

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Eerste **ervaringen** met **COPD-ketenzorg**

ONDERZOEK

Het **melden** van **incidenten** door **huisartsen-in-opleiding**

NHG-STANDAARD

Prikkelbaredarmsyndroom

194

ONDERZOEK**Eerste ervaringen met COPD-ketenzorg***Ivo Smeele, Marianne Meulepas, Caroline Meulemans, Ingrid Reus, Maarten Klomp*

200

Het melden van incidenten door huisartsen-in-opleiding*Dorien Zwart, Wendelien Heddema, Margit Vermeulen, Elizabeth van Rensen, Theo Verheij, Cor Kalkman*

199

COMMENTAAR**Ketenzorg: weet wat u meet***Lidewij Broekhuizen*

204

NHG-STANDAARD**Prikkelbaredarmsyndroom (PDS) (eerste herziening)***Henriëtte van der Horst, Niek de Wit, Otto Quartero, Jean Muris, Marjolein Berger, René Bijkerk, Roeland Geijer, Hèlen Woutersen-Koch*

210

FARMACOTHERAPEUTISCHE RICHTLIJN**Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties***Wim Fraanje, Paul Giesen, Kim Knobbe, Annemarie van Putten, Willem Draijer*

221

PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE**Aantonen en uitsluiten**

222

NASCHOLING**Behandeling gelokaliseerd prostaatacarcinoom***Esther Hamoen, Fred Witjes*

225

HUISARTSENZORG IN CIJFERS**Overgewicht onder chronisch zieken***Daphne Jansen, Monique Heijmans*

230

SPREEKUUR!**Kale plekken op het hoofd***Huug van Duijn*

231

Reukverlies*Rik Loijmans*

232

CATS**Pijnverlichting bij botmetastasen***Reza Taheri, Arie Knuistingh Neven*

233

PEARLS**Beperkt bewijs effectiviteit counseling***Stephanie Leone*

191

JOURNAAL

226

INTERVIEW

228

COLUMN

229

KENNISTOETS

234

BOEKBESPREKING

235

INGEZONDEN

17

HET NHG**Huisarts en Wetenschap**www.henw.org**Redactie**

Just Eekhof, hoofdredacteur, Linda Bröker, Lidewij Broekhuizen, Jochen Cals, Marissa Scherp tong-Engbers, 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

Fouten maken moet mogen

Het adagium 'primam non nocere' van Hippocrates is een van de pijlers van de geneeskunde. Als je als arts iets doet bij een patiënt moet je de overtuiging hebben dat de patiënt daar baat bij heeft en de behandeling hem zeker niet schaadt. Patiënten zijn aan een arts overgeleverd en moeten erop kunnen vertrouwen dat zij goede, veilige zorg krijgen. Hoe zorgvuldig je als arts echter ook bent, je kunt het een keer mis hebben: tijdens een ingreep, bij het noteren van de dosering op een recept of in de communicatie met een patiënt.

Tijdens mijn klinische co-schappen viel het mij op dat, als er iets misging, de schuldvraag heen en weer werd geschoven en meestal bij een arts-assistent belandde. Er werd zeker niet openlijk over gesproken. Mogelijk was het wel zo dat de arts-assistent door gebrek aan kennis of ervaring en door lange werktijden iets had gemist, maar de situatie was onveilig voor degenen die de zwarte piet kregen toegespeeld en deze manier van werken was evenmin veilig voor patiënten.



Veilig incident melden

Sindsdien is er gelukkig wel wat veranderd. Een fout is nog steeds niet iets waar je gemakkelijk met je collega's over praat, maar er zijn wel mogelijkheden om fouten bespreekbaar te maken, zoals het 'Veilig incident melden'. Door fouten te melden en systematisch te bespreken met collega's, POH's en assistentes kan herhaling van fouten (en grotere incidenten of zelfs calamiteiten) mogelijk worden voorkomen.

In dit nummer staat een onderzoek van Dorien Zwart naar het melden van incidenten bij huisartsen-in-opleiding en een interview met haar over hetzelfde onderwerp. Zij vroeg 79 huisartsen-in-opleiding om een half jaar medische missers te melden. In totaal werden er 44 incidenten gerapporteerd door 24 aanstaande huisartsen. Op het moment van melden waren er bij 9 incidenten grote gevolgen voor de patiënt en bij 6 matig ernstige gevolgen. Bij de overige incidenten waren er kleine of geen gevolgen. Bij 6 incidenten was onvoldoende supervisie de belangrijkste oorzaak. In de meeste gevallen was het incident het gevolg van organisatorische onvolkomenheden.

Het onderzoek laat zien dat aios ook incidenten met grotere gevolgen voor de patiënt melden als er een meldingsprocedure is. De incidenten werden besproken met de onderzoeker. De aios vonden de incidentanalyse een waardevolle les, zowel voor de kijk op de praktijk als voor hun professionele ontwikkeling. Het onderzoek vermeldt verder dat aios die goed functioneren eerder geneigd zijn incidenten te melden.

Meldingsprocedure

Het melden van fouten is nog niet gebruikelijk in de huisartsenpraktijk. Huisartsenposten hebben als organisatie vaak al wel een verplichte procedure voor het melden van fouten. Ook NHG-Praktijkaccreditering stelt het hebben van een meldingsprocedure als een van de voorwaarden voor accreditatie. Om fouten te melden moet je je kwetsbaar durven opstellen. Door fouten te bespreken met collega's kun je nagaan waardoor ze ontstonden en of er kans is op herhaling. Als je dan zaken in de praktijk kunt veranderen waardoor die fouten in de toekomst worden voorkomen, is de fout zinvol geweest. Daarvoor moet er wel een sfeer zijn waarin dat kan. Een sfeer waarin fouten maken mag. ■

Just Eekhof

Welke therapie bij (sub)acute nekpijn?

Zeventig procent van de mensen heeft wel eens last van pijn in de nek. Langdurige nekpijn valt te behandelen, maar wat is de beste behandelkeuze?

Bij een gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van manipulatie, medicatie of oefentherapie bij nekpijn, keken de onderzoekers naar de relatieve effectiviteit van deze therapieën op de korte en lange termijn. Gedurende maximaal 12 weken werden 272 personen behandeld, verdeeld over 3 verschillende therapiegroepen. De geïncludeerde patiënten waren tussen de 18 en 65 jaar oud, hadden nekpijn graad 1 of 2 (geclassificeerd door de *Bone and Joint Decade 2000-2010 Taskforce on Neck Pain*) en hadden een VAS-pijnscore hoger

dan 3 op een schaal van 0-10. Exklusiecriteria waren onder andere fracturen, instabiliteit, neurologische aandoeningen, zwangerschap en behandeling in de 3 maanden voorafgaand aan het onderzoek. De onderzoekers keken naar de mate van bewegingsbeperking van de nek, pijnvermindering, tevredenheid van de patiënt, medicatiegebruik en eventuele bijwerkingen tot 52 weken na inclusie.

Manuele therapie en oefentherapie bleken in dit onderzoek vergelijkbaar qua effectiviteit in pijnreductie en gaven beide betere resultaten dan medicatie. Patiënten in de manipulatiegroep waren meer tevreden dan de deelnemers in de andere twee groepen. Opvallend is dat het aantal manipulatiebehandelingen soms wel 23 in 12 weken bedroeg. De oefentherapiegroep kreeg oefeninstructie voor thuisbehandeling in 1 à 2 sessies

van een uur, dus een veel goedkopere therapie. De bewegingsbeperkingen in de cervicale wervelkolom verbeterden in alle groepen evenveel.

Het onderzoek laat zien dat na 12 weken de verschillen in resultaat tussen de manuele therapie en oefentherapie klein zijn. Dit onderzoek geeft echter geen inzicht in de effecten van een logische behandelvolgorde: een pijnlijke nek eerst met medicatie en rust behandelen totdat de VAS-pijnscore onder de 8 is, vervolgens in enkele sessies manuele therapie de cervicale bewegingsbeperkingen behandelen en daarna oefentherapie inzetten om de klachten blijvend te beperken. ■

Frans van der Kooij

Bronfort G, et al. Spinal manipulation, medication, or home exercise with advice for acute and subacute neck pain. Ann Intern Med 2012;156:11-10.

Obductie overbodig?

Obductie stuit bij veel mensen op weerstand. Een goed alternatief zou 'obductie' door middel van beeldvormend onderzoek zijn, maar hoe betrouwbaar kun je hiermee de doodsoorzaak vaststellen?

Om deze vraag te beantwoorden is in Engeland onderzocht of de doodsoorzaak net zo nauwkeurig vastgesteld kan worden met een MRI- of CT-scan, als met obductie. Hiervoor werd van de lichamen van 182 overledenen een MRI-scan en een CT-scan gemaakt, waarna er een obductie volgde. De doodsoorzaak werd met behulp van de 3 methoden door onafhankelijke beoordelaars vastgesteld en vervolgens werden de resultaten met elkaar vergeleken. Hier kwam uit naar voren dat in 32% (CT-scan) tot 43% (MRI-scan) van de gevallen de doodsoorzaak niet overeenkwam met de uitkomst van de obductie. Zelfs als de radioloog zeker was van zijn zaak, werd er bij obductie in 16% (CT-scan) tot 21% (MRI-scan) van de gevallen een andere doodsoorzaak gevonden. Bovendien waren radiologen het in een kwart van de gevallen niet eens over de doodsoorzaak

op basis van dezelfde CT- of MRI-scan. Vooral overlijden door een longembolie, longontsteking, of infarctering van de darmen werd bij beeldvormend onderzoek vaak niet herkend.

Al met al lijkt een CT-scan betrouwbaarder dan een MRI-scan om de doodsoorzaak vast te stellen, maar zijn ze beide een stuk minder nauwkeurig dan obductie. Aangezien het er nu juist

om gaat om de doodsoorzaak zo nauwkeurig mogelijk vast te stellen, lijkt er vooralsnog geen plaats voor beeldvormend onderzoek als alternatief voor obductie. ■

Jasper Schellingerhout

Roberts IS, et al. Post-mortem imaging as an alternative to autopsy in the diagnosis of adult deaths: a validation study. Lancet 2012;379:136-42.



Foto: Joost van den Broek/Hollandse Hoogte

Het speculum moet glijden

Aanbrengen van lubrificerende gel op het speculum leidt tot minder pijn bij het gynaecologisch onderzoek. Amerikaanse onderzoekers vergeleken glijmiddel met het gebruik van water in een sympathiek gerandomiseerd onderzoek naar deze alledaagse handeling.

Gebruikt u altijd glijmiddel bij het inbrengen van het speculum bij gynaecologisch onderzoek? Ik moet bekennen dat ik af en toe water gebruik als het flesje met gel even buiten zicht is. Dat blijkt vaker voor te komen onder dokters. Van oudsher werd het gebruik van lubrificerende gel afgeraden aangezien het de kwaliteit van de afgenomen cytologie zou beïnvloeden. Inmiddels is in verschillende onderzoeken aangetoond dat het gebruik van een kleine hoeveelheid wateroplosbare lubrificerende gel bij

het inbrengen van het speculum geen nadelige invloed heeft op de kwaliteit van het uitstrijkje. Juist voor de patiënte zou het gebruik van gel het begin van het onderzoek comfortabeler moeten maken. Maar leidt het gebruik van glijmiddel nu echt tot minder pijn bij het inbrengen?

Twee Amerikaanse gynaecologen pakten de kwestie op en randomiseerden 120 volwassen vrouwen in de leeftijd van 18 tot 50 jaar naar speculumonderzoek met 0,3 ml glijmiddel of 3 ml (kraan)water. Men trachtte de deelnemende vrouwen te blinderen door het speculum uit het zicht onder een lakentje te prepareren. Vervolgens werd het kunststof speculum volgens een standaard protocol altijd door dezelfde gynaecoloog ingebracht. Direct na het inbrengen – dus nog voor het zoeken naar de portio of het maken van een eventueel uitstrijkje – vroeg men aan de patiënte om de pijnscore op een VAS-schaal van 0 tot 10 aan te tekenen.

