1) het overgewicht geen reden is om haar naar de gynaecoloog te verwijzen en dat ook (2) de verhoogde bloeddruk geen reden is om haar naar de gynaecoloog te verwijzen.

- 4 De huisarts heeft gelijk wat betreft de aandoening na 1.
- 5 De huisarts heeft gelijk wat betreft de aandoening na 2.

De heer Van Rossem, 41 jaar, heeft sinds drie dagen last van een rood oog rechts. Hij heeft geen uitgesproken jeuk. Toen hij wakker werd, waren zijn oogleden aan elkaar geplakt. Hij heeft dit nooit eerder gehad. Na onderzoek besluit de huisarts dat het waarschijnlijk gaat om een bacteriële conjunctivitis en schrijft een lokaal antibioticum voor. De huisarts vraagt de heer Van Rossem terug te komen voor een herbeoordeling wanneer er binnen 72 uur geen verbetering optreedt.

- 6 Het gegeven 'nooit eerder' ondersteunt de diagnose van de huisarts.
- 7 Het lokale antibioticum van voorkeur is hier fusidinezuur.
- 8 De termijn van 72 uur is hier correct.

De dienstdoende visitearts bezoekt in het verzorgingshuis mevrouw Van Kampen, 80 jaar. Zij hoest sinds vier dagen, heeft een temperatuur van 39,3°C en is kortademig. Haar medische dossier vermeldt onder andere een hypercholesterolemie waarvoor ze 40 mg simvastatine gebruikt, COPD (Gold II) en een allergie voor amoxicilline. Na onderzoek stelt de visitearts de diagnose exacerbatie COPD bij een luchtweginfectie. De visitearts wil hiervoor antibiotica voorschrijven en maakt een recept voor een kuur doxycycline in adequate dosering.

- 9 De keuze van dit middel is hier correct.

Mevrouw Van Kampen zegt dat ze bij doxycycline altijd veel last van bijwerkingen heeft en vraagt om iets anders. De visitearts maakt nu een recept voor erytromycine.

- 10 De visitearts kan dit middel zonder verdere maatregelen aan mevrouw Van Kampen voorschrijven.

De antwoorden staan op pagina 140.

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

# Pijnlijke elleboog

## WAT IS HET PROBLEEM?

Huisartsen zien geregeld patiënten met een pijnlijke elleboog maar behandeling is niet eenvoudig. Bij epicondylitis zijn de beperkte behandelingsmogelijkheden gericht op symptoombestrijding en acceptatie. Ook vragen van de patiënt over de effectiviteit van corticosteroïdinjecties, braces en fysiotherapeutische begeleiding zijn soms lastig te beantwoorden. Bij bursitis kan de differentiatie tussen een infectieuze en niet-infectieuze oorzaak moeilijk zijn.

## WAT MOET IK WETEN?

De incidentie van elleboogklachten wordt geschat op 7 patiënten per 1000 per jaar. Van de nieuw gepresenteerde elleboogklachten blijkt 65% een epicondylitis lateralis, 5% een epicondylitis medialis en 9% een bursitis olecrani. Minder frequente oorzaken zijn fracturen, artritis en artrose. Slechts in 1% van de gevallen is er een neurologische oorzaak.

Bij epicondylitis lateralis/medialis (piekincidentie 40 tot 50 jaar) is er een tendinopathie van de proximale inserties van respectievelijk de polsextensoren en -flexoren. Na een halfjaar is 80% van de patiënten klachtenvrij, na een jaar 90%. Bij onderzoek kan drukpijn op de epicondylen wijzen op epicondylitis, zeker als de pijn is te provoceren door dorsale (laterale epicondylitis) of palmar (mediale epicondylitis) flexie van de pols tegen weerstand, met de elleboog in extensie. Afwezigheid van epicondylaire drukpijn maakt epicondylitis onwaarschijnlijk.

Paracetamol is de eerste keuze bij pijnbestrijding, gevolgd door lokaal aan te brengen NSAID's (crèmevorm) – die zijn bewezen effectief voor de eerste vier weken. Voor orale NSAID's en andere pijnstillers is geen evidence. Lokale corticosteroïdinjecties zijn af te raden: deze geven op korte termijn verlichting maar hebben een nadelig effect op lange termijn (met terugkeer van pijnklachten).

Fysiotherapeutische behandelingen als diepe dwarse fricties, braces, ultrageluid en oefentherapie zijn ineffectief, evenals operatieve ingrepen.

Bij bursitis olecrani is er een traumatische, inflammatoire of infectieuze oorzaak. Minder frequente oorzaken zijn systeemziekten als jicht en reumatoïde artritis. Kenmerken van bursitis kunnen zijn: roodheid, pijn en een fluctuerende zwelling bij het olecranon. In 30% van de gevallen is er een infectieuze oorsprong (meestal *Staphylococcus aureus* of *Staphylococcus epidermis*). Differentiatie tussen een infectieuze en niet-infectieuze bursitis olecrani is moeilijk. Roodheid, zwelling, warmte, forse pijn, peribursale cellulitis, zwelling van

de proximale onderarm, lymfadenopathie en algemeen ziek zijn met koorts wijzen op een infectie. Kweek van een bursa-aspiraats kan dit bevestigen. Purulent materiaal duidt vrijwel zeker op een infectie. De effectiviteit van koelen, vermijden van druk en pijnbestrijding is niet aangetoond maar wordt wel vaak geadviseerd. Intrabursale corticosteroïdinjecties bij een niet-geïnfecteerde bursitis kunnen leiden tot complicaties (infectie, huidatrofie en chronische pijn) en zijn daarom niet geïndiceerd. Het is onbekend of aspiratie bij een niet-infectieuze bursitis het beloop gunstig beïnvloedt.

## WAT MOET IK DOEN?

Vraag naar de plaats (epicondylen/olecranon), het ontstaan/beloop (snel bij infectieuze bursitis, geleidelijk bij epicondylitis), koorts (infectieuze bursitis) en intensiteit van de pijn. Vraag ook naar provocerende bewegingen (polsbewegingen bij epicondylitis/prikkeling bursa), de mate van invaliditeit/functieverlies, het recidiverende karakter en de lichamelijke en psychische belasting (epicondylitis).

Inspecteer op standsafwijkingen, zwellingen, porte d'entrée en roodheid. Doe zo nodig bewegingsonderzoek met flexie/extensie en pro-/supinatie van de elleboog.

