

146 **ONDERZOEK** De positie van de eerstelijnspsycholoog in de eerstelijns-ggz

Marijn Prins, Peter Verhaak, Dineke Smit, Robert Verheij

152 **SU-derivaten bij starten insuline: toch maar stoppen?**

Mariëlle van Avendonk, Kees Gorter, Maureen van den Donk, Timon van Haeften, Guy Rutten

160 **Multidisciplinair zorgmodel in verzorgingshuizen**

Marijke Boorsma, Dinnus Frijters, Dirk Knol, Miel Ribbe, Giel Nijpels, Hein van Hout

166 **COMMENTAAR** Wat wil de oudere?

Sjoerd Hobma

168

NHG-STANDAARD

De overgang (eerste herziening)

Jantje Bouma, Marion de Jonge, Erik de Laat, Harriet Eekhof, Henriëtte Engel, Frans Groeneveld, Nicole Stevens, Monique Verduijn, Lex Goudswaard, Wim Opstelten, Corlien de Vries

151 **PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE** Tests: sensitiviteit en specificiteit

Just Eekhof

173 **HUISARTSENZORG IN CIJFERS** Minder opvliegers in de huisartsenpraktijk

Joke Korevaar, Corlien de Vries, Irina Stirbu-Wagner

174 **NASCHOLING** In gesprek met ouderen

Julia van Weert, Jesse Jansen, Sandra van Dulmen

182 **IMPORT** Yoga als steuntje in de rug?

Gerrit-Jan Vrielink

183 Geslaagd consult dankzij patiënt

Marcel Reinders

184 **CATS** Herkenning bewijs voor urineweginfectie?

Robin van Eck, Otto Maarsingh, Ferry Bastiaans

185 **PEARLS** Steun aan mantelzorgers terminale patiënten

Marianne Dees

143 **JOURNAAL**

177 **BOEKBESPREKING**

178 **INTERVIEW**

180 **COLUMN**

181 **KENNISTOETS**

186 **INGEZONDEN**

13

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

Belangen

‘Wij van wc-eend adviseren wc-eend.’ Deze slogan werd in 2007 door het Genootschap voor Reclame uitgeroepen tot beste reclame-slogan aller tijden. En hij is nog steeds fris en fruitig. De kreet is inmiddels uitgegroeid tot een staande uitdrukking voor het ontmaskeren van een situatie waarin iemand met welbegrepen eigenbelang zijn eigen zaak bepleit.

Transparantie

De fabrikant, van wie u vermoedelijk nog nooit hebt gehoord, heeft een fraaie website aan het product gewijd: www.wceend.nl. Op een tijdslijn kunnen we zien welke subtiele veranderingen het assortiment sinds de aftrap in 1982 heeft doorgemaakt, kom daar maar eens om bij een fabrikant van geneesmiddelen.

Dit kijkje over de schutting is de opmaat om stil te staan bij de noodzaak van transparantie ten aanzien van mogelijke belangenverstrengeling. Wij van H&W sluiten ons aan bij de internationale richtlijnen van de *International Committee of Medical Journal Editors*. Die richtlijnen zijn onderdeel van de *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* en gelden voor alle partijen die bij een publicatie zijn betrokken: auteurs, referenten en redactie. Overigens is er onlangs in ons land een vergelijkbare richtlijn tot stand gekomen voor leden van advies- en richtlijncommissies.



Mogelijke belangenverstrengeling

Er is sprake van belangenverstrengeling of belangenconflict als een auteur, referent of redactielid financiële of persoonlijke relaties heeft die zijn of haar handelen kunnen beïnvloeden. Niet elke relatie betekent een werkelijk belangenconflict. Andersom kan er sprake zijn van een belangenconflict zonder dat degene om wie het gaat denkt dat deze relatie zijn of haar wetenschappelijk oordeel beïnvloedt.

Financiële relaties, bijvoorbeeld in de vorm van onderzoekssubsidie, adviseurschap of aandelenbezit, zijn het makkelijkst vast te stellen en ondermijnen wellicht ook de geloofwaardigheid van een publicatie het meest. Andere belangenconflicten, zoals persoonlijke relaties, academische wedijver of intellectuele passie, zijn vaak moeilijker vast te stellen.

H&W vraagt alle auteurs van een manuscript een formulier in te vullen over mogelijke belangenverstrengeling en wanneer daarvan sprake is, publiceren we die informatie bij het artikel. Een voorbeeld in dit nummer is het artikel van Van Avendonk et al. over het combineren van metformine met een sulfonylureumderivaat bij diabetespatiënten die starten met insuline. Het onderzoek kwam tot stand met subsidie van een farmaceutisch bedrijf en enkele van de auteurs lieten ons weten ook los van dit onderzoek vergoedingen te hebben ontvangen voor onderzoek, adviseurschappen en lezingen van verschillende firma's.

Wij van H&W

Het lijkt onwaarschijnlijk dat de beschreven financiële relaties van de auteurs een rol hebben gespeeld bij de rapportage over dit onderzoek. Het onderzoek is deugdelijk uitgevoerd en de uitkomst van het onderzoek is negatief: voor patiënten met diabetes type 2 die starten met insulinetherapie biedt sulfonylureumderivaat weinig voordelen. Desondanks is het nuttig om financiële relaties van de auteurs te vermelden. Het stelt de lezer in staat om zelf een afweging te maken bij de interpretatie van de onderzoeksuitkomsten. U zult begrijpen: wij van H&W adviseren H&W! ■

Hans van der Wouden

Gezond eten hoeft niet duur te zijn

Volgens Engelse onderzoekers verschillen de prijzen van gezonde en ongezonde menu's nauwelijks van elkaar. Het argument dat gezonde producten duurder zijn, kan daarmee van tafel.

Vermindering van energie-inname en het verhogen van lichamelijke activiteit zijn de hoekstenen van de behandeling bij kinderen met overgewicht. Eenzijdige ongezonde voeding draagt bij aan de ontwikkeling van obesitas bij kinderen. Een veelgehoord argument tegen dieetaanpassingen zijn de kosten van gezonde producten, die zouden per definitie duurder zijn. Britse onderzoekers probeerden deze fabel te ontcrachten en lieten zien dat een gezond dieet helemaal niet meer hoeft te kosten.

Zij selecteerden 13 kinderen tussen de 5 en 16 jaar met fors overgewicht, die zelf een driedaags eetdagboek hadden bijgehouden. Met behulp van de *Food Portion Sizes Book* werd de calorie- en vetinname berekend. Aan de hand van de huidige Britse adviezen voor gezond eten (*Eatwell plate*) werd een alternatief

gezond menu met vergelijkbare hoeveelheden calorieën bedacht dat voldeed aan de voor ons bekendere 'Schijf van Vijf'. Vervolgens werden de inkoopkosten van de beide menu's berekend bij verschillende supermarkten.

Het bestaande ongezonde dieet gekocht bij een 'budget supermarkt' bleek het goedkoopst ($\leq 2,48$ per dag). Het gezonde alternatieve menu bij dezelfde supermarkt kostte slechts 33 pence per dag extra. Bij lokale dure supermarkten in het centrum betaalde men zelfs minder ($\leq 0,17$ per dag) voor het gezonde menu ($\leq 3,58$ versus $\leq 3,75$ per dag). Al met al verschilden de prijzen van de gezonde en ongezonde menu's (range $\leq -0,17$ tot $0,33$ per dag) en van gezonde menu's tussen de supermarkten onderling niet veel ($\leq 2,81 - \leq 3,58$ per dag). Alleen in de groep van de 'budget supermarkt' was gezond eten telkens duurder dan ongezond eten. Juist deze groep is kwetsbaar omdat obesitas onder kinderen in de lagere sociaaleconomische klasse meer voorkomt en een gezonde keuze bij dezelfde supermarkt tot hogere kosten leidt.

Helaas was dit onderzoek volstrekt modelmatig, waardoor we nooit zul-

len weten of deze kinderen in het echt tevreden zullen zijn met het nieuw voorgestelde menu. Gelukkig scoren de Nederlandse 'budget supermarkten' Lidl en Dirk van den Broek goed op zowel prijs als kwaliteit van groente en fruit. ■

Maurits Vinkers

Banks J, et al. Is healthy eating for obese children necessarily more costly for families? *Br J Gen Pract* 2012;62:e1-e5 [Epub ahead of print].



Foto: Tom Gowanlock/Shutterstock

Vragen naar alcoholgebruik bij jongeren

Alcoholgebruik onder jongeren neemt toe en geeft steeds vaker problemen. Niet voor niets is de verkoop van alcohol aan jongeren onder de 16 jaar strafbaar. Ook in de spreekkamer is het belangrijk te weten of er sprake is van overmatig alcoholgebruik, maar hoe kom je daar achter?

Amerikaanse onderzoekers zochten naar een eenvoudige en praktische screening naar problematisch alcoholgebruik bij adolescenten. Zij vergeleken de uitkomsten op een korte screenende vragenlijst met de aanwezigheid van problematisch alcoholgebruik volgens

DSM-IV-criteria. Zij vroegen 166.165 jongeren naar frequentie en hoeveelheid van alcoholconsumptie. De vraag 'Hoeveel dagen heb je afgelopen jaar alcohol gedronken?' bleek een betere voorspeller te zijn voor problematisch alcoholgebruik dan vragen naar de hoeveelheid alcohol. De sensitiviteit en specificiteit van deze vraag verschilden uiteraard per leeftijdscategorie. Jongeren van 12 tot en met 15 jaar die aangaven in het afgelopen jaar meer dan 6 dagen alcohol gebruikt te hebben, hadden een groot risico op problematisch alcoholgebruik (dat wil zeggen alcoholafhankelijkheid volgens de DSM-IV-criteria). Voor 16-jarigen lag deze grens op 12 dagen (1 dag per maand), voor 17-jarigen op 24 dagen (2 dagen per maand) en voor 18-jarigen op 52 dagen (iets vaker

dan 4 dagen per maand). De verschillen tussen jongens en meisjes waren minimaal. Voor een matig risico op problematisch alcoholgebruik lagen deze afkappunten lager: 1 dag per jaar voor 12- tot en met 15-jarigen, 6 dagen per jaar voor 16- en 17-jarigen en 12 dagen per jaar voor 18-jarigen.

Met de eenvoudige vraag 'Hoeveel dagen heb je het afgelopen jaar alcohol gedronken?' kan dus een snelle inschatting gemaakt worden of er kans is op problematisch alcoholgebruik. Een handige tool in de spreekkamer! ■

Linda Bröker

Chung T, et al. Drinking frequency as a brief screen for adolescent alcohol problems. *Pediatrics* 2012;129:205-12.

Beter zicht op bloeddrukpillen bij jicht

Calciumantagonisten en losartan zijn de beste antihypertensiva voor patiënten die een verhoogd risico op jicht hebben. Dat concluderen onderzoekers in de British Medical Journal op basis van patiëntengegevens uit Britse huisartsenpraktijken.

Patiënten met jicht hebben een verhoogd cardiovasculair risico en slikken voor hoge bloeddruk vaak antihypertensiva. Patiënten met hypertensie hebben juist weer een verhoogd risico op jicht door verminderde renale perfusie en een verminderde uitscheiding van uraat. Verder is van bloeddruktabletten uit verschillende klassen bekend dat zij de urinezuurspiegel kunnen verhogen. Het bekendste voorbeeld daarvan zijn de diuretica, maar ook bètablokkers hebben deze bijwerking. Dit alles maakt de keuze voor antihypertensiva bij pa-

tiënten met jicht of een verhoogde kans daarop niet altijd even makkelijk.

Onderzoekers doorzochten de grote Britse huisartsendatabase en berekenen het relatieve risico op jicht bij het gebruik van verschillende antihypertensiva. Ze matchten daartoe 25.000 jichtpatiënten met 50.000 controlepatiënten. In de uitgebreide analyse bij patiënten met hypertensie met correctie voor leeftijd, geslacht, BMI, alcoholgebruik en comorbiditeit, was het relatieve risico op jicht 0,87 (95%-BI 0,82-0,93) voor calciumantagonisten en 0,81 (95%-BI 0,70-0,94) voor losartan. Bij gebruik van andere antihypertensiva was het risico op jicht juist hoger. De relatieve risico's van diuretica, bètablokkers, ACE-remmers, en angiotensinereceptorblokkers (anders dan losartan) waren respectievelijk 2,36, 1,48, 1,24 en 1,29. Het beschermende effect van de calciumantagonisten en losartan nam toe met de duur van het gebruik. Van beide was al bekend dat ze de urinezuurspiegel verlagen, maar tot

op heden was het effect op jicht nooit in grootschalig onderzoek aangetoond.

Wat betekent dit nu voor de spreekkamer? Volgens de herziene NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement zijn alle groepen antihypertensiva gemiddeld even geschikt voor de behandeling van hypertensie. Een generieke calciumantagonist of losartan lijkt op basis van dit onderzoek een goede keus als antihypertensivum bij patiënten met jicht, afhankelijk van de verdere comorbiditeit. Twijfelt u of de patiënt wel een echte jichtartritis heeft? Dan kunt u altijd de in Nederland ontwikkelde online jichtcalculator raadplegen. (www.umcn.nl/Research/Departments/erstelijngeneeskunde/Pages/jichtcalculator.aspx). ■

Jochen Cals

Choi HK, et al. Antihypertensive drugs and risk of incident gout among patients with hypertension: population based case-control study. BMJ 2012;344:d8190.

Vitamine D tegen COPD-aanval?

Patiënten met een chronische ziekte zoals kanker, cardiovasculaire aandoeningen of diabetes hebben vaker een laag vitamine D-gehalte in vergelijking met gezonde personen. Ook een aanzienlijk deel van de patiënten met ernstige COPD heeft een vitamine D-tekort. Het is niet bekend of suppleren van vitamine D bijdraagt aan het voorkomen van exacerbaties.

De precieze oorzaak van een vitamine D-deficiëntie bij COPD-patiënten is nog niet duidelijk, maar mogelijk kan een laag gehalte bijdragen aan chronische inflammatie en een slechtere klaring van bacteriën. Een hoger risico op het ontstaan van exacerbaties is dan een logisch gevolg. Met deze theorie in het achterhoofd bestudeerden Belgische onderzoekers 182 COPD-patiënten met

GOLD II, III en IV, ongeacht een hoog of laag vitamine D-gehalte, met een recente exacerbatie in de voorgeschiedenis. Patiënten die al suppletie hadden werden uiteraard uitgesloten, een uitzondering hierop vormden patiënten die vitamine D in een lage dosering (400-880 IU/dag) ter preventie van osteoporose kregen: deze patiënten (22%) werden gelijk verdeeld over beide groepen. De interventiegroep kreeg gedurende een jaar een vrij hoge dosis van 100.000 IU vitamine D-suppletie per maand.

Na een jaar bleek er geen significant verschil in aantal en het tijdstip van ontstaan van een nieuwe exacerbatie. Ook de kwaliteit van leven, mortaliteit, longfunctie en aantal ziekenhuisopnames bleef gelijk tussen beide groepen. In een analyse die achteraf werd gedaan onder patiënten die op baseline een extreem laag vitamine D-gehalte hadden (serum 25-[OH]D level < 10 ng/ml), nam wel het aantal exacerbaties af met

43%. De groep was echter te klein om hier harde conclusies aan te verbinden. Opvallend genoeg werd geen enkel geval gemeld van calciumintoxicatie, ondanks de hoge dosering. Het wegblijven van een effect van vitamine D in dit onderzoek schrijven de onderzoekers toe aan het feit dat de meeste patiënten al maximaal therapeutisch waren ingesteld op (inhalatie)steroiden. Vervolgonderzoeken zouden zich dan ook kunnen richten op patiënten met een extreem laag vitamine D-gehalte, of op patiënten met nieuw ontdekte of mildere COPD. De conclusie is duidelijk: vooralsnog lijkt het niet zinvol om exacerbaties in de huisartsenpraktijk te bestrijden met vitamine D. ■

Annemarije Kruis

Lehouck A, et al. High doses of vitamin d to reduce exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. Ann Intern Med 2012;156:105-14.

Hypertensie bij de alleroudsten

Ook bij 80-plussers heeft het zin om hoge bloeddruk te behandelen, omdat dit leidt tot minder sterfte. Dat is de conclusie van het grootschalig uitgevoerde HYVET-onderzoek.

Als huisarts vraag je je weleens af hoeveel zin het nog heeft om bij zeer oude mensen een perfecte bloeddruk na te streven. Risicotabellen geven kansen op overlijden in de komende tien jaar weer. In veel gevallen is de verwachte levensduur van 80-plussers minder dan die tien jaar, is het dan nog wel zinvol om behandeling van de hoge bloeddruk te starten of voort te zetten?

Engelse onderzoekers bestudeerden in het groots opgezette HYVET-onderzoek de behandeling van hoge bloeddruk bij de oudste ouderen in 13 Europese landen en in China, Tunesië en Australië. Patiënten van 80 jaar of ouder met een systolische bloeddruk van 160 mm Hg of hoger werden geïnccludeerd. De vraagstelling van dit deelonderzoek is of ouderen zonder een eerder doorgemaakte hart- en vaatziekte op de korte termijn baat hebben bij de behandeling van hun hoge bloeddruk (doel onder 150/80).

Van de 1882 ouderen die in aan-

merking kwamen, wilden er 1712 (91%) meedoen. De helft van de patiënten kreeg in de voorafgaande periode hypertensiva (indapamide SR 1,5 mg met zo nodig perindopril 2-4 mg) en bleef dit krijgen tijdens het onderzoek. De andere helft kreeg voor het onderzoek een placebo en startte pas bij aanvang van het onderzoek met dezelfde behandeling van de hoge bloeddruk. De primaire uitkomstmaat was CVA, secundaire uitkomstmaten waren totale mortaliteit, cardiovasculaire mortaliteit en cardiovasculaire incidenten. Na 6 maanden werd geen significant verschil in bloeddruk (1,2/0,7 mm Hg) gevonden tussen de eerder actief behandelde groep en de placebogroep. Ook was er geen verschil in het optreden van CVA en cardiovasculaire incidenten. Wel vonden de onderzoekers een verschil in totale mortaliteit (hazard ratio 0,48; 95%-BI 0,26-0,87; $p = 0,02$) en cardiovasculaire mortaliteit (hazard ratio 0,19; 95%-BI 0,04-0,87; $p = 0,03$).

De conclusie van dit onderzoek is dat behandeling van hoge bloeddruk bij de oudste ouderen op korte termijn leidt tot verminderde sterfte. Het controleren en het goed instellen van de bloeddruk bij oudste ouderen is dus zeker zinvol. Ook de nieuwe NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement gaat ervan uit dat het risico bij 70-plussers ten minste dat

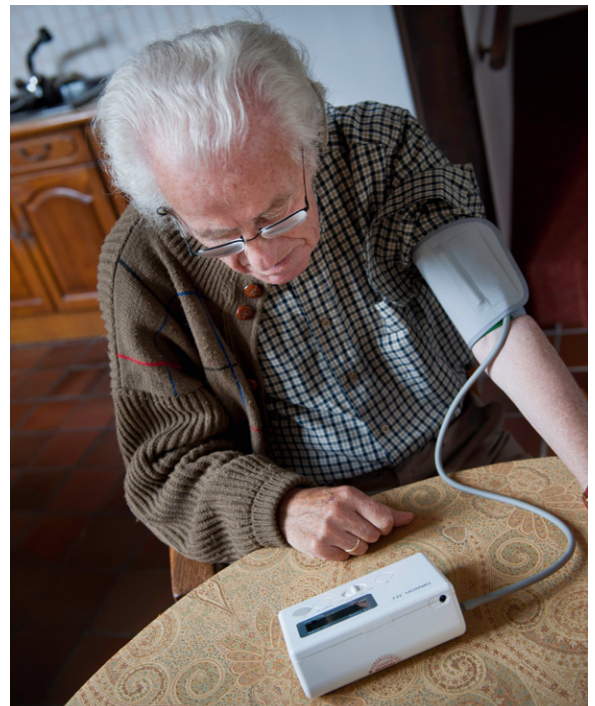


Foto: Sabine Joosten/Hollandse Hoogte

van 70-jarigen bedraagt. Dit onderzoek leert ons daarnaast dat bloeddrukbehandeling ook op de korte termijn effectief is. ■

Just Eekhof

Beckett N, et al. Immediate and late benefits of treating very elderly people with hypertension: results from active treatment extension to Hypertension in the Very Elderly randomised controlled trial. BMJ 2011;344:d7541.

Alledaagse wetenschap: nieuwe serie Praktische epidemiologie

Deze maand starten we de nieuwe serie Praktische epidemiologie. Met deze serie willen wij duidelijk maken dat er een wetenschappelijke onderbouwing is voor veel handelingen die de huisarts in de dagelijkse praktijk intuïtief uitvoert.

In elke aflevering gaan we uit van een herkenbaar praktisch gegeven in de praktijk. Vervolgens geven we kort aan hoe de wetenschap achter dit prak-

tijkprobleem in elkaar zit. De belangrijkste begrippen en technieken die in onderzoeksartikelen aan bod komen, passeren de revue aan de hand van herkenbare praktijkproblemen. Bijvoorbeeld: hoe zinvol is het om bij een 60-jarige man de systolische bloeddruk 20 mm Hg lager te krijgen. Eén van de wetenschappelijke termen die hierbij vaak wordt gebruikt is 'numbers needed to treat'. In deze serie maken we duidelijk hoe de relatie is tussen de behandeling van die ene patiënt en het nut daarvan voor de hele populatie.

Op pagina 151 staat de eerste aflevering. Aan de hand van het meten van de temperatuur bij een kind met een oorthermometer leg ik uit hoe het

ook alweer zat met de sensitiviteit en specificiteit van tests. Door dit soort alledaagse kwesties willen we de wetenschap voor u toegankelijker maken. Wij hopen dat u er uw voordeel mee doet. ■

Just Eekhof

Rectificatie

In H&W 3 van 2012 staat een fout nummer bij de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode. Er staat: M78. Er moet staan: M32.

De redactie

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).



De positie van de eerstelijnspsycholoog in de eerstelijns-ggz

Samenvatting

Prins MA, Verhaak PFM, Smit EH, Verheij RA. De positie van de eerstelijnspsycholoog in de eerstelijns-ggz. *Huisarts Wet* 2012;55(4):146-50.

DOEL De huisarts en de eerstelijnspsycholoog (ELP) zijn oorspronkelijk de kerndisciplines in de eerstelijns-ggz en kunnen patiënten zelf behandelen of doorverwijzen. Omdat de eerstelijns-ggz momenteel sterk in beweging is, hebben we onderzocht welke rol de ELP speelt in de zorg voor mensen met psychische problemen.

METHODE We hebben gebruikgemaakt van gegevens uit geanonimiseerde (elektronische) patiëntendossiers van huisartsen en eerstelijnspsychologen uit het jaar 2009.

RESULTATEN De huisarts verwees oudere patiënten minder vaak naar ggz-disciplines dan jongere patiënten. Patiënten die een verwijzing kregen naar een ELP hadden vaker angst- en stressgerelateerde problemen dan patiënten die naar de gespecialiseerde ggz waren verwezen. Patiënten met sociale problemen kregen vaker een verwijzing naar het algemeen maatschappelijk werk of een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige. Vanuit de eerstelijnspsychologenpraktijk bezien namen mensen met relatieproblemen vaker zelf het initiatief om een afspraak te maken en kwamen mensen met stemmingsklachten, psychosomatische klachten en aanpassingsproblemen vaker via de huisarts.

CONCLUSIE Dit artikel laat zien welke klachten de eerstelijnspsycholoog behandelt en welke verschillen er zijn met de huisarts en andere ggz-disciplines. Mensen die hulp van een ELP krijgen vormen een specifieke groep. De wijze van toegang speelt hierbij een belangrijke rol.

INLEIDING

Psychische problemen komen veel voor in de Nederlandse bevolking. Ruim 43% van de volwassenen heeft ooit in zijn leven een psychische stoornis gehad, waarbij angst, depressie en afhankelijkheid of verslaving aan een middel het meeste voorkomen.¹ Als 'poortwachter' van de gespecialiseerde gezondheidszorg speelt de huisarts een belangrijke rol bij het herkennen, behandelen en eventueel doorverwijzen van patiënten met psychische problemen. Jaarlijks herkent de huisarts bij 10 tot 12,5% van zijn patiënten psychische problemen, maar verwijst slechts een klein deel van hen (9-13%) naar een meer gespecialiseerde zorgverlener of instantie.²

Oorspronkelijk verleenden de huisarts, de eerstelijnspsycholoog (ELP) en het algemeen maatschappelijk werk (AMW) geestelijke gezondheidszorg (ggz) in de eerste lijn.³ De afgelopen jaren hebben ook de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV'er) en de praktijkondersteuner ggz (POH-ggz) hun opwachting gemaakt, vaak om de huisarts binnen de

eigen praktijk te ondersteunen bij de zorg voor mensen met psychische problemen.⁴ Sinds in 2008 kortdurende psychologische eerstelijnszorg is opgenomen in het basispakket van de ziektekostenverzekering zijn ook tweedelijnsinstellingen generalistische zorg binnen de eerste lijn gaan aanbieden. De oorspronkelijke samenhang en overzichtelijkheid van de eerstelijns-ggz lijken hierdoor te zijn verdwenen.⁵

De ELP is een belangrijke zorgverlener binnen de eerstelijns-ggz. Volgens het jaarboek 2010 vroegen in 2010 bijna 100.000 mensen hulp aan deze psycholoog,⁶ die een in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIC) geregistreerde gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) en/of klinisch psycholoog is.⁷ Volgens gegevens van zorgverzekeraars hebben deze zelfs aan ruim tweemaal zoveel personen psychologische eerstelijnszorg vergoed. De ELP werkt als generalist en doet behalve psychodiagnostisch onderzoek vooral kortdurende interventies. Kortdurende hulp van een ELP is opgenomen in het basispakket van de ziektekostenverzekering.

Tot op heden is nog niet bekend welke rol de ELP speelt bij de zorg voor mensen met psychische problemen en hoe de zorg van de ELP zich verhoudt tot die van andere eerstelijnsvoorzieningen en de gespecialiseerde ggz. De rol van de ELP kan de komende tijd nog belangrijker worden omdat de overheid een verschuiving van zorg voor psychische problemen nastreeft van tweedelijns-ggz naar de eerste lijn. De minister van VWS is van mening dat 30% van de aangemelde problemen in de tweedelijns-AGGZ ook in de eerste lijn behandeld kan worden. Met de huisarts als poortwachter zouden andere hulpverleners, zoals de ELP, AMW'ers of SPV'ers, een groot deel van eerstelijns-ggz op zich kunnen nemen. Om een indruk te

Wat is bekend?

- De eerstelijnspsycholoog werkt, net als de huisarts, als generalist en ziet vaak patiënten die voor de eerste keer hulp zoeken bij een psychisch probleem.
- De psychologische eerstelijnszorg is momenteel sterk in beweging.

Wat is nieuw?

- Huisartsen verwijzen jongere patiënten met psychische problemen vaker door naar een eerste- of tweedelijns-ggz-discipline, dan oudere patiënten met deze problemen.
- Mensen die hulp ontvangen van een eerstelijnspsycholoog vormen een specifieke groep.
- Huisartsen verwijzen patiënten met angst- en stressgerelateerde problemen vaker naar een eerstelijnspsycholoog, dan naar andere ggz-disciplines.
- Mensen die uit eigener beweging hulp bij een eerstelijnspsycholoog zoeken zijn hoger opgeleid en hebben vaker relatieproblemen, dan mensen die op initiatief van de huisarts komen.

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht; dr. M.A. Prins, onderzoeker; prof.dr. P.F.M. Verhaak, projectleider Relatie Eerstelijns en Geestelijke Gezondheidszorg; dr. R.A. Verheij, projectleider Landelijk Informatienetwerk Eerstelijns. Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE); E.H. Smit, beleidsmedewerker en wetenschappelijk onderzoeker • Correspondentie: m.prins@nivel.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

krijgen van de rol die de ELP daarbij speelt, beantwoorden we in dit artikel de volgende twee vragen:

1. Verschillen patiënten (en hun klachten) die de huisarts naar de ELP verwijst van patiënten (en hun klachten) die de huisarts naar andere ggz-disciplines verwijst?
2. In hoeverre verschillen cliënten (en hun hulpvraag) die op eigen initiatief bij een ELP terechtkomen van cliënten die op initiatief van de huisarts een ELP bezoeken?

METHODEN

Opzet

Voor dit onderzoek maakten we gebruik van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) en het Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijnspsychologen (LINEP) over het jaar 2009.

Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg

Het LINH omvat een landelijk representatieve verzameling van ongeveer 80 huisartsenpraktijken die jaarlijks gegevens registreren over klachten en aandoeningen, contacten en verrichtingen, medicatievoorschriften en verwijzingen.⁸ Die gegevens leggen huisartsen routinematig vast in de elektronische patiëntendossiers. Ze registreren klachten en aandoeningen met behulp van de International Classification of Primary Care (ICPC-1).⁹ In 2009 hadden 28.349 patiënten contact met de huisarts in verband met een psychisch probleem (ICPC-code in het P-hoofdstuk).

Ten behoeve van het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag onderscheidden we vier groepen patiënten die vanwege een psychisch probleem de huisartsenpraktijk bezochten: 1) patiënten die niet zijn verwezen; 2) patiënten die naar een ELP zijn verwezen; 3) patiënten die naar een andere eerstelijns-ggz-hulpverlener (bijvoorbeeld AMW'er, SPV'er) zijn verwezen; 4) patiënten die naar een meer gespecialiseerde ggz-discipline (zoals ggz-instellingen, zelfstandig gevestigde psychiater of psychotherapeut, Consultatiebureau Alcohol en Drugs of psychogeriatric) zijn verwezen.

Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijnspsychologen

Het LINEP is in samenwerking met de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) opgezet en bevat gegevens over afgesloten cliëntcontacten bij eerstelijnspsychologen die lid zijn van de LVE. De LVE telde in 2009 zo'n 1050 leden en vertegenwoordigde daarmee bijna 75% van alle geregistreerde eerstelijnspsychologen in Nederland.¹⁰ Sinds 2004 leveren zo'n 650 tot 700 eerstelijnspsychologen jaarlijks gegevens aan (onder andere kenmerken van cliënten, klacht of diagnose, type hulp of behandeling en het hulpverleningsproces) van iedere cliënt van wie de behandeling in het afgelopen jaar is afgesloten.

We konden beschikken over informatie met betrekking tot 56.271 cliënten die in 2009 een behandeling hadden afgesloten bij 644 eerstelijnspsychologen. Voor het huidige onderzoek hebben we een onderscheid gemaakt tussen twee groepen cliënten: 1) cliënten die zijn verwezen op initiatief van de

huisarts en 2) cliënten die uit eigener beweging naar de ELP zijn gegaan.

Patiënt- en cliëntkenmerken

Van zowel de huisartspatiënten als de ELP-cliënten waren leeftijd, geslacht en de diagnose (waarvoor verwezen of contact geweest is) bekend. De huisartspatiënten die voor een psychisch probleem contact hadden met de huisarts, konden meermaals contact hebben gehad, en voor verschillende klachten. De drie meest voorkomende soorten problemen, depressie (ICPC-code Po3 en P76), angst (Po1 en P74) en surmenage (Po2 en P78), hebben we geclusterd en apart geanalyseerd. Overige psychische symptomen, uitgedrukt in de resterende ICPC-codes Po1 tot en met P29, en de overige psychische problemen, uitgedrukt in de resterende ICPC-codes P70 tot en met P99, verdeelden we ook over aparte categorieën.

Van de ELP-cliënten is naast leeftijd en geslacht ook het opleidingsniveau bekend en zijn aanmeldingsklachten en problemen/diagnoses (zoals vastgesteld door de psycholoog) volgens de DSM-IV-systematiek geregistreerd. De DSM-IV is een classificatiesysteem voor psychische aandoeningen dat vijf assen onderscheidt: 1) psychopathologie; 2) achterliggende persoonlijkheidsstoornissen; 3) somatische ziekten; 4) psychosociale en uitlokkende factoren; 5) niveau van functioneren in de vorm van een GAF (Global Assessment of Functioning) score, die loopt van 0 tot 100.¹¹ Een hoge score betekent dat er weinig tot geen symptomen zijn en dat men op verschillende gebieden uitstekend functioneert, een lagere score betekent dat er meer en ernstigere symptomen zijn en dat men slechter functioneert.

Abstract

Prins MA, Verhaak PFM, Smit EH, Verheij RA. The position of the primary care psychologist in primary mental health care. Huisarts Wet 2012;55(4):146-50.

BACKGROUND In the Netherlands, the general practitioner (GP) and the primary care psychologist are considered gatekeepers to specialized mental health services. Because primary mental health services are currently in a state of change, we investigated the role of primary care psychologists in the care of patients with mental health problems.

METHOD Data from anonymous patient records for 2009 were retrieved from the Netherlands Information Network of General Practice and the Netherlands Information Network Primary Care Psychologists databases.

RESULTS GPs referred older patients to mental health services less often than they did younger patients. Patients referred to a primary care psychologist tended to have anxiety and stress-related problems more often than did patients referred to more specialized mental health services. Patients with social problems were more often referred to social services or a social psychiatric nurse. Patients with interpersonal problems tended to consult the primary care psychologist on their own initiative, whereas patients with mood-, psychosomatic-, and adjustment problems were often referred by a GP.

CONCLUSION This study describes the problems treated by primary care psychologists and the differences between primary care psychologists, GPs, and other mental health disciplines. People who see a primary care psychologist form a specific group, in particular because they seek help on their own initiative.

Analyse

Huisartspatiënten die in 2009 zijn verwezen naar een ELP hebben we vergeleken met patiënten die naar een andere eerstelijns-ggz-zorgverlener zijn verwezen en met patiënten die naar een gespecialiseerde ggz-discipline zijn verwezen.

Een klein aantal patiënten telt in deze categorieën dubbel omdat zij in het onderzochte jaar naar verschillende ggz-disciplines zijn doorverwezen. Aangezien we geïnteresseerd zijn in de groep patiënten die naar een ELP zijn verwezen zijn dubbel-tellingen bij de ELP-groep gerekend. Zie ook [tabel 1, legenda *].

Bij de cliënten van de ELP hebben we de groep die op initiatief van de huisarts is gekomen, vergeleken met de groep die op eigen initiatief naar de ELP is gegaan. Hiervoor hebben we een T-test, een chi-kwadraattoets en de Fisher-exact-test gebruikt.

RESULTATEN

Bekeken vanuit de huisartsenpraktijk

De tweede kolom van [tabel 1] beschrijft de niet-verwezen patiënten met psychische symptomen en diagnoses. Van de 28.349 patiënten die in 2009 bij de huisarts zijn geweest met klachten van psychische aard zijn er 25.050 (88,4%) *niet* doorverwezen naar een ggz-discipline. Deze niet-verwezen patiënten waren gemiddeld 47,1 jaar oud en 59% was vrouw. De meest voorkomende redenen waarvoor deze mensen hulp bij de huisarts zochten waren depressie (22%) of angstklachten (20,1%), en slaapproblemen (18,9%). De 4341 patiënten die in het jaar 2009 *wel* een verwijzing naar een ggz-discipline kregen waren gemiddeld jonger dan de niet-verwezen patiënten, namelijk 35,0 ($\pm$ 17,9) jaar oud ($p < 0,001$) en 60,2% was vrouw ($p = 0,06$). De grootste groep kreeg een verwijzing naar een eerstelijns-ggz-discipline (2229 patiënten naar een ELP, 234 patiënten naar het AMW, 52 naar een SPV'er) en 1965 patiënten

werden naar een meer gespecialiseerde ggz-instelling verwezen (1341 patiënten naar de psychiatrie, 615 patiënten naar een Riagg, 23 patiënten naar de psychogeriatric) [tabel 1].