De pijnscores waren in het geheel laag, maar in de glijmiddelgroep (gemiddelde pijnscore 1,41) duidelijk lager dan in de watergroep (2,15). Van de vrouwen die het speculumonderzoek met gel ondergingen kruiste zelfs 34% een pijnscore van 0 aan, in vergelijking met 10% in de watergroep. Een beperking van het onderzoek is dat de uitvoerende gynaecoloog niet blind was voor het gebruikte lubricans. Toch geeft dit onderzoek voldoende reden om gewoon altijd wateroplosbare lubrificerende gel te gebruiken bij speculumonderzoek. Voor ons een kleine handeling, voor de patiënte verzacht het de pijn. En dat zal meteen bijdragen aan minder angst en spanning voor een volgend inwendig onderzoek. ■

Jochen Cals

Hill DA, et al. Effect of lubricating gel on patient comfort during vaginal speculum examination: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012;119:227-31.

Reden om te blijven roken

Een van de vele redenen die rokers aanvoeren om niet te stoppen is angst om in gewicht aan te komen. Die angst is gegrond en helaas is er weinig kruid tegen gewassen, zo blijkt uit een recente Cochrane-review.

Het eerste jaar na stoppen neemt het gewicht van rokers gemiddeld 5 kg toe en ex-rokers wegen na 8 jaar gemiddeld 9 kg zwaarder dan toen ze nog rookten. Ter vergelijking: de gemiddelde gewichtstoename in 8 jaar bij niet-rokers is 2 kilo.

Er zijn 2 soorten interventies die in theorie een gunstig effect op gewichtstoename na stoppen met roken hebben: interventies die zich rechtstreeks richten op het gewicht zoals dieet- en bewegingsprogramma's en interventies die mensen helpen bij het stoppen met roken en die moge-

lijk ook een gunstig effect hebben op het gewicht zoals antidepressiva en nicotinevervangende medicatie. Farley et al. zochten naar alle beschikbare onderzoeken naar het effect van deze interventies en bestudeerden de gevonden publicaties volgens de bekende Cochranesystematiek.

De resultaten zijn eenvoudig samen te vatten. Alle medicamenteuze interventies hadden wel enig gunstig effect, maar na het stoppen van de behandeling verdween dat effect weer. Het ging om middelen die gericht zijn tegen de eetlust (de meeste daarvan zijn in ons land niet geregistreerd), antidepressiva zoals bupropion en fluoxetine, varenicline en nicotinevervangers. Algemene voorlichting over gewicht en voeding had geen effect, persoonlijke ondersteuning en educatie over deze zaken had wel enig effect na een jaar, maar de onderzoeken waren te klein in aantal en omvang om er definitieve conclusies uit te kunnen trekken. Hetzelfde gold

voor voorlichting over lichaamsbeweging en sporten.

Uiteraard wil dit niet zeggen dat angst voor gewichtstoename een geldige reden is om te blijven roken. Dat gezonde voeding en voldoende bewegen nauwelijks effectief zijn komt ongetwijfeld door het niet opvolgen van adviezen op dit terrein door ex-rokers. Het staat immers vast dat sporten en gezond eten goed zijn voor het gewicht. Daarnaast is het belangrijk te weten dat de gevolgen van roken op gezondheid en levensverwachting vele malen erger zijn dan die van de extra gewichtstoename die de gemiddelde ex-roker laat zien. En sporten gaat een stuk beter als men niet rookt. ■

Theo Verheij

Farley AC, et al. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;CD006219. DOI: 10.1002/14651858.

Preventie van obesitas bij kinderen

Obesitas bij kinderen kan leiden tot sociale, psychologische en gezondheidsproblemen en geeft een grote kans op obesitas als volwassene. De laatste jaren zien we een sterke toename van obesitas bij kinderen. Een recent literatuuroverzicht suggereert dat preventieve programma's kunnen werken, maar de optimale werkwijze blijft onduidelijk.

Een recente geüpdate Cochrane-review beschrijft 55 gevonden onderzoeken naar onderwijs-, gedrags- en gezondheidsbevorderende interventies in de algemene populatie van kinderen (0-18 jaar), inclusief kinderen met obesitas. Gemiddeld gaven deze interventies een BMI-reductie van 0,15 kg/m². Voor een gemiddeld 10-jarig kind met een BMI van 18,2 kg/m² staat dit gelijk aan een gewichtsreductie van 0,8% (± 150 gram). Dit is niet veel voor een periode van 1 jaar of korter (de duur van de onderzoeken), maar als deze reductie meerdere jaren aanhoudt is deze op populatieniveau wel degelijk van belang.



Foto: Bart Muihl/Hollandse Hoogte

Door de grote variatie konden de auteurs geen specifieke ingrediënten identificeren die bijdragen aan het uiteindelijk gewichtsverlies, maar de volgende strategieën lijken veelbelovend:

- Aandacht op school voor gezond eten, lichamelijke opvoeding en lichaamsbeeld naast wekelijkse lichamelijke activiteiten en ontwikkeling van bewegingsvaardigheden.
- Verbetering van voedingskwaliteit en voedselvoorziening op scholen.
- De omgeving en culturele gewoonten gebruiken als ondersteuning om kinderen gezonder te laten eten en actiever te laten zijn.
- Ondersteunen van scholen om gezondheidsbevorderende strategieën

en activiteiten te implementeren.

- Ondersteunen van ouders om hun kinderen aan te moedigen thuis actiever te zijn, gezonder te eten en minder voor de tv of pc te zitten.

In de praktijk hebben we dagelijks met obese kinderen te maken. Als huisarts kunnen we proberen om de omgeving en culturele gewoonten te betrekken in onze adviezen en de ouders te ondersteunen bij het aanmoedigen van hun kinderen tot meer activiteit. ■

Annemarie Schalkwijk

Waters E, et al. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database Syst Rev 2011;12:CD001871.

ADHD-mediatie risicofactor voor hart- en vaatziekten?

Op het spreekuur zien we regelmatig mensen met ADHD van wie er steeds meer methylfenidaat-achtige medicatie gebruiken. Deze medicatie geeft een verhoging van de bloeddruk en de pols, maar vormt geen risicofactor voor hart- en vaatziekten.

Amerikaanse onderzoekers richtten een multicentre retrospectief cohortonderzoek, waarbij de gegevens werden geïncludeerd van 150.359 personen van 25 tot 64 jaar oud die stimulantia (methylfenidaat, amfetamine of pemoline) of atomoxetine (selectieve norepinephrine reuptake inhibitor) gebruikten. De uitkomstmaten myocardinfarct, plotselinge hartdood en

cerebrovasculair accident werden vergeleken met personen uit hetzelfde geboortjaar en dezelfde regio, die de stimulantia of atomoxetine niet gebruikten.

Bij actief gebruik van ADHD-medicatie was het aantal ernstige cardiovasculaire events even groot als bij niet-actief gebruik (RR 1,03; 95%-BI 0,86-1,24). Ook wanneer gekeken werd naar duur van gebruik, nieuw gebruik of een voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten of psychiatrie werd geen verhoogd risico gevonden. Het feit dat ADHD-medicatie meer gebruikt wordt door hoger opgeleide blanke personen, kan mogelijk een vertekend beeld geven (*healthy-user bias*). ADHD-medicatie in het algemeen lijkt geen risicofactor te zijn voor hart- en vaatziekten onder zowel de jonge populatie (25-44 jaar) als de middelbare populatie (45-64 jaar).

Door de omvang van het onderzoek is de power groot. Voor individuele middelen is de bewijskracht echter kleiner, waardoor een gering verhoogd risico niet kan worden uitgesloten.

In de praktijk lijkt bij jongere patiënten terughoudendheid ten aanzien van ADHD-medicatie met het oog op hart- en vaatziekten niet nodig. Of langdurig gebruik een probleem wordt als de gebruikers ouder worden, zal de tijd moeten leren. ■

Sophie van Koningsbrugge

Habel LA, et al. ADHD medications and risk of serious cardiovascular events in young and middle-aged adults. JAMA 2011;306:2673-83.

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).



Eerste ervaringen met COPD-ketenzorg

Samenvatting

Smeele I, Meulepas M, Meulemans C, Reus I, Klomp M. *Eerste ervaringen met COPD-ketenzorg. Huisarts Wet 2012;55(5):194-8.*

ACHTERGROND Ketenzorg voor chronisch zieken is een hot item, maar behalve voor diabetes is er nog weinig ervaring met ketenzorgprogramma's voor bijvoorbeeld COPD, astma of cardiovasculair risicomanagement. Hoe organiseer je deze zorg, welke indicatoren gebruik je en hoe meet je de effecten? De Eindhovense zorggroep DOH heeft in 2009 ketenzorgprogramma's opgezet voor patiënten met COPD en astma, en daarvoor integrale bekostigingscontracten afgesloten met twee verzekeraars.

METHODE Tijdens de implementatie van het COPD-ketenzorgprogramma is veel aandacht besteed aan de registratie van indicatoren met het oog op interne kwaliteitssturing en externe verantwoording. Naast de 'standaard' NHG-indicatoren voor COPD-huisartsenzorg werden ook aanvullende indicatoren geregistreerd, zoals exacerbaties, zelfmanagement (stoppen met roken en bewegen) en medicatie. De registraties maken het mogelijk de situatie in 2008 (vóórdat het ketenzorgprogramma van start ging) te vergelijken met die in 2010.

RESULTATEN De prevalentie van COPD in de patiëntenpopulatie (ruim 98.000 in 2010) kwam overeen met de landelijke prevalentie: 1,9% in 2010. De helft van deze patiënten (0,9%) werd behandeld in de tweede lijn, van de overige 1% nam driekwart (0,75%) deel aan het ketenzorgprogramma. Het programma zorgde voor een aanzienlijke verbetering in de registratie: het aantal patiënten met een onduidelijke diagnose nam af van 1,5% in 2008 naar 0,02% in 2010. Bij de nulmeting in 2008 waren de meeste indicatoren bij minder dan 50% van de patiënten geregistreerd, in 2010 was dit bijna 80% voor de tien NHG-indicatoren (bij de aanvullende indicatoren was de vooruitgang kleiner). Het is aannemelijk dat de verbeterde registratie samen ging met een verbeterd zorgproces. Door onvoldoende registratie zijn er wat betreft patiëntuitkomsten nog geen conclusies te trekken.

CONCLUSIE Zelfs in een goed georganiseerde en zeer actieve zorggroep als de DOH heeft het tijd gekost (enige jaren) om de registratie van indicatoren in het reguliere zorgproces te integreren. Integrale bekostiging draagt bij aan betere registratie, maar er zijn praktische knelpunten die snelle implementatie belemmeren. Daarom is het aan te raden om te starten met een beperkte set indicatoren en pas na evaluatie daarvan te beginnen met het registreren van aanvullende indicatoren.

ACHTERGROND

Er is het nodige te doen over ketenzorg voor patiënten met chronische aandoeningen. Eén van de discussiepunten is het opzetten van zorggroepen om deze nieuwe vorm van zorg te leveren, een ander punt is het vaststellen van de juiste indicatoren om de uitkomsten te meten. Onderzoek naar ketenzorg bij diabetes mellitus, waarmee relatief meer ervaring is opgedaan, heeft laten zien dat het zorgproces op zichzelf wel verbetert, maar dat harde effecten op de patiëntuitkomsten moeilijk aantoonbaar zijn.¹⁻³ Met het opzetten van ketenzorgprogramma's voor andere chronische patiënten – bijvoorbeeld COPD, astma of cardiovasculair risicomanagement – is men terughoudender. Er is bij deze aandoeningen ook minder duidelijkheid over de te gebruiken indicatoren, mede omdat er minder bekend is over effecten op het zorgproces en de patiëntuitkomsten. Voor zover er onderzoek voorhanden is, had dat een beperkte duur (1 jaar) en vond het voor een deel plaats met hooggespecialiseerde verpleegkundigen, in een onderzoekssetting met separate gegevensverzameling en zonder integrale bekostigingssystematiek.^{4,5} In Engels onderzoek bleek een soortgelijke betalingssystematiek (*pay for performance*) het zorgproces in de huisartsenzorg te verbeteren, maar dit paste in een trend naar zorgverbetering die in voorgaande jaren al zichtbaar was.⁶

Argumenten vóór het gebruik van indicatoren in de huisartsenzorg zijn: verantwoording jegens de zorgverzekeraar die de zorg betaalt, transparantie voor de patiënt en bevordering van de kwaliteit. Argumenten contra zijn: extra administratieve lasten, bureaucrativering, de beperkte validiteit van met name uitkomstindicatoren, het gevaar

Wat is bekend?