Punteeer bij verdenking op infectieuze bursitis én behoefte aan diagnostische zekerheid de bursa-inhoud voor een kweek. Behandel bij klinische verdenking op infectie met flucloxaciline. Incideer en draineer de bursa bij abcedering, gevolgd door een drukverband. Verwijs bij uitbreiding of onvoldoende effect van het antibioticum.

## WAT MOET IK UITLEGGEN?

Geef bij epicondylitis uitleg over overbelasting en het natuurlijk beloop. Vertel dat geen enkele therapie de duur van de klachten verkort, kernpunt van de behandeling is het vermijden van overbelasting en pijnstilling. Biedt de NHG-Patiëntenbrief aan.

Leg bij niet-infectieuze bursitis uit dat een slijmbeursontsteking meestal vanzelf geneest. Geef bij infectie voorlichting over alarmsymptomen (koorts, malaise en uitbreiding), omdat dit consequenties heeft voor het beleid. Adviseer bij aanhoudende elleboogklachten een nieuwe afspraak voor adequate pijnstilling, het bespreken van het spontane beloop en de mogelijk psychosociale overbelasting. ■

## LITERATUUR

- Assendelft WJJ, Smidt N, Verdaasdonk AL, Dingjan R, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Epicondylitis. Huisarts Wet 2009;52:140-6.
- De Jongh TOH, Grundmeijer HGLM, De Vries H. Diagnostiek van alledaagse klachten, bouwstenen voor rationeel probleemoplossen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011.
- Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W. Kleine kwalen in de huisartspraktijk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2007.

# Stoppen met roken

## WAT IS HET PROBLEEM?

In Nederland sterven jaarlijks zo'n 20.000 mensen aan de gevolgen van roken. Uit onderzoeken blijkt dat 80% van de rokers graag wil stoppen en dat per jaar 25% het ook serieus probeert. Aangezien 70% van de Nederlanders jaarlijks de huisarts bezoekt, lijkt de huisartsenpraktijk de ideale plaats voor een stoppen-met-rokeninterventie. De werkelijkheid is echter weerbarstig: wanneer stelt de huisarts het roken aan de orde en hoe kan hij de patiënt het best begeleiden bij het stoppen? Verder zien veel huisartsen het niet als hun primaire taak de leefstijl van patiënten te beïnvloeden en hebben ze twijfels over de effectiviteit van de behandelingsmogelijkheden. Een gemiste kans.

## WAT MOET IK WETEN?

Zonder ondersteuning is na een jaar minder dan 3% van alle stoppogingen succesvol. Met behulp van verschillende behandelingen kan dat wel 20% worden. Daarom is het belangrijk dat huisartsen naar rookgedrag vragen, een passend advies geven en een bewezen effectief behandelingsaanbod doen.

Adviseer elke roker actief te stoppen: de gemotiveerde patiënt, de overweger en de ongemotiveerde patiënt. Bied de gemotiveerde patiënt een intensief ondersteunende interventie. Bied de overweger een korte motivatieverhogende interventie om de barrières te bespreken en een stoppoging te plannen. Vraag de ongemotiveerde patiënt om toestemming in een volgend consult op dit punt terug komen.

Er zijn verschillende gedragsmatige en farmacotherapeutische methodes die de succeskans van een stoppoging kunnen verhogen. Een kort advies van de huisarts alleen al zorgt voor een verdubbeling van de kans van slagen (6%). Intensieve gedragsmatige begeleiding, individueel of in groepsverband, heeft een nog groter effect (10% stopkans). Effectieve farmacotherapie bestaat uit nicotinevervangende middelen en de antidepressiva nortriptyline en bupropion (17% stopkans). Adviseer nortriptyline gedurende zeven tot twaalf weken met een geplande stopdag in week 2. Voor bupropion geldt hetzelfde advies met een behandelingsduur tot 9 weken. Een nieuw effectief middel is varenicline dat als partiële acetylcholineagonist de ontwenning en zucht naar sigaretten vermindert (20% stopkans). De behandelingsperiode is tien tot twaalf weken, eveneens met een stopdag in de tweede week.

Het rookgedrag wordt voornamelijk bepaald door het op peil houden van de verslavende nicotineconcentratie vanwege de prettige bijeffecten. Bij het stoppen ontstaan er hinderlijke

ontwenningsverschijnselen zoals: prikkelbaarheid, rusteloosheid, concentratieverlies, slapeloosheid, hoofdpijn, toegenomen eetlust, gewichtstoename en het snakken naar sigaretten. Deze symptomen ontstaan gemiddeld twee tot twaalf uur na het roken van de laatste sigaret, met een piek na één tot drie dagen, en duren gemiddeld drie tot vier weken. De psychische afhankelijkheid (drang om te roken) houdt echter veel langer aan en is moeilijk te doorbreken. Adequate begeleiding van terugvalpreventie in de follow-up is daarom van groot belang. Stel dan aan de orde: hoe om te gaan met moeilijke momenten; angst te falen, dalende motivatie, gebrek aan sociale steun en gewichtstoename. Zie terugval als een leermoment.

## WAT MOET IK DOEN?

Besprek roken actief met elke patiënt. Bied hulp bij stoppen op basis van de 'vijf A's'. (1) *Ask*: Vraag of de patiënt rookt. (2) *Advise*: Adviseer om te stoppen met roken. (3) *Assess*: Beoordeel of de patiënt bereid is te stoppen. Verhoog de motivatie door de nadelen van roken en de voordelen van het stoppen te benadrukken. Evalueer ook eerdere stoppogingen en bijbehorende obstakels als ontwenningverschijnselen, gewichtstoename, angst te falen en gebrek aan sociale steun. (4) *Assist*: Assisteer en begeleid de patiënt in de stoppoging. Bespreek het gebruik van farmacotherapie, plan een passende stopdatum en bespreek mogelijke oplossingen voor moeilijke momenten. (5) *Arrange*: Maak één of meerdere afspraken voor nazorg (terugvalpreventie) tot een half jaar na de stoppoging, bijvoorbeeld telefonisch.