ELP versus andere eerstelijns-ggz en gespecialiseerde ggz

Patiënten die zijn verwezen naar een ELP hadden in vergelijking met de andere ggz-disciplines vaker last van angst. Overspannenheid en sociale problemen komen vaker bij de ELP terecht dan bij de tweedelijns-ggz, maar hier speelt de overige eerstelijns-ggz een nog grotere rol. Patiënten die zijn verwezen naar het AMW of een SPV'er blijken significant vaker voor een sociaal probleem (in het bijzonder woon- en financiële problemen, en problemen rondom ziekte) en minder vaak voor een psychisch probleem te zijn verwezen, en hebben vaker last van surmenageklachten.

Patiënten die de huisarts naar meer gespecialiseerde ggz-instellingen heeft verwezen, hebben vaker wegens depressie en psychische symptomen een verwijzing gekregen dan patiënten die verwezen zijn naar de ELP. Significant meer mannen zijn verwezen naar gespecialiseerde ggz-instellingen (45,9%), dan naar een ELP (35,4%). Verder kregen patiënten vaker voor een psychisch probleem een verwijzing naar de gespecialiseerde ggz en minder vaak voor een sociaal probleem.

Bekeken vanuit de eerstelijnspsychologenpraktijk

Vanuit de eerstelijnspsychologenpraktijk bekeken bleken leeftijd en geslacht niet significant te verschillen tussen patiënten die op initiatief van de huisarts naar een ELP zijn verwezen en patiënten die hier uit eigener beweging zijn terechtgekomen [tabel 2]. Patiënten die zelf hulp zochten bij een ELP bleken wel hoger opgeleid te zijn dan patiënten die de huisarts had verwezen.

Patiënten die op eigen initiatief kwamen bleken bij aan-

Tabel 1 Kenmerken van patiënten die door de huisarts zijn verwezen naar een ELP, andere eerstelijns-ggz-discipline en naar de gespecialiseerde ggz

Kenmerken van de patiënt	Niet verwezen		Wel verwezen naar een ggz-discipline (n = 4341 [†])						Vergelijking ELP – andere eerstelijnsdiscipline	Vergelijking ELP – gespecialiseerde ggz
	Wel psychisch probleem (n = 25.050)	%	Verwezen naar ELP (n = 2.229)	Verwezen naar andere eerstelijns-ggz [‡] (n = 283)	Verwezen naar gespecialiseerde ggz [‡] (n = 1.965)	%	%	%		
Leeftijd (sd)	47,1 (22,4)		35,0 (15,4)	40,6 (15,2)	34,2 (20,7)			< 0,001		0,91
Sekse										
■ vrouw	14.768	59,0	1439	64,6	190	66,7	1075	54,7	0,54	< 0,001
■ man	10.280	41,0	790	35,4	93	33,3	890	45,3		
Probleem										
Alle psychische problemen	25050	100	1458	65,4	152	54,1	1594	81,1	< 0,001	< 0,001
■ Depressie (P03, P76)	5524	22,1	300	13,5	35	12,4	356	18,1	0,24	< 0,001
■ Angst (P01, P74)	5040	20,1	326	14,6	25	8,8	250	12,7	0,004	0,012
■ Overspannenheid (P02, P78)	2579	10,3	288	12,9	53	18,7	147	7,5	0,005	< 0,001
■ Overige psychische symptomen	12.410	49,5	412	18,5	30	10,6	600	30,5	0,002	< 0,001
■ Overige psychische diagnoses	4059	16,2	290	13,0	48	17,0	308	15,7	0,04	0,011
Sociale problemen			448	20,1	98	34,6	194	9,9	< 0,001	< 0,001
Andere diagnoses			211	9,5	42	14,8	127	6,5	0,003	< 0,001

^{*} Hieronder vallen algemeen maatschappelijk werk en sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

[†] Hieronder vallen ggz-instelling, polikliniek psychiatrie, vrijgevestigd psychotherapeut en psychiater, Consultatiebureau Alcohol en Drugs, en psychogeriatric.

[‡] Als gevolg van enige dubbel-tellingen (16 verwijzingen naar ELP én andere eerste lijn, 91 naar ELP én tweede lijn, 29 naar andere eerste lijn én tweede lijn) is het totaal lager dan de som der delen.

melding vaker interpersoonlijke problemen of identiteitsproblemen te hebben, terwijl patiënten die op initiatief van de huisarts kwamen zich vaker hadden aangemeld in verband met stemmingsklachten, aanpassings- en verwerkingsproblemen en psychosomatische klachten.

Problemen door ELP vastgesteld

Patiënten die uit eigener beweging hulp zochten bij de ELP bleken minder psychopathologie te hebben, dan patiënten die op initiatief van de huisarts kwamen. Ook kwam somatische comorbiditeit vaker voor bij patiënten die op initiatief van de huisarts hulp hebben gezocht. Wat betreft de psychosociale problemen (DSM-IV-as 4) bleken patiënten die op initiatief van de huisarts zijn gekomen vaker werk- ($p < 0,001$) en financiële problemen ($p < 0,01$) te hebben, maar minder vaak problemen binnen de primaire steungroep ($p < 0,001$) (niet in de tabel weergegeven). Ten slotte hadden patiënten die op eigen initiatief naar de ELP zijn gegaan een significant hoger niveau van functioneren (DSM-IV-as 5), dan degenen die via de huisarts zijn gekomen.

BESCHOUWING

Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in de rol van de ELP bij de zorg voor mensen met psychische problemen en hoe deze zich verhoudt tot die van de huisarts en andere ggz-disciplines. We hebben onderzocht welke klachten en problemen de ELP behandelt in vergelijking met andere ggz-hulpverleners. Hiervoor hebben we gegevens uit huisartsenpraktijken en eerstelijnspsychologenpraktijken gebruikt.

Vanuit de huisartsenpraktijk bezien is de ELP een belangrijke verwijzingsmogelijkheid: meer dan de helft van alle ggz-verwijzingen komt bij een ELP terecht. Vrouwen worden over het algemeen vaker naar een eerstelijns-ggz-discipline verwezen, mannen meer naar de gespecialiseerde ggz. Patiënten met een psychisch probleem (vooral angst) krijgen vaker een verwijzing naar een ELP, dan naar het AMW of een SPV'er. Voor sociale problemen sturen huisartsen patiënten juist veelvuldig naar de andere eerstelijns ggz-disciplines.

Vanuit de eerstelijnspsychologenpraktijk bezien komen mensen met angst en depressie, psychosomatische klachten en aanpassingsproblemen vaker via de huisarts, terwijl mensen die op eigen initiatief bij de ELP aankomen meer problemen in de relationele sfeer hebben. Mensen die zich op eigen initiatief bij een ELP melden lijken een specifieke groep te vormen: ze zijn gemiddeld hoger opgeleid, hebben vaker geen psychiatrische stoornis (volgens DSM-IV-criteria) en functioneren over het algemeen beter. Een verklaring voor het feit dat deze mensen dikwijls geen psychopathologie hadden, is gelegen in het feit dat een groot deel (45,9%) interpersoonlijke problemen had, terwijl dit in mindere mate (26,1%) gold voor mensen bij wie wel psychopathologie was vastgesteld. Blijkbaar komen mensen met problemen die niet strikt psychopathologisch zijn, maar wel die wel in de interpersoonlijke sfeer spelen relatief vaak bij de ELP terecht. Dit is niet verwonder-

Tabel 2 Kenmerken van patiënten van eerstelijnspsychologen die op eigen initiatief hulp zoeken of op initiatief van de huisarts

	Initiatief huisarts n = 35.818		Eigen initiatief n = 15.563		p-waarde
Basiskmerken van de patiënt					
Leeftijd*					0,99
gemiddelde (sd) min-max	39,4 (14,8)	3-99	38,8 (13,9)	3-91	
	%		%		
Sekse*					0,11
■ vrouw	23.542	65,7	10.117	65,0	
■ man	12.273	34,3	5.446	35,0	
Opleidingsniveau					< 0,001
■ hoog	10.914	30,5	6.489	41,7	
■ middelbaar	13.830	38,6	5.496	35,3	
■ laag	9.126	25,5	2.793	18,0	
■ onbekend	1.948	5,4	785	5,0	
Klacht waarmee aangemeld bij ELP					
Aanmeldingsklacht volwassenen					
■ Stemningsklachten (depressie en angst)	9.963	27,8	3.252	20,9	< 0,001
■ Interpersoonlijke problemen	7.687	21,5	4.683	30,1	< 0,001
■ Aanpassings- en verwerkingsproblemen	7.767	21,7	2.920	18,8	< 0,001
■ Werk- en studieproblemen	2.921	8,2	1.172	7,5	0,02
■ Psychosomatische klachten	1.638	4,6	445	2,9	< 0,001
■ Identiteitsproblemen	1.330	3,7	810	5,2	< 0,001
■ Anders	2.095	5,9	1.196	7,7	< 0,001
Aanmeldingsklacht jeugd					
Totaal	2.417	6,8	1.084	7,0	0,37
Problemen vastgesteld door ELP					
■ Psychische stoornis* (DSM-IV-as 1)					
Geen psychische stoornis	4.762	13,3	3.116	20,0	< 0,001
■ Persoonlijkheidsstoornis* (DSM-IV-as 2)					
Specifieke persoonlijkheidsstoornis*	1.717	4,8	749	4,8	0,93
■ Somatische aandoening* (DSM-IV-as 3)					
(Chronisch) somatische aandoening	7.432	20,7	2.598	16,7	< 0,001
■ Psychosociale problemen* (DSM-IV-as 4)					
(Psycho)sociale problemen	27.863	77,8	12.069	77,5	0,55
■ Functioneren (GAF score) (DSM-IV-as 5)					
gemiddelde (sd)	62,7 (9,6)		64,9 (10,2)		< 0,001

* Er ontbreken enkele waarden.

† Paranoïde, schizoïde/schizotypische, antisociale, borderline, theatrale, narcistische, ontwijkende, afhankelijke en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis en persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven.

lijk: een belangrijke eigenschap van de eerstelijns-ggz is dat men daar aandacht heeft voor de context waarbinnen klachten zich ontwikkelen. Er hoeft dus niet per definitie (al) sprake te zijn van een psychiatrische stoornis.

Het onderzoek heeft een belangrijke beperking waarmee we rekening moeten houden bij het trekken van conclusies. We hebben namelijk gekeken naar zorggegevens binnen één kalenderjaar en niet naar een langere periode. De gegevens van de eerstelijnspsychologen bestaan uit afgesloten contacten of behandelingen binnen een jaar, met de bijbehorende kenmerken van die behandeling, terwijl de huisarts gegevens op meer niveaus (aandoeningen, verrichtingen, voorschriften, verwijzingen) verzamelt en deze met een grotere regelmaat (elke paar maanden) aanvult. Daarom hebben we de gegevens van een specifieke periode geanalyseerd. 2009 was het meest recente jaar waarover complete gegevensverzamelingen beschikbaar waren, zowel van de huisartsen als van de eerstelijnspsychologen. In een ideale situatie zouden we een langere



Foto: Bert Spiertz/Hollandse Hoogte

periode bekijken om episodes te kunnen onderscheiden en de zorg door te tijd heen te kunnen volgen. Dit is vooral interessant als we de gelegenheid hebben om de patiënten door de verschillende systemen heen te volgen. Dan zouden we bijvoorbeeld kunnen nagaan of men zich aan stepped-care-principes houdt (dat wil zeggen dat patiënten niet eerder of intensiever dan nodig en niet later of minder intensief dan nodig worden behandeld) en wanneer men precies doorverwijst.

Een ander nadeel is het gemis aan gegevens aan de hand waarvan we de patiëntenprofielen meer inhoud kunnen geven, bijvoorbeeld om de ideale kandidaat voor verwijzing naar de ELP te karakteriseren. Indien we kenmerken als ziekte-inzicht, zelfredzaamheid of therapietrouw hierin betrekken, dan blijft aparte gegevensverzameling toch nodig.

CONCLUSIE

Op basis van de huidige resultaten kunnen we concluderen dat we een verschuiving van verwijzingen voor lichtere psychopathologie naar de eerste lijn in het algemeen en de eerstelijnspsycholoog in het bijzonder vooral moeten zoeken binnen depressie en andere psychische symptomen. Als het om overspannenheid, angst en sociale problemen gaat verwijzen huisartsen het merendeel van de patiënten al naar de eerste lijn, vaak naar de ELP. Onder die psychische symptomen schuilt uiteraard een belangrijk deel dat om specifieke deskundigheid vraagt: psychische symptomen bij jongeren

en verslavingsproblematiek. Beide soorten problemen worden momenteel niet veel aangeboden bij eerstelijnspsychologen. Slechts 7% van de aanmeldingklachten betroffen jongeren en de verslavingsproblemen vallen binnen de categorie 'anders' bij volwassenen (6%).

Als de huisarts de ELP inschakelt, gaat het vooral om problemen met angst, depressie en psychische symptomen. Als cliënten zich op eigen initiatief aanmelden kampen ze vaak ook met relatieproblemen, zijn ze hoog opgeleid en functioneren ze relatief goed. Dit is nog niet eerder ontdekt en beschreven, en verduidelijkt de rol die de ELP speelt bij de zorg voor mensen met psychische problemen.

In een toekomstige basis-ggz krijgt de ELP vooral een rol in het kader van de kortdurende behandeling van psychopathologie. De ELP zal zich daarin kunnen onderscheiden van de praktijkondersteuner op ggz-gebied, omdat cliënten in een beperkt aantal, probleemgerichte sessies een volledige behandeling krijgen. De POH-ggz zal de problemen met de cliënt doornemen en deze doorgeleiden naar de best mogelijke hulp, zonder zelf gedurende meer dan hooguit vier sessies te behandelen. De ELP zal zich van het AMW onderscheiden in de nadruk die het laatste op sociale problemen legt. De ELP zal voor een deel de concurrentie moeten aangaan met de SPV'er. Beide disciplines richten zich op de kortdurende behandeling van lichtere psychopathologie. ■

LITERATUUR

- 1 De Graaf R, Ten Have M, Van Dorsselaar S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- 2 Verhaak PFM, Van Beljouw IMJ, Van Dijk CE. Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses. Utrecht: NIVEL, 2010.
- 3 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (MinVWS). Beleidsvisie GGZ. Den Haag: Elkerhout, 1999.
- 4 Trimbos-instituut. Trendrapportage GGZ 2010. Deel 2. Toegang en zorggebruik. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- 5 Janssen R, De Wildt JE. Traditionele aanbieders onvoldoende alert. Concurrentie in de (eerstelijns)-GGZ. De Eerstelijns 2010;2:24-27.
- 6 LVE. Jaarbericht landelijke vereniging van eerstelijnspsychologen 2010. Amsterdam: LVE, 2011.
- 7 Lamers E, Bosch F, Hinderink L, Verschuren C, redactie. Handboek psychologie in de eerste lijn. Kortdurende behandeling van veelvoorkomende problemen. Amsterdam: Harcourt Assessment bv, 2006.
- 8 Verheij RA, Van Dijk CE, Abrahamse H, Davids R, Visscher S, Braspenning J, et al. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, www.nivel.nl/LINH.
- 9 Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press, 1990.
- 10 Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). Jaarbericht LVE. Amsterdam: LVE, 2009.
- 11 American Psychiatric Association. Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 2001.



Tests: sensitiviteit en specificiteit

PRAKTIJKPROBLEEM: HOE GOED WERKT DE OORTHERMOMETER?

Ouders van jonge kinderen gebruiken liever een oorthermometer dan een rectale thermometer om de temperatuur op te nemen. In de medische literatuur is er echter nogal wat discussie over de betrouwbaarheid van oorthermometers. De 'sensitiviteit' zou niet goed zijn. Hoe zat het ook alweer met de sensitiviteit en specificiteit van tests?

ACHTERGROND

Huisartsen proberen tot een diagnose te komen door anamnese en lichamelijk onderzoek. Daartoe doen zij tests. In feite is elk onderdeel van het lichamelijk onderzoek te beschouwen als een test, een 'meetinstrument' met specifieke testeigenschappen. De termen 'sensitiviteit' en 'specificiteit' geven aan hoe goed een test in staat is te meten wat deze moet meten.

Tabel 1 Vierveldentabel

		Aandoening	
		Aanwezig	Afwezig
Test	Positief	Terecht positief A B	Fout-positief A+B
	Negatief	Fout-negatief C D	Terecht negatief C+D
		A+C B+D	A+B+C+D
		'zieken'	'niet zieken'

Sensitiviteit = $(A/(A+C))$ de kans dat de test een positieve uitslag geeft bij de mensen die de aandoening wel hebben.

Specificiteit = $(D/(B+D))$ de kans dat de test een negatieve uitslag geeft bij de mensen die de aandoening niet hebben.

Voorspellende waarde van een positieve testuitslag (VW+) = $(A/(A+B))$ wanneer de test positief is dat de patiënt de aandoening daadwerkelijk heeft.

Voorspellende waarde van een negatieve testuitslag (VW-) = $(D/(C+D))$ wanneer de test negatief is dat de patiënt de aandoening daadwerkelijk niet heeft.

Fout-positieve testuitslag = (B) wanneer de test positief is terwijl de patiënt de aandoening niet heeft.

Fout-negatieve testuitslag = (C) wanneer de test negatief is terwijl de patiënt de aandoening wel heeft.

Tabel 2 Vierveldentabel oorthermometer in vergelijking met 'Gouden standaard' rectale temperatuurmeting

		Koorts (temperatuur > 38°C) met rectale meting		
		Temperatuur > 38°C	Temperatuur ≤ 38°C	
Oorthermometer	Temperatuur > 38°C	96 A B	2 C D	98 A+B
	Temperatuur ≤ 38°C	54 A+C B+D	48 C D	102 A+B+C+D
		150	50	200

Sensitiviteit = $(A/(A+C))$ 96/150 = 64%.

Specificiteit = $(D/(B+D))$ 48/50 = 96%.

Voorspellende waarde van een positieve testuitslag = $(A/(A+B))$ 96/98 = 98%.

Voorspellende waarde van een negatieve testuitslag = $(D/(C+D))$ 48/102 = 47%.

Voor het beschrijven van testeigenschappen is de zogenaamde vierveldentabel een populair hulpmiddel [tabel 1]. De gebruikte test moet bij mensen die de aandoening hebben zoveel mogelijk een positieve uitslag geven (= sensitiviteit, $A/(A+C)$). Daarnaast moet de test een negatieve uitslag geven wanneer de patiënt de aandoening niet heeft (= specificiteit $D/(B+D)$). Het zou het mooist zijn als elke test een sensitiviteit en specificiteit van 100% heeft. Helaas is dat meestal niet zo.

De sensitiviteit en specificiteit zijn kenmerken van de test; ook wanneer de test in populaties wordt toegepast met een andere ziekteprevalentie blijven deze eigenschappen in principe dezelfde. Voor de gebruiker zijn de positief en negatief voorspellende waarden van een test belangrijke eigenschappen. Zij geven aan hoe groot de kans op ziekte is als de test positief is en hoe groot de kans op afwezigheid van ziekte is als de test negatief is. Deze testkenmerken zijn wél afhankelijk van de populatie waarin de test wordt gebruikt. Als de a-priorikans in een bepaalde populatie anders is, dan verandert de verhouding tussen A+C en B+D en verandert de voorspellende waarde van de test.

UITWERKING

Om te kijken hoe goed een test meet wat je wilt meten, vergelijk je die test met de beste test (de referentietest of 'Gouden standaard') die er voor de aandoening bestaat. Om vast te stellen hoe goed een oorthermometer koorts meet, vergelijk je deze met een rectale meting. In [tabel 2] geven we een voorbeeld van metingen bij 200 kinderen. Met de rectale meting hebben 80 kinderen koorts (temperatuur > 38°C) en 120 kinderen niet. Horizontaal staan de uitkomsten van de meting met de oorthermometer: 81 kinderen hebben koorts, 119 niet. Deze [tabel] laat zien dat er wel enige maar geen volledige overeenkomst tussen beide metingen is. Hoe goed de overeenkomst is, laten de sensitiviteit (64%) en de specificiteit (96%) zien.¹ In dit voorbeeld is de voorspellende waarde van een positieve testuitslag hoog (98%) en de voorspellende waarde van een negatieve testuitslag laag (47%). Bij een positieve uitslag weet je dus vrijwel zeker dat het kind koorts heeft (98% zekerheid) maar bij een negatieve testuitslag is de zekerheid dat het kind géén koorts heeft veel minder (47%).

BETEKENIS

Voor de dagelijkse praktijk zijn sensitiviteit en specificiteit van een test vooral theoretisch van belang. De huisarts weet alleen de uitslag van de test die hij heeft gedaan en daar moet hij het mee doen. De voorspellende waarde van een positieve en negatieve testuitslag zijn veel relevanter. ■

LITERATUUR

- Berger MY, Boomsma LJ, Albeda FW, Dijkstra RH, Graafmans TA, Van der Laan JR, et al. NHG-Standaard Kinderen met koorts. Huisarts Wet 2008;51:287-96.

NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts, onderzoeker en hoofdredacteur H&W • Correspondentie: j.eekhof@nhg.org



SU-derivaten bij starten insuline: toch maar stoppen?

Samenvatting

Van Avendonk MJP, Gorter KJ, Van den Donk M, Van Haeften TW, Rutten GEHM. *SU-derivaten bij starten insuline: toch maar stoppen?* Huisarts Wet 2012;55(4):152-8.

ACHTERGROND Patiënten met diabetes mellitus type 2 die starten met insuline, doen dat meestal in combinatie met metformine als oraal bloedglucoseverlagend middel. Sommigen krijgen daarbij ook een sulfonyleureumderivaat (SU-derivaat) voorgeschreven, maar de richtlijnen zijn het er niet over eens of dit zinvol is. Wij onderzochten of het gebruik van een SU-derivaat naast metformine en insuline toegevoegde waarde heeft voor de bètacelfunctie en de glykemische controle.

METHODE In een open, enkelblinde, gerandomiseerde trial volgden wij twaalf maanden lang 39 patiënten die wegens onvoldoende glykemische controle gestart waren met insuline glargine. Wij randomiseerden de deelnemers, die bij aanvang allen metformine en een SU-derivaat gebruikten, in een groep die het SU-derivaat continueerde en een groep die daarmee stopte. Onze primaire uitkomstmaat was de C-peptide-glucoseratio, een maat voor de resterende bètacelfunctie.

RESULTATEN Na een jaar insulinetherapie was er geen verschil in de C-peptide-glucoseratio tussen beide groepen ($p = 0,097$). Wel was het aantal hypoglykemieën hoger in de groep die een SU-derivaat bleef gebruiken ($p = 0,043$) en leek ook de gewichtstoename in deze groep groter, al was dat laatste verschil niet significant ($p = 0,054$).

CONCLUSIE In onze relatief kleine onderzoekspopulatie had het continueren van een SU-derivaat tijdens insulinetherapie met metformine geen significant effect op de resterende bètacelfunctie. Wel waren er vaker hypoglykemieën in de SU-groep. Deze bevindingen leiden tot de voorlopige aanbeveling om bij patiënten met diabetes type 2 het SU-derivaat te stoppen wanneer zij met insuline beginnen.

INLEIDING

In de behandeling van diabetes type 2 is de nadruk de laatste twintig jaar steeds meer komen te liggen op het bereiken van optimale glykemische controle ($HbA_{1c} < 53 \text{ mmol/mol}$ of $< 7,0\%$). Het logische gevolg is dat sommige patiënten al in een eerder stadium van het ziekteproces insuline krijgen voorgeschreven. Insuline heeft echter bijwerkingen, zoals hypoglykemieën en gewichtstoename, en de subcutane injecties zijn voor veel patiënten een drempel. Dat maakt veel artsen en pa-

tiënten huiverig om ermee te starten.^{1,3} Een simpel en effectief insulineregime kan helpen deze weerstand te overwinnen, en een Cochrane-review heeft aangetoond dat men in dat geval het best kan beginnen met een eenmaal daags basaal insulineregime, toegevoegd aan orale bloedglucoseverlagers.⁴ Hier zijn de richtlijnen tegenstrijdig, maar in de dagelijkse praktijk is metformine de meest gebruikte orale bloedglucoseverlager, al dan niet in combinatie met een sulfonyleureumderivaat (SU-derivaat).^{4,7} In 2010 telde Nederland 830.000 gebruikers van diabetesmedicatie, en van deze patiënten gebruikten er bijna 150.000 zowel insuline als orale glucoseverlagende middelen.⁸ Een vragenlijstonderzoek wees uit dat 68% van de huisartsen zelf startte met de insulinetherapie, en dat het daarbij meestal (78%) ging om eenmaal daags langwerkend insuline.⁹ Door de verschuiving van de diabeteszorg van de tweede naar de eerste lijn zal dit percentage ondertussen zijn toegenomen.

Metformine remt de afgifte van glucose door de lever en vermindert daarmee de dagelijkse benodigde dosis exogeen insuline, zodat de gewichtstoename beperkt blijft.¹⁰⁻¹⁴ Bovendien vermindert het middel het risico op cardiovasculaire complicaties.^{13,15} Metformine wordt dus beschouwd als het middel van eerste keuze, ook in combinatie met insuline. SU-derivaten verhogen de insulineproductie van de bètacellen in het pancreas. Omdat verlaagde insulineafgifte vaak een bijkomend kenmerk is van het falen van orale therapie, is het op het eerste gezicht niet rationeel daarna door te gaan met SU-derivaten, want overstimulatie van bètacellen kan ertoe leiden dat die versneld verloren gaan.¹⁶ Het is juist een van de doelen van de behandeling bètacellen te behouden, omdat er dan kleinere hoeveelheden exogeen insuline nodig zijn en er minder hypoglykemieën en minder gewichtstoename optreden. Zowel patiënten als artsen noemen deze twee bijwerkingen het vaakst als barrières om te starten met insuline.^{3,17}

Wat is bekend?

- Als het bloedglucosegehalte met orale middelen niet meer onder controle kan worden gehouden, is een combinatie van metformine met insuline de therapie van eerste keuze bij diabetes type 2.
- De richtlijnen zijn onduidelijk over de vraag of het zin heeft om bij deze combinatietherapie ook door te gaan met sulfonyleureumderivaten, als de patiënt die gebruikt.

Wat is nieuw?

- Doorgaan met sulfonyleureumderivaten heeft geen effect op de bètacelfunctie, de glykemische controle, de ervaren gezondheid en de tevredenheid met de behandeling.
- Doorgaan met sulfonyleureumderivaten geeft meer hypoglykemieën en misschien ook meer kans op gewichtstoename.
- Dat leidt tot de voorlopige aanbeveling om niet door te gaan met een sulfonyleureumderivaat zodra insulinetherapie gestart wordt.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht; dr. M.J.P. van Avendonk, huisarts n.p. (thans wetenschappelijk medewerker NHC); dr. K.J. Gorter, huisarts en senior onderzoeker; dr. M. van den Donk, epidemioloog (thans NHC); prof. dr. G.E.H.M. Rutten, huisarts en hoogleraar diabetologie. UMC Utrecht, afdeling Interne Geneeskunde; dr. T.W. van Haeften, internist • Correspondentie: m.vanavendonk@nhg.org • Mogelijke belangenverstrengeling: wij ontvingen voor dit onderzoek een subsidie (zonder beperkingen) van Sanofi-Aventis. MJPvA ontving een vergoeding van Sanofi-Aventis voor een congresbezoek en voor het drukken van haar proefschrift. TWvH ontving consultatiehonoraria van Novo-Nordisk en Eli Lilly, en een sprekersvergoeding van Novo-Nordisk. GEHM ontving subsidies van Sanofi-Aventis en van Pfizer voor zogeheten *investigator initiated studies*, en ontving sprekersvergoedingen van Novo Nordisk • Trialregistratienummer: ISRCTN29335793.

In de praktijk is echter onduidelijk of continuering van een SU-derivaat niet toch leidt tot een lagere insulinedosis en/of minder hypoglykemieën en minder gewichtstoename.¹⁸⁻²⁰ Wij onderzochten daarom het effect van SU-derivaten op de bèta-celfunctie, de glykemische controle en de bijwerkingen bij patiënten met diabetes type 2 die voor het eerst insulinetherapie startten. Alle patiënten continueerden het gebruik van metformine. Daarnaast onderzochten wij ook eventuele effecten op ervaren gezondheid, disfunctioneren en tevredenheid met de behandeling.

METHODEN

Patiënten

Van juni 2006 tot december 2008 werven wij patiënten met diabetes type 2 in negentien huisartsenpraktijken en vijf interne poliklinieken in Nederland. Wij zochten naar patiënten tussen 40 en 75 jaar die nooit eerder insuline hadden gekregen, gedurende minstens drie maanden een HbA_{1c} $\geq$ 58 mmol/mol ($\geq$ 7,5%) hadden en minstens drie maanden lang metformine en een SU-derivaat gebruikten in een maximaal tolereerbare dosis of in een dosis van meer dan de helft van het aanbevolen maximum. Exclusiecriteria waren: diabetes type 1, plasma-C-peptide $<$ 0,50 nmol/l, ASAT en ALAT meer dan tweemaal de bovenwaarde van het normale bereik, gestoorde nierfunctie (mannen: serumcreatinine $>$ 135 mmol/l, vrouwen: serumcreatinine $>$ 110 mmol/l), onvoldoende kennis van de Nederlandse taal, zwangerschap of lactatie, gebruik van prednison langer dan twee weken, amputatie van been of arm, intercurrente ziekte (ter beoordeling van de arts) en een duidelijk korte levensverwachting. Alle deelnemers gaven schriftelijk informed consent. Het onderzoek werd goedgekeurd door de medisch-ethische toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht en door de plaatselijke ethische commissie van elk deelnemend ziekenhuis. Het werd uitgevoerd volgens de richtlijnen voor Good clinical practice en van de declaratie van Helsinki (amendement Tokio 2004).

Onderzoeksdesign

Het onderzoek was een multicenter, open-label, gerandomiseerde en gecontroleerde trial met een parallelgroep en een duur van twaalf maanden. In een aanloopperiode van maximaal acht weken, waarin de patiënten metformine en SU-derivaat continueerden, ontvingen zij educatie over insulinetherapie en oefenden zij het injecteren van insuline en het zelf meten van hun bloedglucose. Wij includeerden de patiënten die aan het eind van deze periode een HbA_{1c} $\geq$ 53 mmol/mol ($\geq$ 7,0%) hadden. Patiënten die een thiazolidinedion gebruikten, stopten minstens drie weken voor de randomisatie met dit middel. Na de aanloopperiode startten de deelnemers met de insulinetherapie. Daarbij continueerden zij de metformine en werden zij door middel van computergestuurde loting toegewezen aan een groep die stopte met het SU-derivaat of aan een groep die daarmee doorging. Alle patiënten startten met 10 E insuline glargine voor het

slapengaan of in de ochtend. Zij werden geïnstrueerd om de insuline te titreren op basis van het gemiddelde nuchter glucose van de laatste drie dagen, volgens een licht gewijzigd algoritme van Davies et al.²¹ Bij een glucose $\geq$ 6,7 mmol/l en $<$ 10 mmol/l moest de dagelijkse insulinedosis met twee eenheden worden verhoogd, bij hogere of lagere waarden werd de dosis naar het oordeel van de behandelaar aangepast. Als de patiënt niet zelf kon titreren, beoordeelde de lokale zorgverlener de plasmaglucozewaarden en paste daarop de insulinedoseringen aan.

Metingen

Wij vroegen de deelnemers om tijdens de onderzoeksperiode een dagboekje bij te houden met de uitslagen van bloedglucosezelfmetingen, insulinedoseringen en eventuele hypoglykemieën (inclusief glucozewaarde, moment van de dag en of er een assistentie van een derde persoon nodig was). Daarnaast kregen zij aan het begin en aan het eind van het onderzoek het verzoek om thuis een aantal vragenlijsten in te vullen: Short Form-36 (SF-36), Diabetes Health Profile (DHP), Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ) en Diabetes Empowerment Scale Short Form (DES-SF). De SF-36 is een vragenlijst met 36 items die de ervaren gezondheid meet op acht dimensies: algemene gezondheid, vitaliteit, mentale gezondheid, lichamelijk functioneren, beperkingen als gevolg van lichamelijke problemen (rol lichamelijk), lichamelijke pijn, sociaal functioneren en beperkingen als gevolg van emotionele problemen (rol emotioneel). Elk van deze dimensies wordt gescoord op een schaal van 0

Abstract

Van Avendonk MJP, Gorter KJ, Van den Donk M, Van Haeften TW, Rutten GEHM. Discontinue sulphonylurea derivatives when starting insulin therapy. *Huisarts Wet* 2012;55(4):152-8.

BACKGROUND Patients with diabetes mellitus type 2 who start insulin therapy are usually also given metformin as oral blood glucose-lowering agent. Some patients are also prescribed a sulphonylurea (SU) derivative, but it is unclear whether this is useful. We investigated whether SU in combination with metformin and insulin has a beneficial effect on beta-cell function and glycaemic control.

METHOD In this 12-month, multicentre, parallel-group, open-label trial, we followed up 39 patients who were started on insulin glargine because of inadequate glycaemic control. Patients, who were taking metformin and a SU derivative at intake, were randomized to continue or discontinue the SU derivative when they started insulin glargine therapy. The primary outcome was the C-peptide to glucose ratio as estimate of residual beta-cell function.

RESULTS Baseline characteristics were comparable, except for sex, education, and quality-of-life dimensions. After 1 year, the C-peptide to glucose ratio was not significantly different in the two groups ($p=0.097$); however, the number of hypoglycaemic events was significantly higher ($p=0.043$) and the weight gain was also greater, but not significantly so ($p=0.054$), in the SU group compared with the non-SU group.

CONCLUSION In this relatively small group, the continuation of SU during treatment with insulin plus metformin did not lead to significant differences in residual beta-cell function; however, there were more hypoglycaemic events in the SU group. These findings suggest that SU derivatives should be discontinued when patients with type 2 diabetes start insulin therapy.

(slechtste gezondheid) tot 100 (beste gezondheid).^{21,22} De DHP bepaalt het psychosociaal en gedragsmatig disfunctioneren met behulp van drie subschalen: psychische spanningen (14 items), barrières voor activiteiten (13 items) en ontreemd eten (5 items), elk op een schaal van 0 (grote disfunctie) tot 100 (geen disfunctie).²³ De DTSQ bevat zes items die de tevredenheid met de behandeling bepalen. De totale score loopt van 0 (niet tevreden) tot 36 (heel tevreden).²⁴ De DES-SF heeft acht items die de psychosociale self-efficacy meten op een schaal van 1 (weinig) tot 5 (veel). De eindscore is het gemiddelde van deze acht scores.²⁵ Deelnemers die de vragenlijsten niet terugstuurden, ontvingen een reminder.