- Er is discussie over de organisatie van ketenzorg voor chronisch zieken in de vorm van zorggroepen, en over de indicatoren waaraan de uitkomsten kunnen worden afgemeten.
- Met ketenzorg bij diabetes mellitus is al veel ervaring opgedaan, maar voor COPD, astma en cardiovasculair risicomanagement is dat veel minder het geval.
- Effecten op zorguitkomsten van COPD-ketenzorg is nog niet eenduidig vastgesteld.

Wat is nieuw?

- Het kost tijd om de registratie van indicatoren voor COPD-ketenzorg in de eerste lijn op orde te krijgen. Ook in een goed georganiseerde praktijk duurt dat een aantal jaren.
- Het registreren en verzamelen van aanvullende COPD-indicatoren (en patiëntuitkomsten) heeft een langere aanloop nodig en is in de beginfase niet aan te raden.
- Integrale bekostiging van de ketenzorg leidt tot aanzienlijk betere registratie van indicatoren en daardoor waarschijnlijk ook tot een beter zorgproces.

Zorggroep De Ondernemende Huisarts, Postbus 2406, 5600 CK Eindhoven: dr. I.J.M. Smeele, kaderhuisarts astma/COPD; I. Reus, longverpleegkundige/verpleegkundig coördinator; M.F. Klomp, huisarts, medisch directeur. Meetpunt Kwaliteit Eindhoven: dr. M.A. Meulepas, manager/onderzoeker; C. Meulemans, datamanager zorggroepen • Correspondentie: i.smeele@upcmail.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de ontwikkeling en implementatie (samen met de zorggroep PoZoB) van het regionale zorgprogramma COPD en astma is mede mogelijk gemaakt met subsidie van eerstelijns ondersteuningsorganisatie FAST met steun van zorgverzekeraars CZ en VGZ.

dat de zorg zich gaat beperken tot 'indicatoren afvinken' en interferentie in de relatie tussen arts/verpleegkundige en patiënt.

De implementatie van een ketenzorgprogramma COPD in onze zorggroep bood de mogelijkheid om een aantal vragen in deze discussie nader te onderzoeken. (1) Lukt het om gegevens te verzamelen binnen het reguliere zorgproces? (2) Wat zijn daarbij de knelpunten? (3) Leidt de implementatie van COPD-ketenzorg tot meetbaar betere zorg? (4) Wat is de toepasbaarheid en opbrengst van de NHG-indicatoren voor COPD-huisartsenzorg, en welk nut hebben aanvullende indicatoren (geleverd op verzoek van een zorgverzekeraar)?

METHODE

Populatie

Zorggroep De Ondernemende Huisarts (DOH) in Zuidoost-Brabant bestaat uit veertien NHG-geaccrediteerde huisartsenpraktijken met 54 huisartsen, 23 POH's en twee gespecialiseerde verpleegkundigen. Eind 2008 stonden bij de aangesloten praktijken in totaal 89.487 patiënten ingeschreven, een aantal dat eind 2009 gestegen was tot 93.911 en eind 2010 tot 98.685.

De zorggroep heeft in 2009 ketenzorgprogramma's voor COPD, astma en diabetes mellitus geïmplementeerd. Regionale ketenzorgprogramma's werden opgesteld in samenspraak met huisartsen, praktijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, consultant-longartsen en het diagnostisch centrum, in samenwerking met de praktijkondersteuningsorganisatie PoZoB en met subsidie van de regionale ondersteuningsorganisatie Fast. Voor beide ketenzorgprogramma's sloot DOH integrale bekostigingscontracten af met de preferente zorgverzekeraars VGZ en CZ.

Aan de basis van het COPD-zorgprogramma liggen de *Zorgstandaard COPD* van de Long Alliantie Nederland, de *NHG-Standaard COPD* en de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van COPD*.⁷⁻⁹ Het programma omvat vijf modules (diagnostiek/intensieve fase; follow-up/minder intensieve fase; exacerbaties; stoppen met roken; bewegen) – het zorgprogramma astma heeft dezelfde structuur, maar zonder de module bewegen. Gezien de lage prevalentie van een lage BMI in de populatie patiënten in het zorgprogramma en de discussie over de plaats van dieetinterventies zijn afspraken met diëtisten niet opgenomen.¹⁰ Met apothekers waren er al regionale afspraken over inhalatie-instructie bij eerste uitgifte, en met longartsen zijn er afspraken gemaakt over de verwijs- en terugverwijscriteria uit de bovengenoemde richtlijnen.

Interventie

Voor de implementatie van het zorgprogramma zijn 10 scholingen (6 zorginhoudelijke en 4 over registratie) voor huisartsen en POH gezamenlijk georganiseerd. Aan de orde kwamen: correcte diagnostiek, medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling (bewegen en stoppen met roken), spirometrie en bespreking van eigen casuïstiek. Voor de registratie werden de protocollen uit het HIS gebruikt (binnen de zorggroep zijn drie verschillende HIS's in gebruik). Alle praktijken kregen bij de implementatie van het

zorgprogramma ondersteuning in de vorm van praktijkbezoeken door een (long)verpleegkundig coördinator, een zorgprogrammamap (gebaseerd op de NHG-Praktijkwijzer Astma en COPD), een website, een nieuwsbrief en vijf feedbackrapportages. De longverpleegkundig consultant besprak deze feedbackrapportages (zowel op praktijk- als individueel patiëntniveau) met de POH en de huisarts tijdens haar praktijkbezoeken; twee ervan gingen over de correcte inclusie van patiënten en drie over de zorginhoud.

Uitkomstmaten

De kwaliteitsindicatoren van het ketenzorgprogramma sloten aan bij de NHG-indicatoren COPD¹¹ [figuur 1]. Op verzoek van de zorgverzekeraar werden aanvullende indicatoren geregistreerd, waaronder exacerbaties, kwaliteit van leven, zelfmanagementinterventies (stoppen met roken, beweegprogramma bij fysiotherapie), medicatie en validiteit van de diagnose [figuur 2]. Met het oog op voortschrijdende ontwikkelingen rond indicatoren en nog te definiëren uniforme HIS-coderingen voor bijvoorbeeld exacerbaties werd voor deze indicatoren een 'groeimodel' afgesproken. Principieel uitgangspunt was dat de registratie binnen de reguliere zorgverlening moest passen en dat het HIS de primaire bron moest zijn.

De indicatoren zijn gemeten op drie momenten: de nulmeting had betrekking op 2008, de eerste meting op 2009 en de tweede meting op 2010. Elk van de drie metingen betrof alle

Abstract

Smeele IJM, Meulepas MA, Meulemans C, Reus I, Klomp MF. Implementation of integrated care in COPD. Huisarts Wet 2012;55(5):194-8.

INTRODUCTION Implementation of integrated care through care groups and the use of indicators is subject for discussion, particularly in COPD, asthma and CVRM partly because there is little information available about the perceived effects and use of indicators.

BACKGROUND The care group DOH (2010, 98,685 registered patients) implements since 2009 integrated care for COPD and asthma using bundled payment contracts with health insurance companies.

KEY MEASURES OF QUALITY IMPROVEMENT National COPD indicators GP care with additional indicators on exacerbations, self-management (stop smoking and exercise) and medication.

EFFECTS The prevalence (1.9%) was in concordance with national figures. In 2010, 1% of the patients was treated in primary care (0.75% in care programme, 0.25% had no indication) and 0.9% in secondary care. The number of patients with an unclear diagnosis decreased from 1.5% in 2008 to 0.02%. At baseline (2008), most indicators were less than 50% registered after two years this increased to almost 80% in the COPD indicators GP care. The additional indicators improved less. It is likely that the improved registration is associated with improved care process. Because of incomplete recordings concerning patient outcomes, no conclusions can be drawn yet.

LESSONS TO BE LEARNT It takes several years before recording of care process is at a sufficient level, practical bottlenecks hamper the rapid implementation. Registration and extraction of additional indicators (and patient outcomes) is not recommended in the initial phase. The indicators can be used for both internal quality assurance and external accountability.

patiënten die op dat moment in het ketenzorgprogramma waren opgenomen, in de HIS geregistreerd als 'hoofdbehandelaar huisarts'. Van de meting uitgesloten waren patiënten met 'geen geregelde zorg' in de HIS-registratie. De resultaten waren bestemd voor intern kwaliteitsbeleid en sturing, maar dienden ook als benchmarkinformatie en prestatie-indicator voor de zorgverzekeraars.

De gegevens uit de drie verschillende HIS'sen zijn verzameld door het Meetpunt Kwaliteit Eindhoven, dat het data-management van DOH verzorgt, in samenwerking met het Pharmo Instituut Utrecht.

RESULTATEN

Prevalentie van COPD

De prevalentie van COPD in de patiëntenpopulatie van DOH kwam in 2009 en 2010 overeen met de landelijke prevalentie: 1,8% en 1,9%.⁷ Van de patiënten bleek in 2010 ruim de helft (1% van het totaal) behandeld in de eerste lijn (0,75 % opgenomen in het zorgprogramma en 0,25% behandeld in de eerste lijn maar geen indicatie voor opname in het zorgprogramma vanwege hoge leeftijd en/of beperkte ziektelast en/of onvoldoende motivatie), en iets minder dan de helft (0,9%) behandeld in de tweede lijn. Het aantal patiënten met een onduidelijke diagnose (dat wil zeggen code R95 COPD zonder hoofdbehandelaarregistratie, afspraak alleen toe te kennen na spirometrie en/of analyse van journaalgegevens op correctheid van diagnose en/of longartsdiagnostiek) nam drastisch af, van 1,5% in 2008 tot 0,3% in 2009 en 0,02% in 2010, alweer gerekend over de totale populatie.

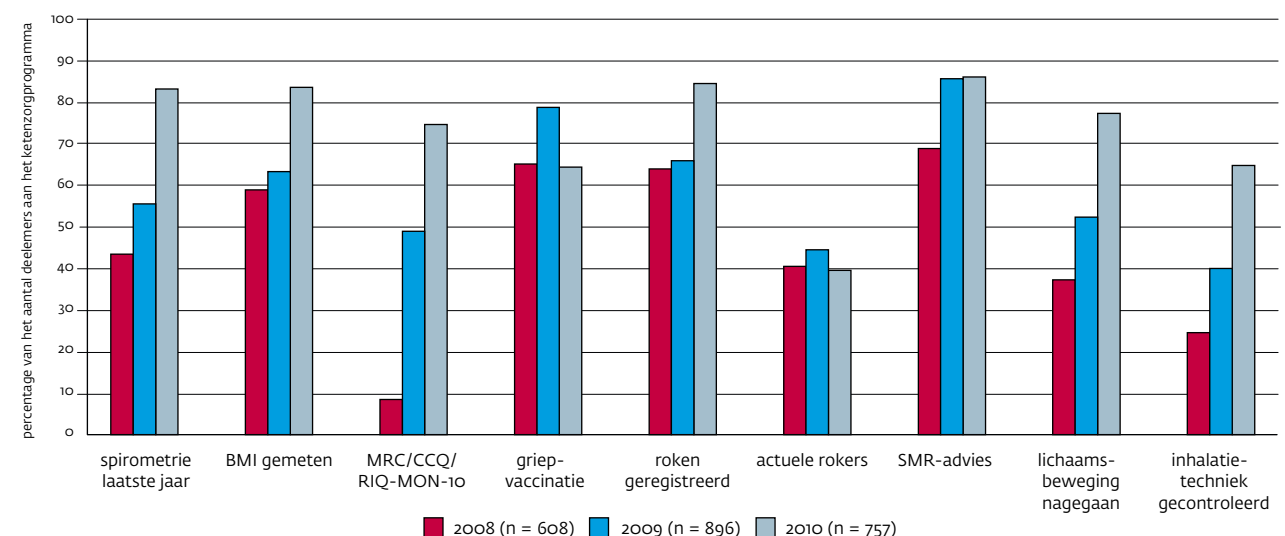
Verbeteringen in registratie en zorgproces

De nulmeting in 2008 (gedaan over 73.597 van de 89.487 patiënten) liet zeer veel ruimte voor verbetering zien wat betreft registratie en geleverde zorg. De meeste indicatoren, NHG of aanvullend, waren in 2008 voor nog niet de helft van de patiënten geregistreerd, maar in 2010 was dit aandeel gestegen tot gemiddeld bijna 80% voor de NHG-indicatoren [figuur 1]. De vooruitgang was minder groot voor de aanvullende indicatoren, met name voor de zelfmanagementinterventies stoppen met roken en beweegprogramma [figuur 2].