## WAT MOET IK UITLEGGEN?

Geef voorlichting over de nadelen van roken en de voordelen van stoppen (vooral een langer leven in combinatie met een hogere kwaliteit van leven). Verhoog de succeskans substantieel door ondersteunende gesprekken en farmacotherapie. Laat rokers die proberen te stoppen bij een terugval contact opnemen met de praktijk. Geef de Patiëntenbrief 'Stoppen met roken: adviezen en hulpmiddelen'. Betrek de praktijkverpleegkundige/POH bij de uitvoering en implementatie van het stoppen-met-rokenbeleid. Sinds 1 januari 2012 worden farmacologische stoppen-met-roken hulpmiddelen niet meer vergoed door de zorgverzekeraars. ■

## LITERATUUR

- 1 Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD, Van der Laan JR, Jansen PWM, Guerrouj S, et al. NHG-Standaard Stoppen met roken. Huisarts Wet 2007;50:306-14.
- 2 [www.stivoro.nl](http://www.stivoro.nl).



# Recidiverende aften en vitamine B<sub>12</sub>

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** Is vitamine B effectief als behandeling van recidiverende aften?

**Zoekstructuur** We zochten eerst in PubMed met de zoektermen 'aphthous stomatitis' AND 'vitamin B' en 'aphthous stomatitis' AND 'vitamin b complex'. Daarna zochten we specifiek met de termen 'aphthous stomatitis' AND 'vitamin B<sub>12</sub>'.

**Resultaten** We vonden geen relevante artikelen over de behandeling van aften met vitamine B in het algemeen maar wel over vitamine B<sub>12</sub>: een RCT, een case report en twee trials. Later vonden we nog een trial in een tandheelkundig tijdschrift.

**Bespreking** In 1975 onderzochten Wray et al. het effect van vitamine B<sub>12</sub> op recidiverende aften.<sup>1</sup> Zij includeerden 130 patiënten. Vijf patiënten bleken vitamine-B<sub>12</sub>-deficiëntie te hebben. Zij kregen eenmaal per 2 maanden 1000 microg gedurende ten minste 6 maanden suppletie. Daarna toonden 4 van hen complete remissie, de vijfde toonde verbetering.

Volkov et al. beschreven in een case report drie patiënten met aften, van wie twee met een verlaagd vitamine-B<sub>12</sub>-gehalte en een laagnormale waarde.<sup>2</sup> Behandeling met parenteraal 1000 microg vitamine B<sub>12</sub> leidde tot snelle verbetering en complete remissie binnen een paar weken.

Burgess en Haley verrichtten een dubbelblinde, placebo-gecontroleerde trial bij 46 patiënten.<sup>3</sup> Hierbij werd vitamine B<sub>12</sub> direct in de mond aangebracht. De onderzoekers vonden een significant verschil in pijnvermindering ( $p < 0,02$ ). Meer patiënten in de interventiegroep rapporteerden een verlaging van frequentie en duur, maar dit verschil was niet-significant.

Gulcan et al. onderzochten het effect van cyanocobalamine bij 72 ziekenhuispatiënten met aften met een normaal of verlaagd vitamine-B<sub>12</sub>-gehalte.<sup>4</sup> Zij kregen intramusculair eerst dagelijks 1000 microg (een week), daarna wekelijks (een maand) en tot slot maandelijks (6 maanden). Zowel patiënten met een verlaagd ( $n = 37$ ) als met een normaal vitamine-B<sub>12</sub>-gehalte ( $n = 35$ ) toonden een significante afname ( $p < 0,001$ ) van de frequentie van recidiverende aften. Zestig patiënten waren geheel genezen, 9 gedeeltelijk en bij 3 patiënten was er geen effect.

Volkov et al. vergeleken in een gerandomiseerd, dubbelblind, placebo-gecontroleerd onderzoek de effectiviteit van

vitamine B<sub>12</sub> met placebo.<sup>5</sup> De interventiegroep ( $n = 31$ ) kreeg 1000 microg vitamine B<sub>12</sub> als sublinguale tablet, eenmaal daags, gedurende 6 maanden. De controlegroep ( $n = 27$ ) kreeg een placebo. De eindpunten van dit onderzoek waren gemiddelde duur van een aftenepisode, het maandelijks aantal aften en de ernst van de pijn. Na 5 en 6 maanden waren duur ( $p < 0,05$ ), aantal ( $p < 0,05$ ) en pijn ( $p < 0,05$  en  $p < 0,01$ ) significant lager in de interventiegroep dan in de controlegroep. In de interventiegroep hadden significant meer mensen helemaal geen aften meer. Ruim 74% vertoonde complete remissie tegenover 32% in de controlegroep ( $p < 0,01$ ). De uitkomsten waren niet afhankelijk van het serumvitamine-B<sub>12</sub>-niveau bij aanvang van het onderzoek.

Alle onderzoeken suggereren een gunstig effect van vitamine B<sub>12</sub> bij recidiverende aften, maar enkele kanttekeningen zijn op hun plaats. Een case report geeft alleen een indicatie van een mogelijk effect. Er zijn slechts twee placebo-gecontroleerde, dubbelblinde onderzoeken, waarvan één onderzoek kwalitatief slecht en niet onafhankelijk was.<sup>3</sup> Het andere (gerandomiseerde) onderzoek was kwalitatief goed.<sup>5</sup> Drie van de vijf onderzoeken betreffen ziekenhuispatiënten en zijn mogelijk niet representatief voor de huisartsenpraktijk.<sup>1,3</sup> In de onderzoeken wordt vitamine B<sub>12</sub> op verschillende manieren toegediend (sublinguaal, lokaal op de lesie, intramusculair), hetgeen mogelijk invloed heeft op het effect van de behandeling.

**Conclusie** Vitamine B<sub>12</sub> lijkt effectief bij de behandeling van recidiverende aften. Het is onduidelijk wat de effectiefste manier van toedienen is.

**Betekenis** Bij patiënten met recidiverende aften die weinig baat hebben bij symptomatische therapie zou een behandeling met vitamine B<sub>12</sub> kunnen worden overwogen, ook wanneer zij een normale serumvitamine-B<sub>12</sub>-spiegel hebben. ■

## LITERATUUR

- 1 Wray D, Ferguson MM, Mason DK, Hutcheon AW, Dagg JH. Recurrent aphthae: treatment with vitamin B12, folic acid and iron. *BMJ* 1975;2:490-3.
- 2 Volkov I, Rudoy I, Abu-Rabia U, Masalha T, Masalha R. Case report: recurrent aphthous stomatitis responds to vitamin B12 treatment. *Can Fam Physician* 2005;51:844-5.
- 3 Burgess JA, Haley JT. Effect of bioactive B12 in adhering discs on aphthous ulcers. *Inside Dentistry* 2008;4:60-4.
- 4 Gulcan E, Tokar S, Hatipoglu H, Gulcan A, Tokar A. Cyanocobalamin may be beneficial in the treatment of recurrent aphthous ulcers even when vitamin B12 levels are normal. *Am J Med Sci* 2008;336:379-82.
- 5 Volkov I, Rudoy I, Freud T, Sardal G, Naimar S, Peleg R, et al. Effectiveness of vitamin B12 in treating recurrent aphthous stomatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Board Fam Med* 2009;22:9-16.