Wij onderzochten de deelnemers voorafgaand aan de randomisatie en drie, zes, negen en twaalf maanden nadien. Bij de start van het onderzoek en na twaalf maanden namen wij een anamnese af die ook enkele vragen bevatte over therapietrouw, bijwerkingen, medicatie-inname en symptomen of ziekten gedurende de voorgaande drie maanden. Tevens bepaalden we lengte, gewicht, body mass index, buikomvang en bloeddruk (gemiddelde van twee metingen), en de gehalten nuchter plasmagluucose, HbA_{1c}, serumcreatinine, serumtransaminasen, lipiden en plasma-C-peptide. Elke drie maanden werden HbA_{1c} en nuchter glucose gemeten en werden de benodigde insulinedosis en de frequentie en ernst van hypoglykemieën in de voorgaande drie maanden vastgelegd.

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat was de resterende insulinesecretie van de bètacellen, geschat met de nuchtere C-peptide-glucoseratio, die samenhangt met de bètacelmasse.²⁶ Secundaire uitkomstmaten waren de dagelijks benodigde insulinedosis, waarbij het streven was een HbA_{1c} < 53 mmol/mol (< 7,0%) te bereiken, het percentage patiënten dat dit doel daadwerkelijk bereikte, de aantallen ernstige en nachtelijke hypoglykemieën, buikomvang, lichaamsgewicht, ervaren gezondheid, disfunctioneren en tevredenheid met de behandeling. Een hypoglykemie werd geclassificeerd als ernstig wanneer er assistentie nodig was van een derde partij, en als mild wanneer zij symptomatisch verliep.

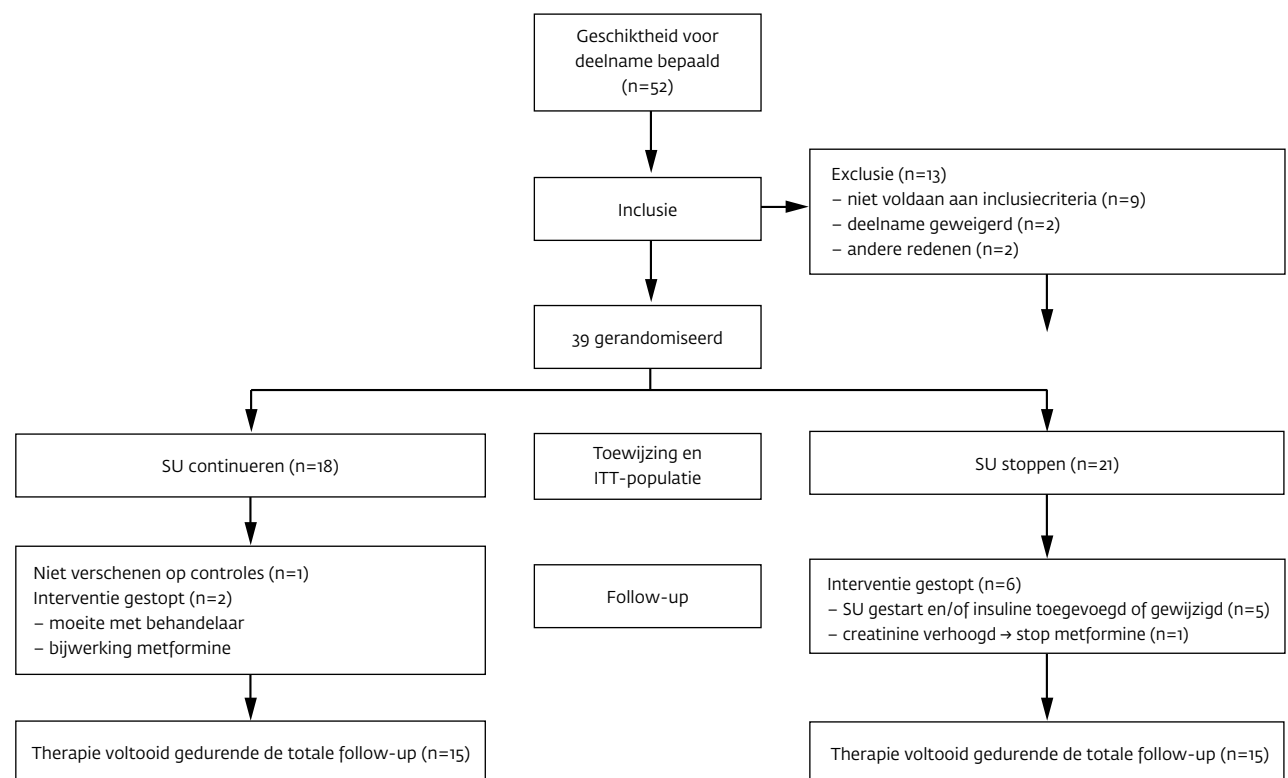
Groepsgrootteberekening

We hebben de benodigde groepsgrootte berekend op basis van de primaire uitkomstmaat: de resterende bètacelfunctie, afgelezen aan de C-peptide-glucoseratio. Gebaseerd op een geschat verschil tussen beide onderzoeksgroepen van 0,031 nmol/mmol (SD 0,04), een tweezijdige alfa van 0,05 en een power van 80% waren in elke onderzoeksgroep 26 patiënten nodig.²⁷

Statistische analyse

De categorale baselinekenmerken zijn weergegeven in procenten, de continue variabelen als gemiddelden met standaarddeviatie. De analyses zijn gebaseerd op de intention-

Figuur Stroomdiagram van het onderzoek



to-treatpopulatie (gerandomiseerde patiënten die insuline gebruiken hebben). Patiënten die voortijdig stopten met deelname hebben we gevraagd om een bloedafname twaalf maanden na randomisatie, en de resultaten van degenen die toestemden hebben we gebruikt in de analyse. Van patiënten van wie geen bloedbepaling op twaalf maanden beschikbaar was, hebben we de data geanalyseerd op basis van intention-to-treat met de last-value-carried-forward-methode. De veranderingen in beide groepen tussen baseline en twaalf maanden vergeleken wij met behulp van een covariantieanalyse (ANCOVA) om te corrigeren voor eventuele onderlinge verschillen op baseline. Ook de verschillen in ervaren gezondheid, disfunctioneren en tevredenheid met de behandeling analyseerden wij met een ANCOVA. Voor het vergelijken van de benodigde insulinedoses op twaalf maanden gebruikten wij een t-toets, voor de aantallen patiënten die de HbA_{1c}-streefwaarde van ≤ 53 mmol/mol ($\leq 7\%$) de exacte toets van Fisher en voor het aantal hypoglykemieën de toets van Wilcoxon. Een $p < 0,05$ beschouwden we als significant. De analyses zijn uitgevoerd met SPSS versie 15.0.

RESULTATEN

De [figuur] toont het stroomdiagram van de trial. Van de 52 geschikte patiënten werden er 13 geëxcludeerd: 9 voldeden niet aan de inclusiecriteria (HbA_{1c}, glucose, ALAT, C-peptide en leeftijd), 2 wilden alsnog niet deelnemen en 2 werden uitgesloten vanwege een protocolovertreding. Van de geïncludeerde patiënten randomiseerden wij er 18 in de groep die het SU-derivaat bleef gebruiken, en 21 patiënten in de groep die met dit middel stopte. [Tabel 1] toont de baselinekenmerken van de twee onderzoeksgroepen. Deze waren vergelijkbaar, behalve het percentage mannen (52% zonder SU versus 61% met SU) en het percentage patiënten met een laag opleidingsniveau (55% zonder SU versus 67% met SU).

Negen deelnemers stopten voor het eind van de trial (3 in de groep met SU en 6 in de groep zonder SU). Complete data hebben we dus verkregen van 30 patiënten. Van de 9 deelnemers die de interventie staakten, stemden er 5 in met bloedafname na twaalf maanden. We rapporteren hier de resultaten van de totale populatie op basis van intention-to-treat (39 patiënten). De deelnemers gebruikten een gemiddelde dosis metformine van 2000 mg/dag in de groep zonder SU en 2144 mg/dag in de groep met SU. De deelnemers in de groep met SU gebruikten de kortwerkende SU-derivaten gliclazide (1 deelnemer 160 mg; 4 deelnemers 240 mg; 1 deelnemer 320 mg) en tolbutamide (2 deelnemers 1500 mg; 2 deelnemers 2000 mg), en de langwerkende SU-derivaten glimepiride (6 deelnemers 6 mg) en glibenclamide (2 deelnemers 15 mg).

Klinische uitkomstmaten

Gedurende de onderzoeksperiode van twaalf maanden veranderde de C-peptide-glucoseratio in de groep zonder SU van $0,122 \pm 0,038$ naar $0,099 \pm 0,064$ nmol/mmol. In de groep met SU veranderde de C-peptide-glucoseratio van $0,112 \pm 0,052$ naar $0,121 \pm 0,051$ nmol/mmol. Deze veranderingen waren niet statistisch significant [tabel 2]. Ook de invloed van lang-

en kortwerkende SU-derivaten op de C-peptide-glucoseratio verschildte niet significant, met een effect van respectievelijk $0,024 \pm 0,034$ en $-0,004 \pm 0,059$ nmol/mmol ($p = 0,267$).

De gemiddelde dosis insuline glargine was na afloop van de onderzoeksperiode in de groep zonder SU 44 E/dag (range 14-120) en in de groep met SU 34 E/dag (range 12-63), een niet-significant verschil ($p = 0,19$). In beide groepen daalden de HbA_{1c}-waarden evenveel. De HbA_{1c}-streefwaarde ≤ 53 mmol/mol ($\leq 7\%$) was bij de eindmeting bereikt door 7 (33%) deelnemers in de groep zonder SU, tegen 4 (22%) in de groep met SU, eveneens een niet-significant verschil ($p = 0,50$). In de groep met SU was de gemiddelde gewichtstoename 1,7 kg, in de groep zonder SU was geen toe- of afname zichtbaar. Dit verschil is niet significant, maar het scheelt niet veel ($p = 0,054$).

In de groep met SU werden meer dan drie keer zoveel hypoglykemieën gerapporteerd als in de groep zonder SU (121 versus 35; $p = 0,043$), door respectievelijk 10 en 6 patiënten. Van de hypoglykemieën vond in de groep met SU 14% 's nachts plaats (11 hypo's bij 3 patiënten) en in de groep zonder SU 23% (8 hypo's bij 3 patiënten) ($p = 0,753$). Het aantal ernstige hypoglykemieën was gelijk (14 versus 16 hypo's). Hypoglykemieën kwamen niet aantoonbaar vaker voor bij langwerkende SU-derivaten (81 hypo's bij 5 patiënten) dan bij kortwerkende SU-derivaten (40 hypo's bij 4 patiënten) ($p = 0,609$).

Zoals [tabel 3] laat zien, ontwikkelden de scores op de vragenlijsten zich tussen baseline en twaalf maanden in beide groepen op vergelijkbare wijze. Alleen in de DHP-subschaal barrières voor activiteiten trad een significant verschil op: de groep met SU ging in de loop van de onderzoeksperiode minder barrières ervaren (score +1,9), de groep zonder SU juist meer (score -5,7).

Tabel 1 Baselinekenmerken van de onderzochte groepen

	Zonder SU (n = 21)		Met SU (n = 18)	
Geslacht (% mannelijk)	52		61	
Leeftijd (jaar)	61,7	(7,4)	60,0	(9,7)
Ras (% kaukasisch)	90,5		94,4	
Opleiding (% laag)	55		67	
Diabetes duur (jaar)	8,0	(4,0)	7,8	(4,1)
Lengte (m)	1,72	(0,09)	1,74	(0,10)
Lichaamsgewicht (kg)	92,4	(18,3)	94,6	(20,0)
Buikomvang (cm)	108,4	(15,1)	108,6	(14,9)
Body mass index (kg/m ²)	31,1	(5,6)	31,4	(6,0)
Systolische bloeddruk (mmHg)	147,7	(20,0)	150,4	(17,2)
Diastolische bloeddruk (mmHg)	83,6	(12,0)	83,3	(9,5)
HbA _{1c} (%)	8,1	(0,6)	8,2	(1,0)
Glucose (mmol/l)	10,2	(1,6)	10,4	(2,6)
Totaal cholesterol (mmol/l)	4,1	(0,8)	4,0	(0,9)
HDL-cholesterol (mmol/l)	1,01	(0,3)	1,01	(0,3)
Triglyceriden (mmol/l)	2,21	(1,6)	2,24	(2,2)
C-peptide (nmol/l)	1,26	(0,51)	1,15	(0,57)
C-peptide-glucoseratio (nmol/mmol)	0,122	(0,038)	0,112	(0,052)
Creatinine (mmol/l)	75,1	(14,2)	78,0	(15,6)
ALAT (U/l)	38,6	(16,9)	32,4	(16,1)
ASAT (U/l)	24,9	(11,0)	19,4	(8,0)

Alle data zijn weergegeven als gemiddelde (standaarddeviatie), tenzij anders aangegeven.

Tabel 2 Lichamelijk onderzoek, laboratoriumwaarden en hypo's na twaalf maanden; verschil met baseline

	Zonder SU (n = 21)		Met SU (n = 18)		Verschil zonder SU (n = 21)		Verschil met SU (n = 18)		p*
C-peptide-glucoseratio (nmol/mmol)	0,099	(0,064)	0,121	(0,051)	-0,023	(0,054)	0,008	(0,050)	0,097
C-peptide (nmol/l)	0,79	(0,60)	0,88	(0,40)	-0,48	(0,54)	-0,27	(0,53)	0,329
HbA1c (%)	7,4	(0,84)	7,5	(0,76)	-0,71	(0,74)	-0,68	(0,62)	0,761
Glucose (mmol/l)	7,8	(2,3)	7,5	(2,0)	-2,4	(2,8)	-2,9	(3,0)	0,639
Totaal cholesterol (mmol/l)	4,3	(1,0)	4,4	(1,1)	0,21	(0,99)	0,38	(1,15)	0,663
HDL- cholesterol (mmol/l)	1,01	(0,25)	1,10	(0,30)	0,004	(0,23)	0,09	(0,17)	0,157
Triglyceriden (mmol/l)	2,1	(1,6)	2,0	(1,8)	-0,14	(1,24)	-0,25	(1,21)	0,776
Systolischc bloeddruk (mmHg)	143	(17)	145	(15)	-4,6	(20,2)	-5,4	(15,8)	0,855
Diastolische bloeddruk (mmHg)	79	(9)	82	(6)	-4,9	(10,8)	-1,3	(8,4)	0,202
Lichaamsgewicht (kg)	92,4	(18,5)	96,3	(19,6)	0,005	(2,7)	1,7	(2,8)	0,054
Body mass index (kg/m ²)	31,2	(6,0)	32,0	(6,2)	0,05	(0,88)	0,63	(1,00)	0,063
Buikomvang (cm)	108,7	(14,0)	110,2	(14,6)	0,32	(5,3)	1,5(3,8)		0,404
Aantal hypoglykemieën (dag + nacht)					35		121		0,043
■ aantal personen					6		10		
■ gemiddelde per persoon (range)					5,8	(1-20)	12,1	(1-38)	

Alle data zijn weergegeven als gemiddelde (standaarddeviatie), tenzij anders aangegeven.

* ANCOVA tussen de groep zonder en met SU.

Tabel 3 Vragenlijstscores op baseline en na twaalf maanden

	Zonder SU		Met SU		p*
	Baseline	Einde (n = 21)	Baseline	Einde (n = 18)	
SF-36 Lichamelijk functioneren	66,8 (24,6)	62,8 (24,1)	84,4 (19,5)	79,4 (22,6)	0,803
SF-36 Sociaal functioneren	79,8 (25,5)	74,9 (22,3)	87,5 (15,1)	87,5 (17,7)	0,187
SF-36 Rol lichamelijk	55,6 (43,1)	63,1 (40,0)	80,6 (34,9)	79,2 (35,6)	0,676
SF-36 Rol emotioneel	74,1 (39,3)	72,0 (38,4)	100 (0)	90,7 (26,1)	0,968
SF-36 Mentale gezondheid	68,5 (19,2)	71,4 (16,9)	83,8 (15,9)	88,0 (14,1)	0,086
SF-36 Vitaliteit	52,2 (19,5)	56,8 (17,1)	68,1 (19,8)	72,6 (21,9)	0,429
SF-36 Pijn	66,5 (26,6)	63,9 (19,1)	79,5 (24,3)	80,0 (23,9)	0,092
SF-36 Algemene gezondheid	56,0 (15,1)	55,0 (20,1)	60,0 (22,7)	63,9 (24,0)	0,226
SF-36 Gezondheidsverandering	42,9 (21,1)	56,2 (26,3)	50,0 (19,2)	55,6 (22,0)	0,529
DHP Barrières voor activiteiten	84,7 (14,7)	79,0 (17,1)	89,9 (8,0)	91,8 (6,5)	0,023
DHP Psychische spanningen	83,5 (11,8)	84,8 (9,3)	88,5 (8,6)	87,8 (8,4)	0,997
DHP Ontremd eten	61,0 (24,3)	61,3 (22,8)	70,0 (21,5)	73,3 (17,1)	0,109
DTSQ	29,2 (6,4)	30,1 (5,2)	30,8 (6,0)	32,2 (4,7)	0,174
DES-SF	3,8 (0,6)	3,8 (0,6)	3,9 (0,6)	4,1 (0,7)	0,075

Alle data zijn weergegeven als gemiddelde (standaarddeviatie), tenzij anders aangegeven.

* ANCOVA tussen de groep zonder en met SU.

DISCUSSIE

De absolute getallen suggereren een kleine stijging van de bètacelfunctie bij het continueren van SU-derivaten en een daling bij het stoppen van SU-derivaten, maar het verschil bereikt binnen onze relatief kleine onderzoekspopulatie geen statistische significantie. Het zou misschien wel kunnen duiden op enig behoud van bètacellen bij patiënten die naast metformine en insuline ook SU-derivaten blijven gebruiken, maar de relatieve stijging is na een jaar slechts ongeveer 10%, en dat is klinisch geen belangrijk effect. De door de patiënt gerapporteerde uitkomstmaten suggereren geen verschillen in ervaren gezondheid en tevredenheid met de behandeling. Slechts één subschaal van de DHP gaf een significant verschil ten faveure van de groep die SU-derivaten bleef gebruiken: zij ervoeren minder barrières voor activiteiten. Daar staat tegenover dat de deelnemers die een SU-derivaat bleven gebruiken drie keer zo

vaak een hypoglykemie meldden als de deelnemers die stopten, en ook een (net niet significante) tendens lieten zien naar meer gewichtstoename. Alles samengenomen geven deze resultaten geen aanleiding om met een SU-derivaat door te gaan wanneer insulinetherapie wordt gestart.

De effectiviteit van SU-derivaten naast metformine bij het starten van insulinetherapie is eerder onderzocht in Fins onderzoek (96 patiënten), met meer dan deze twee vergelijkingen.¹⁴ Deze trial, die eveneens twaalf maanden duurde, liet zien dat het toevoegen van alleen metformine aan insuline voor de nacht gewichtstoename voorkwam en resulteerde in een betere glykemische controle en minder hypoglykemieën. De benodigde dosis insuline was echter significant hoger dan bij de combinatie met een SU-derivaat. In een recente, 24 weken durende trial is het effect van SU-derivaten bekeken bij 964 patiënten die metformine en een SU-derivaat gebruikten

en startten met insuline: 57,6% continueerde het SU-derivaat, de rest stopte. In de groep die doorging, traden meer hypoglykemieën en meer gewichtstoename op, maar was de benodigde insulinedosis lager.²⁸

Verscheidene onderzoeken hebben getoond dat insuline-therapie met of zonder orale bloedglucoseverlagers de door de patiënt gerapporteerde gezondheidsgelateerde uitkomsten verbetert.²⁹⁻³¹ Bij de meeste deelnemers aan deze onderzoeken was de diabetes veel slechter gereguleerd dan bij de deelnemers aan ons onderzoek. In dat licht is het niet verwonderlijk dat wij geen grote verschillen vonden: het kan zijn dat de verbetering van de door de patiënt gerapporteerde uitkomsten alleen al aan de insulinetherapie te danken was, want die doet de klachten van de hyperglykemie verdwijnen zodat de patiënt zich in eerste instantie beter voelt.

Ons onderzoek heeft een aantal belangrijke beperkingen. Allereerst wisten wij niet genoeg patiënten te includeren om voldoende onderzoekspower te realiseren. Daardoor zijn misschien niet alle mogelijke verschillen tussen de groepen zichtbaar geworden. Anderzijds betekent het feit dat wij bij deze relatief kleine groep al een significant verschil in hypoglykemie vonden, dat dit effect 'robuust' is. De inclusie van patiënten verliep slecht, zowel in de huisartspraktijken als in de later toegevoegde poliklinieken Interne geneeskunde. De internisten gaven aan dat patiënten die voldoen aan onze inclusiecriteria vooral bij de huisarts komen en niet vaak meer verwezen worden naar de polikliniek. De huisartsen gaven meerdere redenen voor de slechte inclusie. Allereerst zagen zij relatief weinig geschikte patiënten per jaar, zodat ze weinig onderzoeksroutine kregen en telkens weer opzagen tegen de inclusie van een nieuwe patiënt of zelfs helemaal vergaten deze te vragen deel te nemen. Daarnaast wilde een deel van de benaderde huisartsen niet meewerken omdat het zou kunnen gaan om een seeding trial, waarbij een nieuw geregistreerd geneesmiddel onder het mom van onderzoek wordt verspreid onder patiënten en artsen ('in de pen'). Vaak wordt bij deze 'trials' de informatie gegeven door artsenbezoekers, zijn de vergoedingen hoog, is er geen controlegroep en is de onderzoeksvraag onduidelijk. In ons onderzoek was van dit alles geen sprake. Het werd weliswaar gefinancierd door de producent van insuline glargine maar het was investigator-initiated, dat wil zeggen dat de producent geen enkele invloed had op opzet en verloop ervan. De onderzoeksvraag was helder en relevant voor de dagelijkse praktijk, en vereiste het gebruik van eenzelfde insuline door alle deelnemende patiënten. Bovendien was insuline glargine geen nieuw middel maar werd het al door een groot aantal diabetespatiënten gebruikt. De vergoedingen voor deelname waren laag.

Een tweede beperking van ons onderzoek is het gebruik van de C-peptide-glucoseratio als maat voor de bètacelfunctie. Het is een behoorlijk goede maat, robuuster dan de vaak gebruikte HOMA-calculatie,²⁶ maar we realiseren ons dat glucosestimulatietests een betere schatting zouden geven.

Een derde beperking is dat een follow-up van twaalf maanden wellicht te kort is. Sommige effecten, bijvoorbeeld bèta-

celschade door de cytotoxische effecten van amyloïddepositie, hebben meer tijd nodig om zich te ontwikkelen.

Een vierde en laatste beperking is het open design van het onderzoek, dat invloed zou kunnen hebben op de uitkomsten van de patiëntenvragenlijsten, maar niet op de primaire uitkomstmaten.

Concluderend: voor patiënten met diabetes type 2 die starten met insulinetherapie heeft doorgaan met een SU-derivaat weinig voordelen. Wij hebben geen statistisch significant effect gevonden op de C-peptide-glucoseratio, al suggereren de absolute aantallen enig behoud van bètacellen. Ook effecten op de glykemische controle en op de meeste gezondheidsgelateerde uitkomsten zijn er niet. Wel vonden wij in de groep die SU-derivaten bleef gebruiken een tendens naar extra gewichtstoename en, belangrijker, een groter aantal hypoglykemieën. Gegeven deze nadelen, het waarschijnlijk kleine effect op de bètacelfunctie en de afwezigheid van andere relevante voordelen lijkt het aan te bevelen om met SU-derivaten te stoppen zodra insulinetherapie wordt gestart bij patiënten met diabetes type 2.

DANKBETUIGING

Wij willen alle patiënten, artsen, praktijkondersteuners en verpleegkundigen die deelnamen aan dit onderzoek hartelijk danken. ■

LITERATUUR

- Hunt LM, Valenzuela MA, Pugh JA. NIDDM patients' fears and hopes about insulin therapy: The basis of patient reluctance. *Diabetes Care* 1997;20:292-8.
- Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skovlund SE, Snoek FJ, Matthews DR, et al. Resistance to insulin therapy among patients and providers: Results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care* 2005;28:2673-9.
- Korytkowski M. When oral agents fail: Practical barriers to starting insulin. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26, suppl 3:s18-24.
- Goudswaard AN, Furlong NJ, Rutten GE, Stolk RP, Valk GD. Insulin monotherapy versus combinations of insulin with oral hypoglycaemic agents in patients with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2004, Issue 4. Art. No.:CD003418.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Type 2 diabetes: National clinical guideline for management in primary and secondary care (update). London: Royal College of Physicians, 2008.
- Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Goudswaard AN, Uitewaal PJM, Van der Does FEE, et al. NHC-Standaard Diabetes mellitus type 2 (Tweede herziening). *Huisarts Wet* 2006;49:137-52.
- Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. *Diabetes Care* 2009;32:193-203.
- Anoniem. Stijgend gebruik diabetesmiddelen zet door. *Pharmaceutisch Weekblad* 2011;146:22-23.
- Van Avendonk MJ, Gorter KJ, Van den Donk M, Rutten GE. Insulin therapy in type 2 diabetes is no longer a secondary care activity in the Netherlands. *Prim Care Diabetes* 2009;3:23-8.
- Wulffélé MG, Kooy A, Leher P, Bets D, Oom JA, Borger van der Burg B, et al. Discontinuation of metformin in type 2 diabetes patients treated with insulin. *Neth J Med* 2002;60:249-52.
- Wulffélé MG, Kooy A, Leher P, Bets D, Ogterop JC, Borger van der Burg B, et al. Combination of insulin and metformin in the treatment of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002;25:2133-40.
- Douek IF, Allen SE, Ewings P, Gale EA, Bingley PJ. Continuing metformin when starting insulin in patients with Type 2 diabetes: A double-blind randomized placebo-controlled trial. *Diabet Med* 2005;22:634-40.
- Kooy A, De Jager J, Leher P, Bets D, Wulffélé MG, Donker AJ, et al. Long-term effects of metformin on metabolism and microvascular and macrovascular disease in patients with type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 2009;169:616-25.
- Yki-Järvinen H, Ryysy L, Nikkilä K, Tulokas T, Vanamo R, Heikkilä M. Comparison of bedtime insulin regimens in patients with type 2 diabetes mellitus: A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1999;130:389-96.

- 15 UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 1998;352:854-65.
- 16 Alvarsson M, Sundkvist G, Lager I, Henricsson M, Berntorp K, Fernqvist-Forbes E, et al. Beneficial effects of insulin versus sulphonylurea on insulin secretion and metabolic control in recently diagnosed type 2 diabetic patients. *Diabetes Care* 2003;26:2231-7.
- 17 Polonsky WH, Fisher L, Guzman S, Villa-Caballero L, Edelman SV. Psychological insulin resistance in patients with type 2 diabetes: The scope of the problem. *Diabetes Care* 2005;28:2543-5.
- 18 Wright A, Burden ACF, Paisley RB, Cull CA, Holman RR. Sulphonylurea inadequacy: Efficacy of addition of insulin over 6 years in patients with type 2 diabetes in the U.K. Prospective Diabetes Study (UKPDS 57). *Diabetes Care* 2002;25:330-6.
- 19 Kabadi MU, Kabadi UM. Efficacy of sulphonylureas with insulin in type 2 diabetes mellitus. *Ann Pharmacother* 2003;37:1572-6.
- 20 Yki-Järvinen H. Combination therapies with insulin in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001;24:758-67.
- 21 Davies M, Storms F, Shutler S, Bianchi-Biscay M, Gomis R, for the AT.LAN-TUS Study Group. Improvement of glycemic control in subjects with poorly controlled type 2 diabetes: Comparison of two treatment algorithms using insulin glargine. *Diabetes Care* 2005;28:1282-8.
- 22 Aaronson NK, Muller M, Cohen PD, Essink-Bot ML, Fekkes M, Sanderman R, et al. Translation, validation, and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease populations. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1055-68.
- 23 Goddijn P, Bilo H., Meadows K., Groenier K., Feskens E, Meyboom-de Jong B. The validity and reliability of the Diabetes Health Profile (DHP) in NIDDM patients referred for insulin therapy. *Qual Life Res* 1996;5:433-42.
- 24 Bradley C. Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire. In: Bradley C, editor. *Handbook of psychology and diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice*. London: Harwood Academic, 1994.
- 25 Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DG. The Diabetes Empowerment Scale: A measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care* 2000;23:739-43.
- 26 Meier JJ, Menge BA, Breuer TC, Müller CA, Tannapfel A, Uhl W, et al. Functional assessment of pancreatic beta-cell area in humans. *Diabetes* 2009;58:1595-603.
- 27 Riddle M, Schneider J. Beginning insulin treatment of obese patients with evening 70/30 insulin plus glimepiride versus insulin alone. Glimepiride Combination Group. *Diabetes Care* 1998;21:1052-7.
- 28 Swinnen SG, Dain MP, Mauricio D, DeVries JH, Hoekstra JB, Holleman F. Continuation versus discontinuation of insulin secretagogues when initiating insulin in type 2 diabetes. *Diabetes Obes Metab* 2010;12:923-5.
- 29 Houlden R, Ross S, Harris S, Yale JF, Sauriol L, Gerstein HC. Treatment satisfaction and quality of life using an early insulinization strategy with insulin glargine compared to an adjusted oral therapy in the management of type 2 diabetes: The Canadian INSIGHT Study. *Diabetes Res Clin Pract* 2007;78:254-8.
- 30 Wilson M, Moore MP, Lunt H. Treatment satisfaction after commencement of insulin in type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 2004;66:263-7.
- 31 Braun A, Sämann A, Kubiak T, Zieschang T, Kloos C, Müller UA, et al. Effects of metabolic control, patient education and initiation of insulin therapy on the quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Educ Couns* 2008;73:50-9.

Tijdschrift voor praktijkondersteuning

In het aprilnummer van het Tijdschrift voor praktijkondersteuning staat zowel de praktijkondersteuner-ggz centraal als de wettelijke aansprakelijkheid van praktijkondersteuners. Ook voor huisartsen is het interessant om eens te lezen hoe het ook alweer zit met de voorbehouden en risicovolle handelingen.

Voorbehouden en risicovolle handelingen

De functie praktijkondersteuning blijft in ontwikkeling: steeds komen er nieuwe taken bij. Voor praktijkondersteuners is het goed om zich te blijven afvragen of zij voldoende deskundig en bekwaam zijn om handelingen uit te voeren die tot een nieuw takenpakket behoren. BIG-geregistreerde praktijkondersteuners vallen onder het tuchtrecht en kunnen persoonlijk aansprakelijk worden gesteld. Maar ook praktijkondersteuners zonder verpleegkundige achtergrond en praktijkassistenten kunnen persoonlijk

aansprakelijk worden gesteld. Weliswaar niet via het tuchtrecht maar wel via het civiele recht of strafrecht. Het vastleggen van afspraken is dus erg belangrijk, ook voor de huisarts, schrijft Yvonne Buijs. Zij is als jurist werkzaam bij het St. Antonius Ziekenhuis, op de afdeling Kwaliteit, Veiligheid & Verantwoording. Met een aantal casussen maakt zij duidelijk waar de juridische grenzen liggen en wat voorbehouden en risicovolle handelingen zijn.

Praktijkondersteuner-ggz doet goed werk

De praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (ggz) is een relatief nieuw fenomeen in Nederland. Peter Verhaak en zijn mede-onderzoekers keken naar de gegevens die door negentien praktijkondersteuners-ggz in Groningen werden genoteerd. Zij wilden inzicht krijgen in met welke patiënten en problemen praktijkondersteuners-ggz te maken krijgen, welke werkzaam-



heden zij doen en in welke opzichten zij onderling van elkaar verschillen.

De deelnemende praktijkondersteuners-ggz krijgen vooral vrouwen op hun spreekuur (70%), met een gemiddelde leeftijd van 41 jaar. De meeste patiënten komen vanwege stressklachten of gespannenheid (41%). Andere klachten zijn relatieproblemen (32%), een depressief gevoel (24%), angst of nervositeit (19%) en werkproblemen (16%). De auteurs concluderen dat de praktijkondersteuner-ggz een waardevolle aanvulling is op de geestelijke gezondheidszorg, vooral bij probleemverheldering en doorverwijzing naar de juiste instantie. ■

Het Tijdschrift voor praktijkondersteuning verschijnt tweemaandelijks en kost € 72,95 per jaar. Heeft uw praktijkondersteuner nog geen abonnement? Vraag een proefexemplaar aan en bezoek ook eens de website www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl. Meer informatie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum bv, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon (030) 6383736, www.bsl.nl.





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. 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
Hoofredacteur H&W



Foto: Bert Verhoeff/Hollandse Hoogte



Multidisciplinair zorgmodel in verzorgingshuizen

Samenvatting

Boorsma M, Frijters DHM, Knol DL, Ribbe ME, Nijpels G, Van Hout HPJ. Multidisciplinair zorgmodel in verzorgingshuizen. *Huisarts Wet* 2012;55(4):160-5.

DOEL Wij onderzochten de effecten van een multidisciplinair zorgmodel op de kwaliteit van zorg voor en de kwaliteit van leven van bewoners van tien verzorgingshuizen.

METHODE Tien Nederlandse verzorgingshuizen deden mee in een cluster gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek. Van deze huizen deden 340 bewoners mee aan het onderzoek. In vijf huizen paste men het multidisciplinair zorgmodel toe en in de andere vijf kregen de bewoners de gebruikelijke zorg. Het multidisciplinaire zorgmodel bestond uit een multidimensionele geriatrische beoordeling met behulp van de internetapplicatie van het Resident Assessment Instrument (RAIview) door getrainde verzorgenden. Op basis van de uitkomsten daarvan leerden de verzorgenden een individueel zorgplan op te stellen. De verzorgende besprak dit zorgplan met de huisarts en de bewoner en/of familie. De bewoners en/of familieleden gaven aan welke zorgplanacties voor hen belangrijk waren, waarna de verzorgende deze acties uitvoerde. Voor bewoners met een complexe zorgvraag hielden de verzorgende, de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde en de psycholoog tweemaal per jaar een multidisciplinair overleg. Zo nodig konden ze de specialist ouderengeneeskunde consulteren. We hebben de kwaliteit van zorg gemeten aan de hand van 32 kwaliteitsindicatoren en hun somscore.

RESULTATEN Vergeleken met de controlehuizen hadden de interventiehuizen een significant gunstiger score op 11 van de 32 kwaliteitsindicatoren en de somscore (gemiddeld verschil -6,7, $p = 0,009$; Cohen's d -effectgrootte 0,72). De indicatoren richtten zich zowel op het functioneren van de bewoner – bijvoorbeeld communicatie, delier, gedrag, incontinentie, pijn – als op het zorgproces, zoals gebruik van antipsychotica.

CONCLUSIE De kwaliteit van zorg voor verzorgingshuisbewoners kan verbeteren door toepassing van het multidisciplinaire zorgmodel.