Toch steeg het percentage correct gebruik van inhalatiemedicatie van 72% in 2008 naar 88% in 2010, dus het is aanmerkelijk dat de verbeterde registratie samenging met een verbeterd zorgproces. Dit laatste is ook af te leiden uit de jaarlijkse spirometriemetingen en uit de aandacht voor functionele en beweegstatus, rookgedrag, gewicht, comorbiditeit en inhalatietechniek. Het is echter niet uit te sluiten dat aan rookgedrag, gewicht en inhalatietechniek al eerder aandacht werd besteed maar dat dit niet als zodanig, of alleen als vrije tekst, in het journaal werd genoteerd.

Over patiëntuitkomsten waren de gegevens bij de nulmeting in 2008 onvoldoende betrouwbaar. Gemiddeld waren er in 2009 per patiënt 0,26 met prednis(ol)on behandelde exacerbaties, en in 2010 0,36. De mate van bewegen (bij de patiënten bij wie dat was geregistreerd) was in 2009 bij 36% en in 2010 bij 21% gelijk of minder dan ADL. De score op de CCQ-Kwaliteit van Leven was in 2010 bij 45% geregistreerd en had een gemiddelde waarde van 1,29 op een schaal van 0 (geen beperkingen) tot 5 (erg beperkt). Gezien de onvolledige registratie en het beperkte aantal metingen zijn er over patiëntuitkomsten nog geen conclusies te trekken.

Figuur 1 Registratie van NHG-indicatoren huisartsenzorg COPD¹¹



BMI = body mass index; BNP = brain-natriuretisch peptide; CCQ = Clinical COPD Questionnaire; FEV₁ = forced expiratory volume in 1 second; FVC = forced vital capacity; GOLD = Global Initiative for Chronic Obstructive lung Disease; RIQ-MON-10 = Respiratory Illness Questionnaire Monitoring 10; MRC = Medical Research Council Dyspnea score; SMR = stoppen met roken.

DISCUSSIE

Een aantal praktische knelpunten bij het registreren, verzamelen en rapporteren belemmerde een snelle ingebruikname van de indicatoren [kader].

Praktische knelpunten

- Niet goed importeren en wegschrijven van longfunctiemetwaarden uit spirometers.
- Meetwaarden in de HIS-tabellen onvoldoende up to date (niet volgens de laatste versie van de landelijke standaard).
- Ontbreken (aanvankelijk) van meetwaarden voor verwijzing fysiotherapie en stoppen-met-rokeninterventies.
- Onvoldoende consequente registratie van comorbiditeit.
- Kopiëren van de meetwaarde 'roken nee' bij niet-rokers uit voorgaande jaren.
- COPD-gerelateerde ziekenhuisopnames niet te registreren in HIS.
- Lange doorlooptijd (tot zes à acht maanden) van feedbackrapportages.
- COPD-indicatoren worden tijdens het spreekuur verzameld (indicatoren voor diabetes en cardiovasculair risicomanagement worden voornamelijk via het laboratorium verzameld).
- Patiënten komen niet op controles.

De resultaten laten zien dat het ook in een goed georganiseerde eerstelijnszorggroep met een actieve implementatiestrategie een aantal jaren duurt voordat de registratie van COPD-indicatoren zodanig is dat men er een regulier ketenzorgproces mee kan onderbouwen. Daarbij moeten nogal wat praktische knelpunten overwonnen worden. Het is haalbaar om de beperkte set NHG-indicatoren voor COPD in het reguliere zorgproces te verzamelen. Maar het registreren (en verzamelen) van aanvullende indicatoren, hoe relevant ook in zorginhoudelijk opzicht en vanuit patiëntperspectief, heeft

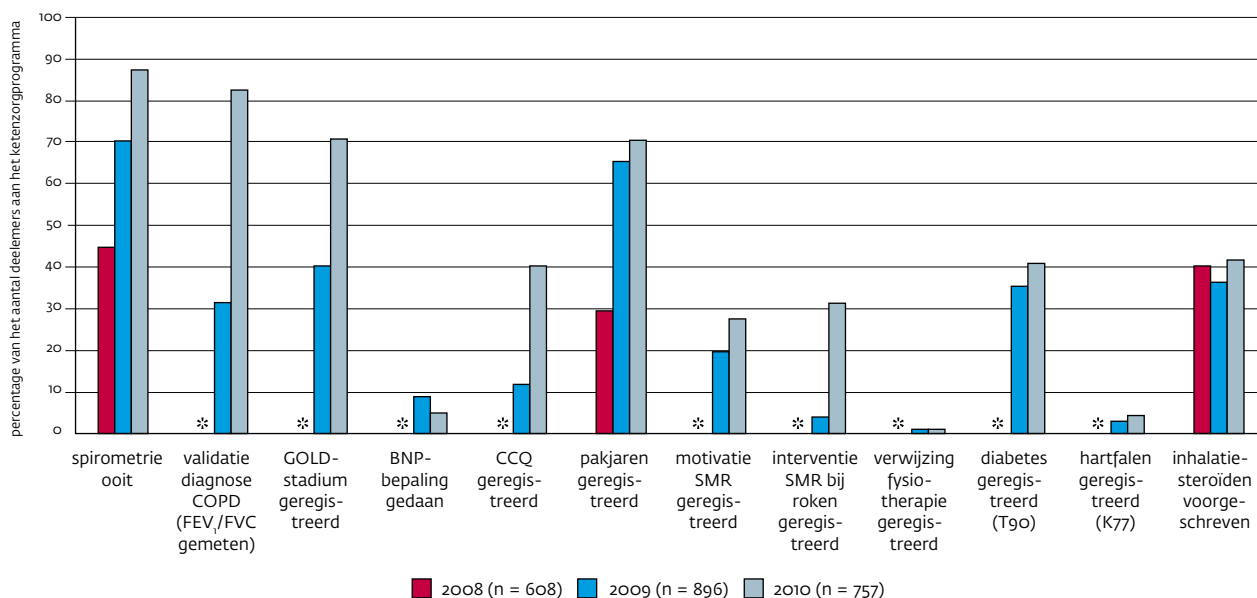
een langere aanloop nodig en is zeker in de beginfase niet aan te raden. Zorgverleners moeten eerst de basisset goed kunnen registreren en verzamelen, pas daarna kan men eventuele volgende stappen zetten.

Een belangrijke randvoorwaarde bij dit alles is een goede, eenduidige systematiek in het elektronisch patiëntendossier met uniforme, uitgeteste meetwaarden zoals in de *NHG-Tabel Diagnostische bepalingen*.¹² Eenduidige systematiek is een grote steun voor de zorgverleners, zowel in het zorgproces zelf als bij het verzamelen van de indicatoren. Is de beperkte set indicatoren eenmaal goed geregistreerd en geëxtraheerd, dan kunnen verbeteringen zichtbaar worden gemaakt.

Tijdens de implementatie van ons COPD-ketenzorgprogramma zagen wij een aanzienlijke verbetering van de registratie, en het is aannemelijk dat daardoor ook de zorg is verbeterd. Meetbare veranderingen op patiëntniveau zijn echter de eerste jaren nog niet te verwachten. Dat komt vooral door registratieproblemen. Zo zijn exacerbaties moeilijk betrouwbaar te registreren vanwege definitieproblemen, en was de kwaliteit van leven de eerste twee jaar bij onvoldoende patiënten geregistreerd om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen over veranderingen daarin. Daarbij is nog onduidelijk in hoeverre de verleende zorg in de eerste lijn bij patiënten met milde ziektelast daadwerkelijk invloed heeft op bijvoorbeeld longfunctie, kwaliteit van leven en exacerbaties. Men zou dit moeten nagaan aan de hand van pilotonderzoek in 'koplopergroepen' en binnen het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg.

Op praktijkniveau kunnen de NHG-indicatoren al gebruikt worden voor interne kwaliteitssturing, bijvoorbeeld via feedbackrapportages aan en benchmarking van de zorgverleners,

Figuur 2 Registratie aanvullende indicatoren COPD



* Gegevens voor 2008 ontbreken.



Foto: Ger Loeffen/Hollandse Hoogte

maar ook voor externe verantwoording, bijvoorbeeld als prescriptie-indicatoren binnen de zorggroep en voor verzekeraars: wordt er geleverd wat is afgesproken? Is met deze beperkte set eenmaal ervaring opgedaan, dan is de volgende stap een kritische evaluatie: hoe definieer je een 'goed' resultaat (bijvoorbeeld: als het om het aantal rokers gaat, is een afname met enkele procenten al goed, maar bij de mate van nagaan van

kwaliteit van leven en beweegstatus moet men streven naar scores > 90%), welke plafondeffecten treden op (heeft het zin om een indicator die > 90% scoort nog te verzamelen?), welke toegevoegde waarde heeft de indicator in de kwaliteitscyclus, is hij voldoende afgestemd op de patiënt, enzovoort. Op grond van die ervaringen en inzichten kunnen dan aanvullende indicatoren gekozen worden. ■

LITERATUUR

- 1 Struijs JN, Van Til JT, Baan CA. Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands: The first tangible effects. Bilt-hoven: RIVM, 2010.
- 2 Rutten GE. Diabeteszorggroepen en de keten-DBC. *Bijblijven* 2010;26:9-16.
- 3 Lutgers HL, Gerrits EG, Sluiter WJ, Ubink-Veltmaat LJ, Landman GWD, Links TP, et al. Life expectancy in a large cohort of type 2 diabetes patients treated in primary care (ZODIAC-10). *PLoS One* 2009;4:e6817.
- 4 Steuten L, Vrijhoef B, Van Merode F, Wesseling GJ, Spreeuwenberg C. Evaluation of a regional disease management programme for patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Qual Health Care* 2006;18:429-36.
- 5 Meulepas MA, Jacobs JE, Smeenk FW, Smelee I, Lucas AE, Bottema BJ, et al. Effect of an integrated primary care model on the management of middle-aged and old patients with obstructive lung diseases. *Scand J Prim Health Care* 2007;25:186-92.
- 6 Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med* 2009;361:368-78.
- 7 Salomé PhL, In 't Veen JCCM, Van Vliet M, Euvling E, Göttgens W, Harms LM, et al. Zorgstandaard COPD 2010. Amersfoort: Long Alliantie Nederland, 2010.
- 8 Smelee IJM, Van Weel C, Van Schayck CP, Van der Molen T, Thoonen B, Schermer T, et al. NHG-Standaard COPD. *Huisarts Wet* 2007;50:362-79.
- 9 Dekhuijzen PNR, Geijer RMM, Grol MH, Kerstjens HAM, Smelee IJM, Weijermans JW, et al. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD: Actualisatie 2010. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2010.
- 10 Steuten LM, Creutzberg EC, Vrijhoef HJ, Wouters EF. COPD as a multicomponent disease: inventory of dyspnoea, underweight, obesity and fat free mass depletion in primary care. *Prim Care Resp J* 2006;15: 84-91.
- 11 Van Althuis TR, Bouma M, Bastiaanssen EHC. Overzicht en definitie van indicatoren voor COPD in de huisartsenzorg: Versie 1.1. Utrecht: NHG, 2009. http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_automatisering/Indicatoren/downloads-1.htm.
- 12 HIS-tabel Diagnostische bepalingen versie 15 [internet]. Utrecht: NHG, 2010 [update versie 17, januari 2012]. http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_automatisering.htm.

Nico van Duijn

Licht en migraine

Algemene overgevoeligheid voor licht hoor je vaak van mensen met migraine. De hypergevoeligheid voor schel licht tijdens de migraineaanval is een vast kenmerk bij veel migrainemensen, maar niet bij allemaal. Licht als uitlokker voor een migraineaanval kan ook. Het lijkt erop dat bijzondere kleuren, soorten licht en flikkeringen een aanval kunnen uitlokken, maar ik denk dat dit zeldzaam is. Misschien is er nog een vierde relatie tussen licht en migraine. Oorzaak en

gevolg kunnen namelijk ook omgekeerd zijn en dan helpt een gekleurde bril niet.