# Geen bewijs effect financiële prikkels

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** Financiële prikkels om kwaliteit te belonen worden steeds vaker toegepast om efficiënte en billijke gezondheidszorg te stimuleren. In Nederland kennen we dergelijke maatregelen als de zogenaamde landelijke variabilisering (2011) van macro € 60 miljoen binnen de basiszorg van huisartsen en als de aanvullende zorg bij Modernisering & Innovatie Huisartsenzorg (2006).

**Klinische vraag** Leiden financiële prikkels voor huisartsen tot betere zorg?

**Conclusie auteurs** Er is onvoldoende bewijs dat het toekennen van financiële prikkels de kwaliteit van huisartsenzorg verbetert of dat deze methode kosteneffectiever is dan andere methoden om kwaliteit te verbeteren. Zes van de zeven onderzoeken beschrijven weliswaar geringe positieve effecten op enkele (maar niet alle) primaire uitkomsten, maar er zijn ernstige methodologische beperkingen en de generaliseerbaarheid is lastig. Vijf Amerikaanse onderzoeken gaan over stimuleringsregelingen door verzekeraars over diabetesindicatoren, screenen op baarmoederhalskanker, borstkanker, chlamydia of vaccinaties bij kinderen. Een Engels onderzoek heeft een bedrijfstoeslagregeling bij loondienst als onderwerp en een Duits onderzoek gaat over een (financiële) prikkel bij stoppen met roken.

**Beperkingen** De meeste onderzoeken waren van zeer matige kwaliteit. De kans op bias is dus groot. Geen enkel onderzoek hield rekening met selectiebias waardoor deelnemende praktijken een grote vrijheid hadden om te bepalen wanneer de interventie van toepassing was.

**Bron** Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. Cochrane Database Syst Rev 2011, Issue 9, Art.No.: CD008451. De review omvat 7 onderzoeken die 864 praktijken includeerden.

## COMMENTAAR

Deze review betekent dat er geen wetenschappelijke onderbouwing is voor de visie dat prestatiebekostiging van de overheid – dus het (beter) betalen voor een (betere) prestatie – zal leiden tot betere zorg. Deze constatering kan vergaande consequenties hebben voor de ketenzorgprogramma's (sinds 2007), nieuwe eerstelijnsdiagnostiek (2013) en de nieuwe bekostiging van de basiszorg (2013?).

De beste garantie voor een goede *output* (prestaties) en *outcome* (effect) is mijns inziens eerder een goede investering in *input* (geld, middelen, personeel) en organisatie (*throughput*). Deze aanpak is bovendien eenvoudiger te realiseren. Voor de eerstelijnszorg overleggen de huisartsen met belanghebbende partijen en schrijven vervolgens een zorgstandaard over inhoud en organisatie van de zorg. Dit is grotendeels al bestaand beleid. Vervolgens bedenken huisartsen welke randvoorwaarden er nodig zijn en hoe ze de kwaliteit van de zorg, gemeenten naar de zes doelstellingen van het Institute of Medicine ([www.iom.edu](http://www.iom.edu)), stapsgewijs kunnen verbeteren. Deze verbeteringen moeten vanuit de haarvaten van de beroepsgroep zelf komen, zowel qua inhoud als qua uitvoering, en niet van boven worden opgelegd door de overheid, NZA of verzekeraars. De zogenaamde verbeteringen met prestatiebetalingen (targets), extra salaris en 'pay for performance' zijn tot mislukken gedoemd. Juist die andere aanpak zou een kentering in de financiering van prestatie-indicatoren inhouden met enerzijds structuurindicatoren – zoals huisvesting, personele ondersteuning, indicatoren van een arbeidsanalyse en ict – en anderzijds procesindicatoren voor de organisatie en bedrijfsvoering. De betaling vindt dan niet plaats op basis van financiële prikkels maar op basis van realistische en transparant gemaakte kostprijzen van praktijkstructuur en organisatie. De werkafspraken over deze structuur- en procesindicatoren worden vastgelegd in voor alle huisartsen geldende meerjarige contracten met alle verzekeraars. Dit betekent dus dat de professional een uitbreiding van verantwoordelijkheden moet vragen én krijgen. Deze werkwijze betekent dat de landelijke variabilisering (het onttrekken van geld uit het landelijk huisartsenkader en onder voorwaarden weer ter beschikking stellen) stopt en de huisartsen (weer) zonder dreigementen van de NMa kunnen onderhandelen met de verzekeraars over de randvoorwaarden van goede zorg.

Terecht wijst de review verder op de blinde vlekken in het onderzoek en op onbedoelde gevolgen van zogenaamde stimuleringsmaatregelen. De werkelijkheid van de alledaagse praktijk is immers anders dan de gewenste en gedroomde werkelijkheid van het ministerie. Het advies van de reviewers dat elke regeling moet worden geëvalueerd, is dan ook terecht. Daarbij mag een kosten-batenanalyse van de administratie van aan financiering gekoppelde indicatoren niet ontbreken.

En zo laat ook de wetenschap de minister in de steek in haar beleid om straks de basiszorg en de eerstelijnsdiagnostiek onder de functionele bekostiging te plaatsen. Niet zo gek want de geschiedenis en het gezonde verstand leerden ons al dat de vooruitgang van de huisartsgeneeskunde niet verloopt langs een weg van louter financiële prikkels. ■

## KENNISTOETS: ANTWOORDEN

### 1. Juist / 2. Juist / 3. Juist

Bemoeilijkte mictie en prostaatacarcinoom zijn aparte entiteiten. De aanwezigheid van mictieklachten is geen reden om op zoek te gaan naar prostaatacarcinoom: bemoeilijkte mictie is geen vroeg symptoom van of 'risicofactor' voor prostaatacarcinoom. Een PSA-bepaling heeft in deze situatie een zeer beperkte waarde omdat een verhoogde waarde de diagnose niet vaststelt en een normale waarde de diagnose niet uitsluit. Na een vastgesteld prostaatacarcinoom volgt stadiëring op grond van histologische kenmerken (Gleasonscore) om een indruk te krijgen van de te verwachten prognose en van een geschikte behandeling. In deze fase speelt de PSA-waarde wel een belangrijke rol.