INLEIDING

De kwaliteit van zorg voor verzorgingshuisbewoners staat nationaal en internationaal onder druk.¹ Verzorgingshuizen kampen vaak met een gebrek aan personeel en het opleidingsniveau van de verzorgende in verzorgingshuizen heeft geen gelijke tred gehouden met de toegenomen complexiteit van de zorgbehoefte van de bewoners.^{2,3}

Ongeveer 10% van de ouderen in Nederland boven de 75 woont in een verzorgingshuis. Door een toenemende zorgzwaarte komen de zorgbehoeften van de bewoners steeds meer overeen met die van verpleeghuisbewoners. Meer dan 70% van de verzorgingshuisbewoners heeft professionele zorg nodig, bijvoorbeeld hulp bij de ADL, verpleging (onder andere medicatie, wondzorg) en verzorging. De bewoners lijden aan verschillende chronische ziekten en de daarmee gepaard gaande beperkingen.⁴⁻⁷ Huisartsen zijn verantwoordelijk voor de medische zorg van verzorgingshuisbewoners, maar geven vaak aan dat ze deze complexe zorg niet goed aankunnen door tijdgebrek en onvoldoende expertise en praktijkondersteuning.^{8,9}

Het chronischzorgmodel gaat ervan uit dat de effectiviteit van interventies voor chronisch zieken verbetert door een gestructureerde en multidisciplinaire benadering.^{10,11} Een dergelijke benadering omvat een regelmatige beoordeling, geprotocolleerde controle op medicatie, ondersteuning van de patiënt bij het nemen van beslissingen en intensief volgen van de patiënt.¹² Wij pasten bovenstaande elementen toe op verzorgingshuisbewoners, waarbij we ons niet uitsluitend richtten op de chronische ziekten zelf, maar vooral op de handicaps die deze met zich meebrengen. We noemden het een multidisciplinair zorgmodel en onderzochten de effecten ervan op de kwaliteit van zorg voor en de kwaliteit van leven van bewoners van tien verzorgingshuizen. Er zijn bij ons weten tot nu toe geen onderzoeken gedaan naar de effecten van een dergelijk zorgmodel bij bewoners van verzorgingshuizen.

METHODE

Onderzoeksopzet

Tien Nederlandse verzorgingshuizen deden mee in een cluster gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek. In vijf huizen pasten verzorgenden het multidisciplinaire zorgmodel toe en

Wat is bekend?

- Steeds meer huisartsen maken zich zorgen over de kwaliteit van zorg in verzorgingshuizen.
- Toepassing van een multidisciplinair zorgmodel, zoals het chronischzorgmodel van Wagner en collega's, heeft bewezen positieve effecten op de gezondheid en kwaliteit van leven bij diabetespatiënten en patiënten die een CVA hebben doorgemaakt.

Wat is nieuw?

- De kwaliteit van zorg in verzorgingshuizen kan verbeteren op basis van een multidisciplinair zorgmodel. Afgeleid van het chronischzorgmodel van Wagner en collega's.
- Training en coaching van verzorgenden in het gebruik van een geriatrisch beoordelingsinstrument ingebed in multidisciplinair werken bleek een belangrijk ingrediënt voor verbetering van kwaliteit van zorg.

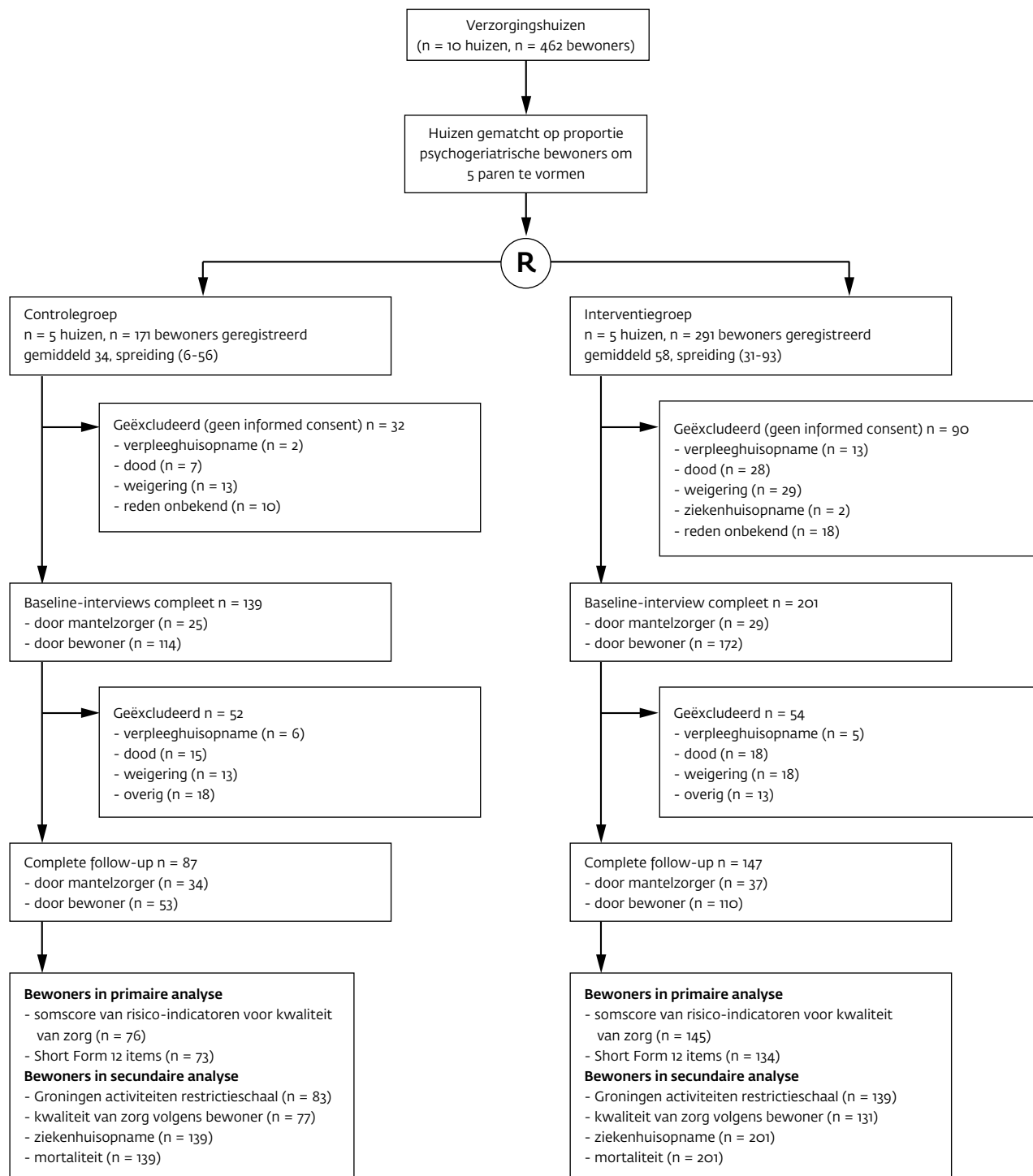
VUmc, Instituut voor Gezondheidszorgonderzoek (EMGO⁺, afdeling Huisartsgeneeskunde, Van der Boerhorststraat 7, Amsterdam; M. Boorsma, arts-onderzoeker; H.P.J. van Hout, senior onderzoeker; D.H.M. Frijters, senior onderzoeker; prof.dr. G. Nijpels, hoogleraar huisartsgeneeskunde. Afdeling Epidemiologie en biostatistiek: D.L. Knol, senior onderzoeker. Afdeling Verpleeghuisgeneeskunde: prof.dr. M.E. Ribbe, emeritus hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde • Correspondentie: m.boorsma@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Boorsma M, Frijters DHM, Knol DL, Ribbe ME, Nijpels G, Van Hout HPJ. Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *CMAJ* 2011;183:E724-32 • Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

in de andere vijf verzorgingshuizen kregen de bewoners de gebruikelijke zorg. Het onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van het VU medisch centrum. Na de randomisatie van de huizen ondertekenden alle deelnemende bewoners of hun naaste familieleden een informed consent-formulier. Dit

heeft waarschijnlijk geen selectiebias opgeleverd, gezien het hoge deelnamepercentage, dat vergelijkbaar of zelfs iets hoger lag in de controlehuizen (81%; 139 uit 171), dan dat in de interventiehuizen (69%; 201 uit 291). De [figuur] laat het verloop van de deelnemende bewoners door het onderzoek zien.

Figuur Stroomdiagram van complete interviews van deelnemers in het onderzoek



Tien verzorgingshuizen, behorend tot een en de zelfde zorgorganisatie in West-Friesland, namen aan het onderzoek deel. Randomisatie vond plaats op huishouden en na matching op het percentage bewoners met psychogeriatrische aandoeningen. Getrainde, geblindeerde interviewers bezochten op baseline en na zes maanden de deelnemende bewoners in alle tien huizen. Als de bewoners niet in staat waren om zelf de vragen te beantwoorden benaderden ze daarvoor een naast familielid. Het interview bevatte een digitale vragenlijst met vragen over de functionele gezondheid, ADL, cognitie, stemming, gebruik van medicatie en tevredenheid over de zorg. De naaste familieleden vulden voor cognitie een aangepaste vragenlijst in.¹³ We vulden de informatie afkomstig uit de interviews aan met die van de observatielijsten van de verzorgende en gegevens uit het medisch dossier.¹⁴

Interventie

Het interventiemodel was geïnspireerd op het zogenoemde chronische zorgmodel van Wagner en anderen^{15,16} en bestond uit een driemaandelijke beoordeling van de bewoners met behulp van de voor langdurige zorg ontwikkelde versie van het Resident Assessment Instrument (inter-RAI-LTCF). Verzorgenden gebruikten hiervoor de gebruiksvriendelijke internetapplicatie genaamd RAIview.¹⁷ Dit instrument bestaat uit een observatielijst die alle domeinen van de geriatrie omvat en probleemsignaleringen genereert die de verzorgende een direct overzicht geven van de actuele gezondheidstoestand, de zorgbehoefte en de mogelijkheden van de bewoner. De probleemsignaleringen zijn gekoppeld aan zorgprotocollen, die de verzorgende helpen meer inzicht te krijgen in de aard en mogelijke aanpak van de gesignaleerde problemen. Aan de hand van de gesignaleerde problemen stelde de verzorgende samen met de bewoner en/of zijn familie een zorgplan op, rekening houdend met de wensen van de oudere. De verzorgende besprak dit zorgplan met de huisarts, zette de afgesproken acties in gang en vervolgde de effecten daarvan. In een multidisciplinair overleg (MDO) konden de eerst verantwoordelijke verzorgende, de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde en psycholoog ouderen met complexe zorgbehoeften bespreken. Voor complexe situaties kon de huisarts de specialist ouderengeneeskunde consulteren.

De interventiehuizen ontvingen driemaandelijkse spiegelinformatie met een overzicht van 32 indicatoren voor de kwaliteit van zorg, zodat ze op basis hiervan gerichte verbetertrajecten in gang konden zetten.¹⁸ Een instructiefilm over de interventie is te zien op www.nedrai.nl.

Primaire en secundaire uitkomsten

De primaire uitkomsten waren als volgt:

1. De somscore van 32 risico-indicatoren voor de kwaliteit van zorg gegenereerd door RAIview (het aantal gemeten indicatoren per bewoner gedeeld door het totale aantal indicatoren dat op deze bewoner van toepassing was). Deze risico-indicatoren zijn ontwikkeld en gevalideerd door

Morris et al.¹⁸ Daarnaast hebben we dezelfde indicatoren geëxtraheerd uit de interviews van de interviewers en een observatielijst van het personeel (Appendix 2, te zien op <http://www.cmaj.ca/content/suppl/2011/06/27/cmaj.101498.DC1/effect-boorsma-2-at.pdf>).

2. De aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven hebben we met de Short Form 12 (SF12) gemeten.^{19,20}

De secundaire uitkomsten waren de volgende:

3. de 32 afzonderlijke risico-indicatoren voor de kwaliteit van zorg;¹⁸
4. ADL, gemeten met de GARS (Groningen activiteiten restrictieschaal);²¹
5. door de bewoner ervaren kwaliteit van zorg, gemeten met de QUOTE;²²
6. aantal ziekenhuisopnamen;
7. mortaliteit.

Procesuitkomsten betroffen het percentage bewoners met een RAI-beoordeling, het aantal gehouden multidisciplinaire overleggen met de huisarts, het aantal afgesproken zorgplanningen en de mening van de deelnemende professionals over het zorgmodel.

Gegevensanalyse

We voerden effectanalyses uit volgens de intention-to-treat en per-protocol principes. We vergeleken de verschillen in uitkomstmaten na zes maanden door middel van multilevel- en multivariate technieken. We corrigeerden in alle effectanalyses voor ongelijkheid op baseline (cognitieve beperking en depressie), plus leeftijd, sekse en interview door een naast familielid.

Bij de procesanalyse keken we naar de mate waarin de verzorgenden het zorgmodel volgens protocol hadden toegepast, de aard van de aanbevelingen voor het zorgplan op het MDO en de beoordeling van de interventie door huisartsen en personeel.

RESULTATEN

De baselinekenmerken van de deelnemende bewoners en de huizen staan in [tabel 1]. De controlehuizen leverden relatief minder patiënten doordat zij minder bewoners telden, gemiddeld 34 (minimaal 6, maximaal 56) versus 58 (minimaal 31, maximaal 93) in de interventiehuizen).

Vergeleken met de controlehuizen behaalden de interventiehuizen een gunstiger somscore op de indicatoren voor kwaliteit van zorg (gemiddeld verschil -6,7 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) -8,69 tot -4,71, $p = 0,009$, Cohen's d-effectgrootte 0,72) [tabel 2]. De kwaliteit van leven-meting met de SF12 liet geen verschil zien tussen de interventie- en de controlehuizen. De interventiehuizen scoorden beter op 30 van de 32 kwaliteitsindicatoren, waarvan op 11 significant [tabel 2]. Bij de intention-to-treatanalyse vonden we geen significante verschillen in ADL-afhankelijkheid en kwaliteit van zorg ervaren door de bewoner. Uit de per-protocolanalyse bleek dat de bewoners die de interventie daadwerkelijk ondergingen positiever waren over de kwaliteit van zorg (verschil 1,8, $p = 0,072$) en

dat er minder bewoners overleden dan in de controlehuizen (interventie 10/112; controle 25/139; OR 2,15, 95%-BI 1,06 tot 4,38; $p = 0,035$).

Van het verzorgend personeel vond 52,9% dat hun deskundigheid was toegenomen en dat gold ook voor 54,4% van de huisartsen. Ook meende 52,9% van de verzorgenden en 63,6% van de huisartsen dat hun kennis over de gezondheidstoestand van de bewoner was vergroot. Daarbij vond 58,8% van de verzorgenden en 81,8% van de huisartsen dat hun samenwerking was verbeterd. In de interventiehuizen was de huisarts bij 90% van de multidisciplinair overleggen aanwezig. In de controlehuizen was dat slechts 25%.

Bij 55% van de bewoners in de interventiehuizen werd in 6 maanden een geriatrische beoordeling gerealiseerd – minder dan we hadden gehoopt. Dit had te maken met vertraging op de werkvloer en een langdurig ziekteverlof van een huismanager die de verzorgenden moest aansturen.

BESCHOUWING

Voor zover wij konden nagaan is dit het eerste onderzoek naar de effecten van een multidisciplinair zorgmodel op de kwaliteit van zorg voor verzorgingshuisbewoners. Wel zijn er onderzoeken bekend die gebruikmaken van onderdelen van dit zorgmodel. Zo heeft men positieve gezondheidseffecten beschreven als gevolg van een geriatrisch interdisciplinair consultmodel in Amerikaanse verzorgingshuizen.²⁵ Een geriatrisch zorgmodel in de thuissituatie leidde tot afname van het gebruik van spoedeisende hulp in ziekenhuizen.^{11,26} Het gebruik van de Home care-versie van het RAI in Hong Kong leidde tot verbetering van 2 van de 13 functionele uitkomsten.²⁷

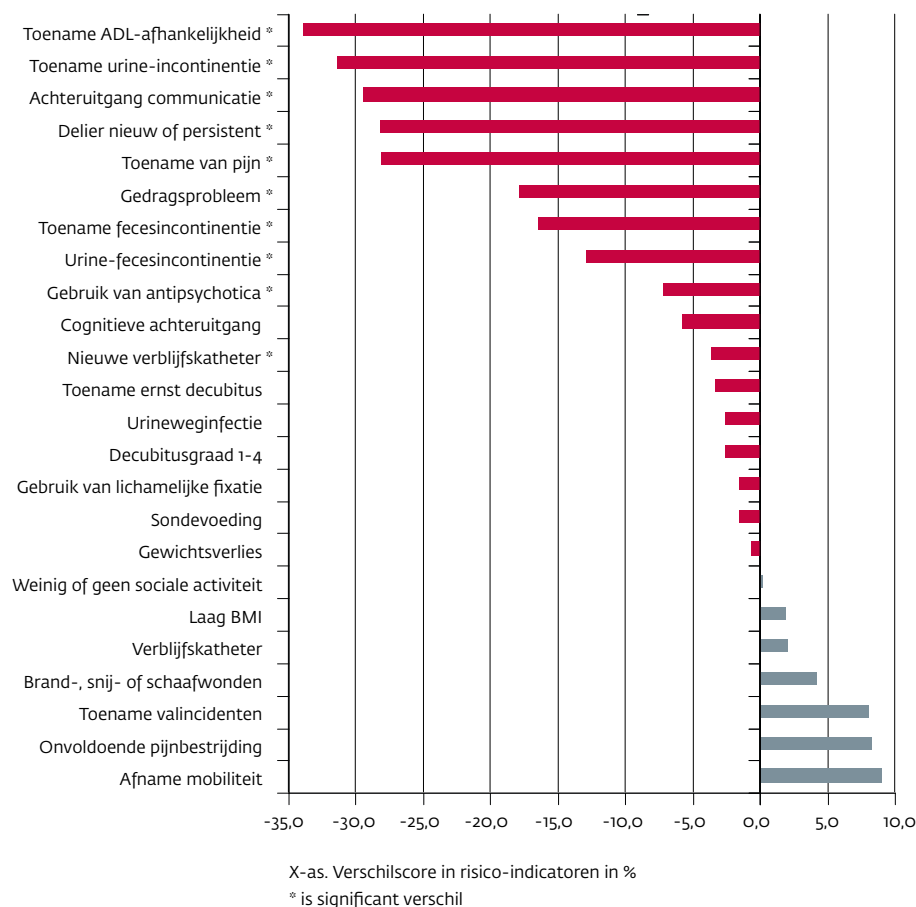
Alle deelnemende bewoners of hun naaste familieleden ondertekenden een informed consent-formulier na de randomisatie van de huizen. Dit heeft waarschijnlijk geen selectiebias opgeleverd, gezien het hoge deelnamepercentage

Tabel 1 Baselinekenmerken van de 10 verzorgingshuizen en de 340 deelnemende bewoners

Kenmerken	Interventiehuizen n = 5	%	Controlehuizen n = 5	%
Verzorgingshuizen				
Aantal bewoners, gemiddelde (sd)	39,8 (17,7)		27,2 (18,0)	
Verzorgend personeel in full time equivalent per bewoner, gemiddelde (sd)	0,33 (0,04)		0,44 (0,10)	
	Bewoners n = 201		Bewoners n = 139	
Sociaal-demografisch				
Leeftijd, gemiddelde (sd)	85,8 (6,2)		85,5 (8,0)	
Sekse, man	48	23,9	36	25,9
Burgerlijke staat	n = 191		n = 135	
■ gehuwd	42	22,0	27	20,0
■ weduw(e)(naar)	130	68,1	93	68,9
■ alleenstaand	19	9,9	15	11,1
Opleiding	n = 190		n = 132	
■ lagere school	112	58,9	79	59,8
■ lager technisch onderwijs	45	23,7	26	19,7
■ hoger universitair en beroepsonderwijs	34	17,9	30	22,7
Klinische gegevens	n = 199		n = 136	
■ Astma/COPD	29	14,6	13	9,6
■ Myocardinfarct	61	30,7	30	22,1
■ CVA	33	16,6	29	21,3
■ Diabetes	39	19,6	27	19,9
■ Artritis	73	36,7	47	34,6
■ Kanker	12	6,0	11	8,1
■ Hypertensie	35	17,6	32	23,5
■ Chronische somatische aandoeningen, gemiddelde (sd)	1,54	1,25	1,49	1,17
Cognitieve beperking*	101	50,8	90	66,2
Depressie†	10	5,0	16	11,8
Body-mass index, gemiddelde (sd)	25,3 (5,99)		25,8 (5,32)	
Bewoners met valincidenten in de afgelopen 30 dagen	n = 190		n = 134	
■ totaal	31	16,3	28	20,9
■ één valincident	23	12,1	18	13,4
■ twee of meer valincidenten	8	4,2	10	7,5
Aantal medicijnen, gemiddelde (sd)	7,6 (3,4)		8,0 (3,6)	
4 meter lopen in aantal seconden, mediaan (IQR)	4,0 (1,0-7,75)		5,0 (1,0-8,0)	
	n = 172		n = 114	
Niet toe in staat	76	44,2	59	51,8

* Gemeten met Memory Impairment Screen,²³ afkappunt < 5; of IQCODE (ingevuld door de mantelzorger),¹³ afkappunt ≥ 3,6.

† Gemeten met Prime-MD;²⁴ korte lijst voor stemmingsstoornissen.

Tabel 2 Verschilscores van 24 'moeder' risico-indicatoren voor kwaliteit van zorg tussen het chronische zorgmodel en gebruikelijke zorg

in de controlehuizen, dat vergelijkbaar was met of zelfs iets hoger was (81%, 139 uit 171) dan dat van de interventiehuizen (69%, 201 uit 291). Bovendien betrof het een interventie op organisatieniveau en was de informatie voor alle deelnemers gelijk.

CONCLUSIE

Hoewel we slechts zes maanden konden meten heeft het multidisciplinair zorgmodel in de interventiehuizen een indrukwekkende verbetering van de kwaliteit van zorg te weeggebracht. De bewoners in de interventiehuizen beoordeelden de kwaliteit van zorg positiever dan de bewoners in de controlehuizen. Het merendeel van de verzorgenden en de huisartsen oordeelden dat de deskundigheid en de samenwerking verbeterd waren. Huisartsen en verzorgenden gaven aan beter op de hoogte te zijn van de gezondheidstoestand en gezondheidsrisico's van de bewoners. Wij denken dan ook dat de ondersteuning van de verzorgende door training en coaching in het gebruik van een geriatrisch beoordelingsinstrument ingebed in een multidisciplinair zorgmodel belangrijke ingrediënten waren voor verbetering van kwaliteit van zorg. ■

LITERATUUR

- Bos JT, Frijters DH, Wagner C, Carpenter GI, Finne-Soveri H, Topinkova E, et al. Variations in quality of Home Care between sites across Europe, as measured by Home Care Quality Indicators. *Aging Clin Exp Res* 2007;19:323-9.
- Broese van Groenou MI. Unequal chances for reaching 'a good old age': socio-economic health differences among older adults from a life course perspective. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2003;34:196-207.
- Spector WD, Cohen JW, Pesis-Katz I. Home care before and after the Balanced Budget Act of 1997: shifts in financing and services. *Gerontologist* 2004;44:39-47.
- Geerlings SW, Pot AM, Deeg DJG. Predicting transitions in the use of informal and professional care by older adults. *Ageing Soc* 2005;25:111-30.
- Simonsick EM, Kasper JD, Phillips CL. Physical disability and social interaction: factors associated with low social contact and home confinement in disabled older women (the Women's Health and Aging Study). *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998;53:S209-17.
- Sprangers MA, De Regt EB, Andries F, Van Agt HM, Bijl RV, De Boer JB, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol* 2000;53:895-907.
- Strawbridge WJ, Sheme SJ, Balfour JL, et al. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998;53:S9-16.
- Challis D, Hughes J. Frail old people at the margins of care: some recent research findings. *Br J Psychiatry* 2002;180:126-30.
- Burlet HM. Ouderdom: altijd gebreken? *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:562.
- Challis D, Stewart K, Donnelly M, Weiner K, Hughes J. Care management for older people: does integration make a difference? *J Interprof Care* 2006;20:335-48.
- Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, et al. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007;298:2623-33.
- Bijl D. Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care. *Eur J Gen Pract* 2004;10:6-12.

- 13 Jorm AF. A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. *Psychol Med* 1994;24:145-53.
- 14 Boersma M, Van Hout HP, Frijters DH, Ribbe MW, Nijpels G. The cost-effectiveness of a new disease management model for frail elderly living in homes for the elderly, design of a cluster randomized controlled clinical trial. *BMC Health Serv Res* 2008;8:143.
- 15 Bodenheimer T. Interventions to improve chronic illness care: evaluating their effectiveness. *Dis Manag* 2003;6:63-71.
- 16 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002;288:1909-14.
- 17 Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749-1756.
- 18 Morris J. Validation of long-term and post-acute care quality indicators, Final report. Cambridge, Massachusetts: Brown University and HRCA, Abt. Associates Inc, 2003.
- 19 Brook RH, Ware JE Jr, Davies-Avery A, Stewart AL, Donald CA, Rogers WH, et al. Overview of adult health status measures fielded in Rand's Health Insurance Study. *Med Care* 1979;17:1-131.
- 20 Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* 1992;305:160-4.
- 21 Kempen GI, Miedema I, Ormel J, Molenaar W. The assessment of disability with the Groningen Activity Restriction Scale. Conceptual framework and psychometric properties. *Soc Sci Med* 1996;43:1601-10.
- 22 Sixma HJ. Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-Elderly Instrument. *Age Ageing* 2000;29:173-8.
- 23 Callahan CM, Unverzagt FW, Hui SL. Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subject for clinical research. *Medical Care* 2002;40:771-81.
- 24 Amau RC, Meager MW, Morris MP, Bramson R. Psychometric evaluation of the Beck depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychol* 2001;20:112-9.
- 25 Burns R, Nichols LO, Graney MJ, Cloar FT. Impact of continued geriatric outpatient management on health outcomes of older veterans. *Arch Intern Med* 1995;155:1313-8.
- 26 Counsell SR, Callahan CM, Tu W, Stump TE, Arling GW. Cost analysis of the Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders care management intervention. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:1420-6.
- 27 Chi I, Chou KL, Kwan CW, Lam EK, Lam TP. Use of the Minimum Data Set Home Care: a cluster randomized controlled trial among the Chinese older adults. *Aging Ment Health* 2006;10:33-9.

Nico van Duijn

Afvallen

Elk pondje gaat door het mondje, zeggen ze. Ik vind dat te simpel. Waarom kan de één eten wat hij wil zonder dik te worden? Waarom wordt de ander dik van twee komkommers? Drie keer per week naar de sportschool of de hond uitlaten in de voortuin, voor sommigen maakt dat op de weegschaal niets uit. En waarom stopt het afvallen na een paar weken, met hetzelfde dieet? Het gaat dus om verschillen in stofwisseling. Ik bedoel de stofwisselingsverschillen die dokters niet kunnen meten, maar die iedereen kent. Mensen verschillen in hoeveel eten ze nodig hebben, hoelang ze lopen op een boterham.

Als het simpel was, dan zou je moeten afvallen door de helft te eten en twee keer zo vaak naar de sportschool te gaan. Is dat alles? Ik denk dat er nog iets kan spelen. Het is maar een ideeetje, zomaar een theorie. Ik denk namelijk dat er snelle en langzame schakelaars zijn. Snelle schakelaars verbranden het extra eten direct, diezelfde dag. Bij minder eten of meer bewegen verbranden ze efficiënter, diezelfde dag. Ze vallen geen grammetje af, want hun

stofwisseling beweegt precies mee met meer of minder eten, met meer of minder bewegen. Trage schakelaars daarentegen komen een kilo aan van één feestje. Misschien duurt het weken voor hun stofwisseling is aangepast aan hun dieet. Dan staan ze op efficiënt. Gaan trage schakelaars dan weer normaal eten, of even zondigen, dan komen ze extra aan in gewicht. Mis-

schien is het nog ingewikkelder met snelle opschakelaars die traag afschakelen of andersom. Ik weet het ook niet precies. Probeer maar uit wat werkt. Maar vergelijk niet met anderen. Vergelijk met jezelf. Stofwisselingen verschillen, op- en afschakelen verschilt. Mensen verschillen. Dat lijkt me veel belangrijker dan verschillen in dieet of sportprogramma. ■



Foto: Shutterstock/jakub Celpek



Wat wil de oudere?

Oud worden betekent: verliezen. Opname in een verzorgingshuis markeert het verlies van zelfredzaamheid, vaak is de partner al eerder overleden en dan verdwijnt ook de vertrouwde omgeving. Na de verhuizing is de persoonlijke continuïteit van de huisarts belangrijk. Die weet – meestal als enige van alle hulpverleners – hoe de meubels stonden in de vroegere woonkamer, wie de partner was en wat met hem of haar is gebeurd. De huisarts kent de vele onuitgesproken grote en kleine dingen die een rol spelen bij de beslissingen die de oudere in het laatste deel van het leven moet nemen.

DE OUDERE, HET TEHUIS EN DE HUISARTS

In een verzorgingshuis wordt de oudere onderdeel van een instituut en daarin dreigt ook de huisarts te worden meegenomen. Dat is lastig. Het overzicht over de problemen en de regie over het beleid worden minder, want er zijn plotseling veel meer hulpverleners bij de zorg betrokken. Een rustig gesprek met de patiënt is vaak moeilijk. Bij visiteaanvragen is niet altijd duidelijk wie nu een probleem heeft: de patiënt of de verzorging.

Ook in de literatuur zien we de ambivalentie van huisartsen over de zorg in het verzorgingshuis. Deze is vaak complex – te complex voor de beperkte tijd van de individuele huisarts, zo wordt gezegd. Meer ondersteuning en betere mogelijkheden voor consultatie zouden hiervoor oplossingen zijn.^{1,2} Het onderzoek van Boorsma et al. werkt zo'n oplossing uit. De auteurs deden een interessant onderzoek in meerdere verzorgingshuizen. Zij concluderen dat de kwaliteit van zorg voor verzorgingshuisbewoners indrukwekkend verbeterd door toepassing van het Chronic Care Model (CCM). Het onderzoek stemt zeker tot nadenken, maar ik betwijfel of de conclusie de juiste is. Volgens mij zijn de gevonden effecten niet het resultaat van het toepassen van het CCM en is het ook maar de vraag of dit model past in het verzorgingshuis.

Het is belangrijk te bedenken dat het verzorgingshuis ooit is ontstaan als een passende woonvoorziening voor kwetsbare ouderen en dat feitelijk nog altijd is. Ik denk dat deze ouderen geen behoefte hebben aan een systematisch zorgmodel, aan gestructureerde assessments of aan uitgebreid teamoverleg, zoals Boorsma et al. onderzochten. De kwaliteit van de zorg zit juist in kleine alledaagse dingen en in de personen die de zorg leveren, en vooral in de kwaliteit van het persoonlijke contact dat de verzorging met de bewoners heeft.

CHRONIC CARE MODEL

Om te beginnen is het de vraag of de auteurs werkelijk het CCM onderzochten. Dit model omvat belangrijke aspecten voor systematische kwaliteitsverbetering, maar de interventie van Boorsma et al. bevat slechts een paar elementen uit

het CCM. En die zijn vooral gericht op de hulpverleners: een uitgebreid, periodiek uitgevoerd assessmentinstrument en periodiek multidisciplinair overleg. Het stimuleren van zelfmanagement, een belangrijk onderdeel van het CCM, en ook het gebruik van een klinisch informatiesysteem zijn bijvoorbeeld niet duidelijk in de interventie terug te vinden. In hoeverre is het mogelijk iets over een model te concluderen dat je maar ten dele toepast?

Nu is het onderzoeken van de effecten van grote modellen altijd lastig, maar de interventie kan realistischer worden samengevat als het regelmatig en grondig in kaart brengen van de problemen van verzorgingshuisbewoners en het stimuleren van goede afstemming tussen de verschillende hulpverleners (met een belangrijke rol voor de verzorgende). Ieder verstandig mens is daar voor. Toch blijkt deze aanpak al moeilijk genoeg: slechts in iets meer dan de helft van de gevallen lukte het om de grondige assessments daadwerkelijk uit te voeren. Voor de bewoners veranderde daarmee overigens niet veel, want de kwaliteit van leven en de ervaren kwaliteit van de zorg verschilden niet tussen de interventie- en controle-groep. Verder kreeg het verzorgingshuis feedback, maar van louter feedback zonder verdere ondersteuning moeten we niet te veel verwachten.³

Daarnaast is het goed er nog twee bevindingen van Boorsma et al. uit te lichten omdat ik denk dat zij de stelling ondersteunen dat de kwaliteit van zorg veel meer wordt bepaald door het directe contact tussen de verzorgende en de oudere dan door het instellingsbeleid. Ten eerste zijn de positieve effecten vooral te vinden op het gebied van communicatie, gedrag en ADL-afhankelijkheid. Dat zijn belangrijke verbeteringen want de apathische of verwarde oudere die eenzaam in zijn kamer zit is ieders schrikbeeld. Juist op deze gebieden zijn persoonlijke continuïteit, aandacht en een gestructureerde omgeving belangrijk. De vraag is dan ook gerechtvaardigd of dit belangrijke gemeten effect een resultante is van de regelmatige assessment en coördinatie of van de persoonlijke aandacht van de verzorgende die dankzij de interventie even meer tijd en gerichte aandacht voor de bewoner had. Ik denk het laatste.

Ten tweede valt de lage intracustercoëfficiënt (icc) binnen de instellingen op. De onderzoekers rapporteren deze wel, maar bespreken ze niet in de discussie. Zij hebben terecht zorgvuldig onderzocht of er verschillen in effecten waren tussen de diverse verzorgingshuizen. De icc is hier een maat voor de samenhang van de gemeten effecten binnen de afzonderlijke verzorgingshuizen, gerelateerd aan de effecten binnen de gehele groep.⁴ De correlatie binnen de instellingen blijkt bijzonder laag. Ik vermoed dat de auteurs gezien hun analyse een veel hogere icc hadden verwacht, en dat past ook bij een interventie die is gericht op het systeem van de geleverde zorg in de betrokken huizen. Deze bevinding roept de vraag op of het verzorgingshuis als gekozen niveau van de interventie het juiste is.

MODELLEN OF MENSEN?

Modellen werken niet zonder goede mensen, maar goede mensen kunnen heel goed werk leveren zonder grote modellen. De vraag is of in dit onderzoek het assessmentinstrument geen noodverband is voor een gebrekkig opleidingsniveau van de verzorgenden, of het afnemen van de assessment geen legitimatie is voor het nemen van tijd voor de oudere en of het geven van feedback aan het management hen niet de valse illusie geeft dat zij 'aan de knoppen zitten'. In de afgelopen jaren is steeds duidelijker geworden dat het vooruitgangdenken waarin het menselijk handelen wordt gevat in grote systemen of modellen vaak teleurstellende resultaten oplevert.⁵ Dat is geen reden om bij de pakken neer te zitten, maar wel om kritisch te kijken wat nu de werkelijk werkzame elementen van een interventie zijn.

DE TOEKOMST

De manier waarop de zorg in de Nederlandse verzorgingshuizen is georganiseerd wordt vooral bepaald door beleidsnotities en meningen en is te weinig gebaseerd op goed onderzoek. Nederlandse onderzoeken als die van Boorsma et al. zijn relatief zeldzaam, zeker in deze omvang en degelijkheid. Naar mijn smaak is de gekozen interventie echter te veel gebaseerd op literatuur en managementideeën, en te weinig op de ervaringen en inzichten van ouderen en directe zorgverleners. De parallel met de thuiszorg dringt zich op. Jarenlang is geprobeerd om de thuiszorg beter en doelmatiger te maken – met schaalvergroting, nauwkeurige functieomschrijvingen en steeds strakker aandraaien van de duim Schroeven wat betreft het benodigde opleidingsniveau en de beschikbare tijd. Tot een paar eigenwijze wijkverpleegkundigen het heel anders deden en met Buurtzorg een succesformule (terug)brachten.