Het is mogelijk dat in de aanloop naar een migraineaanval de gevoeligheid al is verhoogd voor licht, bepaalde kleuren of voor een knipperfrequentie van bijvoorbeeld 50Hz/s. Dan is het licht dat je beschouwt als de uitlokker van de aanval geen uitlokker, maar een aankondiging. Vermoedelijk geldt zoiets ook voor voedingsmiddelen. Dit zijn de zogenaamde prodromen, een halve dag tot twee dagen voor de aanval. Zo'n prodroom kan zijn dat je trek hebt in

chocolade (of prikkelbaar bent, opruiwende krijgt of trek krijgt in augurken). Na het eten van de chocolade komt dan de migraineaanval, niet door de chocolade. Misschien werkt dit bij verkeerd en schel licht ook zo. Dit zal allemaal per mens verschillen. Het is uit te proberen. Verzin een experiment met jezelf, stel jezelf herhaaldelijk bloot aan de uitlokker en daarna een lange periode niet. Registreer dit goed. Geheel wetenschappelijk is dit niet. Maar oorzaak en gevolg omdraaien is dat ook niet. Erna is niet vanzelfsprekend erdoor. ■





Ketenzorg: weet wat u meet

Smeele et al. hebben een primeur met hun artikel over de ervaringen met COPD-ketenzorg.¹ Gestandaardiseerde zorg en indicatoren bij COPD zijn controversieel en juist daarom is hun objectieve beschrijving, inclusief de ervaren knelpunten, zo interessant. Na implementatie van ketenzorg in een Zuidoost-Noord-Brabantse zorggroep leek het zorgproces tussen 2008 en 2010 flink te verbeteren. Dit is af te leiden uit de sterke toename van geregistreerde procesindicatoren, waaronder spirometrie, BMI en rookgedrag. Er was echter onvoldoende extraheerbare informatie om de effecten op de gezondheidstoestand te beoordelen. Zo waren ernstige exacerbaties en kwaliteit van leven onvoldoende geregistreerd. Helaas moeten we dus nog afwachten of ketenzorg brengt wat we hopen, namelijk meer levenskwaliteit en minder klachten dan bij de conventionele zorg.

GELOVIGEN

Het is de vraag of er een gezondheidseffect te verwachten is bij degenen voor wie die ketenzorg is bedoeld, dus patiënten met milde en matig ernstige COPD. Die vraag is eigenlijk niet te beantwoorden omdat er weinig bekend is over het behandel-effect bij deze groep. Toch bestaan er fervente voor- en tegenstanders van het opsporen en monitoren van vroege COPD.^{2,3} Voorstanders voeren aan dat adequate behandeling de klachten en exacerbaties vermindert, maar dit bewijs is vooral gebaseerd op tweedelijns onderzoeken bij ernstige COPD.⁴ Zij beroepen zich ook op onderzoeken die aantoonen dat een diagnose COPD helpt om te stoppen met roken.⁵ Deze onderzoeken beschreven echter alleen de effecten op korte termijn (een jaar).

Tegenstanders benadrukken de hoge kosten, gezien het grote aantal patiënten. Verder voeren zij ethische bezwaren aan over het 'labelen' van patiënten met een aandoening waarvan het beloop heterogeen en slecht voorspelbaar is.³ De meeste mensen met milde COPD ontwikkelen geen ernstige COPD, zelfs niet als zij blijven roken, en mogen wij hen dan medicaliseren?

Toch moet ketenzorg niet op basis van gevoel worden beoordeeld. Als zorggroepen hun resultaten blijven publiceren, kunnen we binnenkort een objectief oordeel vellen.

BEHOUD HET GOEDE

Wat nu te doen als de resultaten tegenvallen? Kunnen we het dan opbrengen om deze ketenzorg te stoppen? Op dit moment zijn veel zorggroepen bezig met implementatie en de ervaring leert dat het lastig is om eenmaal ingeburgerde zorg weer af te bouwen. Toch zou dat idealiter wel moeten.

Misschien volstaat het de onderdelen te behouden die werkelijk effect hadden. Die onderdelen kunnen we boven water halen door een gecombineerde analyse van gegevens van meerdere zorggroepen, wellicht door samenwerkende universiteiten.

DE GEMENE DELER

Tot slot is er veel overlap in de ketenzorg voor COPD en die voor cardiovasculair risicomanagement. Beide programma's zijn gericht op leefstijl (bewegen, voeding, alcohol), gewicht en inspanningstolerantie. Stoppen met roken verbetert niet alleen de prognose bij mensen met COPD maar bij iedereen, in het bijzonder bij mensen met een verhoogd cardiovasculair risico, inclusief diabetes.⁶ Bovendien gaat COPD samen met een hoger cardiovasculair risico.⁷

Het zou daarom misschien beter zijn deze ketens te integreren. Patiënten hoeven dan minder vaak naar de praktijkondersteuner te gaan en er wordt minder dubbel gemeten en geregistreerd. De probleemanalyse wordt natuurlijk wel ingewikkelder. Want komt die verminderde inspanningstolerantie nou door COPD, door overgewicht of door coronairlijden? En als de patiënt zich opeens fitter voelt, komt dat dan door de beter gereguleerde bloeddruk of speelt het starten van ipratropiumbromide een rol? Kijk, dat begint weer op huisartsgeneeskunde te lijken. ■

LITERATUUR

- 1 Smeele I, Meulepas M, Meulemans C, Reus I, Klomp M. Eerste ervaringen met COPD-ketenzorg. *Huisarts Wet* 2012;55:194-8.
- 2 Price D, Freeman D, Cleland J, Kaplan A, Cerasoli F. Earlier diagnosis and earlier treatment of COPD in primary care. *Prim Care Respir J* 2011;20:15-22.
- 3 Enright P, White P. Detecting mild COPD: don't waste resources. *Prim Care Respir J* 2011;20:6-8.
- 4 Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;176:532-55.
- 5 Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J, Czajkowska-Malinowska M, Regula J, Mieszko-Filipczyk G, et al. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking. *Thorax* 2006;61:869-73.
- 6 Haire-Joshu D, Glasgow RE, Tibbs TL. Smoking and diabetes. *Diabetes Care* 1999;22:1887-98.
- 7 Sin DD, Man SFP. Why are patients with chronic obstructive pulmonary disease at increased risk of cardiovascular diseases? *Circulation* 2003;107:1514-9.



Het melden van incidenten door huisartsen-in-opleiding

Samenvatting

Zwart DL, Heddema WS, Vermeulen MI, Van Rensen EL, Verheij TJ, Kalkman CJ. Het melden van incidenten door huisartsen-in-opleiding. *Huisarts Wet* 2012;55(5):200-3.

ACHTERGROND Huisartsopleiders moeten voortdurend de balans bewaken tussen de zorg voor en de veiligheid van de patiënt enerzijds, en de mogelijkheid voor de huisarts-in-opleiding om 'het vak te leren' en daarbij fouten te maken. Er is wel (buitenlands) onderzoek gedaan naar de rol van aios bij incidenten in de tweede lijn, maar er is weinig bekend over de situatie in de huisartsenopleiding.

METHODE Wij voerden in 2008 een prospectief cohortonderzoek uit onder 66 eerste- en 13 derdejaars huisartsen-in-opleiding aan het UMC Utrecht. De deelnemers konden een half jaar lang op vrijwillige en vertrouwelijke basis schriftelijk incidenten melden. De oorzaken van elk incident werden systematisch geanalyseerd in een interview en daarna beoordeeld door een panel van deskundigen.

RESULTATEN Vierentwintig aios meldden in totaal 44 incidenten, waarvan er 23 het werkproces betroffen en 17 het klinisch redeneren. Tweederde (29/44) van de incidenten had op het moment zelf geen of weinig gevolgen voor de patiënt, bijna negen tiende (39/44) zou op termijn matig tot zeer ernstige gevolgen kunnen hebben. Driekwart van de incidenten bleek niet per se samen te hangen met onkunde of onervarenheid van de aios. Aios die hoog scoorden op medisch-inhoudelijke competentie meldden significant meer incidenten dan studenten die lager scoorden (43% versus 18%, $p = 0,03$).

CONCLUSIE Huisartsen-in-opleiding zijn bereid incidenten te melden in een vertrouwelijke en veilige omgeving. Naarmate zij hoger scoren op de competentiebeoordelingsschaal voor medisch-inhoudelijk handelen melden zij meer incidenten. In tegenstelling tot wat in buitenlands (retrospectief) onderzoek is gebleken, zijn de meeste incidenten niet zozeer te wijten aan onervarenheid of werkdruk als wel aan tekortkomingen in de organisatie. Het is aan te bevelen incidentmelding structureel in de opleiding in te bedden.

INTRODUCTIE

Onderwijs geven aan aios is een uitdaging, ook als het erom gaat de patiëntveiligheid te waarborgen. De opleider moet voortdurend zoeken naar een juiste balans tussen deze weinig ervaren dokters zoveel mogelijk zelfstandig laten beslissen, opdat zij 'het vak' leren, en voorkomen dat zij fouten maken en de veiligheid van de zorg in gevaar brengen.^{1,2}

Dat aios relatief vaak betrokken zijn bij fouten in de zorg is bekend. Bij 76% van de aansprakelijkheidszaken in de Nederlandse spoedzorg tussen 1993 en 2001 waren aios betrokken.³ In diverse buitenlandse onderzoeken zijn factoren geïdentificeerd die daarbij een rol spelen: gebrek aan kennis en ervaring in combinatie met een hoge werkdruk,⁴ lange werktijden, inadequate supervisie en onvoldoende overdracht,⁵⁻⁹ en stress en depressie, waaraan aios regelmatig lijden.^{6,10,11} Deze onderzoeken zijn voornamelijk gedaan in ziekenhuizen en met retrospectieve methoden, zoals vragenlijsten en dossierreviews. Prospectieve gegevensverzameling, bijvoorbeeld aan de hand van incidentmeldingen, bleek in eerdere onderzoeken problematisch omdat de aios huiverig waren om hun fouten te melden uit vrees voor een negatieve beoordeling.¹²⁻¹⁵

Het ontbreken van gegevens over incidentmeldingen door Nederlandse huisartsen-in-opleiding was de aanleiding voor dit onderzoek. Doel was om mogelijke relaties tussen de opleidingssituatie en het melden van incidenten te bestuderen, zowel wat betreft de bereidheid van huisartsen-in-opleiding om de melding te doen als wat betreft de inhoud van de meldingen. Hiertoe exploreerden we het aantal en de aard van incidentmeldingen door huisartsen-in-opleiding, en de relatie tussen het melden van incidenten en beoordelingsscores van de aios op de verschillende competenties van het huisartsenvak.

METHODE

Setting, deelnemers en gegevensverzameling

Ons prospectieve cohortonderzoek maakte deel uit van het SPIEGEL-onderzoek naar het melden van incidenten in de huisartsgeneeskunde.¹⁶ Wij vroegen 66 eerstejaars en 13 derdejaars huisartsen-in-opleiding aan het UMC Utrecht om deel te nemen aan een vrijwillige en vertrouwelijke incidentmeldingsprocedure. Zij konden in 2008 zes maanden lang elk incident (gedefinieerd als 'elke onbedoelde of onverwachte gebeurtenis die heeft geleid, had kunnen leiden of nog zal leiden tot schade voor de patiënt'¹⁷) melden op een papieren formulier.

Wat is bekend?

- Aios raken regelmatig betrokken bij fouten in de gezondheidszorg. Bij 76% van de aansprakelijkheidszaken in de Nederlandse spoedzorg waren aios betrokken.
- Uit buitenlands onderzoek blijkt dat gebrek aan kennis en ervaring en een hoge werkdruk de kans op fouten vergroten.

Wat is nieuw?