Wolters RJ, Spigt MC, Van Reedt Dortland PFH, Gercama AJ, Klomp MLF, Romeijnders ACM, et al. NHG-Standaard Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen (tweede herziening). [www.nhg.org](http://www.nhg.org).

Bouwman I, Van der Heide W, Van der Veen WJ, Van der Meer K. Huisartsen en patiënten denken bij plasklachten bij oudere mannen nog steeds aan prostaatacarcinoom. *Huisarts Wet*, 2007;50:321-5.

### 4. Juist / 5. Onjuist

De huisarts gaat bij elke zwangere die zich meldt na of er op dat moment of in haar voorgeschiedenis een medische of obstetrische risicofactor is voor (overleg over) begeleiding van de zwangerschap of de partus door een gynaecoloog of voor nadere diagnostiek. Een hulpmiddel bij de risicoselectie in de verloskunde is de indicatielijst van het *Verloskundig Vademecum 2003*. Die lijst biedt zogenaamde A-, B- en C-indicaties, waarbij A staat voor begeleiding door verloskundige of huisarts, B voor overleg met de gynaecoloog en C voor verwijzing naar een gynaecoloog voor verdere begeleiding van de zwangerschap en partus. Overgewicht wordt niet genoemd als indicatie, maar geeft wel een verhoogd risico op zwangerschapsdiabetes. Een preëxistente hypertensie, al dan niet medicamenteus behandeld, is een C-indicatie. In verband met de medicatie wordt bij hypertensie bij voorkeur preconceptioneel advies ingewonnen.

*Verloskundig Vademecum 2003*. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2003.

Beentjes MM, Weersma RLS, Koch W, Offringa AK, Verduijn MM, Mensink PAJS, et al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode (tweede herziening). [www.nhg.org](http://www.nhg.org).

### 6. Juist / 7. Onjuist / 8. Juist

Infectieuze conjunctivitis wordt in de meeste gevallen veroorzaakt door een virus of een bacterie. De combinatie van een drietal kenmerken (dichtgeplakte oogleden bij het wakker worden, het ontbreken van jeuk en het ontbreken van eerdere episoden van conjunctivitis in de voorgeschiedenis) maakt een bacteriële oorzaak waarschijnlijk. Gezien de resistentieontwikkeling is er in principe geen plaats voor fusidinezuur bij de behandeling van een conjunctivitis; het middel van eerste keus is chlooramfenicol oogzalf 1%, twee- tot viermaal dagelijks, te gebruiken tot 48 uur nadat de symptomen zijn verdwenen. Als binnen 72 uur na het begin van een antibiotische behandeling geen verbetering optreedt of als er alsnog alarmsymptomen optreden, vindt herbeoordeling plaats.

Rietveld RP, Cleveringa JP, Blom GH, Baggen MEJM, Bink D, Oltheten JMT, et al. NHG-Standaard Het rode oog (eerste herziening). [www.nhg.org](http://www.nhg.org).

### 9. Juist / 10. Onjuist

Wanneer de huisarts kiest voor een antibioticumbehandeling bij hoestklachten is amoxicilline het middel van eerste keus vanwege een toegenomen resistentie van *Streptococcus pneumoniae* tegen doxycycline en macroliden. Bij overgevoeligheid of een andere contra-indicatie voor amoxicilline is doxycycline geïndiceerd. Ook bij patiënten met COPD, diabetes mellitus of alcoholmisbruik zijn amoxicilline en in tweede instantie doxycycline middelen van voorkeur, omdat er onvoldoende aanwijzingen zijn dat met specifieke pathogenen rekening moet worden gehouden.

Gelijktijdige toediening van erytromycine en een cholesteryl-syntheseremmer vergroot de kans op myopathie. Dit geldt met name voor simvastatine; gelijktijdig gebruik hiervan met erytromycine wordt ontraden.

Verheij ThJM, Hopstaken RM, Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP, et al. NHG-Standaard Acuut hoesten (eerste herziening). [www.nhg.org](http://www.nhg.org).

*Farmacotherapeutisch Kompas*. [www.fk.cvz](http://www.fk.cvz).



**Huisarts en Wetenschap**  
[www.henw.org](http://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](mailto: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](mailto:p.bakker@bsl.nl)  
Gertjan Verhoog (030) 638 37 65, [g.verhoog@bsl.nl](mailto:g.verhoog@bsl.nl)  
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie. Inzenden aan de uitgeverij, [media.marketing@bsl.nl](mailto: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](http://www.bsl.nl)

#### Nieuwe abonnementen

Zie [www.henw.org/abonnementen](http://www.henw.org/abonnementen)

#### Abonnementsprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten) 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](http://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](http://www.bsl.nl), of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

ISSN 0018-7070

Nederlands  
uitgeversverbond  
Groep uitgevers voor  
vak en wetenschap

**HO**  
PRINT

**Het goede goed doen**

Op het moment dat ik dit schrijf, houden de tariefskortingen en NMa-perikelen de gemoederen nog flink bezig. Voor huisartsen zet die onrust een rem op innovaties, substitutie en samenwerking rond bijvoorbeeld de eerste hulp. De verzekeraars hebben er overigens wel op geanticipeerd dat huisartsen die aspecten op hun schouders zouden nemen. De verzekeraars hebben immers bij de berekening van de premies voor 2012 een groter bedrag voor de huisartsenzorg opgenomen dan de minister als budget heeft gereserveerd. Ook in 2012 zal dus wel een overschrijding van dat budget gaan plaatsvinden. Zullen we daar in 2014 of '15 dan ook weer voor worden gekort?