Het lijkt mij interessant om in een vervolgonderzoek het contrast tussen de beide onderzoeksgroepen te zoeken in een nóg beter uitgewerkte interventie volgens het CCM en daartegenover niet de 'usual care' te zetten, maar een interventie die per verzorgingshuis wordt bedacht voor de problemen die men daar ervaart. In de CCM-groep wordt naast assessment en teamoverleg ook een goed informatiesysteem opgezet, wordt zelfmanagement actief bevorderd en nog meer transparante managementinformatie gegeven om het proactieve team te stimuleren tot nog betere prestaties. Dan kan niemand meer zeuren dat het CCM niet echt is onderzocht. In de andere groep



Foto: Frank Muller/Hollandse Hoogte

staat een lokaal bedachte oplossing centraal, bijvoorbeeld door begeleide focusgroepen met bewoners en verzorging. Het risico dat dit leidt tot een heterogene onderzoeksgroep is klein want waarschijnlijk zal men kiezen voor méér verzorging en minder papieren rompslomp, voor meer persoonlijke contacten in kleinere teams en voor meer zelfregulering, net als bij de Buurtzorg. Als belangrijkste uitkomstmaten zou ik de waardering van de ouderen kiezen en geen afgeleide kwaliteitsmaten. Zij wonen daar en zij mogen hun eigen woongenot subjectief beoordelen. Ofschoon minder belangrijk zou ik toch ook willen meten hoe de huisartsen de verschillen in aanpak waarderen. Voor mezelf gesproken: ik heb liever een complex probleem dat ik werkelijk met de oudere en een geïnformeerde en betrokken verzorging kan bespreken dan procedures in een instituut waar ik weinig grip op heb.

LITERATUUR

- 1 Boorsma M, Frijters DHM, Knol DL, Ribbe ME, Nijpels G, Van Hout HPJ. Multidisciplinair zorgmodel in verzorgingshuizen. *Huisarts Wet* 2012;55:160-5.
- 2 Schers HJ, Koopmans R, Olde Rikkert M. De rol van de huisarts bij kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2009;52:626-30.
- 3 Grol RTPM, Wensing MJP. Implementatie, effectieve veranderingen in de gezondheidszorg. Amsterdam: Reed Elsevier, 2006.
- 4 Killip S, Mahfoud Z, Pearce K. What is an intracluster correlation coefficient? Crucial concepts for primary care researchers. *Ann Fam Med* 2004;2:204-8.
- 5 Heijne B. Sokrateslezing 14 dec 2011. www.nrc.nl.

NHG-Standaard De overgang (eerste herziening)

Jantje Bouma, Marion de Jonge, Erik de Laat, Harriet Eekhof, Henriëtte Engel, Frans Groeneveld, Nicole Stevens, Monique Verduijn, Lex Goudswaard, Wim Opstelten, Corlien de Vries

Belangrijkste wijzigingen

- De informatie over bijwerkingen van hormoontherapie is geactualiseerd.
- Geadviseerd wordt om voor het starten van hormoontherapie het cardiovasculair risicoprofiel en het risico op veneuze trombo-embolie en mammacarcinoom te bepalen.

Kernboodschappen

- Bij overgangsklachten volstaat vaak voorlichting en is medicamenteuze behandeling zelden nodig.
- Omdat de meeste systemische hormonale medicatie het risico op veneuze trombo-embolieën, cardiovasculaire aandoeningen en mammacarcinoom verhogen, schrijft de huisarts deze alleen voor bij vasomotorische klachten met belangrijke beperkingen in het dagelijks leven.
- Alvorens systemische hormoontherapie voor te schrijven bespreekt de huisarts de voor- en nadelen en de wenselijkheid om de duur van de behandeling te beperken tot zes maanden.
- Bij vaginale klachten kan lokale hormonale behandeling geïndiceerd zijn.
- Verwijzing voor behandeling van overgangsklachten is niet nodig.

INLEIDING

De NHG-Standaard De overgang geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij klachten, vragen en problemen tijdens de overgang bij vrouwen vanaf 40 jaar. Voor de diagnostiek en behandeling van een vroegtijdige overgang (< 40 jaar) wordt verwezen naar de NHG-Standaard Amenorroe.

De overgang is de periode van een veranderend menstruatiepatroon en de eerste menstruatievrije jaren, waarin een vrouw symptomen en klachten kan ervaren, die een relatie hebben met een veranderende ovariële functie. Dit is een complex, deels nog onopgehelderd fysiologisch proces, vaak samengaan met de gevolgen van veroudering en sociale veranderingen. De huisarts moet dan ook differentiëren tussen over-

gangsklachten en andere klachten en problemen in deze levensfase.

Daarnaast veranderen bij het bereiken van de menopauze ook het cardiovasculaire risicoprofiel en het risico op osteoporose. De NHG-Standaarden Cardiovasculair risicomanagement en Het Preventieconsult geven richtlijnen voor het bepalen of actualiseren van het cardiovasculaire risicoprofiel. Voor diagnostiek en beleid van osteoporose wordt verwezen naar de NHG-Standaard Osteoporose. De NHG-Standaard De overgang sluit aan bij de NHG-Standaard Anticonceptie. Richtlijnen voor het beleid bij menstruatieveranderingen worden besproken in de NHG-Standaarden Vaginaal bloedverlies en Amenorroe.

Inbreng van de patiënt

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

Afweging door de huisarts

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

Delegeren van taken

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

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Overgang: de periode van een veranderend menstruatiepatroon en de eerste menstruatievrije jaren, waarin een vrouw symptomen en klachten kan ervaren die een relatie hebben met een veranderende ovariële functie.¹

Menopauze: de laatste menstruatie in het leven van een vrouw. Het tijdstip van de menopauze wordt retrospectief bepaald, na een jaar amenorroe.

Premenopauze: de periode voorafgaande aan de menopauze, waarin de menstruele cyclus nog regelmatig is.

Perimenopauze: de periode voor de menopauze, waarin de menstruaties veranderen, tot een jaar na de laatste menstruatie.

Postmenopauze: de periode vanaf een jaar na de laatste menstruatie.

Epidemiologie

De laatste jaren werden huisartsen minder vaak geconsulteerd in verband met overgangsklachten dan voorheen. In 2003 bedroeg de incidentie van bij de Nederlandse huisarts gepresenteerde overgangsklachten in de leeftijdsgroep vrouwen 45 tot 65 jaar 30 en in 2010 17 per 1000 vrouwen per jaar. Mogelijk houdt deze daling verband met publicaties over de risico's van hormoontherapie op trombo-embolische complicaties en mammacarcinoom, waardoor veel artsen en patiënten terughoudend werden in de keuze voor hormoonpreparaten.² Zo werd in 2001 in Nederland aan 5,6% van de vrouwen tussen de 40 en 74 jaar hormoontherapie voorgeschreven; in 2004 was dit gedaald naar 1,7%.

De gemiddelde leeftijd waarop autochtone vrouwen in Nederland de menopauze bereiken is 50 tot 51 jaar. Vrouwen die roken, bereiken de menopauze eerder. Het is niet bekend of de gemiddelde leeftijd ten tijde van de menopauze onder verschillende etnische groepen in Nederland varieert.³

Van alle vrouwen heeft 55 tot 60% vasomotorische symptomen tijdens de overgang. Deze treden vooral op in het eerste jaar na de menopauze, namelijk bij 55% van deze vrouwen. Twee jaar voor de menopauze komen vasomotorische symptomen bij ongeveer 15% van de vrouwen voor.⁴

Bouma J, De Jonge M, De Laat EAT, Eekhof H, Engel HF, Groeneveld FPMJ, Stevens NTJM, Verduijn MM, Goudswaard AN, Opstelten W, De Vries CJH • NHG-Standaard De overgang (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55(4):168-72.

De prevalentie van klachten ten gevolge van vaginale atrofie neemt toe na de menopauze. Ongeveer 15% van de perimenopauzale vrouwen en 30% van de postmenopauzale vrouwen ervaart vaginale droogheid.⁵

Etiologie

Tijdens de overgang wordt de vruchtbare levensfase van een vrouw afgesloten. Verandering van de ovariële functie ligt hieraan ten grondslag. Door veroudering verdwijnen nagenoeg alle follikels uit de ovaria en neemt de kwaliteit van de nog resterende follikels af. Uiteindelijk reageren deze follikels niet meer op gonadotrope hormonen en stopt de folliculaire uitrijping.

Voordat de menstruaties veranderen, stijgt het follikelstimulerend hormoon (FSH) als teken van ovariële veroudering. Tijdens de perimenopauze stijgt het FSH verder en kunnen er zowel ovulatoire als anovulatoire cycli optreden. Bij anovulatoire cycli produceren de follikels onvoldoende oestradiol om een ovulatie te induceren, ondanks stimulatie door een verhoogd FSH. Kort voor de menopauze dalen de oestrogenspiegels. Het FSH blijft verhoogd.⁶

Een opvlieger is een spontane aanval van perifere vasodilatatie, samengaan met een gevoel van hitte, blozen en (hevig) transpireren, een toegenomen hartslag en rillingen. Niet alle symptomen zijn altijd aanwezig. Opvliegers kunnen ook 's nachts optreden (nachtelijke transpiratieaanvallen). Een typische opvlieger duurt drie tot vijf minuten. De frequentie van opvliegers varieert van een paar per maand tot enkele per uur.⁷ De precieze oorzaak van opvliegers is onbekend.⁸ Er zijn aanwijzingen dat vasomotorische symptomen gerelateerd zijn aan een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen, maar de onderzoeksresultaten op dit vlak zijn inconsistent.⁹

Door lagere oestrogenspiegels na de menopauze wordt het slijmvlies van de vagina dunner en bleker, soms zijn er petechiën. Er is minder glycogeen beschikbaar voor de vaginale melkzuurproducerende lactobacillen, waardoor deze in aantal afnemen. Daling

van melkzuur maakt het milieu in de vagina basisch, waardoor gemakkelijk overgroei van andere bacteriën kan ontstaan. Lagere oestrogenspiegels veroorzaken ook daling in de vaginale doorbloeding, verminderde lubricatie en weefselveranderingen. De klachten tijdens de overgang worden beïnvloed door biologische en sociaal-culturele factoren.¹⁰ Veel vrouwen hebben tijdens de overgang last van vasomotorische symptomen, die ook kunnen leiden tot slaapproblemen.¹¹ Of etniciteit en leefstijlfactoren, zoals roken en BMI, het optreden van vasomotorische symptomen beïnvloeden, is niet bekend.¹² Ook vaginale atrofie kan klachten geven, zoals vaginale irritatie, droogheid, jeuk, afscheiding en dyspareunie. Deze klachten beïnvloeden de seksualiteit, maar ook andere, leeftijdsgebonden, factoren spelen daarbij een rol: de verslechtering van de eigen gezondheid en die van de partner en voorafgaande seksualiteitsbeleving. Bij postmenopauzale vrouwen duurt het bij seksuele opwinding langer voor er lubricatie optreedt. Een adequate seksuele stimulatie verhoogt de vaginale doorbloeding, waardoor de lubricatie voldoende kan zijn en er geen dyspareunie hoeft op

te treden.¹³ Er bestaat geen duidelijke associatie tussen de overgang en depressie, angst en andere psychische klachten. Wel zouden vrouwen met een eerdere depressie een verhoogd risico hebben op depressieve klachten tijdens de overgang.¹⁴ Ook een duidelijke associatie tussen de overgang en gewrichts-klachten of artrose ontbreekt.¹⁵

Gebruik van hormonale anticonceptie kan symptomen en klachten van de overgang maskeren.

Beloop

Cyclusveranderingen tijdens de overgang vertonen een grote individuele variatie. Het menstruatiepatroon wordt bij de meeste vrouwen voorafgaand aan de menopauze onregelmatig, maar de cycli kunnen ook wisselen van onregelmatig naar regelmatig en vice versa. De perimenopauze duurt gemiddeld ongeveer vier tot zes jaar. Vrouwen kunnen echter ook na een korte periode van onregelmatige cycli de menopauze bereiken.¹⁶ In de loop der tijd neemt de hinder van vasomotorische symptomen af, ondanks hun blijvende aanwezigheid. Van de vrouwen heeft 30 tot 40% meer dan 5 jaar na de menopauze nog steeds vasomotorische symptomen.⁴

Abstract

Bouma J, De Jonge M, De Laat EAT, Eekhof H, Engel HF, Groeneveld FPMJ, Stevens NTJM, Verduijn MM, Goudswaard AN, Opstelten W, De Vries CJH. The NHG-Guideline The menopausal transition (first revision). *Huisarts Wet* 2012;55(4):168-72. The menopausal transition encompasses the phase of changing menstrual patterns and the first years after the cessation of the menses. This revised guideline covers the assessment of menopausal symptoms and problems in women aged 40 and older, patient education, risk assessment, and therapy. The menopausal transition is associated with vasomotor symptoms, vaginal atrophy, and changing menstrual patterns, and is often accompanied by the consequences of ageing. The GP can assess the menopausal transition by patient history and needs to evaluate how vasomotor and other symptoms affect the woman's functioning in daily life. If the prescription of systemic hormone therapy is considered, the patient should be asked whether she or her relatives have a history of venous thromboembolism, risk factors for cardiovascular disease and breast cancer should be assessed, and blood pressure, the lipid profile, and glucose levels should be measured. The vulva should be inspected and a speculum examination performed if the woman complains of vaginal problems, to detect vaginal atrophy or other underlying causes. Patient education is often sufficient to help women cope with their menopausal symptoms. Over-the-counter products, such as phyto-oestrogens and preparations containing black cohosh, have not been proven to be beneficial for vasomotor symptoms and may be accompanied by serious side effects. GPs should fully inform their patients about the risks of hormone therapy, the side effects of which, although rare, may be serious. Systemic hormone therapy should be prescribed in the lowest effective dose and should be stopped after 6 months. Clonidine, a non-hormonal therapy, should only be prescribed to women who have vasomotor symptoms and who are using tamoxifen. Local oestrogens, given for 3-6 months, are recommended for symptoms of vaginal atrophy. Postmenopausal women on systemic or local hormone therapy who report irregular vaginal bleeding should be referred to a gynaecologist after cervical pathology and Chlamydia infection have been ruled out.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Overweeg een relatie met de overgang bij vrouwen vanaf veertig jaar met de volgende klachten:

- menstruatieveranderingen;
- vasomotorische klachten;
- vaginale klachten ten gevolge van vaginale atrofie.

Anamnese

Voor het vaststellen van de overgang vraagt de huisarts naar:

- de menstruele cyclus: regulair of irregulier, verandering in cyclustijd en hoeveelheid bloedverlies, tijdstip van de laatste menstruatie en mogelijke zwangerschap;
- vasomotorische klachten (opvliegers en nachtelijke transpiratieaanvallen): aard, frequentie, tijdstippen en beloop;
- vaginale klachten: irritatie, jeuk, droge vagina, dyspareunie, afscheiding;
- andere klachten of symptomen die de vrouw aan de overgang zou kunnen toeschrijven, zoals moeheid, slaapstoornissen, gewrichts- en/of spierklachten;
- voorgeschiedenis: operaties aan uterus en/of adnexa, endometriose, bestraling onderbuik, chemotherapie;
- anticonceptie.

Ten behoeve van de differentiaaldiagnose vraagt de huisarts naar:¹⁷

- aanwijzingen voor aandoeningen die ook vasomotorische klachten en (nachtelijk) transpireren kunnen geven, zoals problematisch alcoholgebruik, angst- of paniekstoornis en hyperthyreoïdie;
- medicatie die vasomotorische klachten kunnen veroorzaken, vooral vaatverwijders (zoals nitraten, calciumantagonisten en ACE-remmers), tamoxifen, selectieve aromataseremmers, opiaten en antidepressiva (zowel TCA als SSRI's).

Voor het bepalen van de gevolgen van de klachten voor de patiënt vraagt de huisarts naar:

- hinder en invloed van vasomotorische klachten op het functioneren;
- invloed van de klachten op de seksualiteit;
- aanpak van de klachten door patiënte zelf en zelfmedicatie;

▪ psychosociale factoren, zoals werk, zorgtaken, steun uit de omgeving en de betekenis van het afsluiten van de vruchtbare levensfase.

Wanneer medicamenteuze behandeling wordt overwogen, vraagt de huisarts naar:

- cardiovasculaire risicofactoren (zie de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement);
- (familiaal) voorkomen van veneuze trombo-embolieën;
- risicofactoren voor mammacarcinoom, zoals (familiaal) voorkomen van mammacarcinoom en eerdere thoraxbestraling (zie de NHG-standaard Diagnostiek van mammacarcinoom).¹⁸

Lichamelijk onderzoek

- meet de bloeddruk, wanneer hormoontherapie wordt overwogen;
- inspecteer bij vaginale klachten de vulva en beoordeel door speculumonderzoek de vagina. Let daarbij op kleur, aspect en kwetsbaarheid van het slijmvlies (atrofie) en eventuele fluor (bij atrofie, bacteriële vaginose of candida).

Aanvullend onderzoek

Verricht op indicatie:

- zwangerschapstest (uitsluiten graviditeit);
- bepaling van hemoglobine (bij langdurig overvloedig bloedverlies);
- bepaling van TSH (bij vermoeden hyperthyreoïdie);
- bepaling van glucose en lipidenpectrum (indien hormoontherapie wordt overwogen).

Bepaling van FSH, LH en oestradiol wordt afgeraden; een verhoogde FSH-waarde sluit niet uit dat er nog een ovulatie kan optreden.¹⁹

Mammografie voor het starten met hormoontherapie wordt niet aanbevolen.²⁰

Evaluatie

Stel de diagnose overgangsklachten wanneer bij een vrouw vanaf veertig jaar sprake is van vasomotorische klachten of klachten ten gevolge van vaginale atrofie bij een veranderd menstruatie-

patroon of amenorroe, indien andere oorzaken zijn uitgesloten.

Andere oorzaken van de klachten kunnen zijn:

- bij vasomotorische klachten: bijwerking van medicatie (nitraten, calciumantagonisten, ACE-remmers, tamoxifen, selectieve aromataseremmers, opiaten, antidepressiva), overmatig alcoholgebruik, een angst- of paniekstoornis, hyperthyreoïdie of andere zeldzame oorzaken;¹⁷
- bij vaginale klachten: lichen sclerosus, seksuele problematiek en vaginale infecties (zie de NHG-Standaard Fluor vaginalis);²¹
- bij onregelmatig vaginaal bloedverlies: zwangerschapscomplicaties (dreigende miskraam, extra-uteriene graviditeit; zie de NHG-Standaard Miskraam), cervixpathologie en endometriumafwijkingen (zie de NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies).

RICHTLIJNEN BELEID**Voorlichting**

De huisarts geeft voorlichting over de volgende aspecten van de overgang:

- De overgang is een fysiologisch proces met grote variaties in beloop en hinder van klachten.
- Door hormonale veranderingen ontstaan menstruatieveranderingen en kunnen opvliegers, (nachtelijke) transpiratieaanvallen en vaginale klachten optreden. Het valt niet te voorspellen in welke mate een vrouw klachten van de overgang zal krijgen. Het duurt gemiddeld vier tot zes jaar voordat de menstruatie definitief wegblijft.
- Opvliegers komen het meest voor in het eerste jaar na de menopauze. In de loop van de tijd neemt de hinder ervan af, ondanks dat opvliegers aanwezig kunnen blijven. Vijf jaar na de menopauze heeft een ruime meerderheid van de vrouwen geen klachten meer.
- Klachten van moeheid, sombere gevoelens en slapeloosheid zijn geen direct gevolg van de overgang, maar kunnen een gevolg zijn van nachtelijke transpiratieaanvallen. Ook andere omstandigheden of veranderingen in het leven van vrouwen kunnen deze klachten veroorzaken.

- Er zijn veel vrij verkrijgbare preparaten, bijvoorbeeld plantaardige middelen en supplementen, maar het is niet aangetoond dat deze overgangsklachten verminderen; ze kunnen wel ernstige bijwerkingen geven.^{22,23}
- In principe kan anticonceptie op de leeftijd van 52 jaar worden gestaakt. De kans op zwangerschap op deze leeftijd is erg klein. Afhankelijk van de situatie wordt afgewacht of na staken van hormonale anticonceptie de cyclus nog terugkeert en/of vasomotorische klachten optreden (zie de NHG-Standaard Anticonceptie).

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de vrouw verwijzen naar www.thuisarts.nl/ overgang of één van de NHG-Patiëntenbrieven over de overgang meegeven: De overgang algemeen, Aanpak van de overgang of Hormoongebruik in de overgang.

Niet-medicamenteuze behandeling

- Wijs op de mogelijkheid om contact te leggen met lotgenoten bij veel hinder en onvoldoende erkenning en steun uit de omgeving.²⁴
- Attendeer bij klachten van dyspareunie op het belang van adequate stimulatie en opwinding voor voldoende lubricatie.¹³
- Adviseer obese vrouwen met vasomotorische klachten om af te vallen. Er is enig bewijs dat dit de klachten vermindert.²⁵

Medicamenteuze behandeling

Vasomotorische klachten

Systemisch toegediende oestrogenen verminderen vasomotorische klachten het meest effectief.²⁶ Ze hebben echter ook bijwerkingen, zoals verhoging van het risico op veneuze trombo-embolie, mammacarcinoom en cardiovasculaire aandoeningen, om welke reden ze (relatief) gecontra-indiceerd kunnen zijn [kader].²⁷⁻³¹ Bespreek met de vrouw dat de bijwerkingen van hormoontherapie relatief zeldzaam zijn, maar wel potentieel zeer ernstig, en dat deze therapie wordt voorgeschreven voor weliswaar zeer hinderlijke maar niet levensbedreigende klachten.

Ontraad hormonale behandeling aan vrouwen:

- die roken en/of antihypertensieve of cholesterolverlagende medicatie gebruiken;
- na een doorgemaakt myocardinfarct, CVA, diepe veneuze trombose of longembolie;
- met trombofilie, zoals de aanwezigheid van de factor-V-Leiden-mutatie of belaste familieanamnese voor veneuze trombose;
- met een verhoogd risico op mammacarcinoom (zie de NHG-Standaard Diagnostiek van mammacarcinoom);
- met, al dan niet in remissie zijnde, hormoonafhankelijke tumoren, zoals

Overzicht van de belangrijkste absolute risicotoenames op ernstige aandoeningen bij gebruik van hormoontherapie

Veneuze trombo-embolie: bij gebruik van continue combinatietherapie is het risico op veneuze trombo-embolie vooral in het eerste jaar verhoogd; deze risicotoename komt neer op ongeveer 4 extra gevallen van veneuze trombo-embolie per 1000 vrouwen per jaar. Als na ruim 5 jaar gebruik de hormoontherapie wordt gestopt, normaliseert het verhoogde risico na ruim 2 jaar.

Mammacarcinoom: bij gebruik van hormoontherapie neemt het risico op mammacarcinoom geleidelijk toe; na 3 jaar gebruik van sequentiële combinatietherapie of oestrogeen monotherapie komt deze risicotoename neer op ongeveer 1 extra geval van mammacarcinoom per 1000 vrouwen per 3 jaar. Na 3 jaar gebruik van continue combinatietherapie komt deze risicotoename neer op ongeveer 4 extra gevallen van mammacarcinoom per 1000 vrouwen per 3 jaar. Als na ruim 3 jaar gebruik hormoontherapie wordt gestopt, normaliseert het verhoogde risico geleidelijk na ongeveer 2 jaar.

Acuut myocardinfarct: bij gebruik van continue combinatietherapie is het risico op acuut myocardinfarct of acute hartdood na een jaar verhoogd; deze risicotoename komt neer op ongeveer 1 extra geval van myocardinfarct of acute hartdood per 1000 vrouwen per jaar. Als na ruim 5 jaar gebruik hormoontherapie wordt gestopt, normaliseert het verhoogde risico na ruim 2 jaar.

CVA: bij gebruik van continue combinatietherapie neemt het risico op een CVA geleidelijk toe; na 3 jaar hormoongebruik komt deze risicotoename neer op ongeveer 2 extra gevallen van CVA per 1000 vrouwen per 3 jaar. Als na gebruik van ruim 5 jaar hormoontherapie wordt gestopt, normaliseert het verhoogde risico na ruim 2 jaar.

mamma- of endometriumcarcinoom;

- ernstige leverfunctiestoornissen of cholestatische icterus tijdens zwangerschap;
- met endometriose.³²

Als besloten wordt tot medicamenteuze behandeling gelden de volgende richtlijnen:

- Geef oestrogenen in een zo laag mogelijke effectieve dosering.
- Bij vrouwen met een uterus: geef oestrogenen altijd in combinatie met progestagenen om het risico op endometriumhyperplasie en -carcinoom te beperken.³¹ Progestagenen kunnen sequentieel of (alleen bij postmenopauzale vrouwen) continu worden toegediend.
 - Bij sequentiële combinatietherapie worden progestagenen gedurende ten minste veertien dagen toegevoegd aan de continue toediening van oestrogenen. Als gevolg hiervan vindt maandelijks een onttrekkingsbloeding plaats.
 - Bij continue combinatietherapie wordt continu een combinatie van oestrogenen met een lage dosis progestageen gegeven. De eerste maanden kunnen onregelmatig bloedverlies en spotting optreden. Bij perimenopauzale vrouwen geeft continue combinatietherapie langdurig en frequent onregelmatig bloedverlies.³³ Om deze reden komen alleen postmenopauzale vrouwen in aanmerking voor continue combinatietherapie.
- Bij vrouwen zonder uterus: geef oestrogenen zonder progestageensuppletie.

Het gebruik van tibolon wordt ontraden wegens een verhoogd risico op endometriumcarcinoom, mammacarcinoom en bij oudere vrouwen op een CVA.³⁴

Keuze van hormoonpreparaten

Bij vrouwen met een uterus:

- Perimenopauzale vrouwen met anticonceptiewens: overleg met de vrouw over de wenselijkheid van het gebruik van orale anticonceptie (combinatiepreparaat).³⁵ Voor een keuze en meer informatie zie de NHG-Standaard Anticonceptie. Hormoontherapie heeft onvoldoende anticonceptieve werking. Indien een vrouw korter dan 5 jaar een

hormoonspiraal heeft, kan dit worden gecombineerd met oestrogeenmonotherapie (estradiol 1 mg oraal per dag of estradiolpleister 50 microgram/24 uur = 2 pleisters/week).³⁶

- *Perimenopauzale* vrouwen zonder anti-conceptiewens: sequentiële combinatietherapie (estradiol 1 mg/dydrogesteron 10 mg oraal); anders dan bij de pil is er geen stopweek.
- *Postmenopauzale* vrouwen: maak in overleg met de vrouw een keuze tussen orale sequentiële (estradiol 1 mg/dydrogesteron 10 mg) of orale continue combinatietherapie (estradiol 1 mg/dydrogesteron 5 mg continu of estradiol 1 mg/norethisteron 0,5 mg continu).³⁷

Bij vrouwen *zonder uterus*:

- Oestrogeenmonotherapie (estradiol 1 mg oraal per dag of een estradiolpleister 50 microgram/24 uur = 2 pleisters/week).

Adviseer om na zes maanden gebruik de medicatie op proef te staken. De medicatie hoeft niet te worden afgebouwd.³⁸

Niet-hormonale behandeling

Bij vrouwen die tamoxifen gebruiken, kan clonidine (2 maal daags 0,05 mg tot 0,075 mg) worden voorgeschreven. Dit centraalwerkende antihypertensivum reduceert opvliegers echter aanzienlijk minder dan hormoontherapie. Evalueer het effect na 4 weken en stop bij onvoldoende vermindering van klachten.³⁹

Het gebruik van antidepressiva wordt ontraden.⁴⁰

Vaginale klachten

Geef vaginaal toegediend (ovules of crème) estriol 1 maal daags 0,5 mg gedurende 2 weken. Ga bij voldoende effectiviteit over op een onderhoudsdosis van 2 maal per week 0,5 mg. Instrueer de vrouw contact op te nemen bij vaginaal bloedverlies. Bewijs voor effect en veiligheid op de lange termijn ontbreekt.⁴¹

Onregelmatig vaginaal bloedverlies

Voor de behandeling van onregelmatig vaginaal bloedverlies: zie de NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies.

Totstandkoming

In januari 2010 startte een werkgroep met de herziening van de NHG-Standaard De overgang. De werkgroep bestond uit de volgende leden: J. Bouma, huisarts te Amsterdam-Zuidoost; M. de Jonge, huisarts te Nijmegen en kaderhuisarts urogynaecologie; E.A.T. de Laat, huisarts te Utrecht; H. Eekhof, huisarts te Diemen en kaderhuisarts urogynaecologie; H.F. Engel, huisarts te Ede en kaderhuisarts urogynaecologie; dr. F.P.M.J. Groeneveld, huisarts te Krimpen aan de IJssel en N.T.J.M. Stevens, huisarts te Den Haag en kaderhuisarts urogynaecologie. Door de werkgroep is geen belangenverstrengeling gemeld. C.J.H. de Vries, huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, begeleidde de werkgroep en voerde de redactie. F.S. Boukes, huisarts, was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling tot januari 2011. Dr. W. Opstelten, huisarts, nam haar taken daarna over. M.M. Verduijn, apotheker, was als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie van dezelfde afdeling betrokken. M. Hugenholtz, huisarts, was betrokken als wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie.

Op 6 september 2011 is de ontwerpstandaard besproken in een focusgroep met tien huisartsen, geleid door dr. S.S.M. Mol. Ook werd commentaar ontvangen van een aantal referenten: prof.dr.ir. Y. T. van der Schouw, epidemioloog; dr. M.J.J.

de Kleijn, huisarts en epidemioloog; dr.ir. M.A. Rookus, epidemioloog; prof. dr. G.H. de Bock, epidemioloog; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts; dr. P.M. Leusink, huisarts en seksuoloog; F.S. Boukes, huisarts; prof.dr. J.R.B.J. Brouwers, klinisch farmacoloog namens het College voor Zorgverzekeringen; dr. J. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts en Wetenschap*; dr. P. van den Hombergh, huisarts, namens de Landelijke Huisartsen Vereniging; de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie; drs. A.C.A.M. Lelie-van der Zande, manager KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum, drs. A.P. Hielema, apotheker bij het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum, drs. P.N.J. Langendijk, ziekenhuis-apotheker, R. Tahmassian MSc, ziekenhuis-apotheker in opleiding, namens de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie; L. Pere-mans, huisarts, namens de Vlaamse Vereniging van Huisartsen. A.K. Brand en M.H. Lunter, beiden huisarts, hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de door de NAS gestelde vragen. Vermelding als referent betekent overigens niet dat iedere referent de standaard inhoudelijk op elk detail onderschrijft. De gevolgd zoekstrategie voor de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze standaard (zie www.nhg.org).

Controles

- Bij medicamenteuze therapie voor vasomotorische klachten: evalueer na drie maanden het resultaat van de therapie. Verhoging van de dosering wordt niet aanbevolen.⁴² Wanneer na zes maanden de hormonale therapie op proef wordt gestaakt, kunnen vasomotorische klachten binnen een tot twee weken terugkeren. Overleg met de vrouw, indien ze veel hinder van hevige en frequente vasomotorische klachten blijft houden, om de medicatie opnieuw voor zes maanden voor te schrijven. Motiveer de vrouw de medicatie na zes maanden opnieuw op proef te stoppen. Hoewel vasomotorische klachten langdurig kunnen aanhouden, neemt de hinder ervan vaak geleidelijk af. Daarnaast nemen de risico's op ernstige bijwerkingen bij langdurig gebruik van hormoontherapie toe.
- Bij medicamenteuze therapie voor vaginale atrofie: evalueer na zes weken het resultaat van de behandeling.

Adviseer om na drie tot zes maanden de medicatie te stoppen.

Verwijzing

Verwijzing naar een gynaecoloog is niet geïndiceerd voor de diagnostiek en het beleid bij klachten, vragen en problemen rond de overgang. Uitzonderingen hierop zijn:

- onregelmatig vaginaal bloedverlies bij postmenopauzale vrouwen die combinatietherapie gebruiken en bij wie cervixpathologie en een chlamydia-infectie uitgesloten zijn (beoordeling endometrium);⁴³
- onverklaard vaginaal bloedverlies bij gebruik van vaginaal oestrogeen.

© 2012 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Minder opvliegers in de huisartsenpraktijk

Opvliegers en klachten van vaginale atrofie zijn de meest voorkomende problemen van vrouwen in de overgang: 55 tot 60% van hen heeft opvliegers en ongeveer 30% van de postmenopauzale vrouwen heeft klachten van vaginale atrofie. Deze klachten leiden echter steeds minder vaak tot een bezoek aan de huisarts.

SCHERPE DALING

Het aantal vrouwen dat hun huisarts voor het eerst met overgangsklachten raadpleegt is in de periode 2003-2010 bijna gehalveerd. In de leeftijdsgroep van 45 tot 65 jaar daalde de incidentie van 30 per 1000 in 2003 naar 17 per 1000 in 2010 [figuur 1]. Een vergelijkbare afname zien we in de oudere leeftijdsgroepen. Bij jongere vrouwen is geen afname waarneembaar.

De oorzaak van deze scherpe daling kan verband houden met publicaties over de bijwerkingen van hormoontherapie, zoals een verhoogd risico op trombo-embolische complicaties en op een mammacarcinoom. Hierdoor zouden artsen en patiënten terughoudender zijn geworden met hormoontherapie en mogelijk bezoeken hierdoor ook minder vrouwen de huisarts vanwege overgangsklachten.

VOORSCHRIFTEN

Huisartsen schrijven aan patiënten met overgangsklachten gemiddeld 2 tot 3 recepten per jaar uit. Dat aantal veranderde niet in de periode 2003-2010. Er komen dus minder vrouwen met overgangsklachten bij de huisarts, maar degene die wel komen krijgen nog steeds evenveel voorschriften.

Voor lokaal gebruik bij vaginale atrofie is estriol in alle jaren het meest voorgeschreven middel [figuur 2]. Het aantal recepten voor systemische hormoontherapie is in dezelfde periode gehalveerd. In 2003 bestond ruim 25% van de voorschriften uit combinatiepreparaten, in 2010 was dit nog maar 12%. Daarentegen is het aandeel voorschriften van clonidine – een antihypertensivum dat effectief zou zijn om het aantal opvliegers te verminderen – meer dan verdubbeld van 10% naar 21%. Tibolon – een synthetisch steroïd met een oestrogeen effect dat de NHG-Standaard ontraadt – heeft een stabiel aandeel van zo'n 8%.