- De meeste fouten die aios meldden, hadden ook buiten de opleidingssituatie kunnen gebeuren. Zij waren niet zozeer te wijten aan onervarenheid als wel aan tekortkomingen in de organisatie.
- Aios die goed scoorden op medisch inhoudelijk handelen, meldden fouten vaker.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. D.L.M. Zwart, huisarts; W.S. Heddema, aios Huisartsgeneeskunde; dr. M.I. Vermeulen, huisarts; prof.dr. Th.J.M. Verheij, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. UMC Utrecht, Kwaliteit en Veiligheid: dr. E.L.J. van Rensen, senior onderzoeker. UMC Utrecht, divisie Anesthesiologie, Intensive care en Spoedeisende hulp: prof.dr. C.J. Kalkman, anesthesioloog • Correspondentie: d.zwart@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerking van: Zwart DL, Heddema WS, Vermeulen MI, Van Rensen EL, Verheij TJ, Kalkman CJ. Lessons learnt from incidents reported by postgraduate trainees in Dutch general practice. A prospective cohort study. *BMJ Qual Saf* 2011;20:857-62. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

lier en dat opsturen naar de onderzoeker (DZ). De onderzoeker analyseerde alle gemelde incidenten samen met de melder volgens de SIRE-methode (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie).¹⁸ Een uitgebreid schriftelijk verslag van het interview werd door de meldende aios zo nodig aangevuld en vervolgens geaccordeerd.

Uitkomstmaten en gegevensanalyse

Frequentie en aard van de incidentmeldingen werden vastgesteld en de incidenten werden op basis van het interview met de melder gecategoriseerd naar type en naar de ernst van de gevolgen voor de patiënt. Daarna beoordeelden vier medisch-inhoudelijke experts onafhankelijk van elkaar de narratieven van de incidentmeldingen om vast te stellen of het incident waarschijnlijk ontstaan was *omdat* de betrokken arts een aios was, of dat het evengoed zou kunnen hebben ontstaan als de betrokken arts een huisarts was geweest. Deze uitkomst werd op basis van consensus vastgesteld. Twee onderzoekers bepaalden vervolgens met een oorzakenanalyse volgens SIRE ook de hoofdoorzaken en bijdragende factoren van de incidenten (kappa 0,82). Ten slotte vergeleken wij op de competentiebeoordelingslijsten van de eerstejaars aios (ComBeL, vierpuntsschaal¹⁹) de scores van de groep 'melders' met die van de 'niet-melders'.

RESULTATEN

Kenmerken van de gemelde incidenten

Er werden in de onderzoeksperiode 44 incidenten gemeld, waarvan er 23 het werkproces betroffen, 17 het klinisch redeneren, 2 de communicatie en 2 het materiaal of de logistiek [tabel 1].

Negen incidenten hadden op het moment van melden grote gevolgen voor de patiënt, 6 incidenten hadden matig ernstige, 17 incidenten hadden kleine en 12 incidenten hadden geen gevolgen. De mogelijke gevolgen, dat wil zeggen wat er redelijkerwijs had kunnen gebeuren, waren meestal één categorie ernstiger dan de werkelijke gevolgen, behalve bij de gemiste diagnoses. In deze groep was de potentiële schade voor de patiënt vaak groot, terwijl het incident op het moment dat het ontdekt werd geen (n = 5) of kleine (n = 8) gevolgen had.

De experts beoordeelden 34 van de 44 incidenten als 'zeker niet gerelateerd' aan de opleidingssituatie. Bij deze incidenten had net zo goed een meer ervaren huisarts betrokken kunnen zijn.

Bij analyse van de 44 incidenten identificeerden de onderzoekers 190 oorzaken, met een spreiding van 1 tot 11 per incident. De meest voorkomende hoofdoorzaak was geen of onduidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden binnen het zorgproces, gevolgd door inadequate apparatuur of materialen en afwezigheid van procedures. In zes gevallen was onvoldoende supervisie de belangrijkste oorzaak, hetzij doordat de betrokken aios zijn vraag of zijn zorgen over de patiënt niet expliciet genoeg formuleerde of doordat de opleider niet in zijn superviserende rol bleef, maar de rol van behandelaar overnam tijdens de consultatie. Communicatie

en werkomstandigheden waren zelden de belangrijkste oorzaak van een incident, maar droegen er, samen met patiënt-gerelateerde factoren en de heersende organisatiecultuur, wel belangrijk toe bij.

Competentiescores van meldende en niet-meldende aios

Vierentwintig van de 79 aios (30%) meldden tussen de 1 en 4 incidenten. De bereidheid om te melden bleek bij 66 eerstejaars aios significant samen te hangen met hun competentiescore tijdens de negendemaandsevaluatie (waarna de beslissing valt of de aios de huisartsenopleiding kan vervolgen). Aios die op de ComBeL-subschaal Medisch-inhoudelijk handelen de maximale score haalden, meldden vaker een incident dan aios met een lagere score (p = 0,03, zie [tabel 2]). Ook op de meeste andere competenties scoorden de 'meldende eerstejaars' gemiddeld hoger dan de 'niet-meldende eerstejaars', maar op deze subschalen was het verschil niet significant.

DISCUSSIE

Belangrijkste bevindingen

De incidenten die onze groep huisartsen-in-opleiding meldde in een vertrouwelijke meldingsprocedure, betroffen vooral de organisatorische en klinische aspecten van het zorgproces. De meeste gemelde incidenten hadden ook buiten de opleidings-situatie kunnen gebeuren. Dit suggereert dat het gebrek aan kennis en ervaring van een aios niet van groot belang is bij het ontstaan van incidenten in opleidingspraktijken. Verder lijkt er een positief verband te bestaan tussen medisch-inhoudelijke competentie en het aantal incidentmeldingen van een aios.

Tabel 1 Typen gemelde incidenten met voorbeelden (n = 44)

	Aantal	%
Werkproces	23	52%
■ administratie en registratie (voorbeeld: wijziging van medicatie door een ziekenhuisspecialist, aangegeven in ontslagbrief, werd niet aangepast in het EMD van patiënt waardoor onjuiste herhaalmedicatie werd uitgeschreven)	4	
■ diagnostisch proces (voorbeeld: een biopt van een huidtumor werd gevonden in een PA-envelop tussen de 'nieuwe' enveloppen en bleek niet meer te beoordelen; patiënt noch aios hadden de uitslag gemist)	6	
■ therapeutisch proces (voorbeeld: voor een patiënt met recidiverende <i>Candida</i> -infecties werd een recept flucloxacilline aangemaakt in plaats van het door de aios bedoelde fluconazol)	11	
■ anders (voorbeeld: een 103-jarige patiënte brak haar os pubis toen zij struikelde over de tas van de aios die bij haar een visite aflegde)	2	
Klinisch (kennis en vaardigheden)	17	39%
■ onjuiste uitvoering van klinische taak (voorbeeld: onjuist aanvullend diagnostisch onderzoek aangevraagd bij patiënte met postmenopauzaal bloedverlies)	3	
■ onjuiste of vertraagde diagnose (voorbeelden: delay in de diagnose hersentumor bij patiënte met slapeloosheid en geheugenstoornissen; onterechte diagnose diabetes mellitus type II bij een 50-jarige patiënt)	11	
■ onjuiste behandeling (voorbeeld: telefonisch advies en geruststelling van de vader van een 11-jarig kind met diabetes mellitus type I dat hevig braakte)	3	
Communicatie, teamwork (voorbeeld: reanimatie van een 80-jarige patiënte in een verzorgingshuis met een niet-reanimerenverklaring waarvan verzorging noch aios op de hoogte waren)	2	4,5%
Materialen, logistiek (voorbeelden: 'exploderende' oorspuit tijdens uitspuiten van oor; botte 'scherpe lepels' bij verwijderen van een verruca seborrhoica)	2	4,5%

Tabel 2 Competentie versus meldgedrag van eerstejaars huisartsen-in-opleiding (n = 66)

Competenties	ComBel-score*	Incident gemeld?		Percentage 'melders'	p
		nee	ja		
Medisch-inhoudelijk handelen	suboptimaal	31	7	18%	0,03
	optimaal	16	12	43%	
Communicatie	suboptimaal	29	9	24%	0,39
	optimaal	18	9	33%	
Samenwerking	suboptimaal	18	6	25%	0,58
	optimaal	26	12	32%	
Organisatie	suboptimaal	23	7	23%	0,34
	optimaal	21	11	34%	
Maatschappelijk handelen	suboptimaal	28	13	32%	0,59
	optimaal	15	5	25%	
Onderwijs en wetenschap	suboptimaal	30	9	23%	0,37
	optimaal	16	8	33%	
Professionaliteit	suboptimaal	27	10	27%	0,72
	optimaal	20	9	31%	

* Optimaal = ComBel-score 4; suboptimaal = ComBel-score 1-3.

Vergelijking met bestaande literatuur

In tegenstelling tot de eerder aangehaalde publicaties die onervarenheid, gebrek aan kennis en inadequate supervisie als belangrijke oorzaken aanwezen,^{4-7,9-11} hadden de meeste incidentmeldingen in ons onderzoek niet te maken met dit soort opleidingsgerelateerde aspecten, maar veel meer met organisatorische problemen zoals onduidelijke verdeling van de verantwoordelijkheden in het zorgproces, en met apparatuur, materialen of procedures. Onze incidentanalyses leggen structurele risico's in de opleidingspraktijken bloot die tot onveilige situaties kunnen leiden, niet alleen voor de patiënten van aios maar ook voor die van zittende huisartsen, HIDHA's of eventuele waarnemers. Voorts vonden we dat mogelijke oorzaken zoals vermoeidheid van de aios, stress door werkdruk of belemmerende hiërarchie niet veel bijdragen aan de kans op incidenten, dit in tegenstelling tot de genoemde publicaties.^{6,7,9}

Het verschil laat zich mogelijk verklaren door de andere onderzoekssetting (huisartsenpraktijk versus ziekenhuis) en door de andere methode van gegevensverzameling (incidentmelding versus vragenlijstonderzoek). Ook kan het verschil in arbeidstijden voor arts-assistenten de uiteenlopende resultaten voor een deel verklaren: huisartsen-in-opleiding werken in Nederland 38 uur per week, Amerikaanse arts-assistenten zo'n 80 uur per week.^{11,20}

Interpretatie van de bevindingen

Dat de meeste incidentmeldingen uit ons onderzoek niet-opleidingsgerelateerd waren, suggereert dat fouten eerder het gevolg zijn van hiaten in de organisatie van de praktijk waarin de aios werken dan van hun inherente gebrek aan kennis en ervaring. Het is natuurlijk mogelijk dat de aios in ons onderzoek relatief weinig opleidingsgerelateerde incidenten hebben gerapporteerd, bewust of juist vanwege een gebrek aan kennis waardoor de aios niet inzag dat een bepaald voorval een incident was. Hiertegen pleit echter dat de aios die wel een incident meldden, aanvankelijk vrijwel allemaal vonden dat hun eigen onervarenheid het incident veroorzaakt had.



Foto: Frank Muller/Hollandse Hoogte

Pas uit de oorzakenanalyse bleek dat zij dit vaak ten onrechte dachten. De huisartsopleiders in ons onderzoek waren van mening dat zij in hun praktijk voldoende veiligheidsmaatregelen hadden genomen om fouten van aios te kunnen herstellen, en dat ondersteunt juist onze observatie dat de meeste gemelde incidenten niet-opleidingsgerelateerd zijn.

Bij de eerstejaars aios observeerden we een verband tussen melden en een hoge score op de competentie 'medisch-inhoudelijk handelen'. Geen van de andere competenties bleek significant gerelateerd aan het aantal meldingen van aios. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat het beoordelingsinstrument (ComBel) ten tijde van ons onderzoek net was ingevoerd en dat niet alle subschalen al even precies waren gekalibreerd. Over het algemeen bestond er onder de huisartsopleiders al wel consensus over hoe het medisch-inhoudelijk handelen van een aios te beoordelen, maar zij verschilden van mening over wat nu precies een goede 'communicator' is of een goede 'professional' in de huisartsenpraktijk.

Desondanks lijkt het logisch dat een aios die goed presteert eerder geneigd zal zijn om zijn eigen incidenten te melden en van fouten te leren: mogelijke angst voor een slechte beoordeling zal minder een rol spelen. Als het tegengestelde óók waar is, dan zijn de incidenten van de 'zwakkere' aios gewoonweg niet blootgelegd in dit onderzoek. Anderzijds kan men zich ook voorstellen dat een opleider een aios die incidenten vrijelijk meldt juist beter ontwikkeld vindt omdat hij kritisch kan reflecteren op het werk in de praktijk. In dat geval heeft het melden de ComBel-score positief beïnvloed. Deze laatste verklaring is in lijn met andere publicaties waarin het melden en systematisch analyseren van incidenten als een zinvolle onderwijsmethode gezien wordt.^{5,21} Daarbij gaven alle meldende aios in ons onder-

zoek aan dat zij de incidentanalyse een waardevolle les vonden, zowel voor hun kijk op de praktijk als 'foutenuitlokkende' omgeving²² als voor hun eigen professionele ontwikkeling.