Voor een betere zorg en een houdbaar zorgstelsel is het noodzakelijk dat er minder onnodige zorg en vooral ook minder onnodig dure zorg wordt geleverd. De bekostigingssystematiek drijft

het volume op en leidt er dus toe dat véél doen vaker wordt beloond dan het góede doen. Zo langzamerhand begint wel duidelijk te worden dat we van die systema-

tiek af moeten. In de eerste, maar vooral ook in de tweede lijn, moeten we minder gaan belonen op basis van volume van verrichtingen. We moeten toe naar beloning van het goede doen (en dat betekent vaak ook alleen maar luisteren, praten en niets doen...), het goede goed doen en sturen op waarden in de zorg. Ik hoop dat we aan de vooravond van deze transitie staan. ■

*Arno Timmermans*

## NHG-Wetenschapsdag 2012: Multimorbiditeit

*Vrijdag 8 juni 2012, Hotel de l'Empereur, Maastricht*

Bij (oudere) patiënten met meer dan één ziektebeeld is het geen geringe opgave om de richtlijnen met elkaar in overeenstemming te brengen zonder de patiënt als persoon uit het oog te verliezen. Tijdens de Wetenschapsdag is er aandacht voor onderzoek over:

- Hoe moeten we multimorbiditeit zien en begrijpen?
- Waarom krijgt de ene mens meer ziekten dan de andere?
- Zijn onze richtlijnen wel van toepassing op patiënten met multimorbiditeit?

De NHG-Wetenschapsdag is bedoeld voor iedereen die geïnteresseerd is in de wetenschappelijke ontwikkelingen binnen de huisartsgeneeskunde: huisartsen, aios, specialisten, onderzoekers, richtlijnontwikkelaars, implementatiedeskundigen, beleidsmakers enzovoort.

### *Meer weten?*

Kijk op [www.nhgwetenschapsdag.nl](http://www.nhgwetenschapsdag.nl) voor meer informatie over het programma en uw inschrijving. ■

## NHG-PraktijkWijzer Wondbehandeling

In deze PraktijkWijzer vindt u alle informatie die u nodig heeft bij de organisatie en uitvoering van de wondbehandeling in uw praktijk. Hoe om te gaan met specifieke wonden, zoals decubitus-, bijt- en brandwonden? Welke verbandmaterialen zijn het meest geschikt en hoe reinigt u de verschillende soorten verwondingen? Wanneer en hoe moeten wonden worden gehecht? Hoe

gaat de wondgenezing precies in z'n werk en hoe kunt u deze stimuleren? U vindt het allemaal in de PraktijkWijzer Wondbehandeling, die bestaat uit een papieren en een digitaal gedeelte. De prijs voor NHG-leden bedraagt € 38,50 en voor niet-leden € 55,-. Aios betalen € 27,50. ■



## Thuisarts.nl: de website voor uw patiënten

De publiekswaardige website [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) bevat wetenschappelijk onderbouwde informatie over gezondheid en ziekte in heldere en begrijpelijke taal. Daarmee hebben alle patiënten 24 uur per dag, 365 dagen per jaar toegang tot informatie die hen voor, tijdens en na een bezoek aan uw praktijk kan ondersteunen. Binnenkort wordt de website 'aan de grote klok gehangen', zodat het publiek op de hoogte raakt van het bestaan ervan. ■

## In memoriam Jan Henk Oldenziel

Op 10 januari overleed Jan Henk Oldenziel, huisarts in Zuidhorn, als gevolg van een ongeval. Als verloskundig actief huisarts was hij jarenlang een gewaardeerd lid van de NHG-Adviesraad Standaarden. Hij was betrokken bij KNOV-commissies als NHG-afgevaardigde en nam deel aan de werkgroepen van alle edities van de NHG-Standaard Zwangerschap en Kraambed, waarvan u de jongste versie elders in dit nummer aantreft.

Het NHG wenst nabestaanden en collega's veel sterkte toe bij het verwerken van dit verlies. ■

## De rol van de huisarts in de oncologische zorg

Met de vergrijzing stijgt ook de prevalentie van kanker. Daarnaast zijn de behandelingsmogelijkheden – en dus de overlevingskansen – toegenomen. Kanker krijgt dan ook steeds meer het karakter van een chronische aandoening en gaat bovendien vaak gepaard met comorbiditeit. De rol van de huisarts in de oncologische zorg wordt hierdoor steeds belangrijker, reden waarom de NHG-Verenigingsraad dit thema koos voor haar jaarlijkse beleidsdag.

### Oncologie: NHG-speerpunt

Oncologie is een beleidsspeerpunt van het NHG voor 2012 en was dan ook thema van het afgelopen NHG-Congres. Wat is goede oncologische zorg en welke rol vervult de huisarts daarin? Is de huisarts voldoende toegerust om deze zorg op zich te nemen nu het aantal oncologiepatiënten gestaag stijgt? Tijdens de beleidsdag van de NHG-Verenigingsraad stond de vraag centraal of de huisarts – na de primaire behandeling in het ziekenhuis – in staat is om goede oncologische nazorg te verlenen. Drie sprekers belichtten ieder vanuit een ander perspectief de diverse aspecten van de oncologische zorg.

### Drie sprekers, drie invalshoeken

Volgens prof.dr. Bert Schadé heeft de huisarts helaas nog niet de regie over de oncologische nacontroles en nazorg in de eerste lijn. Maar een prominente rol voor de huisarts als generalist ligt wel voor de hand, mede omdat naast kanker vaak comorbiditeit voorkomt. Goede huisartsgeneeskundige zorg voor de oncologische patiënt vergt een proactieve opstelling, continuïteit van zorg (gezamenlijke verantwoordelijkheid van de eerste en tweede lijn), coördinatie van de nazorg, goede communicatie en niet in de laatste plaats het

betrekken van de patiënt als partner in de keten.

Prof.dr. Hans Nortier, medisch oncoloog, stelt dat de tweede lijn actief bezig is de oncologische zorg beter te organiseren in zorgpaden. Hierbij is ook aandacht voor een betere communicatie, met inbegrip van de eerste lijn. Gespecialiseerde verpleegkundigen treden steeds vaker op als casemanager bij de nazorg.

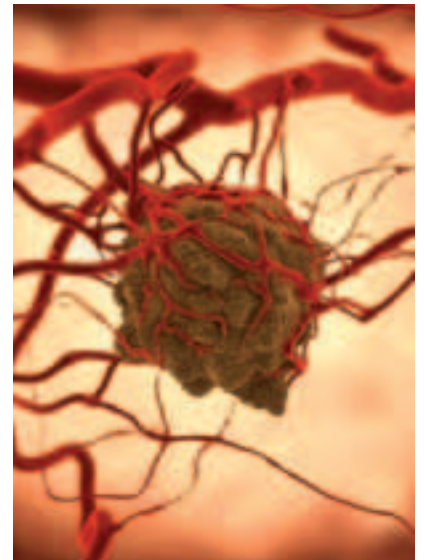
Drs. Anemone Bögels, directeur van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, schetste het perspectief van de patiënt. Deze wil graag dat de huisarts de rol van coach en consultant op zich neemt om het 'belangrijkste project van zijn leven' te managen. Bovendien zou de huisarts integrale zorg kunnen waarborgen gedurende het hele ziekteproces, met speciale aandacht voor overdrachtsmomenten.