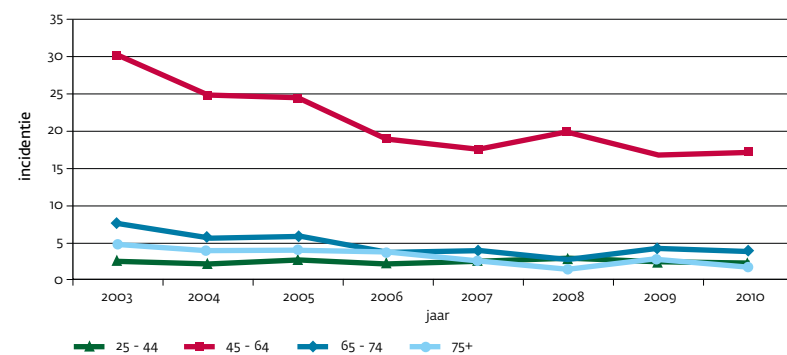
Hoewel ook vrouwen ouder dan 65 jaar hun huisarts steeds minder vaak consulteren voor overgangsklachten, werd aan degenen die wel bij de huisarts kwamen in 2010 vaker een recept voorgeschreven dan in 2003. In 60% van de gevallen was het voorgeschreven middel het lokaal aan of in te brengen estriol. Tibolon en clonidine volgden met respectievelijk 8% en 7%.

HERZIENE NHG-STANDAARD

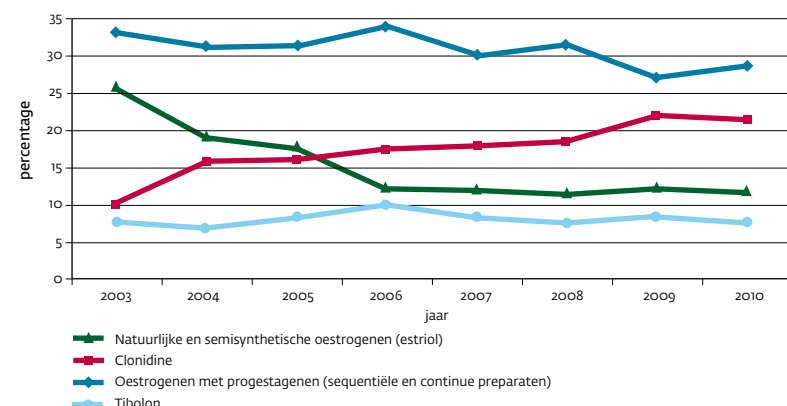
Bij overgangsklachten volstaat vaak voorlichting, medicamenteuze behandeling is zelden nodig, zo luidt één van de kernboodschappen van de herziene NHG-Standaard De over-

gang. Opvliegers die leiden tot belangrijke beperkingen in het dagelijks leven kunnen een indicatie zijn voor kortdurende, systemische hormoontherapie. De indicatie voor clonidine is in de herziene standaard beperkt: het reduceert het aantal opvliegers nauwelijks en is alleen bewezen effectief bij vrouwen die tamoxifen gebruiken. Tibolon wordt echter ontraden, net als in de vorige standaard: het vermindert wel het aantal opvliegers, maar geeft een verhoogd risico op endometriumcarcinoom, mammacarcinoom en vooral bij oudere vrouwen ook een verhoogd risico op een CVA. Voor klachten bij vaginale atrofie blijft het advies lokaal estriol te gebruiken. ■

Figuur 1 Incidentie van bij de huisarts gepresenteerde overgangsklachten per 1000 vrouwen



Figuur 2 Voorschriften voor overgangsklachten, uitgedrukt als percentage van het totaal aantal voorschriften voor overgangsklachten in de periode 2003-2010



Colofon

De hier beschreven analyses zijn uitgevoerd met gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). LINH maakt gebruik van gegevens uit de elektronische patiëntendossiers (EPD's) van deelnemende huisartsen. LINH verzamelt op continue basis gegevens over aandoeningen (ICPC-gecodeerde diagnose), aantallen contacten/verrichtingen, geneesmiddelenvoorschriften en verwijzingen (zie ook www.linh.nl).

In gesprek met ouderen

INLEIDING

Voor u zit mevrouw Van der Ven, een 78-jarige vrouw. Zij heeft een dag eerder in het ziekenhuis te horen gekregen dat zij baarmoederkanker heeft. Het behandelvoorstel bestaat uit chemotherapie om de tumor te verkleinen, gevolgd door een operatie. Patiënte komt vandaag op uw spreekuur omdat ze niet kan geloven wat haar is overkomen. Ze is ervan overtuigd dat ze niet lang meer te leven heeft en ze weet niet wat ze kan verwachten van de behandeling. Ze herinnert zich vaag dat de oncoloog haar van alles heeft verteld over mogelijke bijwerkingen van de chemotherapie en wat ze moet doen als zich bepaalde klachten voordoen, maar ze kan zich de details niet meer herinneren. De oncoloog heeft haar een folder meegegeven zodat ze 'alles nog eens kan nalezen', maar daarin staan zoveel verschillende soorten bijwerkingen en adviezen dat ze er geen wijs uit wordt.

U kent deze oncoloog als een bekwame, rustige man, die door jongere patiënten juist wordt geroemd om zijn duidelijke uitleg en omdat hij de tijd voor hen neemt. Hoe heeft het dan

kunnen gebeuren dat mevrouw Van der Ven nu zo onzeker en vertwijfeld voor u zit?

Mevrouw Van der Ven is niet de enige patiënt die weinig onthoudt van wat de arts haar heeft verteld. Recent onderzoek laat zien dat ouderen minder dan een kwart onthouden van de adviezen over ingrijpende behandelingen zoals chemotherapie.¹ In dit artikel gaan we in op de belangrijkste redenen en oplossingen.

KIJK OP ZIEK ZIJN

Mensen worden tot op steeds hogere leeftijd behandeld voor chronische en complexe aandoeningen zoals kanker, en hebben daardoor ook meer informatie nodig over die ziekten. De huisarts krijgt steeds vaker te maken met deze chronische patiënten,² en zeker de ouderen onder hen blijven voor hun informatie op hem aangewezen omdat zij minder vertrouwd zijn met andere informatiebronnen.³ Het geven van voorlichting aan oudere patiënten stelt wel specifieke eisen. Ouderen stellen zich in het algemeen minder proactief op in een consult, kunnen vaak niet op de juiste woorden komen, plannen minder goed wat ze willen gaan zeggen en onthouden allerlei feiten minder goed.³ Artsen, op hun beurt, stimuleren oudere patiënten minder dan jongere om actief aan het gesprek deel te nemen.^{4,5} Ook de attitude, zowel die van de patiënt als die van de arts, ten aanzien van ziekte en veroudering is van belang. De ouderen van nu zijn opgegroeid in een tijd waarin men over ziekten als kanker niet sprak, of slechts in bedekte termen. Nu er nieuwe behandelingen zijn, daalt de sterfte en wordt kanker steeds meer een chronische ziekte.⁶ Toch hebben veel ouderen nog steeds een pessimistischer beeld van de behandeling dan veel artsen. Dit kan het contact nadelig beïnvloeden en de voorlichting minder effectief maken. Daar staat tegenover dat ouderen soms juist beter met de emoties rondom een ernstige ziekte kunnen omgaan dan jongeren omdat zij in een andere levensfase verkeren en een ander toekomstperspectief hebben.⁷ Dit wil overigens niet zeggen dat

Samenvatting

Van Weert J, Jansen J, Van Dulmen S. In gesprek met ouderen. *Huisarts Wet* 2012;55(4):174-7.

De omgang met ouderen vergt speciale vaardigheden van de huisarts, al was het maar omdat zij vaker een chronische aandoening hebben of een complexe en emotioneel beladen ziekte zoals kanker. Met name oudere patiënten hebben vaak moeite om alle informatie en adviezen te bevatten die tijdens de vaak ingewikkelde en langdurige diagnose- en behandelingstrajecten over hen worden uitgestort. Dit artikel belicht een aantal leeftijdsgebonden factoren die een rol spelen en geeft praktische adviezen om een gesprek met oudere patiënten patiëntgericht en efficiënter te laten verlopen.

Ouderen hebben soms een verkeerd beeld van hun ziekte en door sensorische, functionele of cognitieve beperkingen kunnen ze de gegeven informatie ook vaak niet goed onthouden of begrijpen. Het is goed daar in het contact rekening mee te houden door informatie helder te structureren en 'bruggetjes' te maken tussen verschillende onderwerpen. Ook kan men de patiënt ter afronding van het gesprek de belangrijkste informatie laten herhalen. Zeker in het contact met ouderen is het van belang alert te zijn op specifieke zorgen, vragen en andere signalen van de patiënt en daarop door te vragen.

De kern

- Oudere patiënten hebben vaak moeite om bij chronische ziekten of bij een ernstige diagnose als kanker alle informatie die hun wordt verteld te verwerken.
- Houd in het gesprek rekening met sensorische of cognitieve problemen die het onthouden en verwerken van de gegeven informatie kunnen bemoeilijken.
- Geef helder gestructureerde informatie en laat de patiënt die aan het eind van het gesprek herhalen.
- Wees alert op signalen van de patiënt en vraag dóór op diens zorgen en vragen.
- Stimuleer dat de patiënt iemand meeneemt naar het gesprek, maar dring niet aan als de patiënt dat niet wil.

UvA, Amsterdam School of Communication Research, afdeling Communicatiewetenschap, Kloveniersburgwal 48, 1012 CX Amsterdam: dr. J.C.M. van Weert, universitair hoofddocent, University of Sydney, Sydney School of Public Health, Centre for Medical Psychology and Evidence Based Decision Making: dr. J. Jansen, post doctoral research fellow, NIVEL Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg/Radboud Universiteit Nijmegen, afdeling Eerstelijns geneeskunde: prof.dr. A.M. van Dulmen, psycholoog/onderzoeker • Correspondentie: s.vandulmen@nivel.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is gedeeltelijk gebaseerd op Van Weert JCM, Jansen J. Effectieve communicatie. In: ANM Wymenga, JWW Coebergh, HAAM Maas, HC Schouten, redactie. Handboek kanker bij ouderen. Utrecht: De Tijdstroom, 2011. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

ouderen minder behoefte zouden hebben aan steun en begeleiding bij het omgaan met die emoties.⁸ Empathie en emotionele steun zijn voor veel ouderen zelfs belangrijker dan voor jongeren.⁹ Emotionele activiteiten, zoals tijd doorbrengen met naasten, zijn voor ouderen in het algemeen belangrijker dan cognitieve doelen zoals het vergaren van kennis.¹⁰ Het is daarom in het contact met oudere patiënten extra belangrijk om hun begrip van, verwachtingen over en gevoelens met betrekking tot de ziekte te evalueren en te achterhalen wat vanuit hun perspectief het doel van de behandeling moet zijn, bijvoorbeeld kwaliteit van leven of levensverlenging.

INFORMATIEVERWERKING

Ieder ziekteproces confronteert de patiënt met veeleisende cognitieve taken, zoals het nemen van medische beslissingen en het onthouden van adviezen voor een juist gebruik van medicijnen en hulpmiddelen. Bij het ouder worden treden veranderingen op in het vermogen om (medische) informatie te verwerken die de therapietrouw en uiteindelijk de gezondheidsuitkomsten nadelig beïnvloeden.^{11,12} Vooral de zogeheten *effortful processes*, informatieverwerkingsprocessen die cognitieve inspanning kosten, verlopen minder soepel omdat daarbij mentale hulpmiddelen nodig zijn waarover de meeste ouderen steeds minder beschikken. Ten eerste verwerken ouderen informatie over het algemeen langzamer dan jongeren.¹³ Ten tweede neemt ook het werkgeheugen – de hoeveelheid informatie die een persoon tegelijkertijd bewust kan verwerken en opslaan – met de leeftijd af.¹⁴ Ten derde vermindert de inhibitie, de vaardigheid om irrelevante informatie te negeren.¹⁵ Dit alles maakt dat ouderen veelal minder goed in staat zijn om met ongestructureerde informatie om te gaan. Bij veel ouderen schiet het geheugen tekort voor het terughalen (*recall*) van medische informatie en adviezen – voor veel patiënten geldt: hoe ouder ze zijn, des te minder ze onthouden van de gegeven informatie.¹⁶ Daarbij moet overigens worden aangetekend dat niet alleen leeftijd maar ook andere factoren, zoals opleidingsniveau en intelligentie, een rol spelen bij het behoud van de geheugenfunctie en de snelheid van informatieverwerking.¹⁷

SENSORISCHE FUNCTIES

Naast de informatieverwerking zijn bij ouderen vaak ook de sensorische functies, zoals zien en horen, minder goed.^{18,19} De meeste 70-plussers hebben geen normale visus meer⁴ en van de 65-plussers heeft ongeveer eenderde hoorproblemen.²⁰ De verminderde sensorische functies bemoeilijken de communicatie niet alleen rechtstreeks, maar ook indirect omdat ze bijdragen aan de achteruitgang van de geheugenfunctie.^{17,21}

Houdt men als arts geen rekening met deze cognitieve en sensorische problemen, dan kunnen er gemakkelijk misverstanden ontstaan, verwarring bij de patiënt en verminderde therapietrouw.^{6,22} Dergelijke problemen kunnen ook een aanwijzing zijn voor functionele problemen of problemen met algemene dagelijkse levensverrichtingen, en bieden dus een



Foto: Joost van den Broek/Hollandse Hoogte

aanknopingspunt om deze bespreekbaar te maken en extra hulp en/of begeleiding aan te bieden aan de patiënt en diens omgeving.

AANWEZIGHEID VAN EEN NAASTE

Naarmate patiënten ouder worden, nemen ze vaker iemand mee naar een consult.²³ De aanwezigheid van een derde of zelfs vierde persoon verandert de dynamiek van het consult, ook wanneer de extra aanwezigen nauwelijks inbreng hebben. Niet alleen de patiënt zelf heeft immers bepaalde verwachtingen van het gesprek, maar ook diegenen die de patiënt vergezellen. Daarom is het van belang dat de arts in zo'n situatie niet alleen aandacht besteedt aan de gezichtspunten van de patiënt maar ook aan die van de andere aanwezigen.

De aanwezigheid van partner en/of kind(eren) kan de communicatie zowel negatief als positief beïnvloeden.⁶ Het is daarom van belang een goed beeld te krijgen van hun

Abstract

Van Weert J, Jansen J, Van Dulmen S. Talking to elderly patients. *Huisarts Wet* 2012;55(4):174-7. Consultations with elderly patients require special skills, if only because they more often have chronic illnesses and complex and emotionally charged diseases such as cancer. It is perhaps not surprising that particularly elderly patients have difficulty taking in all the information and advice they receive about the diagnosis and treatment. This article highlights a number of age-related factors that can have a role in this, and provides practical advice on how to make a consultation with an elderly patient more patient-oriented and more efficient. Elderly patients often have the wrong idea about their disease and frequently do not understand or remember the information they receive because of sensory, functional, or cognitive limitations. It is important to bear this in mind during the consultation, to provide information in a clear, structured manner, and to ensure that different topics are linked to each other. At the end of the consultation, it might be an idea to ask patients to repeat the most important information. When seeing elderly patients, it is particularly important to be alert to specific worries, questions, and other signals, and to raise these with the patient.

relatie met de patiënt: is hun aanwezigheid ondersteunend of staan zij de communicatie met de patiënt in de weg? Naasten kunnen behulpzaam zijn bij het verwerken van informatie, aangezien zij voor een deel andere dingen onthouden dan de patiënt. Onderzoek met audio- en video-opnames van medische consulten laat zien dat degene die het gesprek bijwoont informatie die is gegeven door de patiënt of de arts soms verheldert of aanvult, bijvoorbeeld door zelf vragen te stellen en de patiënt te stimuleren actief deel te nemen aan het gesprek.^{24,25} Wel blijken consulten langer te duren als er een derde bij aanwezig is,²³ en patiënten die alleen komen onthouden niet noodzakelijk minder dan patiënten die onder begeleiding komen.²⁶ Al met al moet men patiënten die graag iemand meenemen naar een consult zeker stimuleren om dit te doen, maar patiënten die liever alleen komen hoeven niet overgehaald te worden toch iemand mee te nemen.

PRAKTISCHE ADVIEZEN

Samenvattend vraagt communicatie met ouderen om specifieke vaardigheden, onder andere omdat veel ouderen minder informatie tegelijk kunnen bevatten, een trager tempo

van informatieverwerking hebben, meer moeite hebben met medisch taalgebruik, vaak sensorische en functionele problemen hebben en extra emotionele steun behoeven. Daarnaast moet men bij oudere patiënten altijd bedacht zijn op comorbiditeit en op polyfarmacie.⁵ Dit vergt veel van de arts, die niet alleen moet inschatten hoe de verschillende behandelingen en adviezen met elkaar interacteren, maar dat ook helder aan de patiënt moet overbrengen. Gezondheidsproblemen zoals chronische pijn, hart- en vaatziekten en diabetes kunnen bovendien gerelateerd zijn aan cognitieve problemen.^{27,28} Dit, en het feit dat voor kwetsbare patiënten het consult op zich al een enorme belasting kan zijn, kunnen de concentratie en het vermogen informatie op te nemen verder bemoeilijken. De tien tips [kader] dragen er hopelijk toe bij dat ook de communicatie met ouderen desondanks patiëntgericht en efficiënt verloopt.²⁹ Veel van deze handreikingen zijn ook toepasbaar op andere (kwetsbare) groepen, zoals verstandelijk gehandicapten of psychiatrische patiënten, die soms met vergelijkbare problematiek kampen. En nogmaals moet worden opgemerkt dat er een enorme variatie is binnen de groep ouderen,⁶ waardoor de chronologische leeftijd lang niet alles zegt over de biologische leeftijd.³⁰ ■

Tien tips voor de communicatie met ouderen

1. Elke patiënt is anders, en dat geldt ook voor oudere patiënten. Ga dus nergens van uit maar pas de communicatie aan aan de vaardigheden en beperkingen van de patiënt die voor u zit. Geef oudere patiënten extra tijd om hun zorgen te ventileren en te reageren op de informatie. Wees daarnaast voortdurend alert op signalen die duiden op zorgen of vragen, reageer hierop en vraag door.
2. Stimuleer patiënten om familie of vrienden bij wie zij zich prettig voelen mee te nemen naar het gesprek, maar respecteer het als de patiënt hier geen behoefte aan heeft.
3. Maak keuzes in wat u vertelt, geef duidelijk aan welke informatie voor deze specifieke patiënt het belangrijkste is, geef prioriteit aan praktische adviezen en vat de informatie samen. Check vooraf de informatiebehoefte van de patiënt, vraag bijvoorbeeld: 'Sommige mensen willen alles weten, anderen willen alleen de hoofdpunten weten. Wat voor iemand bent u?'
4. Structureer informatie, groepeer onderwerpen en maak 'bruggetjes' tussen verschillende onderwerpen. Introduceer bijvoorbeeld eerst een onderwerp als 'het hart', daarna 'bloeddruk' en ten slotte 'behandeling van hoge bloeddruk'.
5. Wees alert op sensorische problemen. Let goed op of de patiënt u verstaat en begrijpt, en probeer zoveel mogelijk te voorkomen dat patiënten worden afgeleid door de omgeving.
6. Praat langzaam en duidelijk, en vermijd medisch taalgebruik (vakjargon). Kijk de patiënt recht aan. Maak gevoelige onderwerpen iets algemener, bijvoorbeeld door te zeggen: 'Bij het ouder worden hebben veel mensen last van ...' of: 'Sommige mensen die deze medicijnen slikken, hebben last van ...'.
7. Stimuleer de patiënt en diens naaste(n) om vragen te stellen.
8. Stimuleer de patiënt en diens naaste(n) om aantekeningen te maken.
9. Combineer verschillende manieren van informatie geven (bijvoorbeeld mondelinge voorlichting en een folder) en verspreid de informatie over verschillende momenten.
10. Ga na of de patiënt heeft begrepen wat u hebt verteld en vraag voor de belangrijkste informatie of de patiënt deze in eigen woorden wil herhalen. Zeg bijvoorbeeld: 'Ik heb u veel informatie gegeven, voor mijzelf zou ik willen nagaan of ik dat goed gedaan heb. U gaat straks naar huis, wat vertelt u aan uw partner (kinderen)?'³¹

LITERATUUR

1. Jansen J, Van Weert J, Van der Meulen N, Van Dulmen S, Heeren Th, Bensing J. Recall in older cancer patients: Measuring memory for medical information. *Gerontologist* 2008;48:149-57.
2. Jabaaij L, Schellevis FG. Eerstelijnszorg voor patiënten met kanker. Zorg en verrichtingen bij patiënten met kanker in de eerste lijn: het Landelijke Informatie Netwerk Huisartsen. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding, 2010.
3. Sparks L, Turner MM. The impact of cognitive and emotive communication barriers on older adult message processing of cancer-related health information: New directions for research. In: L Sparks, HD O'Hair, GL Kreps, editors. *Cancer, communication and aging*. New York: Hampton Press, 2008.
4. Siminoff LA, Graham GC, Gordon NH. Cancer communication patterns and the influence of older adult message processing: disparities in information-giving and affective behaviors. *Patient Educ Couns* 2006;62:355-60.
5. De Vries M, Van Weert JCM, Jansen J, Lemmens VEP, Maas HAAM. Step by step: The need to develop a clinical pathway for older cancer patients. *Eur J Cancer* 2007;43:2170-8.
6. Greene MG, Adelman RD. Physician-older patient communication about cancer. *Patient Educ Couns* 2003;50:55-60.
7. Tallarico M, Figueiredo M, Goodman M, Kreling B, Mandelblatt J. Psychosocial determinants and outcomes of chemotherapy in older women with breast cancer: What do we know? What do we need to know? *Cancer J* 2005;11:518-28.
8. Sparks L, O'Hair HD, Kreps GL, editors. *Cancer, communication and aging*. New York: Hampton Press, 2008.
9. Posma E, Van Weert JCM, Jansen J, Bensing JM. Educating older cancer patients: An evaluation through the eyes of patients and professionals. *BMC Nurs* 2009;8:1.
10. Carstensen LL, Isaacowitz DM, Charles ST. Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *Am Psychol* 1999;54:165-81.
11. Brown SC, Park DC. Theoretical models of cognitive aging and implications for translational research in medicine. *Gerontologist* 2003;43:57-67.
12. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* 2003;96:219-22.
13. Salthouse TA. The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychol Rev* 1996;103:403-28.
14. Park DC, Mayhorn CB. Remembering to take medications: The importance

- of non-memory variables. In: D Hermann, M Johnson, C McEcoy, C Hertzog, P Hertel, editors. Research on practical aspects of memory. Mahwah, NJ: Erlbaum, 1996.
- 15 Zacks R, Hasher L. Cognitive gerontology and attentional inhibition: A reply to Burke and McDowd. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997;52:274-83.
 - 16 Ley P. Memory for medical information. *Br J Soc Clin Psychol* 1979;18:245-56.
 - 17 Van Boxtel MPJ, Van Beijsterveldt CEM, Houx PJ, Anteunis LJC, Metsemakers JFM, Jolles J. Mild hearing impairment can reduce verbal memory performance in a healthy adult population. *J Clin Exp Neuropsychol* 2000;22:147-54.
 - 18 Baltes PB, Lindenberger U. Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: A new window to the study of cognitive aging? *Psychol Aging* 1997;12:12-20.
 - 19 Fozard JL. Vision and hearing in aging. In: JE Birren, WK Schaie, editors. Handbook of the psychology of aging. San Diego: Academic press, 1990.
 - 20 Keller BK, Morton JL, Thomas VS, Potter JE. The effect of visual and hearing impairments on functional status. *J Am Geriatr Soc* 1990;47:1319-25.
 - 21 Valentijn SA, Van Boxtel MP, Van Hooren SA, Bosman H, Beckers HJ, Ponds RW, et al. Change in sensory functioning predicts change in cognitive functioning: Results from a 6-year follow-up in the Maastricht aging study. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:374-80.
 - 22 Halter JB. The challenge of communicating health information to elderly patients: A view from geriatric medicine. In: DC Park, RW Morrel, K Shifren, editors. Processing of medical information in aging patients: Cognitive and human factors perspectives. Mahwah, NJ: Erlbaum, 1999.
 - 23 Wolff JL, Roter DL. Family presence in routine medical visits: a meta-analytical review. *Soc Sci Med* 2011;72:823-31.
 - 24 Clayman ML, Roter D, Wissow LS, Bandeen-Roche K. Autonomy-related behaviors of patient companions and their effect on decision-making activity in geriatric primary care visits. *Soc Sci Med* 2005;60:1583-91.
 - 25 Ishikawa H, Roter DL, Yamazaki Y, Hashimoto H, Yano E. Patients' perceptions of visit companions' helpfulness during Japanese geriatric medical visits. *Patient Educ Couns* 2006;61:80-6.
 - 26 Jansen J, Van Weert J, Wijngaards-de Meij L, Van Dulmen S, Heeren T, Bensing J. The role of companions in aiding older cancer patients to recall medical information. *Psychooncology* 2010;19:170-9.
 - 27 Brown SC, Glass JM, Park DC. The relationship of pain and depression to cognitive function in rheumatoid arthritis patients. *Pain* 2002;96:279-84.
 - 28 Verhaeghen P, Borchelt M, Smith J. Relation between cardiovascular and metabolic disease and cognition in very old age: Cross-sectional and longitudinal findings from the Berlin Aging Study. *Health Psychol* 2003;22:559-69.
 - 29 National Institute on Aging. Talking with your older patient: A clinician's handbook. Bethesda: US Department of Health and Human Services, National Institute on Aging, 2008.
 - 30 Balducci L. Aging, frailty, and chemotherapy. *Cancer Control* 2007;14:7-12.
 - 31 Vessies TFM, Wiering J, Elsinga C, Van de Wiel H. Goed begrepen? Laat patiënt vertellen wat hij net te horen heeft gekregen. *Med Contact* 2008;63:1183-5.

Deze nascholing is een aflevering in de serie Communicatie.

Wegsnijden en altijd opsturen?

Buis PAJ. The cutting edge of skin lesions in general practice and pathology [Proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2011. 176 pagina's. ISBN 978-90-393-2152-2.

'Alles wat het waard is om weg te snijden, is de moeite waard om op te sturen'. Met dit adagium zijn veel artsen opgeleid. Er is echter discussie of dit altijd noodzakelijk is en de praktijk loopt soms anders. Buis heeft deze stelling in zijn promotieonderzoek nader onderzocht aan de hand van enquêtes en uitkomsten van pathologieonderzoek dat door de huisarts was aangevraagd.

PLUIS-NIET-PLUISGEVOEL

Huisartsen gaven aan ongeveer 60% van alles wat zij excideren op te sturen voor pathologieonderzoek, waarbij zij aankruisten naevi vaker in te sturen (80-100%). Zij laten zich hierbij vooral leiden door een 'pluis-niet-pluisgevoel'. Het aantal malen dat huisartsen verrast waren door een PA-uitslag had geen wezenlijke invloed op hun inzendinggedrag. Buis onderzocht vervolgens retrospectief de uitkomsten van 5105 pathologieonderzoeken die door de huisarts waren aangevraagd. Bij 1% van de laesies die klinisch als benigne waren ingeschat, werd een kwaadaardigheid gevonden. Hij bekeek dit nader

in een prospectief onderzoek, waarbij huisartsen op het aanvraagformulier moesten aangeven hoe zeker zij waren van de goed- of kwaadaardigheid van de laesie. Ook hier werden onverwachte maligniteiten gevonden: 1,5% van de klinisch 'zeker' benigne huidafwijkingen was toch kwaadaardig. Zoals te verwachten nam het percentage maligniteiten toe naarmate de klinische diagnose minder zeker was. Buis heeft niet in de huisartsenpraktijk zelf gekeken hoeveel excisies daadwerkelijk opgestuurd werden. Melanomen die door de huisarts waren weggehaald, waren minder vaak radicaal geëxideerd dan melanomen die door de tweede lijn waren ingestuurd. Dit is overigens weinig verrassend aangezien de klinische verdenking in de tweede lijn hoger is dan in de eerste lijn.

DERMATOSCOPIE

Verreweg de meeste laesies in de huisartsenpraktijk waren goedaardig. Niet alle huidafwijkingen hoeven dan ook weggehaald te worden. Buis denkt dat dermatoscopie ook in de huisartsenpraktijk een waardevolle aanvulling zou kunnen zijn om een meer accurate klinische diagnose te stellen en zo minder benigne vlekjes te excideren. Meer onderzoek is echter nodig om dermatoscopie in de eerste lijn te valideren. Buis adviseert in ieder geval om alle huidexcisies op te (blijven) sturen voor PA-onderzoek. ■

Linda Bröker



'Minder wegsnijden, maar wel alles insturen'

Op 1 december promoveerde Pieter Buis op zijn proefschrift *The cutting edge of skin lesions in general practice and pathology*. In een interview vertelt hij over de bevindingen uit zijn onderzoek die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Groeiend onderzoek

Buis heeft een solopraktijk in Harderwijk en deed zijn promotieonderzoek 'ernaast'. Hoe is dat zo gelopen? 'Met Paul van Diest, mijn promotor, ben ik al vanaf de middelbare school en onze latere studie geneeskunde bevriend. Hij was destijds verbonden aan Salto en ontving in die hoedanigheid materiaal dat huisartsen instuurden voor onderzoek. Hij belde mij of ik het leuk zou vinden daar met hem nader onderzoek naar te doen. Zo ging dat aan het rollen, eerst met uitstrijkjes en later met huidafwijkingen. Aanvankelijk was het helemaal niet mijn bedoeling te promoveren; ik wilde alleen wat verdieping in mijn werk brengen. Maar het onder-

zoek groeide gestaag steeds meer in de richting van een promotie. Ik deed de NHG-opleiding tot huisarts-onderzoeker in Antwerpen, alleen maar om te ondervinden dat hoe meer je leert, hoe meer je je realiseert dat je nog niet veel weet. Vervolgens heb ik de mastersopleiding Epidemiologie gedaan en dat vond ik heel nuttig. Zo kom je geleidelijk in een wereld terecht waarin iedereen om je heen bezig is met onderzoek en dat werkt aanstekelijk.'

Liefde voor ingrepen

Buis zette de vaardigheidsstations op poten voor het NHG-Congres 1996, dat kleine ingrepen als thema had. Die voorliefde voor het praktische deel van het vak is hij kennelijk niet kwijtgeraakt! 'Dat klopt. Ik heb destijds met veel plezier het assistentschap chirurgie gedaan, met veel kleine ingrepen aan de huid. Ik vind de huid een leuk orgaan en voor huisartsen is het ook goed toegankelijk. Maar in principe heb je niet veel meer in je diagnostisch arsenaal dan "stoer kijken", dus wilde ik graag mogelijkheden zoeken om die diagnostiek te kunnen verbeteren. Je belandt dan van het een in het ander, omdat het ene onderzoek vragen oproept die weer leiden tot het volgende.'

Geen onschuldig wratje

'Je weet op voorhand dat huisartsen niet alles wat ze weghalen laten onderzoeken', vertelt Buis, 'maar we zagen grote verschillen tussen huisartsen onderling. Dat is overigens afhankelijk van wat er wordt weggehaald; moedervlekken sturen huisartsen bijna altijd wel in. Maar bijvoorbeeld cystes of wratten laten ze lang niet altijd onderzoeken. Dat zou geen probleem zijn als er "groepen" zouden zijn waarmee nooit iets aan de hand is, maar dat hebben we niet gevonden. Integendeel, zoiets triviaals als wratten leverde de meeste maligniteiten op. Iets wat als wrat wordt ingestuurd, blijkt namelijk vaak helemaal geen wrat te zijn. Natuurlijk is er wel sprake van een geselecteerde groep, omdat ik alleen heb onderzocht wat huisartsen voor onderzoek hadden

ingestuurd en bijvoorbeeld niet wat ze hadden verwezen, maar ik vond dit wel opmerkelijk.'

Inschatting van de huisarts

Buis bekeek hoe vaak de klinische diagnose van de huisarts overeenkwam met de PA-diagnose. 'Dat was heel vaak niet het geval, maar dat is ook niet altijd erg, bijvoorbeeld als iemand een wrat instuurt en het blijkt een dermatofibroos te zijn. Maar zo'n 5% van wat de huisarts als goedaardig had ingeschat, bleek kwaadaardig. Dan kan het dus wél een probleem zijn. Daarom hebben we in een volgend deelonderzoek op het aanvraagformulier een inschatting gevraagd van de huisarts, variërend van "heel zeker goedaardig" tot "heel zeker kwaadaardig". In de daaropvolgende enquête bleek dat het pluis/niet-pluisgevoel van de huisarts de belangrijkste reden was om al dan niet in te sturen. Desgevraagd bleek ook dat heel veel huisartsen wel eens zijn verrast door een uitslag. Dat wordt bevestigd in ons onderzoek: van de huidafwijkingen waarbij huisartsen aangaven er 100% zeker van te zijn dat het goedaardig was, bleek toch 1,5% maligne. We troffen daarbij ook echte melanomen aan. Dat is meer dan het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker oplevert!'

De vraag is natuurlijk hoe ernstig het is als een huisarts een foute inschatting maakt, aangezien zich onder deze maligniteiten bijvoorbeeld ook 'onschuldige' basaalcelcarcinomen bevinden. Buis: 'Ja, wij huisartsen vinden dat niet zo ernstig, maar de tweede lijn doet basaalcelcarcinomen helemaal niet af als trivialiteiten. Hoe dan ook, als je huidafwijkingen wilt behandelen, moet je dat ook goed doen. Ik ga dan niet zeggen: laat dat pathologieonderzoek maar zitten.'

Alles laten onderzoeken

De prevalentie van melanomen neemt razendsnel toe; een verdubbeling in tien jaar. Buis vindt dus dat waakzaamheid op z'n plaats is. 'Van de vierduizend melanomen per jaar zijn er zevenhonderd bij toeval door huisartsen weggehaald. Dat betekent dat huis-



artsen in bijna al die gevallen dachten dat het om goedaardige plekjes ging, want als ze een melanoom vermoeden verwijzen ze in principe door naar een dermatoloog.'

Buis pleit er dan ook voor dat de huisarts alle verwijderde huidafwijkingen instuurt voor nader onderzoek. Maar wordt dat dan niet veel te veel en dus te duur? 'Je zou bijvoorbeeld een uitzondering kunnen maken voor *skin tags* en evidente verruca seborrhoica, hoewel ook daarin maligniteiten worden gevonden. Maar misschien is dat wat vertekend, omdat huisartsen vermoedelijk vooral de "gekke" wratten en fibromen insturen. Hoe dan ook zagen we te veel maligniteiten in het onschuldig ingeschatte materiaal om tot een andere conclusie te kunnen komen. Helaas konden we geen groepen van klinische diagnoses detecteren waarbij geen maligniteiten voorkomen zodat we die van pathologieonderzoek kunnen uitsluiten. Huisartsen zijn heus wel alert op de bekende verdachte plekken. Ze gaan juist de fout in bij de "gekke" melanomen, die er bijvoorbeeld uitzien als gewone, niet-gepigmenteerde bultjes. Die komen weliswaar niet heel vaak voor, maar je kunt er wel erg mee de fout in gaan. Daar komt nog bij dat huisartsen vooral de nodulaire melanomen weghalen, die snel de diepte ingroeien en daardoor een slechtere prognose hebben. De kosten die je dan maakt voor een patiënt zijn heel hoog, daar vallen de kosten van PA-onderzoek bij in het niet. Ik blijf dus van mening dat je in principe alles wat je verwijdert moet insturen.'