CONCLUSIES EN IMPLICATIES

Uit dit explorerende onderzoek concluderen wij dat het structureel melden van incidenten tijdens de opleiding tot huisarts een belangrijk hulpmiddel kan zijn om te leren over zowel de organisatorische als de klinische aspecten van het zorgproces. Onze analyse van de gemelde incidenten bracht interessante organisatorische risico's in de opleidingspraktijken aan het licht, en incidentmeldingen door aios zouden de patiëntveiligheid in de opleidingspraktijken structureel kunnen verbeteren. Wij vinden dan ook dat aios actief uitgenodigd moeten worden om hun incidenten te melden en te analyseren, niet alleen als leerervaring voor henzelf, maar ook voor de huisartsopleiders en hun praktijken. ■

LITERATUUR

- Kennedy TJ, Lingard L, Baker GR, Kitchen L, Regehr G. Clinical oversight: Conceptualizing the relationship between supervision and safety. *J Gen Intern Med* 2007;22:1080-5.
- Ter Braak E. De ervaring leert: Over leren en opleiden van medische specialisten in de praktijk van de patientenzorg [oratie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, faculteit Geneeskunde, 2007.
- Elshove-Bolk J, Simons M, Cremers J, Van Vugt A, Burg M. A description of emergency department-related malpractice claims in The Netherlands: Closed claims study 1993-2001. *Eur J Emerg Med* 2004;11:247-50.
- Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees: A study of closed malpractice claims from 5 insurers. *Arch Intern Med* 2007;167:2030-6.
- Battles JB, Shea CE. A system of analyzing medical errors to improve GME curricula and programs. *Acad Med* 2001;76:125-33.
- Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. *BMJ* 2008;336:488-91.
- Jagsi R, Kitch BT, Weinstein DF, Campbell EG, Hutter M, Weissman JS. Residents report on adverse events and their causes. *Arch Intern Med* 2005;165:2607-13.
- Shojania KG, Fletcher KE, Saint S. Graduate medical education and patient safety: A busy – and occasionally hazardous – intersection. *Ann Intern Med* 2006;145:592-8.
- Vohra PD, Johnson JK, Daugherty CK, Wen M, Barach P. Housestaff and medical student attitudes toward medical errors and adverse events. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007;33:493-501.
- West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. *JAMA* 2006;296:1071-8.
- West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA* 2009;302:1294-300.
- Conradi M. Fouten van huisartsen. Amsterdam: Boom, 1995.
- Coyle YM, Mercer SQ, Murphy-Cullen CL, Schneider GW, Hynan LS. Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. *Qual Saf Health Care* 2005;14:383-8.
- Fischer MA, Mazar KM, Baril J, Alper E, DeMarco D, Pugnaire M. Learning from mistakes: Factors that influence how students and residents learn from medical errors. *J Gen Intern Med* 2006;21:419-23.
- Logio LS, Ramanujam R. Medical trainees' formal and informal incident reporting across a five-hospital academic medical center. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010;36:36-42.
- Zwart DL, Steerneman AH, Van Rensen EL, Kalkman CJ, Verheij TJ. Feasibility of centre-based incident reporting in primary healthcare: the SPIEGEL study. *BMJ Qual Saf* 2011;20:121-7.
- NHS NPSA National reporting and learning service [internet]. London: National Patient Safety Agency, 2009. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/>.
- Leistikow IP, Den Ridder K, De Vries B. Patiëntveiligheid: Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2005.
- Competentiebeoordelingslijsten (ComBeLs) [internet]. Utrecht: Huisartsopleiding Nederland, 2010. www.huisartsopleiding.nl/doelgroep/aios/landelijke-toetsen/combel.
- Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, Cade BE, Lee CJ, Landrigan CP, et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med* 2004;351:1829-37.
- Voss JD, May NB, Schorling JB, Lyman JA, Schectman JM, Wolf AM, et al. Changing conversations: Teaching safety and quality in residency training. *Acad Med* 2008;83:1080-7.
- Vincent CA. Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Qual Saf Health Care* 2004;13:242-3.

Nico van Duijn

Boete op ongezond leven

Meer zorgpremie betalen als je ongezond leeft. Dat vindt een flink deel van de Nederlandse dokters, zo bleek bij een enquête. Mensen die te veel eten, drinken, dik zijn, roken en stilzitten, die moeten worden gestraft volgens die dokters. Gezonden willen ongezonden straffen. Vermoedelijk vinden die strenge gezonden het slecht als mensen ongezond leven. Dat snap ik nog. Maar eigenlijk vinden ze dat ongezonden slechte mensen zijn die zich misdragen. Dat vind ik een verkeerde opvatting. Oorzaken van ziektes zoeken we uit om de ziektes te

behandelen, niet om zieke mensen te veroordelen. We leven niet in de Middeleeuwen.

Ten tweede denken gezonde mensen dat óngezonde mensen vanzelf gezond worden als je ze streng aanpakt, met een hoge ziektekostenpremie. Ook dat is een middeleeuws standpunt: denken dat straffen helpt en die dan gelijk invoeren. Moderne geneeskunde werkt anders. Medische ingrepen moeten een bewezen effect hebben voor je ze mag toepassen. Geloven dat iets helpt is geen goede geneeskunde. Net zo moet het effect van premieverhoging op leefstijl eerst worden bewezen, met wetenschappelijk onderzoek. Zolang die onderzoeken er niet zijn, zolang krijgen rokende, chips knob-

belende alcoholisten alle medische zorg die er is. Ze krijgen een uitkering, een huis en geen premieverhoging. De dikkerd van 170 kg krijgt een extra vering in zijn scootmobiel, zonder bijbetalen. De roker wiens benen worden afgezet wegens aderverkalking krijgt kunstbenen en een traplift. Geneeskunde is doen wat effectief helpt bij ziekte en gebrek. We kijken niet naar inkomen, ras of geslacht. We kijken niet naar de oorzaak. We bekijken de doeltreffendheid van een behandeling. Als premieverhoging helpt, dan voeren we die gelijk in. Maar voorlopig is dat niet bewezen. Ze mogen ons irriteren, de mensen die erg ongezond leven. We mogen op ze mopperen. Maar straffen met een boete, dat mag niet. ■



NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom (PDS) (eerste herziening)

Henriëtte van der Horst, Niek de Wit, Otto Quartero, Jean Muris, Marjolein Berger, René Bijkerk, Roeland Geijer, Hèlen Woutersen-Koch

Belangrijkste wijzigingen

- De huisarts verwijst naar de diëtist bij een onevenwichtig voedingspatroon, of bij behoefte van de patiënt met PDS aan een individueel advies.
- De huisarts verricht aanvullende diagnostiek naar coeliakie bij diarreeklachten, ook als diarree afgewisseld wordt met obstipatie, en bij patiënten met PDS met een eerstegraadsfamiliaal met coeliakie.
- Voor patiënten bij wie de PDS-klachten veel impact hebben op de kwaliteit van leven en die niet gereageerd hebben op het beleid van uitleg, voorlichting en adviezen over zelfzorg, zijn een aantal specifieke psychologische interventies te overwegen.

Kernboodschappen

- De diagnose PDS wordt gesteld na het redelijkerwijs uitsluiten van somatische aandoeningen bij een patiënt met recidiverende buikpijn of een ongemakkelijk gevoel in de buik, geassocieerd met een veranderd ontlastingspatroon.
- Aanvullend onderzoek is niet zinvol bij patiënten met PDS-klachten met obstipatie als voornaamste klacht en zonder kenmerken die een somatische aandoening waarschijnlijker maken.
- Het beleid bij PDS beoogt geruuststelling en vermindering van de hinder die de patiënt met PDS van de klachten ondervindt door middel van niet-medicamenteus beleid: uitleg, voorlichting en adviezen over zelfzorg.

INLEIDING

De NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij volwassen patiënten met het prikkelbaredarmsyndroom (PDS). Deze standaard is afgeleid van de multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van het prikkelbaredarmsyndroom (PDS) (beschikbaar via www.nhg.org). De huisarts over-

weegt de diagnose PDS bij patiënten met buikpijn of een ongemakkelijk gevoel in de buik en een veranderde stoelgang met vermindering van pijnklachten na de ontlasting of associatie van klachten met een veranderd ontlastingspatroon.

ACHTERGRONDEN

Epidemiologische gegevens

PDS¹ komt in de algemene Nederlandse bevolking (gemeten met zelfrapportage) voor bij 15 tot 20% van de vrouwen en 5 tot 20% van de mannen. De incidentie in de huisartsenpraktijk (CMR) is voor de periode 1998 tot 2006 voor mannen 2 tot 3 per 1000 per jaar en voor vrouwen 6 tot 7 per 1000 per jaar. De prevalentie is voor mannen 4 per 1000 en voor vrou-

wen 10 per 1000. Het syndroom komt voornamelijk voor tussen het 15^e en het 65^e levensjaar. PDS veroorzaakt vaak langdurig klachten. Van alle mensen met klachten die passen bij PDS, zoekt eenderde tot de helft hulp. In Nederland wordt naar schatting 90% van de patiënten in de eerste lijn behandeld, in Engeland geldt dat voor tweederde. Ongeveer de helft van de patiënten, die in de eerste lijn voor maagdarmklachten worden gezien, hebben somatisch onvoldoende verklaarde maagdarmklachten, merendeels PDS.²

Pathofysiologie

PDS is een functionele gastro-intestinale aandoening. Het syndroom wordt gekarakteriseerd door terugkerende episodes van buikpijn of een ongemakkelijk gevoel in de buik met een veranderd ontlastingspatroon. Deze episodes kunnen gedurende een zeer lange tijd komen en gaan. Er wordt op basis van klachten onderscheid gemaakt tussen PDS waarbij obstipatie op de voorgrond staat, PDS met vooral diarree en mengvormen.

Het pathofysiologisch mechanisme is niet opgehelderd.³ Momenteel wordt PDS gezien als een aandoening die tot stand komt op basis van drie met elkaar samenhangende mechanismen:

- een verhoogde sensitiviteit van de darmen (viscerale hypersensitiviteit);
- veranderde motiliteit van de darmen;
- veranderde cerebroviscerale perceptie.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Anamnese

Vraag naar klachten en verschijnselen die passen bij PDS:

- buikpijn of een ongemakkelijk of opgeblazen gevoel in de buik in samenhang met veranderingen in het ontlastingspatroon (*kernsymptomen*);
- obstipatie (ook bij meerdere keren toiletgang per dag kan er sprake zijn van obstipatie), diarree, slijm bij de ontlasting, winderigheid, meer of minder klachten na eten, meer of minder klachten na de ontlasting, misselijkheid, dyspepsie (*bijkomende klachten*);
- overige factoren die de diagnose PDS waarschijnlijker kunnen maken: fre-

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 praktijkassistent, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

Van der Horst HE, De Wit NJ, Quartero AO, Muris JWM, Berger MY, Bijkerk CJ, Geijer RMM, Woutersen-Koch H. NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom (PDS) (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55(5):204-9. • Deze standaard vervangt de NHG-Standaard Prikkelbare darm syndroom (*irritable bowel syndrome*) (Van der Horst HE, Meijer JS, Muris JWM, Sprij B, Visser FMPB, Romeijnders ACM, Boukes FS. Huisarts Wet 2001; 44:58-65).

quent consultatiepatroon, een recente ingrijpende gebeurtenis of periode van grote spanning in het leven van de patiënt, de aanwezigheid van somatische en psychiatrische comorbiditeit, een heftige darminfectie in het verleden, een voorgeschiedenis met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en de aanwezigheid van PDS in de familie.^{3,4}

Inventariseer of er sprake is van kenmerken die een *somatische aandoening* (inflammatoire darmziekten, coeliakie, maligniteiten) waarschijnlijker maken dan PDS als oorzaak van de klachten:⁵

- rectaal bloedverlies (bloed vermengd met ontlasting en/of niet te verklaren door bijvoorbeeld hemorrhoiden/fissuren of medicatiegebruik);
- een verandering in de stoelgang naar een dunnere consistentie en/of meer frequente ontlasting (3 maal of vaker per dag) gedurende meer dan 2 weken;
- onbedoeld en onverklaard gewichtsverlies (meer dan 5% in 1 maand, of meer dan 10% in 6 maanden);
- begin van de klachten bij een leeftijd van 50 jaar of ouder;
- een eerstegraadsfamilielid met een inflammatoire darmziekte (inflammatory bowel disease (IBD)) of coeliakie dan wel met colorectaal-, ovarium- of endometriumcarcinoom < 70 jaar.