### Randvoorwaarden

In de discussie is ook stilgestaan bij de randvoorwaarden om de toenemende aantallen kankerpatiënten goede zorg te kunnen bieden. Van belang zijn goed opgeleide professionals, betere richtlijnen voor de nazorg en een goed onderzoeksprogramma gericht op oncologische zorg in de eerste lijn.

Veelvuldig kwam het individueel zorgplan naar voren als onmisbaar instrument in de oncologische zorgketen. Zo'n plan bevat onder meer informatie over:

- lichamelijke en psychosociale gevolgen van ziekte en behandeling;
- de wenselijkheid en inrichting van de nazorg;
- het moment van heroverweging en blijvende aandachtspunten;
- afspraken over coördinatie en taakverdeling tussen hulpverleners.



### NHG-Standpunt wenselijk

De Verenigingsraad stelde zich de vraag in hoeverre de huidige situatie in de zorg afwijkt van de wenselijke situatie, en wat het NHG kan doen om huisartsen toe te rusten voor een optimale oncologische zorgverlening. Het is daarbij belangrijk om niet de zorg maar de problematiek van de patiënt als uitgangspunt te nemen. Ook moet de huisarts alleen 'zinnige zorg' overnemen van de tweede lijn; van veel nacontroles is het nut immers niet aangetoond. Voorts is van belang dat de nazorg systematisch wordt georganiseerd.

Resumerend adviseerde de Verenigingsraad het NHG om een Standpunt uit te brengen over de zorg voor oncologische patiënten. Daarin kan een instrument worden meegenomen om de (na)zorgbehoefte van de patiënt te inventariseren (behoeftemonitor). Ook de relatie met de tweede lijn, herstel na kanker en reïntegratie kunnen daarin een plaats krijgen. Daarnaast is er behoefte aan het meer betrekken van de eerste lijn bij concrete projecten in enkele regio's, te beginnen bij patiënten die zijn behandeld voor colorectaalcarcinoom of mamacarcinoom. ■

*Claartje Festen,*  
senior-beleidsmedewerker NHG

### NHG-AGENDA 2012 data

- 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](http://www.nhg.org)



## Afscheid Kees In 't Veld en Lex Goudswaard

*Symposium over geschiedenis kwaliteitsbeleid en richtlijnontwikkeling*

Op 25 januari is formeel afscheid genomen van twee NHG-prominenten. Tijdens een symposium werd teruggeblikt op de NHG-carrières van beide heren en de geschiedenis van hun interessegebieden. Hieronder leest u een korte impressie. Een uitgebreider samenvatting van de presentaties kunt u lezen op [www.nhg.org](http://www.nhg.org) > nieuws > nhg-nieuws uit H&W. De middag werd afgesloten met een drukke en gezellige receptie.

### Afscheid van Kees...

NHG-bestuursvoorzitter Arno Timmermans werkte ooit samen met Kees in 't Veld voor de toenmalige afdeling Deskundigheidsbevordering. Een tijd waarin ze leermethoden ontwikkelden die tot op de dag van vandaag nog worden gebruikt. 'De Nederlandse huisartsgeneeskunde en het NHG zijn Kees veel dank verschuldigd', stelt Timmermans.

Vervolgens gaat emeritus hoogleraar Richard Grol in op de geschiedenis van het kwaliteitsbeleid, waarbij hij steeds verwijst naar de rol die Kees in 't Veld daarin heeft gespeeld. 'Ik heb gezien hoe Kees zich ontwikkelde van dorpsdokter tot internationaal expert in WONCA- en EQUIP-verband. Terugkijkend op die twintig jaar heb ik grote bewondering voor zijn carrière en voor Kees als persoon: een wijs man, beminnelijk en altijd denkend in het belang van de huisarts.'



In 't Veld zelf blikt terug op de veranderingen die zich in de afgelopen decennia op het niveau van huisarts en patiënt hebben afgespeeld. 'Wat is gebleven, is dat het gaat om kwaliteit.'

### ... en afscheid van Lex

Vervolgens gaat Timmermans in op de NHG-tijd van Lex Goudswaard. 'Altijd als je dacht dat je klaar was, zei Lex: "Ja maar is dat wel echt zo? Kun je er niet ook op een andere manier naar kijken?" Dat was soms wel lastig, maar het deed er *altijd* toe. Met die houding heeft Lex een bijdrage geleverd aan de verbetering van de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg.'

De opvolger van Goudswaard, Jako Burgers, belicht de vernieuwing van de richtlijnontwikkeling in nationaal en internationaal perspectief. Burgers heeft grote bewondering voor wat Lex heeft gedaan op het gebied van de richtlijnontwikkeling, maar bovenal: 'We zijn vrienden voor het leven!'

Goudswaard zelf gaat in op de veranderingen in het vak sinds hij huisarts werd. 'Dankzij opleiding, standaarden en implementatie weet de huisarts van nu heel veel van heel veel.' Dat is belangrijk, want: 'Je moet veel weten om iets te doen, maar je moet nog veel meer weten om niets te doen.' Hij besluit: 'Ik ben weer terug waar ik 35 jaar geleden begon: ik ben weer domweg gelukkig een huisdokter.' (AS) ■

*Terugblik op het LOVAH-Congres 2012:*

## Doctors unlimited. Waar ligt jouw grens?

Aan dit vijfde LOVAH-Congres namen maar liefst 850 aios deel. Zij gingen op zoek naar de grenzen van het vak, van zichzelf en van andere landen of culturen. Een uitgebreide samenvatting van de lezingen en enkele workshops kunt u lezen op [www.nhg.org](http://www.nhg.org) > nieuws > nhg-nieuws uit H&W. Hieronder leest u wat u daar kunt vinden.