Gemiste melanomen

Buis vindt het vooral alarmerend dat huisartsen soms melanomen weghalen waarbij het materiaal niet wordt ingestuurd voor onderzoek. Zijn deze misschien op een bepaalde manier te herkennen? 'Het blijkt relatief vaak te gaan om nodulaire en a-melanotische melanomen. Dat is logisch, ook dermatologen missen die wel eens. Bij moedervlekken zie je vaak wel dat het niet goed gaat, maar soms is er alleen sprake van een plekje of bultje dat ver-

andert of dikker wordt. Het is jammer dat we niet veel kunnen uitsluiten. Het is bijvoorbeeld niet zo dat onder een bepaalde leeftijd melanomen zo goed als nooit voorkomen. Een vijfde deel van de door huisartsen ingestuurde maligniteiten betrof patiënten jonger dan 40 jaar.'

Iedereen een dermatoscoop?

Om 'alles insturen' niet uit de hand te laten lopen is het zaak om de diagnostiek te verbeteren en dan minder huidafwijkingen te verwijderen. Moet elke huisarts dus een dermatoscoop aanschaffen? Buis: 'Momenteel wordt uitgezocht wat de waarde van de dermatoscoop in de huisartsenpraktijk is. Veel huisartsen hebben zo'n ding, maar weten niet goed wat ze ermee moeten. Zeker bij het lastige balanceren tussen goed- en kwaadaardig, de atypische naevi, kan een dermatoscoop de diagnostiek soms zelfs bemoeilijken. Maar wat de dermatoscoop wél goed kan, is het bevestigen van goedaardigheid. Als je dus met "stoer kijken" iets benigne inschat en de dermatoscoop bevestigt dat, dan kun je beter gefundeerd besluiten om iets niet weg te snijden. En omdat je in de eerste lijn meestal benigne afwijkingen ziet, zou dat een zinnige aanvulling op ons diagnostisch arsenaal kunnen zijn. Maar bij atypische afwijkingen is de dermatoscoop niet geschikt. Je zou dus hooguit met behulp van de dermatoscoop wat gericht gaan verwijzen, en dat levert natuurlijk ook al heel veel winst op.'

Stans-, shave- of excisiebiopt

Als de huisarts met de dermatoscoop niet goed de kwaadaardigheid van een verdacht plekje kan aantonen, welke opties staan hem dan nog open? 'Je kunt vaker overwegen een biopt te nemen. Dat zit niet zo in het systeem van de huisarts, maar met de nieuwe technieken van shave- en stansbiopten is dat prima te doen. Zelfs een melanoom kun je zelf aanpakken: met een excisiebiopt is te zien hoe dik het plekje is en zo kun je bepalen hoe ver je moet excideren. Je doet niets verkeerd als je maar pathologieonderzoek laat doen. In de tweede

lijn doen ze precies hetzelfde; ook daar moet worden gere-exideerd als het een melanoom is. Je moet alleen niet met stans of shave gepigmenteerde plekken biopteren; die moet je altijd excideren.'

Na de promotie

Buis heeft nog niet gemerkt dat zijn vrije tijd toenam na zijn promotie. 'Ik had een "geen-stress-afspraken" met mijn promotor, maar het laatste halfjaar lukte dat natuurlijk niet meer. Dan schuif je dus alles door tot "na de promotie" en al die achterstalligheden komen nu op me af.'

Buis is naast zijn praktijk hoe dan ook zeer actief. 'Toen ik 30 was en huisarts werd, dacht ik: als je niet oppast doe je op je 60^{ste} nog precies hetzelfde als nu. Het leukst vind ik het vertalen van wetenschap naar de praktijk. Ik heb dan ook al in diverse standaardenwerkgroepen gezeten. Verder ben ik al jarenlang lid van de NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek. Ik leverde een bijdrage aan het NHG-Handboek *verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. En ik ben bijvoorbeeld betrokken bij de Saltro-cursus *Kijk op de huid* en de Boerhaave-cursus *Dermatoscopie*.'

Er ontbreekt sowieso een drukke tijd aan: Buis gaat halverwege dit jaar over naar een gezondheidscentrum.

Universiteit van Harderwijk

Eén bijzonderheid wil Buis graag nog vertellen, namelijk zijn unieke 'dubbele promotie'. Hoe ging dat in zijn werk? 'Ik ben gepromoveerd aan de Universiteiten van Utrecht én van Harderwijk. Tot Napoleon daaraan een einde maakte, had ook Harderwijk namelijk altijd een universiteit. Ze proberen daar nu, met een knipoog, weer wat nieuw leven in te blazen. Dus is 's avonds nog eens de hele promotieplechtigheid, compleet met verdediging, nagespeeld in de Cathari-nakapel, waarin ook vroeger de promoties werden gehouden. Ik heb zelfs een bul van de Universiteit van Harderwijk ontvangen, en daarmee bevind ik me in een illuster rijtje... Ook Linnaeus en Boerhaave zijn hier gepromoveerd!' ■

Ans Stalenhoef

Tussenpaden...

In mijn geboortedorp was de natuur al een issue een halve eeuw vóór de politiek zich erover ging buigen. Wij, kleine schoolkinderen, hadden daarom allemaal een 'moestuintje', toen eenvoudig 'landje' genoemd. Wij hadden ieder 5 vierkante meters, zodat de afmetingen in de buurt van de 2,22 x 2,22 m lagen. Tussen de tuintjes bevonden zich paadjes voor de verplaatsing van onze productie. De meester had de afmetingen voor ons uitgerekend en een lat gemaakt van precies de juiste lengte. Hij zag streng toe op de aanleg van onze landjes. Het eerste jaar lag het terrein erbij als langs een liniaal getrokken: alles straf in het gelid. Velen hadden een vlaggetje op hun landje gezet om zeker te zijn van blijvend eigendomsrecht in de toekomst.

Het was leuk werken in zo'n tuintje, maar in het najaar werd alles een papperige viezigheid en keerden we de natuur tot het voorjaar de rug toe. Door de sneeuw en de vele regen was toen het onderscheid tussen de paadjes en de bedjes verdwenen, samen met de vlaggetjes. Gewapend met de meetlat gingen dus de eersten weer aan de slag. Zij gaven de meetlat na gedane zaken door aan hun vriendjes, die eveneens hun tuintje uitzetten. Al snel bleken de eersten zo royaal te meten dat er uit hetzelfde lapje grond ineens veel minder tuintjes konden worden gehaald. Dat viel bijzonder slecht bij onze nieuwe onderwijzer, die een groot rechtvaar-

digheidsgevoel bleek te bezitten. Het meten moest opnieuw en o wee als je ook maar een centimetertje bietste. Niemand had het lef om de gramschap van deze meester over zich af te roepen en iedereen bleef daarom veiligheids-halve royaal binnen de grenzen. Daardoor vielen alle landjes kleiner uit en het eindreepje van vorig jaar, dat uit medelijden was gegeven aan 'de Pissert', die lang bedplaste en vaak door ziekte aan huis gebonden was en dus afwezig, werd een onverwacht landgoed waar hij breed grinnikend middenop ging staan.

Het gehannes met de tuintjes dook weer in mijn oude hersenen op tijdens mijn twee laatste logeerpartijen in het ziekenhuis. Veel specialisten (en dus ook verpleegkundigen) blijken uiterst voorzichtig te zijn als het gaat over het betreden van het terrein (ik zou bijna zeggen rayon, want alles is momenteel Elfstedentocht op radio en tv) van een collega van een andere discipline. De specialisten die ik ernaar vroeg, gaven het volmondig toe: 'Ja, dat herken ik wel!'

Als alle specialisten bij de rand van hun terrein vandaan blijven teneinde met niemand problemen te krijgen, dan ontstaan er brede paden waarbinnen een categorie patiënten vogelvrij verklaard lijkt te zijn. Zo heb ik op de afdeling Interne een week met een open plek in mijn lies ter grootte van een biefstuk gelopen. Pogingen de wond te verbinden mislukten, omdat een bovenbeen taps naar beneden afloopt, zodat elk verband na drie stappen rond de knieën is terug te vinden. Noch de (falende) verpleegkundigen, noch de artsen kwamen op het idee hulp te vragen aan Dermatologie, waar ik ook al patiënt was. Pas bij mijn ontslag moest ik langs Dermatologie. 'Wie heeft dat in vredesnaam verbonden? Dat kunnen ze daar helemaal niet...', waarna zij de wond zonder problemen goed en duurzaam inpakten.

In de gesprekken met (groepjes) artsen, al dan niet aan het voeteneind van mijn bed, kreeg ik altijd weifelende of

eromheen draaiende antwoorden als ik iets vroeg wat eigenlijk niet op hun terrein lag. Alsof het verraad is een op zich algemeen medische vraag te beantwoorden wanneer die eigenlijk tot het vakgebied van een collega behoort. Het zijn vaak lastige vragen die ik stel, dus het kan ook een manier zijn om van de verantwoordelijkheid af te zijn.

Het spelletje is tijdens het schrijven van dit stukje weer uiterst actueel: ProRail en de NS denken zich te redden door zich steeds weer achter de ander te verschuilen. Ook zij snappen niet dat mensen in geval van grote openheid heel veel ongemakken (zoals het geen antwoorden geven) kunnen accepteren.

Mijn geopereerde bovenbeen (of mijn non-hodgkin, je weet het nooit met zo'n sluipmoordenaar) veroorzaakt van tijd tot tijd infecties. Welke antibiotica en voor hoe lang is dan natuurlijk de vraag. De mij behandelende specialisten doen hun best om via onderlinge gesprekken en internet tot de juiste beslissing te komen. Maar toen ik op de IC lag, kwam daar een infectuoloog langs die in de tien minuten van zijn bezoek – tot verbazing van vooral mijn vrouw (ik nam maar weinig waar in die dagen) – meer behatenswaardige informatie gaf rond infecties en wat ertegen te doen, dan in de hele tien jaar dat wij het ziekenhuis al frequenteren. Deze ziener hebben wij echter, ondanks verzoeken daartoe, nimmer meer mogen ontmoeten, ook al zeggen de behandelende specialisten dat hun beslissingen boterzacht zijn...

Ieder blijft behoedzaam en royaal binnen zijn eigen rayon. In het rayon ernaast mogen ze door het ijs zakken, want dat is onze verantwoordelijkheid niet! ■

Hans van der Voort
hvdvoort@knmg.nl





KENNISTOETS: VRAGEN

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

VRAGEN

Mevrouw Hader, een Marokkaanse vrouw van 32 jaar, is 14 weken zwanger (G3P2). Zij bezoekt het spreekuur van de huisarts met klachten van malaise en pijn in het hele lichaam. Bij lichamelijk onderzoek vindt de huisarts geen afwijkingen. Hij vraagt een vitamine-D-bepaling aan. De aios vraagt waarom de huisarts deze bepaling heeft aangevraagd. Hij antwoordt dat een vitamine-D-tekort vaak voorkomt bij niet-westerse zwangeren en dat dit kan leiden tot (1) osteomalacie en (2) myopathie bij de moeder maar (3) dat een vitamine-D-tekort bij een zwangere geen nadelige gevolgen heeft voor het kind.

1. De diagnose na 1 past bij vitamine-D-tekort.
2. Het symptoom na 2 past bij vitamine-D-tekort.
3. De bewering van de huisarts na 3 is correct.

De heer Nkuma, 19 jaar, uit Ghana, komt op het spreekuur vanwege zijn acne. Hij heeft gemerkt dat de genezen plekken donkere vlekken in zijn gezicht geven. De huisarts stelt de diagnose postinflammatoire hyperpigmentatie bij acne. Hij legt uit dat de hyperpigmentatie een abnormale reactie van de huid op een ontsteking is en dat (1) mensen met een donkere huidskleur met acne een groter risico lopen op deze verkleuring dan mensen met een lichte huidskleur. De huisarts legt uit dat het gebruik van bepaalde medicatie bij acne de huid kan irriteren waardoor de kans op hyperpigmentatie toeneemt. Ter behandeling van de acne stelt hij voor om te beginnen met tretinoïne, omdat (2) dit middel geen huidirritatie geeft.

4. De bewering van de huisarts na 1 is correct.
5. De bewering na 2 is correct.

Pim, 43 jaar, komt samen met zijn echtgenote Alie op het spreekuur met de klacht dat hun relatie het laatste jaar zo is verslechterd. De oorzaak hiervoor is dat Pim 'niets meer wil'. Samen naar het theater, een dagje winkelen in de stad, uit eten: Pim wil niet meer meegaan. Vroeger ondernamen ze dergelijke activiteiten juist regelmatig. Na een fikse ruzie heeft Pim aan Alie bekend dat hij zich een aantal keren behoorlijk angstig heeft gevoeld. Onlangs in een warenhuis begon hij onverwacht vreselijk te transpireren, kreeg hij hartkloppingen en werd hij misselijk en duizelig; dezelfde klachten heeft hij dit jaar een aantal keren gehad zonder aanleiding. Deze aanvallen duren zeker een uur. Pim vraagt of een kalmerend middel hem zou kunnen helpen. De huisarts denkt bij Pim aan een paniekaanval. Bij de diagnose paniek-aanval passen in dit geval:

6. - het optreden van de aanvallen zonder aanwijsbare reden;
7. - de duur van de aanvallen;
8. - de leeftijd van Pim bij het begin van de klachten.

Op het spreekuur van de huisarts komt mevrouw De Wilt, 37 jaar, met klachten van draaiduizeligheid. Zij vertelt dat haar klachten slechts enkele minuten duren en vooral optreden bij snelle houdingsveranderingen, zoals opstaan uit een stoel of omdraaien in bed. Zij heeft geen begeleidende klachten of symptomen. De huisarts stelt de waarschijnlijkheidsdiagnose benigne paroxismale positieduizeligheid (BPPD). Zij adviseert mevrouw De Wilt om bewegingen die deze klachten provoceren zoveel mogelijk te mijden.

9. De duur van de 'aanvallen' past bij BPPD.
10. Het advies van de huisarts is bij BPPD correct.

De antwoorden staan op pagina 188.

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

Yoga als steuntje in de rug?

INLEIDING

Rugklachten. Veel mensen hebben er last van en gaan ermee naar de huisarts. Vaak wordt de klacht chronisch. In 2005 werd geschat dat er circa 2,4 miljoen volwassen Nederlanders chronische lagerugklachten hebben. Het zijn evenveel mannen als vrouwen. Tweederde daarvan is bekend bij de huisarts (1,6 miljoen), die eigenlijk weinig mogelijkheden heeft om de klacht effectief te behandelen. Tot nu toe was er weinig bewijs voor de effectiviteit van behandelingen. Een groep onderzoekers van het Amerikaanse Health Research Institute in Seattle ging aan de slag met een randomized trial.¹ Ze vergeleken de uitkomsten van drie verschillende behandelingen van chronische lagerugpijn: rekken en strekken onder begeleiding van een fysiotherapeut, yoga, en het lezen van een zelfhulpboek met adviezen voor oefeningen, leefstijl en het managen van pijnscheuten.

ONDERZOEK

Design Een randomized controlled trial waarbij 228 volwassenen met chronische lagerugpijn werden geïncludeerd uit een databank van een Amerikaanse non-profit geïntegreerde gezondheidsorganisatie. De deelnemers werden gerandomiseerd in 3 groepen. Twee groepen kregen 12 weken lang 1 keer per week 75 minuten lang yogasessies, of rek- en strekoefeningen. Aan beide groepen werd ook gevraagd om de oefeningen thuis elke dag minimaal 20 minuten te herhalen. De derde groep patiënten kregen het zelfhulpboek. Of ze nog verdere instructies kregen wordt uit het artikel niet duidelijk.

Opvallend is dat de controlegroep van het zelfhulpboek twee keer zo klein is als de yoga- en fysiogroep (92/91 versus 45). Dat wordt niet nader uitgelegd.

Uitkomstmaten De groepen werden telefonisch geïnterviewd na 6, 12 en 26 weken, zonder dat de interviewers wisten in welke groep de ondervraagde zat. Daarvoor was al verschillende informatie over de rugpijnhistorie verzameld. De primaire uitkomstmaat was de gevalideerde 24-puntsschaal *Roland Morris Disability Questionnaire* (RDQ). Tevens werd de *Bothersomeness of Pain*-schaal afgenomen, waarop de patiënt op een schaal van 0 tot 10 kan aangeven hoeveel last of hinder hij ervaart.

Analyse Een robuust uitgevoerd onderzoek in termen van randomisatie, controle en intention-to-treat-principes.

Resultaat De onderzoekers vonden een statistisch significant verschil tussen de 2 beweegprogramma's in vergelijking met het volgen van instructies uit een zelfhulpboek. Tussen het meedoen aan yoga of fysio bestond nauwelijks verschil. De patiënten die yoga of fysio kregen, zakten ongeveer 4 punten op de 24-punts RDQ-schaal (van 9 naar 4). De onderzochte

patiënten gaven dus aan dat de pijn verminderd was. De patiënten met het zelfhulpboek zakten slechts 2 punten (van 9 naar 7). De *Bothersomeness Scale* geeft dezelfde tendens weer. Op de lange termijn worden de verschillen tussen de groepen minimaal.

Beschouwing Naast dit onderzoek deden de auteurs ook nog een uitgebreid literatuuronderzoek. Met beide onderzoeken komen ze tot dezelfde conclusie. Recente meta-analyses over beweegtherapie bij lagerugpijn geven bescheiden positieve resultaten. De auteurs vinden de kracht van dit onderzoek dat yoga uitgebreider is onderzocht en ook positieve resultaten oplevert.

INTERPRETATIE

Bewegen onder begeleiding is goed voor de rug. Beter dan het lezen van een zelfhulpboek. Het maakt niet zoveel uit naar welke beweeggroep je gestuurd wordt. Als je maar regelmatig (onder begeleiding) beweegt. Dat is geen spectaculair nieuws. Toch is het wel opvallend dat 'zelfhulp' minder goed werkt. Interessant omdat je nu allerlei ontwikkelingen ziet op het gebied van zelfstandige internetinstructies. De websiteprogramma's van coaching via internet schieten als paddenstoelen uit de lucht. Waar zou het aan liggen dat mensen hun oefeningen thuis niet netjes trouw uitvoeren?

In dit onderzoek is er eigenlijk maar weinig bekend over de groep geïncludeerde mensen. Wie zijn deze mensen? Ze scoren een gemiddelde als 'baseline' tussen de 9 en 10 op de Roland-schaal (maximaal 24). De klinische relevantie hiervan is onduidelijk. Het lijkt op een groep patiënten die slechts matig beperkt is in hun functioneren door de rugpijn. Onduidelijk is waar de beperkingen precies uit bestaan en wat er verbeterd is na het volgen van de verschillende beweegoefeningen. Ook is de vraag in hoeverre er sprake is van subjectieve bias. Het effect van de rol van een aardige instructrice in vergelijking met een 'bitch' is bijvoorbeeld niet onderzocht.

In je eentje oefeningen doen, daar moet je wel gedisciplineerd voor zijn. Mensen met lagerugpijn kunnen juist op dat gebied wel een steuntje in de rug gebruiken. Dit onderzoek lijkt dit te bevestigen. In de zelfhulpgroep geeft 86% aan het boek slechts voor een deel te hebben gelezen. Maar veel harde bewijzen zijn er niet wat betreft de effecten van al dan niet trouw je oefeningen thuis doen. Dat blijkt ook uit andere onderzoeken.

Al met al is het een degelijk onderzoek, dat interessanter is voor een statisticus dan voor een pragmatische huisarts. ■

LITERATUUR

- 1 Sherman KJ, Cherkin DC, Wellman RD, Cook AJ, Hawkes RJ, Delaney K, et al. A randomized trial comparing yoga, stretching and a self-care book for chronic low back pain. *Arch Intern Med* 2011;171:2019-26.

Geslaagd consult dankzij patiënt

INLEIDING

De rol van patiënten in de organisatie van de gezondheidszorg is nog beperkt. In diverse landen zijn echter de betrokkenheid en feedback van patiënten obligate onderdelen van praktijkcertificering geworden, ondanks de inherente beperkingen in validiteit en betrouwbaarheid van meetinstrumenten en peilingen van patiëntenoordelen. Dit onderzoek van Bensing et al. richt zich voornamelijk op de communicatieve aspecten van een medisch consult, en zijdelings op de praktijkvoering in bredere zin.¹ De auteurs willen tips voor zowel dokter als patiënt genereren over hoe medische consulten succesvoller ('geslaagd') kunnen worden. De onderzoeksvragen richten zich op de bekwaamheid van patiënten om aanbevelingen voor arts en patiënt te genereren, en op eventuele verschillen tussen participerende Europese landen.

ONDERZOEK

Design Een kwalitatief onderzoek met gebruik van focusgroepen in 4 landen: België, Italië, Nederland en het Verenigd Koninkrijk. In totaal namen 258 betaalde vrijwilligers deel, verdeeld over 33 focusgroepen (circa 8 per land). In alle focusgroepen toonden de onderzoekers een set van 4 geselecteerde video's van consulten, afkomstig uit een grotere verzameling OSCE-examens van vierdejaars studenten geneeskunde in Liverpool (hetzij vertaald dan wel ondertiteld). De beoordeling van deze consulten gaf de aanzet voor discussie over hoe consulten vanuit patiëntenperspectief succesvoller zijn te maken. De auteurs maakten opnames van alle discussies en werkten deze uit in verslagen. Verschillende beoordelaars codeerden de bevindingen en destilleerden hieruit een lijst met tips voor arts en patiënt.

Uitkomsten De aanbevelingen voor dokters en patiënten tonen veel overeenkomsten. Voor beiden is een goede voorbereiding op het consult belangrijk. Dit komt ook tot uiting in het belang dat patiënten toekennen aan de continuïteit van zorg, waarbij arts en patiënt elkaar kennen. Verdere aanbevelingen in het bijzonder voor de arts waren: gelegenheid geven tot vragen stellen (voor de patiënt: vragen durven stellen), goed luisteren, de patiënt serieus nemen, empathie tonen, alert zijn op non-verbale signalen, en openheid betrachten. De patiëntenoordelen in de vier betrokken landen tonen veel overeenkomsten, maar er zijn ook verschillen. In Engeland en Nederland kennen veel praktijken telefonische triage door de doktersassistente. Hier zijn patiënten opvallend vaak negatief in hun waardering over deze vorm van praktijkvoering. In Italië doen patiënten de aanbeveling dat de houding van dokters zou moeten veranderen: in plaats van de patiënt het gevoel geven dat zij een gunst verlenen, zouden zij beter kunnen uitstralen gewoon hun werk te doen.

Beschouwing De in het onderzoek gevonden aanbevelingen door patiënten zijn in veel gevallen herkenbare, vanzelfsprekende en universele waarden. Ook in dit onderzoek zijn patiënten (uiteraard) competent om te participeren in discussies over de kwalite

it van het medisch consult. De meerwaarde van dit onderzoek is dat patiënten zowel de consultvoering van de arts beoordelen, als tegelijk kritisch naar de rol van patiënten zelf keken. De focusgroepen deden duidelijke uitspraken over de rechten en plichten van beide partijen. Hiermee ontstaat een gebalanceerd beeld van het consult, waarin zowel de dokter als de patiënt een verantwoordelijkheid heeft.

INTERPRETATIE

De beoordeling van de kwaliteit van de vier consulten door Engelse studenten geeft weinig aanleiding tot verschillen in aanbevelingen tussen de vier landen. De auteurs geven zelf ook aan dat er nogal een verschil is tussen wat een student laat zien ('shows') en wat de lokale dokter in werkelijkheid doet ('does'). We mogen aannemen dat in de focusgroepen hiervoor voldoende ruimte voor discussie is gegeven.

Het begrip 'een succesvol (geslaagd) consult' is in dit onderzoek niet gedefinieerd. Dat kan leiden tot onduidelijkheid: betreft het uitkomsten in het communicatieve vlak, de medische consultvoering of andere aspecten van de gezondheidszorg? Onderzoek naar patiëntgerichtheid kent meer gangbare uitkomstmaten, zoals patiënttevredenheid, therapietrouw, en vermindering van klachten.

Uit het brede perspectief van mogelijkheden om de patiënt een grotere rol toe te kennen in de gezondheidszorg, hebben de onderzoekers zich voornamelijk gericht op de communicatieve inhoud van het consult van de huisarts. Dat is nou net het terrein waar de afgelopen decennia al zo hard is gewerkt om patiëntgericht te werken: goed oog hebben voor de klacht en de klachtbeleving, rekening houden met de individuele omgevingsfactoren, en het gezamenlijk opstellen van een behandelingsplan. De verbrede aandachtsgebieden in dit onderzoek zijn interessant, zoals de met regelmaat genoemde negatieve waardering van het triagesysteem. Hieruit blijkt dat patiëntenbevangen en effectieve praktijkvoering van de eerste lijn lang niet altijd in elkaars verlengde liggen.

De mening van patiënten kan een waardevolle bijdrage leveren aan de professionaliteit van de dokter, net als feedback van collega's. Dit dient wel met de nodige omzichtigheid gehanteerd te worden.² ■

LITERATUUR

- 1 Bensing JM, Deveugele M, Moretti F, Fletcher I, Van Vliet L, Van Bogaert M, et al. How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients from lay people in the United Kingdom, Italy, Belgium and the Netherlands. *Patient Educ Couns* 2011;84:287-93.
- 2 Campbell JL, Roberts M, Wright C, Hill J, Greco M, Taylor M, et al. Factors associated with variability in the assessment of UK doctors' professionalism: analysis of survey. *BMJ* 2011;343:d6212.

Wijkgezondheidscentrum Velsersbroek, Aletta Jacobsstraat 200-220, 1991 PW Velsersbroek; dr. M.E. Reinders, huisarts, tevens beleidsmedewerker bij Huisartsopleiding Nederland • Correspondentie: m.reinders@huisartsopleiding.nl



Herkenning bewijs voor urineweginfectie?

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 Volgens de NHG-Standaard Urineweginfecties is urineonderzoek niet nodig bij gezonde, niet-zwangere, volwassen vrouwen die klachten van een eerdere, aangetoonde, ongecompliceerde urineweginfectie (UWI) herkennen, mits de anamnese typisch is voor cystitis en het risico op een seksueel overdraagbare aandoening niet is verhoogd. In een dergelijk geval kan de huisarts de patiënt meteen behandelen met antibiotica.¹ Wij vroegen ons af of er wetenschappelijke onderbouwing is voor deze handelwijze en wat de diagnostische waarde is van klachtenherkenning bij een ongecompliceerde urineweginfectie.

Zoekstructuur We zochten in PubMed met ('sensitivity and specificity'[MeSH] OR predict*[tw] OR diagnos*[tw] OR accura*[tw]) AND ('urinary tract infections'[MeSH] OR 'cystitis'[MeSH]).² Limits: Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, English, All Adult: 19+ years, Publication Date from 2000/01/01 to 2011/07/01.

Resultaten Onze zoekstrategie leverde 323 artikelen op. Bij slechts 6 publicaties was er daadwerkelijk sprake van diagnostisch onderzoek naar het onderscheidend vermogen van de anamnese bij de diagnose UWI. Er waren 2 originele artikelen die klachtenherkenning als voorspeller van de diagnose UWI beschreven.

Bespreking Het artikel van Gupta et al., de publicatie waarvoor de NHG-Standaard verwijst, onderzocht de kwaliteit van zelfdiagnose op basis van klachtenherkenning.³ Tijdens dit onderzoek, uitgevoerd in de huisartsenpraktijk, diagnosticeerden 88 jonge vrouwen met recidiverende UWI's op basis van klachtenherkenning 172 klachtenepisodes bij zichzelf: in 84% bleek er sprake van een positieve urinekweek (positief voorspellende waarde [VW+] = 84%).

McIsaac et al. deden onderzoek naar vrouwen die de huisarts bezochten voor klachten die passen bij een blaasontsteking. Van de 119 vrouwen die dachten een UWI te hebben, had 61% een positieve urinekweek (VW+ = 61%).⁴

Bij het artikel van Gupta et al. valt op dat er geen referentietest (urinekweek) is uitgevoerd bij de vrouwen met een negatieve indextest (vrouwen zonder klachtenherkenning). Verder namen de onderzoekers een grenswaarde van 10^2 KVE/ml als afkappunt voor een positieve kweek. Hoewel er in Nederland discussie is over dit afkappunt, houden laboratoria doorgaans 10^5 KVE/ml aan. De NHG-Standaard hanteert daarentegen een afkappunt van 10^4 .¹ Ten slotte is het de vraag of de onderzoekspopulatie representatief is voor de huisartsenpopulatie, aangezien de deelnemers aan het onderzoek overwegend hoogopgeleide, ongetrouwde, blanke vrouwen waren.

McIsaac et al. hanteren wel een afkappunt van 10^5 KVE/ml en hebben een representatievere onderzoekspopulatie (gemiddelde leeftijd 43,9 jaar, range 20-92 jaar). Bij het onderdeel 'patiënt denkt dat ze een UWI heeft' is het percentage misings aanzienlijk (38%). Het valt niet uit te sluiten dat hierdoor populatieselectie heeft plaatsgevonden, waardoor de diagnostische waarde van klachtenherkenning wordt overschat.

Conclusie Het wetenschappelijk onderzoek dat tot op heden is verricht, geeft onvoldoende antwoord op de vraag wanneer het voldoende is dat een patiënte denkt dat ze (weer) een UWI heeft om het beleid op te baseren of dat er verder onderzoek noodzakelijk is. Kortom, de diagnostische waarde van klachtenherkenning bij een ongecompliceerde urineweginfectie is nog niet geheel duidelijk.

Betekenis Er is natuurlijk een groot verschil tussen vrouwen die al jaren recidieven van een UWI hebben en vrouwen met vage klachten die denken dat er een UWI is, omdat ze die ooit eerder hebben gehad. In dat laatste geval is het evident dat urineonderzoek wel moet plaatsvinden. Klachtenherkenning zal in een aantal gevallen zeker kunnen bijdragen om een urineweginfectie waarschijnlijker te maken. ■

LITERATUUR

- 1 Van Haaren KAM, Visser HS, Van Vliet S, Timmermans AE, Yadava R, Geerlings SE, et al. NHG-Standaard Urineweginfecties (tweede herziening). Huisarts Wet 2005;48:341-52.
- 2 Bachmann LM, Coray R, Estermann P, Ter Riet G. Identifying diagnostic studies in MEDLINE: reducing the number needed to read. JAMA 2002;287:653-8.
- 3 Gupta K, Hooton TM, Roberts PL, Stamm WE. Patient-initiated treatment of uncomplicated recurrent urinary tract infections in young women. Ann Intern Med 2001;135:9-16.
- 4 McIsaac WJ, Low DE, Biringer A, Pimlott N, Evans M, Glazier R. The impact of empirical management of acute cystitis on unnecessary antibiotic use. Arch Intern Med 2002;162:600-5.

Steun aan mantelzorgers terminale patiënten

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 Naast spelen vaak een centrale rol in de complexe zorgbehoeften van patiënten in de terminale fase. Deze informele zorg kan een grote fysieke, psychologische en economische belasting zijn. Programma's voor deze mantelzorgers zouden een positief effect kunnen hebben op hun welbevinden. **Klinische vraag** Hebben steunende interventies aan mantelzorgers van patiënten in de palliatief-terminale fase effect op hun psychologische en lichamelijke welbevinden?

Conclusies auteurs Directe steun aan mantelzorgers vermindert psychologische stress, verbetert coping en vergroot kwaliteit van leven. Het blijft onduidelijk welke steunende interventie het meeste effect heeft. De auteurs menen dat artsen aan de hand van de behoeften van mantelzorgers moeten overwegen welke steunende interventies de draagkracht van mantelzorgers kunnen vergroten.

Beperkingen De onderzoeksdata waren beperkt, de interventies in de elf geïncludeerde onderzoeken waren verschillend, de methoden waarmee het effect werd gemeten varieerden en de ziektefase op het moment van inclusie was divers. Slechts één onderzoek keek naar het effect op het fysieke welbevinden in de zin van slaapkwaliteit. Geen enkel onderzoek keek naar het effect op het gebruik van professionele zorg en er werd niet gekeken naar eventuele schadelijke effecten van de interventie zoals onvrede over de extra zorg. De effecten van de twee indirecte onderzoeken konden niet worden meegenomen omdat er tekortkomingen waren in de onderzoeksopzet. In geen van de onderzoeken werden de onderzoeksmethoden voldoende beschreven.

Bron Candy B, Jones L, Drake R, Leurent B, King. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. Cochrane Database Syst Rev 2011, Issue 6. Art No: CD007617. De review omvat 11 onderzoeken en 1836 patiënten.

COMMENTAAR

De WHO vindt dat zorg voor mantelzorgers een essentieel onderdeel is van palliatieve zorg. Nederland telde in 2008 volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau 3,5 miljoen mantelzorgers. Ongeveer 70.000 van hen gaven hulp aan een naaste die thuis overleed. Mantelzorg kan veel voldoening geven als deze goed verloopt en de naaste waardig overlijdt, maar is ook vaak

zwaar en complex. Meer dan driekwart van de mantelzorgers voelt zich enigszins tot zwaar overbelast. Hoewel de meeste patiënten thuis willen sterven worden zij door overbelasting van mantelzorgers vaak in de laatste weken nog opgenomen in een ziekenhuis of verpleeghuis. De vergrijzing zal het aantal patiënten dat thuis wil sterven en het aantal mantelzorgers doen toenemen. Door de geplande bezuinigingen in de zorg zal de belasting van mantelzorgers nog verder toenemen. De LHV onderkent het probleem en heeft in samenwerking met het Expertise Centrum Mantelzorg en de Landelijke Vereniging voor Mantelzorgers (MEZZO) de *Toolkit mantelzorg in de huisartspraktijk* ontwikkeld. Deze Toolkit gaat uit van een proactieve aanpak in de ondersteuning van mantelzorgers om overbelasting te voorkomen.

Uit de degelijk uitgevoerde review wordt duidelijk dat het meten van de effectiviteit van interventieonderzoek met gerandomiseerde onderzoeken een complexe aangelegenheid is. In de elf onderzoeken werden uiteenlopende interventies gedaan: (1) praktische steun als huishoudelijke hulp en respijtzorg, (2) psychologische hulp gericht op verbetering van probleemoplossend vermogen, (3) stimuleren van welbevinden door counseling, ontspanningsgerichte therapie en psychotherapie, (4) indirecte interventies na een palliatieve zorgconsultatie voor de patiënt. De doelen van de interventies varieerden van het verminderen van stress, het vergemakkelijken van steun en communicatie, het verbeteren van kwaliteit van leven, het vergroten van zelfredzaamheid tot het voorkomen van pathologische rouw.

De auteurs verdienen lof voor de manier waarop ze de vele obstakels hebben geslecht om tot de conclusie te komen dat er enige bewijskracht is dat directe steun aan mantelzorgers psychologische stress vermindert, coping verbetert en kwaliteit van leven vergroot. Hoewel uit de review niet duidelijk wordt op welk moment de interventies werden gedaan en welke interventies het meeste effect hebben, lijkt het logisch dat een proactieve aanpak de kans op effect vergroot. Ik ben met de auteurs van mening dat artsen de behoeften en zorgen van mantelzorgers van palliatief-terminale patiënten in kaart moeten brengen en moeten overwegen welke steunende interventies de draagkracht van mantelzorgers kunnen vergroten. In Nederland is de huisarts de meest continue zorgverlener in het palliatief-terminale systeem en daarmee bij uitstek geschikt om preventief en proactief op te treden bij overbelasting van mantelzorger(s). Praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, het Steunpunt Mantelzorgers en mantelzorgmakelaars horen bij het netwerk dat beschikbaar is om mantelzorgers zorg op maat te bieden. ■

Hypothyreoïdie en zwangerschap

In de literatuur, en nu in ook in de NHG-Standaard Preconceptiezorg, wordt mijns inziens op inconsequente wijze geschreven over de relatie tussen hypothyreoïdie en zwangerschap. Het uitgangspunt is dat maternale hypothyreoïdie is geassocieerd met lagere IQ-scores van het kind op vier- tot zevenjarige leeftijd en met nare complicaties in de zwangerschap, en dat vrouwen met hypothyreoïdie tijdens de zwangerschap een verhoogde behoefte aan schildklierhormoon hebben. Het wordt belangrijk gevonden om het TSH terug te titreren naar 1 à 2, en de schildklierfunctie moet elke vier weken worden gecontroleerd.