### Grenzeloze dag

Aios behoren vrijwel allemaal tot de leeftijdscategorie (25 – 35 jaar) voor wie Nienke Wijnants haar bestseller 'Het dertigersdilemma' heeft geschreven. Zij verzorgt dan ook een van de plenaire openingslezingen. Semiplenaire is de glasheldere voordracht van Diane Gray; ze gaat in op bekende thema's rond de kwaliteit van zorg, met steeds een optimistisch stemmende bood-

schap: 'You can make the difference!'

In de vele workshops is er voor elk wat wils. Er zijn praktische onderwerpen, zoals injectietechnieken en een 'kleine



kwalen quiz', maar ook meer theoretische workshops, bijvoorbeeld over time-management en de juridische aspecten van het vak. Het HoutenBeenTheater was aanwezig met een reprise van de NHG-Congresworkshop *Rite de passage*. Aan het eind van de dag was er een debat en een afsluitende lezing van hoogleraar Neurologie Bas Bloem. Ook werd de Professor Huygenprijs uitgereikt; Jan Windt heeft deze gewonnen, maar bleek helaas niet aanwezig. Het congres werd met veel humor ingeluid, afgesloten en 'aan elkaar gepraat' door de inmiddels bekendste aios van Nederland, Ernst van der Pasch. (AS) ■

Interview met Saskia Mol:

## ‘Het NHG-onderwijsmateriaal voor toetsgroepen is kant-en klaar en gratis, dus wat wil je nog meer?’



**Al jaren werkt Saskia Mol bij het NHG en zij was betrokken bij diverse activiteiten. De laatste jaren houdt zij zich onder meer bezig met de ontwikkeling van onderwijsmateriaal voor toetsgroepen. Recent onderzoek wees echter uit dat dit onderwijsmateriaal onvoldoende bekend is bij huisartsen en erkend kwaliteitsconsulenten. Dat is erg jammer, legt Mol uit in een interview.**

*Hoe hebben jullie de bekendheid van het onderwijsmateriaal voor toetsgroepen getoetst?*

‘We wilden weten hoe vaak de modules werden gebruikt en zagen dat de zoekresultaten op de website achterbleven bij andere onderwerpen. Daarom hebben we een enquête gehouden onder erkend kwaliteitsconsulenten en de resultaten bevestigden ons vermoeden: het onderwijsmateriaal voor toetsgroepen is bij een groot aantal van hen niet bekend. We hebben erover gefilosofeerd wat hiervan de oorzaak kan zijn. Een van de redenen is mogelijk dat je het niet vanzelf vindt als je op “onderwijs toetsgroepen” googlet. Dat is een van de dingen die we inmiddels hebben verbeterd.’

*Waarom is er onderwijsmateriaal voor toetsgroepen?*

‘Wat nu vaak gebeurt is dat huisartsen in de toetsgroep een PIN doornemen. Maar de stof uit de PIN’s is daarvoor niet altijd geschikt. Voor de scholing in groepsverband hebben we veel betere middelen ontwikkeld, in een grote variëteit aan vormen. Bij sommige onderwerpen is het leerzaam om ze met collega’s te bespreken, bijvoorbeeld als het gaat om aspecten van professionaliteit of attitude, maar ook het oefenen van nieuwe vaardigheden. En het maken van onderlinge afspraken moet vanzelfsprekend in groepsverband gebeuren.’

*Kun je voorbeelden geven van de vormen en onderwerpen?*

‘Er zijn over vele onderwerpen kant-en-klare powerpointpresentaties, maar ook discussiematerialen, bijvoorbeeld over weerstand tegen het soa-consult. We maken soms gebruik van filmpjes, zoals over het delier bij ouderen. Er is ondersteuning bij het maken van verbeteringsplannen, onder meer voor de zorg rond diabetes mellitus type 2. Bij diverse onderwerpen hebben we vaardigheidstrainingen, zoals injecteertechnieken bij schouderklachten. En kennistoetsen, bijvoorbeeld over allergietests bij astma bij volwassenen. En zo kan ik nog wel een poosje doorgaan, want in totaal zijn er maar liefst 89 onderwijsmodules bij 42 standaarden.’

*Wat zijn de voordelen van dit onderwijsmateriaal?*

‘Allereerst is het natuurlijk allemaal onafhankelijke nascholing, veelal gebaseerd op de NHG-Standaarden en dus in hoge mate *evidence based*. Maar ook gaat het om alle taakgebieden uit het competentieprofiel van de huisarts: vakinhoud, communicatie, organisatie, samenwerking, professionaliteit en onderwijs en wetenschap. En het gaat om kennis én oefenen.’

*Wat moeten huisartsen en erkend kwaliteitsconsulenten doen om dit onderwijsmateriaal te gebruiken?*

‘Eigenlijk heel weinig, want ze kunnen er vrijwel altijd meteen mee aan de slag. Degene die een groepsbijeenkomst begeleidt moet de docentenhandleiding

van tevoren doorlezen en de dia’s voor een powerpointpresentatie op een laptop overzetten. Maar meer is het niet, want het onderwijsmateriaal is echt kant-en-klaar. En bovendien is het gratis, dus wat wil je nog meer?’

*Is het onderwijsmateriaal alleen geschikt voor toetsgroepen?*

‘Nee, er zijn ook modules waarbij de praktijkondersteuner kan worden uitgenodigd, zoals bij de discussiematerialen over de indicaties en beperkingen van inhalatiemiddelen voor COPD. En er zijn modules waarin met specialisten tot samenwerkingsafspraken kan worden gekomen, bijvoorbeeld met urologen over de onderlinge afstemming van het beleid bij urinesteenlijden. Eigenlijk kan het materiaal door allerlei soorten groepen worden gebruikt: de toetsgroep, WDH, huisartsen samen met andere praktijkmedewerkers, huisartsen samen met specialisten enzovoort.’

*Wat doen jullie nu om de bekendheid van het materiaal te vergroten?*

‘We hebben allereerst op internet trefwoorden toegevoegd. Als je nu bijvoorbeeld op “kennistoets artritis” googlet, komt onze onderwijsmodule als eerste naar boven. Ook is een folder naar alle huisartsen gestuurd. En op HAweb zijn dossiers aangemaakt over allerlei onderwerpen; daarin vind je niet alleen de standaard maar ook – onder nog veel meer – ons onderwijsmateriaal voor toetsgroepen. We hopen echt dat huisartsen en erkend kwaliteitsconsulenten meer gebruik gaan maken van ons prachtige onderwijsmateriaal, want ze doen zichzelf tekort als ze dat niet doen!’ (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.