Wat wordt in dit verband bedoeld met 'maternale hypothyreoïdie? Onbehandelde of behandelde hypothyreoïdie? Een te hoog TSH ongeacht het FT₄, of een te laag FT₄ ongeacht het TSH?

Het roept de vraag op of niet elke vrouw in de zwangerschap 'teruggetitreerd' moet worden naar een TSH van 1. Want hoeveel vrouwen zijn er niet met een TSH van 4,9 die niet als hypothyreotisch bekend staan, maar tijdens hun zwangerschap niet aan de behoefte kunnen voldoen? En als vrouwen die vóór hun zwangerschap een TSH van 5,1 hadden – en om die reden dus wel als hypothyreotisch worden behandeld – in hun zwangerschap opeens teruggetitreerd moeten worden naar een TSH van 1, waarom moet die mevrouw met een prezwangere waarde van 4,9 dat dan niet en mag die gewoon op 4,9 blijven hangen?

Met andere woorden: vrijwel elke gezonde vrouw heeft tijdens haar zwangerschap een TSH van pakweg 3 à 4 en dat kan blijkaar geen kwaad, ondanks een verhoogde behoefte aan schildklierhormoon, maar iemand die thyrox slikt wegens een geringe hypofunctie moet dan een TSH van 1 hebben, want anders kan dat schadelijk zijn voor het kind. Dat begrijp ik niet. Wat ik tevens niet duidelijk vind, is waarom het eindproduct waar het om gaat, namelijk het

schildklierhormoon zelf (het FT₄ dus), in het hele verhaal niet voorkomt terwijl een tekort aan die stof nu juist de klachten van hypothyreoïdie veroorzaakt (die worden niet veroorzaakt door een hoog TSH op zich; het TSH is verhoogd door een positief feedbackmechanisme van een te laag FT₄). Is dat omdat een hoog maternaal TSH via de placenta een laag FT₄ bij de foetus veroorzaakt? Maar is dat dan juist geen reden om bij alle zwangere vrouwen het TSH in het blijkbaar gunstige gebied van 1 te krijgen, en niet alleen de vrouwen die voordat ze zwanger werden als hypothyreotisch werden bestempeld?

Kortom, veel vragen. En van relevante aard, omdat het prezwangere verschil tussen vrouwen soms marginaal kan zijn, terwijl de beleidsmatige uitkomst (wel of niet terugtitreren naar een TSH van 1) een dermate grote implicatie qua behandeling betekent, dat het een bijna onacceptabel verschil tussen de wel en niet-behandelde vrouwen oplevert. Zeker als je bedenkt dat het allemaal te doen is om het toekomstige IQ van de ongeborene en nare complicaties later in de zwangerschap. Zou een TSH-test niet standaard deel moeten uitmaken van het preoperatief consult en niet elke zwangere een TSH van 1 moeten 'krijgen'? ■

Arjen Göbel, huisarts in Bovenkerk-Westwijk

ANTWOORD

Wij danken collega Göbel voor zijn vragen over schildklierfunctiestoornissen bij zwangeren. Tijdens de zwangerschap neemt de behoefte aan FT₄ toe. Gezonde zwangeren kunnen deze FT₄ zelf aanmaken, waardoor de concentratie FT₄ op het gewenste niveau en de TSH bij 90% onder de 3 blijft.¹ Bij een hypothyreoïdie lukt dat niet. Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen een manifeste en een subklinische hypothyreoïdie. Maternale manifeste hypothyreoïdie wordt gekenmerkt door een te hoge TSH (> 4,0) en een te lage FT₄ (< 9,0), conform de definitie hypothyreoïdie. Behandeling met thyrox, tot een TSH-streefwaarde van 1 tot 2 is bereikt, is bewezen effectief ter vermindering

van zwangerschaps- en neonatale complicaties.² Bij subklinische hypothyreoïdie is de TSH verhoogd (> 4,0) bij een normaal FT₄ (9-24). De klinische betekenis van deze laboratoriumbevindingen is nog onduidelijk en overtuigend bewijs dat behandeling met thyrox effectief is ter vermindering van zwangerschaps- en neonatale complicaties ontbreekt bij deze groep.² Een lopende trial brengt hopelijk meer duidelijkheid.³ Bij een subklinische hypothyreoïdie is er een licht verhoogde kans op ontwikkeling van een manifeste hypothyreoïdie,⁴ zodat controle tijdens de zwangerschap wordt aanbevolen. Er is geen bewijs dat screening op schildklierfunctiestoornissen bij alle zwangeren zinvol is.

De herziening van de NHG-Standaard Schildklieraandoeningen is onlangs gestart. Daarin zal expliciet aandacht worden besteed aan schildklieraandoeningen tijdens de zwangerschap. ■

Martijn Sijbom, Kristel van Asselt,
Margriet Bouma: allen huisarts en verbonden
aan het NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling
en Wetenschap

LITERATUUR

- 1 Dashe JS, Casey BM, Wells EC, McIntire DD, Leveno KJ, Cunningham GF. Thyroid-stimulating hormone in singleton and twin pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005;106:753-7.
- 2 Reid SM, Middleton P, Cossich MC, Crowther CA. Interventions for clinical and subclinical hypothyroidism in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, issue 7. Art.No.: CD007752.
- 3 Spong CY. Thyroid therapy for mild thyroid deficiency in pregnancy. www.clinicaltrials.gov (NCT00388297).
- 4 Van der Pump MP, Tunbridge WMG, French JM, Appleton D, Bates D, Clark F, et al. The incidence of thyroid disorders in the community. *Clin Endocrinol* 1995;43:55-68.

Weinig overbehandeling met antidepressiva?

Met belangstelling hebben wij het artikel 'Weinig overbehandeling met antidepressiva' van Piek et al. gelezen.¹ Hierin stellen de auteurs op grond van een zelfgekozen indeling in 'ongerechtvaardigd', 'mogelijk gerechtvaardigd' en 'gerechtvaardigd' gebruik van antidepressiva dat overbehandeling door huisartsen niet vaak voorkomt. Dat doen zij na de categorieën 'mogelijk gerechtvaardigd' en 'gerechtvaardigd' gebruik bij elkaar op te tellen.

In de discussie stellen de auteurs zelf dat, als zij dit niet zouden doen, het percentage ongerechtvaardigd voorschrijven van 5,5 naar 47,8 zou stijgen en dat is bijna de helft van het aantal gevallen. Omdat veel van deze patiënten in het verleden wel een indicatie voor een antidepressivum hebben gehad, menen zij voldoende argumenten te hebben om deze optelling te mogen maken. Onder de indicaties voor mogelijk gerechtvaardigd gebruik valt bijvoorbeeld een jarenlange onderhoudsbehandeling met een antidepressivum na een angststoornis of een recidieve depressie. Zonder verdere analyse van de categorie 'mogelijk gerechtvaardigd' is de conclusie en de titel dat er sprake is van weinig overbehandeling met antidepressiva voorbarig. Daarnaast stellen de auteurs in de discussie zelf ook nog eens dat gerechtvaardigd gebruik niet gelijk is aan noodzakelijk gebruik. Juist bij milde en matige depressie zijn antidepressiva immers lang niet altijd nodig (en werkzaam), zo stellen de auteurs terecht.

Voorts missen wij bij het door de auteurs geciteerde onderzoek naar overbehandeling het NIVEL-rapport van Volkers et al. uit 2005, waaruit blijkt dat antidepressiva helaas ook in ons land vaak zonder goede indicatie worden voorgeschreven.²

Ons bezwaar betreft dus vooral de eindconclusie en titel van het artikel. Door de titel zo te kiezen bestaat het risico dat huisartsen hun waakzaamheid tegen overbehandeling laten varen

omdat ze het nu kennelijk goed zouden doen. Waakzaamheid blijft onzes inziens wel degelijk geboden. ■

*Evelyn van Weel-Baumgarten, huisarts en senior onderzoeker UMC St Radboud,
Peter Lucassen, huisarts en senior onderzoeker UMC St Radboud,
Gerda van der Weele, wetenschappelijk medewerker NHG en senior onderzoeker LUMC Leiden*

LITERATUUR

- 1 Piek E, Van der Meer K, Hoogendijk WJG, Benninx BWJH, Nolen WA. Weinig overbehandeling met antidepressiva. *Huisarts Wet* 2012;55:54-7.
- 2 Volkers A, De Jong A, De Bakker D, Van Dijk L. Doelmatig voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 2005.

ANTWOORD

Wij danken collegae Van Weel et al. voor hun reactie. Hun conclusie is dat waakzaamheid ten aanzien van overbehandeling met antidepressiva geboden blijft. Wij zijn het daarmee niet oneens. Van Weel et al. stellen echter ook dat onze titel en conclusie deze waakzaamheid zouden verminderen. Daarmee zijn wij het niet eens. Wij hebben onze titel bewust gekozen omdat die onze bevinding (dat er in tegenstelling tot wat de afgelopen jaren vaak is beweerd, nauwelijks sprake is van overbehandeling met antidepressiva) correct weergeeft.

Uit ons onderzoek blijkt dat huisartsen in bijna alle gevallen antidepressiva gerechtvaardigd voorschrijven, dat wil zeggen in overeenstemming met de vigerende NHG-Standaard Depressie uit 2003. Wij onderscheiden daarbij gerechtvaardigd gebruik in (zeker) gerechtvaardigd en mogelijk gerechtvaardigd, waarbij mogelijk gerechtvaardigd gebruik (in de meeste gevallen) een onderhoudsbehandeling betreft als vervolg op een in elk geval gerechtvaardigde indicatie in het verleden. Wij baseerden dit onderscheid op de ruime indicatie die de NHG-Standaard geeft, zowel voor initiatie van behandeling met een antidepressivum als voor onderhoudsbehandeling.

Het door Van Weel et al. aangehaalde onderzoek van Volkers et al., dat concludeert dat huisartsen beredeneerd

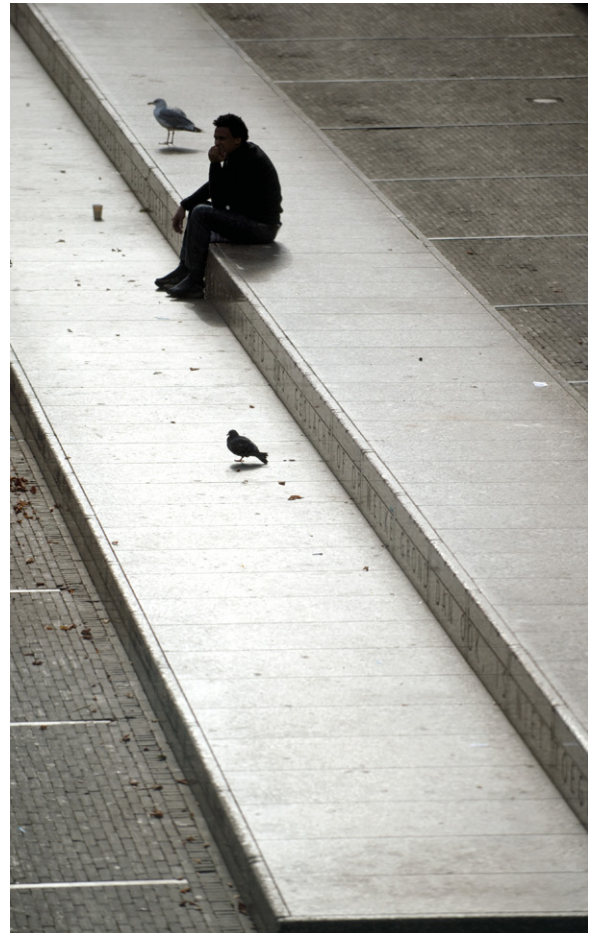


Foto: Joost van den Broek/Hollandse Hoogte

antidepressiva voorschrijven maar wel snel tot voorschrijven geneigd zijn, betrof een vergelijking met de toen geldende NHG-Standaard uit 1994 die meer terughoudendheid adviseerde dan de NHG-Standaard van 2003.

De meest recente update van de multidisciplinaire richtlijn depressie stelt overigens de indicatie voor gebruik van antidepressiva weer veel strikter, geleid door nieuwe inzichten dat antidepressiva bij mildere depressie onnodig en mogelijk ook onwerkzaam zijn. De verwachting is dat deze nieuwe inzichten ook een plaats zullen krijgen in de komende herziening van de NHG-Standaard. Het wordt dan belangrijk via bijbehorende voorlichting en nascholing huisartsen daarover goed te informeren, opdat ze ook deze nieuwe inzichten zullen gaan volgen. ■

*Ellen Piek, Klaas van der Meer,
Witte Hoogendijk, Brenda Penninx,
Willem Nolen*

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Juist / 2. Juist / 3. Onjuist

De prevalentie van vitamine-D-deficiëntie bij niet-westerse zwangeren is zeer hoog. De eventuele gevolgen van een vitamine-D-deficiëntie voor moeder en kind zijn aanzienlijk, zoals verhoogde botafbraak, osteomalacie en myopathie bij de moeder en verminderde botmineralisatie en congenitale rachitis bij de foetus. Vitamine-D-gebrek leidt klinisch bij de moeder tot een scala aan tamelijk algemene en specifieke klachten, zoals vermoeidheid, spierpijn en spierzwakte. Directe gevolgen voor de neonaat kunnen bestaan uit hypotonie en convulsies door hypocalciëmie. Incidenteel kan bij zware deficiëntie neonatale rachitis ontstaan. Mogelijke bestaat er een relatie tussen (intra-uteriene) vitamine-D-deficiëntie en een verhoogd risico op auto-immuunaandoeningen als multiple sclerose, insulineafhankelijke diabetes mellitus, reumatoïde artritis en op aandoeningen als schizofrenie en bepaalde vormen van kanker. Ook zou er een verband kunnen zijn tussen botontwikkeling en vroegtijdige osteoporose.

Barbier L, Knuistingh Neven A. Moeten we screenen op vitamine-D-deficiëntie bij niet-westerse zwangeren? *Huisarts Wet* 2008;51:155-6.

Wielders JPM, Van Dornaël PD, Eskes PF, Duk MJ. Ernstige vitamine-D-deficiëntie bij de helft van niet-westerse allochtone zwangeren en hun pasgeborenen *NTVG* 2006;150:495-500.

4. Juist / 5. Onjuist

Mensen met een donkere huid hebben een duidelijk hoger risico op postinflammatoire hyperpigmentatie. Omdat irritatie van de huid de kans op postinflammatoire hyperpigmentatie kan vergroten, wordt geadviseerd bij deze patiëntengroep in het begin voorzichtig te zijn met irriterende middelen, zoals lokale retinoiden en benzoylperoxide. Begin de behandeling met deze middelen daarom om de dag of in lage sterkte.

Smeets JGE, Grooten SJJ, Bruinsma M, Jaspar AHJ, Kertzman MGM. *NHG-Standaard Acne (tweede herziening)*. www.nhg.org.

6. Juist / 7. Onjuist / 8. Onjuist

Een paniekaanval is een plotse hevige angst, of een intens gevoel van onbehagen, in een duidelijk begrensde periode met symptomen als hartkloppingen, transpireren, trillen of beven, ademnood of het gevoel te stikken, pijn of een onaangenaam gevoel op de borst, misselijkheid of maagklachten, duizeligheid, gevoelens van derealisatie of depersonalisatie, angst voor controleverlies of om krankzinnig te worden, angst om dood te gaan, tintelingen of dove gevoelens, opvliegers of koude rillingen. Bij recidiverende paniekaanvallen is sprake van een paniekstoornis, waarop vaak vermijdingsgedrag (agorafobie) volgt. De duur van de aanval kan variëren van enkele minuten tot een halfuur, waarna de patiënt zich nog enkele uren angstig kan voelen. Angststoornissen ontstaan meestal tussen het vijftiende en dertigste levensjaar en zelden na het veertigste levensjaar.

Hassink-Franke LJA, Terluin B, Van Heest FB, Hekman J, Van Marwijk HWJ, Van Avendonk MJP. *NHG-Standaard Angst (tweede herziening)*. www.nhg.org.

Van Ree JW, De Vries MW, redactie. *Psychiatrie. Reeks praktische huisartsgeneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2008.

9. Juist / 10. Onjuist

BPPD (benigne paroxysmale positieduizeligheid) kenmerkt zich door aanvallen van draaiduizeligheid die worden uitgelokt door veranderingen van de stand van het hoofd (zoals draaien in bed, vooroverbuigen, omhoogkijken). De duizeligheid duurt enige seconden tot enkele minuten. Het herhalen van de beweging die de duizeligheid uitlokt, vermindert de duizeligheidsreactie. Bij het merendeel van de patiënten gaan de klachten binnen vier weken vanzelf over. Het advies is om gewoon te blijven bewegen. Bij aanhouden van de klachten bestaat de mogelijkheid oefeningen te doen, die vervelend voelen maar de periode van duizeligheidsaanvallen kunnen bekorten.

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



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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

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

Abonnementenadministratie

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

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & 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.

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

ISSN 0018-7070

Nederlands
uitgeversverbond
Groep uitgevers voor
vak en wetenschap

HO
PRINT

Informatie op recept

Belangrijke onderdelen van de patiëntenbegeleiding zijn het informeren, adviseren en voorlichten tijdens het huisartsenconsult. In veel gevallen zijn informatie en advies zelfs voldoende. Toch krijgt dit onderdeel van het consult niet altijd voldoende aandacht. Bovendien weten we dat van de informatie die de patiënt tijdens het consult te horen krijgt, slechts een beperkt deel bekijft.

Om de huisarts in zijn voorlichtingsfunctie te ondersteunen ontwikkelde het NHG patiëntenfolders en -brieven, die hun weg naar de praktijk en de spreekkamer ruimschoots hebben gevonden. Bovendien raadplegen patiënten zo'n vier miljoen keer per jaar de digitale informatiebron op de NHG-website, ofschoon deze daar niet voor is ingericht.

Het NHG heeft nu het initiatief genomen om de digitale toegang tot informatie over klachten en aandoeningen meer geschikt te maken voor gebruik



door patiënten. De website www.thuisarts.nl biedt de patiënt informatie vóór, tijdens en na het consult. Via deze website zal ook steeds meer betrouwbare informatie te vinden zijn van medisch-specialistische verenigingen, apothekers en gezondheidsfondsen.

Straks kunt u uw informerende en adviserende rol dus nóg beter invullen, door steeds vaker het consult af te sluiten met 'informatie op recept': een receptenbriefje dat de patiënt verwijst naar Thuisarts.nl.

Arno Timmermans

Adequate dossiervorming met het EPD (ADEPD)

De variabiliseringsvergoeding voor 2012 en 2013 zal gaan naar het stimuleren van ADEPD-registratie in de huisartsenpraktijk, zo is de LHV met VWS overeengekomen. In 2012 is er eerst aandacht voor scholing op dit gebied (zie www.lhv.nl voor de regionale ADEPD-scholingsactiviteiten).

EGR-registratie en ICPC-codering blijven de basis vormen van de richtlijn ADEPD, maar er zijn nieuwe inzichten uit bijvoorbeeld het NHG-HIS-Referen-

tiemodel, zoals de ingrepen-tabel. Eind van het jaar zal de richtlijn naar verwacht hierop zijn aangepast.

Op HAweb kunt u in de groep ADEPD in de praktijk nieuws vinden, vragen stellen en met collega's discussiëren. Nog niet aangemeld bij HAweb? Registreer u dan eenmalig met uw BIGnummer en geboortedatum; u kunt dan meteen lid worden van de groep. ■



Bert Schadé NHG-Lid van Verdienste

De hoogste onderscheiding die het NHG kent werd begin maart toegekend aan Bert Schadé, hoogleraar Huisarts-geneeskunde en afscheid nemend divisie-voorzitter van het AMC. Schadé was lid van het Algemeen Bestuur en later het Dagelijks Bestuur van het NHG in de tijd dat het standaardenbeleid in gang werd gezet. Bovendien leverde hij een zeer belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling

van het klinisch onderwijs in de basisopleiding en de ontwikkeling van het huisartsenvak.

Arno Timmermans bevestigde de NHG-speld op de revers van Bert Schadé, die hiermee het twintigste Lid van Verdienste is van het genootschap. ■



Nascholing in NHGDoc:

de toekomst in de praktijk



In het hele land staan de komende tijd workshops gepland voor huisartsen en praktijkondersteuners over het gebruik van NHGDoc. Dit is een beslissingsondersteunend expertsysteem in uw HIS, dat tijdens het consult reminders geeft over medicatie, beleid of dossier. Al deze reminders zijn patiënt-specifiek en gebaseerd op de NHG-Standaarden.

De workshops vinden plaats in de avonduren en zijn voor drie uur geaccrediteerd. De kosten voor deelname bedragen € 25,- per persoon. Meer informatie vindt u op www.nhg.org/nhgdoc. ■

Vergeet niet dit in uw agenda te zetten!

NHG-Wetenschapsdag 2012 over Multimorbiditeit

De jaarlijkse Wetenschapsdag komt al gauw op de tweede plaats (dus na het NHG-Congres) als het gaat om de populairste evenementen voor huisartsen. Geen wonder, want in één dag bent u weer helemaal op de hoogte van de jongste resultaten van huisarts-geneeskundig wetenschappelijk onderzoek. Vergeet dus niet vrijdag 8 juni in uw agenda vast te leggen! De Wetenschapsdag wordt gehouden in Hotel de l'Empereur te Maastricht.

Meer weten?

Kijk op www.nhgwetenschapsdag.nl voor meer informatie over het programma en uw inschrijving. ■

LHV/NHG-masterclass voor leden Tweede Kamer

Een kijkje in de keuken van een huisartsenpraktijk en uitgebreide informatie over de eerstelijnszorg; in een notendop was dit de inhoud van de 'masterclass huisartsenzorg' die LHV en NHG organiseerden voor de beleidsmedewerkers volksgezondheid van de Tweede Kamerfracties. Het bleek een succes.

Veel belangstelling

In de Tweede Kamer is in de afgelopen maanden de huisartsenzorg veelvuldig aan de orde geweest. NHG en LHV wilden de beleidsmedewerkers in de aanloop naar het debat over de huisartsenzorg zo veel mogelijk achtergrondinformatie bieden over de vele facetten van het huisartsenvak. Daartoe organiseerden ze een masterclass, waarvoor veel belangstelling bleek te bestaan: tien fractieleden schreven zich in. Uiteindelijk namen zeven beleidsmedewerkers van CDA, VVD, D66, PvdA, CU en de SGP deel. Wegens ziekte en kinderopvang moesten op het laatste moment de PVV, Groen Links en de SP verstek laten gaan.

De waarde van de huisarts

Marc Eyck, huisarts en NHG-beleidsadviseur, ging in op de kernwaarden van de huisartsenzorg aan de hand van casuïstiek. Vervolgens vertelde Lisette Romijn, huisarts en LHV-beleidsadviseur, over de plaats van de huisarts in de gezondheidszorg. Omdat zij hun praktijkervaring als huisarts in hun inhoudelijk sterke presentaties meenamen, gingen de 'kille cijfers' leven en werd het belang van de regierol van de huisarts zeer duidelijk. Ook de waarde die de patiënt hecht aan zijn vertrouwensband met de huisarts kwam goed naar voren.

Financiering als eye-opener

De financiering van de huisartsenzorg, belicht door LHV-beleidsmedewerker Lennart Rijkers, was voor sommigen een eye-opener. Vragen uit de zaal leidden tot een discussie over de toekomst. De vergrijzing en de daaruit voortvloeiende toename van de zorgvraag kwamen aan de orde, maar ook de mogelijkheden van e-health en de

consequenties van het gegeven dat mobiele patiënten (die frequenter en verder verhuizen) vaker van huisarts wisselen.

Goed bevallen

Enkele fractieleden wilden graag nog meer weten over specifieke onderwerpen, waaraan uiteraard gehoor wordt gegeven. De overheersende reactie aan het einde van de middag was: 'We hebben er zeker iets van opgestoken en we zouden het waarderen als er een vervolg komt op deze masterclass!' (AC) ■



Vooraankondiging Algemene Ledenvergadering

Donderdagavond 7 juni vindt de eerstvolgende Algemene Ledenvergadering van het NHG plaats in de Domus Medica te Utrecht. Op de agenda staan dan in elk geval de volgende onderwerpen:

- Bespreking van de inhoudelijke en sociale jaarverslagen 2011, de financiële jaarverslagen van de Vereniging en de Uitgeverij, en het jaarverslag van de Verenigingsraad.
- Bekrachtiging van de geautoriseerde NHG-producten.
- De benoeming van nieuwe leden van de Raad van Toezicht, de Autorisatiecommissie en de Redactiecommissie H&W.

Het NHG overweegt de NHG-Standaarden in het Engels te vertalen, zodat de richtlijnen internationaal verspreid en gevolgd kunnen worden. Van dit idee is een *business case* gemaakt ter bespreking door de leden tijdens de vergadering.

De definitieve agenda van de Algemene Ledenvergadering staat uiterlijk 31 mei op www.nhg.org. U kunt zich vanaf 1 mei via de website opgeven voor de vergadering en voor het symposium dat hier traditiegetrouw aan voorafgaat. Over de inhoud van dit symposium volgt binnenkort meer. ■

NHG-AGENDA 2012 data

- Eerste Nederlands Triage Congres 12 april
- NHG-Voorjaarscongres 19 april
- Algemene Ledenvergadering 7 juni
- NHG-Wetenschapsdag 8 juni
- WONCA Europe Conference 4 t/m 7 juni
- NHG-Congres 9 november

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



Het eerste Nederlandse congres over Triage!

Triage is misschien een klein onderdeel van de spoedzorg, het is wel van uiterst groot belang! Over dit onderwerp wordt nu een congres georganiseerd, dat u een platform biedt om ervaringen en ideeën uit te wisselen en mee te praten over nieuwe ontwikkelingen en lokale initiatieven. Vanwege de snel toenemende impact van triage is dit een bijeenkomst waarbij u niet mag ontbreken!

Het Eerste Nederlandse Triage Congres vindt plaats op donderdag 12 april in het AMC te Amsterdam. Op het programma staan de volgende plenaire, deels interactieve bijeenkomsten:

- Visie op triage
- Het standpunt van de Inspectie van de Gezondheidszorg inzake triage

- Wat is úw mening?
- Triage in beeld en geluid door Phs

Over de dag verspreid zijn er drie workshoprondes waarbij u een keuze kunt maken uit diverse onderwerpen. Meer informatie kunt u vinden op www.de-nts.nl -> home -> nieuws. ■

Onlangs zette Arno Timmermans namens het NHG zijn handtekening onder de openingsakte van de Stichting Nederlandse Triage Standaard. Het doel van deze landelijke standaard is te komen tot een uniforme taal en benadering door alle betrokken partijen in de spoedhulpverlening. Na een succesvolle pilot in negen proefregio's is besloten de samenwerking te continuëren.

De Stichting NTS is verantwoordelijk voor beheer, onderhoud en uitrol van de ketenstandaard en het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek. Medeoprichters (naast het NHG) zijn de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen en Ambulancezorg Nederland.

Richtlijnvernieuwing in stroomversnelling

Een speerpunt in het NHG-beleid 2012 is de vernieuwing van de richtlijnontwikkeling. Daarbij gaat het niet alleen om het proces van voortdurende actualisering van alle standaarden, maar ook om enkele methodologische aanpassingen.

NHG-Standaard nieuwe stijl

De belangrijkste gebruiker van de NHG-Standaard is en blijft de huisarts. Maar andere professionals uit de zorg én patiënten worden meer betrokken bij het opstellen van de standaarden, met als doel:

- het draagvlak te vergroten;
- de standaard beter te laten aansluiten bij de behoeften vanuit de praktijk en van de patiënt;
- de richtlijnen en werkwijzen van verschillende beroepsgroepen beter op elkaar af te stemmen;
- de effectiviteit van de richtlijnen in de praktijk te vergroten.

Uitgangspunt voor de vernieuwing is de

Richtlijn voor richtlijnen, die 20 criteria bevat (zie www.regieraad.nl).

Overschreden houdbaarheidsdatum

Hetaantal NHG-Standaarden groeit gestaag en zo wordt het steeds moeilijker elke standaard tijdig te actualiseren. De gemiddelde herzieningstermijn is nu acht jaar; bij sommige onderwerpen is dat wel acceptabel, maar soms zou het wel wat sneller mogen. Zo'n zestig experts beoordeelden de urgentie voor herziening per standaard, met de keuze voor een partiële of volledige actualisering. Ook kan er geen noodzaak tot herziening zijn; in dat geval krijgt een standaard een nieuwe datumstempel.

Andere veranderingen

Om de kracht en aard van het wetenschappelijk bewijs beter weer te geven, is gekozen voor geleidelijke invoering van GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Dit is een internationaal veelgebruikte methode voor het beoordelen en wegen van wetenschappelijk bewijs. Vooral als het gaat om resultaten van meerdere onderzoeken kan GRADE de bewijskracht goed inzichtelijk maken.

Voorts is besloten om medewerkers van de afdeling Implementatie al van meet af aan te betrekken bij het richtlijntraject om mee te denken over de implementatiestrategieën. ■

Linda Tolsma,
Beleidsmedewerker NHG



Voor de wetenschappelijk medewerkers van het NHG betekenen deze vernieuwingen een grote verandering in de werkwijze. Een goede motivator blijkt het streven naar kwaliteitsverbetering, in de wetenschap dat stilstand achteruitgang is.

Geaccrediteerd volgens NPA-versie 2011



Barbara Benard, kwaliteitscoördinator van Huisartsenpraktijk Detmoldstraat te Utrecht, is een van de eerste huisartsen die het hele accrediteringstraject hebben doorlopen van de nieuwe 'NPA-versie 2011'. In een interview vertelt ze over haar ervaringen.

Nog niet helemaal rond...

Het was een spannende dag toen op 29 februari de audit werd gehouden in de Detmoldstraat. Is alles goed verlopen? Benard: 'Nog niet alles was in orde, dus ik moet nog wat laatste dingetjes uitwerken. Wel waren de hoofdauditoren van mening dat het "keurmerk" voor onze praktijk toch heus wel verlengd moet worden, dus ik heb er alle vertrouwen in dat het goed zal komen. Maar feliciteren kun je me nu helaas nog niet.'

Pijn verspreiden

De praktijk is in augustus 2008 aan de eerste driejarige accrediteringscyclus begonnen. Hoe kijkt Benard daarop terug? 'Het eerste jaar was heel intensief, mede omdat we toen al zo'n beetje moesten bedenken wat we in jaar 2 en 3 zouden gaan aanpakken. Nu hoeft je voor slechts één jaar vooruit te denken en kun je dus elk jaar nieuwe verbeteringsplannen maken. Dat heeft natuurlijk voordelen en dat was ook de reden om ditmaal voor versie 2011 te kiezen, want we wilden de "pijn" wat verspreiden. Maar ik weet nog niet zeker of het ook echt voordelig uitpakt, want nu heb je het misschien weer drukker dan voorheen in jaar 2 en 3.'

Online begeleiding

De 'begeleiding' van het accrediteringstraject geschiedt in versie 2011 via 'Praktijkaccreditering Online', kortweg 'POL+'. Daarin vind je de diverse vragenlijsten over de praktijk. Benard: 'In het begin heb ik wel vaak de helpdesk gebeld, maar gaandeweg werd ik er handiger mee. Een nadeel is dat je

niet een document dat bij de vragenlijst hoort meteen mee kunt uploaden. Dat gaat dus separaat en dan moet je wel zorgen dat je het een duidelijke naam hebt gegeven. Maar ik denk dat wij te maken hebben gehad met een paar kinderziekten van de nieuwe versie; dat zal allemaal in de loop der tijd wel soepeler gaan lopen.'

Pre-audit niet meer automatisch

Benard heeft gemist dat in praktijken die vanuit een eerdere accreditering doorstroomden naar versie 2011, niet meer automatisch een 'pre-audit' plaatsvindt. 'Daarbij werd het accrediteringstraject met alle praktijkmedewerkers besproken, zodat die betrokken raakten bij wat er allemaal moest gebeuren. Doordat ik nu in mijn eentje alle gegevens in POL+ invulde, draaide het erop uit dat ik alles goeddeels zelf heb gedaan. Uiteraard kun je een deel van het werk delegeren, maar in de praktijk komt dat er niet van. Op zich is het een prima idee dat je alles online kunt regelen, mits er een moment is waarop je de praktijkmedewerkers erbij kunt betrekken. Overigens kun je wel zo'n gesprek aanvragen, maar dat wist ik niet!'

Doorgevoerde verbeteringen

Zijn er zaken die beter lopen in de praktijk dan vóór de accreditering? 'We zijn hier altijd heel goed in het maken van plannen, dus ongetwijfeld zouden we veel verbeteringen toch wel hebben opgepakt. Maar nu zakken de ideeën niet meer halverwege in, want het evalueren en borgen van verbeteringen verloopt nu heel gestructureerd. En de enquêtes naar de patiënttevredenheid hebben we echt leuk gevonden. We volgden zelfs een cursus *De gastvrije praktijk*, vanuit de visie dat de patiënt zich hier

thuis moet voelen. Daaruit volgden ook aanpassingen; vaak gaat dat om kleine dingetjes die voor de patiënt toch heel belangrijk zijn.'

Risico's in kaart

Versie 2008 bevatte vele checklists, nu gaat het erom welke risico's in kaart zijn gebracht en wat de aanpak daarbij is. Bijvoorbeeld: hoe waarborg je dat de temperatuur van vaccins in de koelkast stabiel blijft? Benard: 'We hebben een paar keer stroomuitval gehad en de temperatuur is daarbij opgelopen tot 11°C. Nu moeten we dus nagaan welke vaccins daar al dan niet gevoelig voor zijn.'

Met dit in kaart brengen van risico's is accreditering volgens versie 2011 dus meer maatwerk geworden. Benard: 'Dat is zo, vandaar ook dat de hoofdauditoren vonden dat onze praktijk toch echt wel geaccrediteerd moet worden, ook al voldeden we nog niet aan alle eisen.'

Tussenbalans opmaken

Benard is nog wat kritisch over de 'kinderziekten' in versie 2011, maar is op zich positief over de accreditering. 'We zijn blij met dat hele traject en trots dat we het certificaat hebben. Bovenal is het goed om eens een tussenbalans op te maken en te kijken hoe je het doet. En bij de problemen die we ondervonden, hadden we wat eerder hulp moeten vragen. Je denkt dat je het allemaal zelf kunt, en uiteindelijk is dat ook wel zo, maar dan kost het je best veel energie. Je moet dus eerder een consultant inschakelen en niet zelf het wiel gaan uitvinden.' (AS) ■

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

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

Colofon

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