Schat met behulp van een tweetal oriënterende vragen het risico op het bestaan van een *onevenwichtig voedingspatroon* in:

- Hebben de PDS-klachten in de beleving van de patiënt een relatie met bepaalde voedingsmiddelen?
- Vermijdt de patiënt om die reden bepaalde voedingsmiddelen en zo ja, welke?

Informeer naar de frequentie en mate van lichaamsbeweging, vanwege de invloed van lichaamsbeweging op de klachten van PDS.¹⁸

Besteed aandacht aan abnormaal ziekte- of vermijdingsgedrag, angst voor bepaalde aandoeningen, gevolgen van de klachten voor het dagelijks leven, werk en hobby's en de reacties uit de omge-

ving. Verschillen tussen de verwachtingen van de patiënt en de aanpak van de huisarts kunnen een optimale behandeling in de weg staan. Het is daarom van belang dat de arts vraagt wat de patiënt verwacht en dat de patiënt zijn of haar vragen en zorgen uitspreekt.

Lichamelijk onderzoek

Verricht bij een eerste presentatie van buikklachten altijd lichamelijk onderzoek.

- Inspecteer, ausculteer en palpeer de buik.
- Verricht bij aanwezigheid van anamnestic kenmerken die een somatische aandoening waarschijnlijker maken ook een rectaal toucher en/of vaginaal toucher.
- Let hierbij op perianale afwijkingen en de aanwezigheid van een abnormale weerstand in abdomen, rectum of bekken.

Bevindingen bij lichamelijk onderzoek maken geen onderdeel uit van de diagnostische PDS-criteria (zie Evaluatie).

Het lichamelijk onderzoek heeft dan ook vooral tot doel om een onderliggende somatische aandoening minder of meer waarschijnlijk te maken.⁶

Aanvullend onderzoek en verwijzen voor aanvullende diagnostiek

De noodzaak tot het doen van en/of het verwijzen voor aanvullend onderzoek is afhankelijk van de aanwezigheid van kenmerken die een somatische aandoening waarschijnlijker maken:⁷

- Aanvullend onderzoek is niet zinvol bij patiënten met PDS-klachten bij wie obstipatieklachten op de voorgrond staan, zonder kenmerken die een somatische aandoening waarschijnlijker maken.
- Verricht aanvullend onderzoek naar coeliakie bij alle patiënten met PDS met voornamelijk diarreeklachten of PDS met zowel diarree- als obstipatieklachten, alsmede bij patiënten met een eerstegraadsfamilielid met coeliakie (onafhankelijk van het type PDS-klachten), vanwege de verhoogde kans op coeliakie bij patiënten met

Abstract

Van der Horst HE, De Wit NJ, Quartero AO, Muris JWM, Berger MY, Bijkerk CJ, Geijer RMM, Woutersen-Koch H. The NHG guideline Irritable Bowel Syndrome (IBS) (first revision of the NHG guideline Irritable Bowel Syndrome). *Huisarts Wet* 2012;55(5):204-9.

The Dutch College of General Practitioners (NHG) has issued revised guidelines on irritable bowel syndrome (IBS) which will be published in the May (2012) issue of *Huisarts en Wetenschap*. This guideline concerns the diagnosis and management of adult patients with IBS and is based on the Dutch multidisciplinary IBS guideline. GPs should consider the diagnosis of IBS in patients who report recurrent abdominal pain or discomfort and a marked change in bowel habits, with pain relief after defecation or who report that the onset of pain was accompanied by changes in the frequency of defecation or changes in stool appearance. GPs should consider the symptoms, diagnostic criteria, and characteristics indicative of a somatic condition and possible risk factors when making or rejecting the diagnosis of IBS.

The main changes in the revised guideline are:

- GPs should refer patients to a dietician if the diet is unbalanced or if the patient requires individual advice. GPs should order diagnostic tests for coeliac disease for all patients with IBS-D (predominantly diarrhoea type IBS) and IBS-M (mixed type IBS with constipation and diarrhoea) and for patients with a first-degree relative with coeliac disease.
- If the IBS symptoms have a significant impact on quality of life and if patients do not respond to the measures taken and are motivated, then psychotherapy (such as hypnotherapy, cognitive behavioural therapy, and short-term psychodynamic therapy) may be an option.

Key messages

- If an organic disorder is not suspected, additional examinations are not required.
- In general, the aim of IBS management is to re-assure patients and to diminish the problems and functional limitations that the symptoms cause by explaining the nature of the disorder and by providing information and self-care advice. Drug treatment is rarely indicated.

PDS-klachten.⁸ Het bloedonderzoek bij een vermoeden van coeliakie bestaat uit een bepaling van IgA-weefseltransglutaminaseantistoffen (tTGA), met, afhankelijk van de uitslag hiervan, totaal IgA als vervolgonderzoek. Vaak worden tTGA en totaal IgA al opeenvolgend als 'coeliakieserologie' door het laboratorium bepaald.⁹ Bij positieve coeliakieserologie dient de patiënt verwezen te worden voor dunne darmbiopsieën.

- Verricht fecesonderzoek naar protozoa bij patiënten met PDS-klachten en langer dan tien dagen diarree (zie NHG-Standaard Acute diarree).
- Verwijs voor aanvullende (endoscopische) diagnostiek indien u op basis van de aanwezigheid van één of meer kenmerken de kans op een somatische aandoening (inflammatoire darmziekte, coeliakie, maligniteit) aanwezig acht. Eventueel kan het resultaat van laboratoriumonderzoek (Hb, MCV, BSE, leukocytenaantal) de keuze om te verwijzen voor aanvullende (endoscopische) diagnostiek ondersteunen.

Bespreek de te volgen diagnostische procedure en mogelijke risico's daarvan duidelijk met de patiënt en bespreek dat de zeer kleine kans op somatische afwijkingen bij het ontbreken van aanwijzingen daarvoor niet opweegt tegen de risico's van endoscopisch onderzoek.

Evaluatie

Voorwaarde voor het stellen van de diagnose PDS is dat andere aandoeningen redelijkerwijs uitgesloten zijn. Overweeg een *andere (somatische) aandoening* (inflammatoire darmziekte, coeliakie, maligniteit) bij de aanwezigheid van één of meer kenmerken zoals beschreven bij anamnese en lichamelijk onderzoek:

- rectaal bloedverlies (overweeg een inflammatoire darmziekte of maligniteit);
- een verandering in de stoelgang naar een dunnere consistentie en/of meer frequente ontlasting (3 maal of vaker per dag) of diarree gedurende meer dan 2 weken (overweeg een inflammatoire darmziekte of coeliakie);

- onbedoeld en onverklaard gewichtsverlies (meer dan 5% in 1 maand, of meer dan 10% in 6 maanden) (overweeg een inflammatoire darmziekte, coeliakie of maligniteit);
- begin van de klachten bij een leeftijd van 50 jaar of ouder (overweeg een maligniteit);
- een eerstegraadsfamilielid met een inflammatoire darmziekte (inflammatory bowel disease (IBD)), coeliakie, colorectaal-, ovarium- of endometriumcarcinoom < 70 jaar (overweeg de betreffende ziekte);
- perianale afwijkingen (overweeg een inflammatoire darmziekte);
- aanwezigheid van een abnormale weerstand in abdomen, rectum of bekken (overweeg een inflammatoire darmziekte of maligniteit).

De *diagnose PDS* wordt na het redelijkerwijs uitsluiten van andere aandoeningen gesteld aan de hand van de ROME-III-criteria:¹⁰

1. Patiënten moeten recidiverende buikpijn of een ongemakkelijk gevoel in de buik (niet omschreven als pijn) hebben gedurende minstens drie dagen per maand in de afgelopen drie maanden, terwijl de klachten ten minste zes maanden voor de diagnose zijn begonnen.
2. Deze klachten moeten geassocieerd zijn met twee of meer van de volgende criteria:

- a. de klachten verminderen na defecatie;
- b. de klachten zijn geassocieerd met een verandering in de frequentie van defecatie;
- c. de klachten zijn geassocieerd met een verandering in de consistentie van de ontlasting.

In de huisartsenpraktijk worden de tijdsriteria wat minder strikt gebruikt en spelen vooral de klachtcriteria een rol bij het stellen van de diagnose. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen drie subtypen PDS: PDS met vooral obstipatie, ook wel PDS-Constipatie (PDS-C) genoemd; PDS met vooral diarree, ook wel PDS-D genoemd; en mengvormen, ook wel PDS-Mixed type (PDS-M) genoemd.

RICHTLIJNEN BELEID

Het doel van het beleid is het geruststellen van de patiënt en vermindering van de hinder die de patiënt met PDS van de klachten ondervindt. De richtlijnen voor het beleid omvatten zowel generieke aspecten (voor alle patiënten) als specifieke elementen (zorg op maat). In het stappenplan in **[tabel 1]** staat aangegeven welke actie de huisarts bij welke patiënten dient te ondernemen.

Uitleg en voorlichting

- Informeer patiënten met PDS in een zo vroeg mogelijk stadium van de aandoening over mogelijke verklaringen,

Tabel 1 Beleid bij patiënten met PDS

	Alle patiënten met PDS		Zorg op maat
Eerste consult(en)	Anamnese en lichamelijk onderzoek Exploreren verwachtingen Bespreeken ervaren relatie tussen voedingspatroon en klachten; Bespreeken (risico's van) vermijden van (essentiële) voedingsmiddelen Uitleg, voorlichting, zelfhulpadviezen Leefstijladviezen	→	Zo nodig aanvullend onderzoek Zo nodig verwijzing naar tweede lijn
Vervolgconsult(en)	Herhalen en bekrachtigen stappen uit eerste consult(en) Optionele interventies	→	Medicamenteuze interventies Psychologische interventies Attenderen op lotgenotencontact*

* PDS Belangenvereniging

aard en prognose van PDS en bijbehorende klachten. Leg uit dat er tot nu toe geen eenduidige verklaring voor de klachten van PDS is gevonden. Er is geen verhoogd risico op het ontstaan van ernstige darmziekten.¹¹ Soms lijken de klachten te ontstaan na een heftige darminfectie of bij een periode van grote spanning.²

- Leg uit dat de klachten vaak langdurig zijn, bij sommige mensen voorkomen in periodes en doorgaans wisselend van aard zijn. Het beloop van de klachten bij een individu valt niet te voorspellen.
- Enkele – theoretische – verklaringen voor het voortduren van de klachten zijn:
 - mensen met PDS zijn gevoeliger voor pijn in de darmen en merken meer van de werking van de darmen dan mensen zonder PDS;
 - veel mensen zijn ongerust over hun PDS-klachten, wat de klachten kan verergeren;
 - de darmklachten kunnen een signaal zijn dat men (langdurig) in een stressvolle situatie zit.

Zelfzorg en niet-medicamenteus beleid

Geef informatie over de mogelijkheden van zelfzorg en sluit daarbij aan op de gegevens uit de anamnese. Verstrek afhankelijk daarvan een of meer van onderstaande adviezen en maak samen met de patiënt afspraken.

Streef naar het wegnemen van overbodige ongerustheid

Ongerustheid kan een belangrijke rol spelen bij het in stand houden van de klachten. Er kan een vicieuze cirkel ontstaan van klachten, ongerustheid, verergering klachten, ongerustheid, enzovoorts. Het bespreken van de ongerustheid reduceert de klachten.¹² Exploreer de ongerustheid, ga na welke vragen leven bij de patiënt en of de verstrekte informatie voldoet.

Streef naar het verminderen van vermijdingsgedrag

Soms vermijden patiënten allerlei activiteiten vanwege angst voor het optreden van de klachten, zonder dat daar

medisch gezien een noodzaak toe bestaat. Als er vermijdingsgedrag bestaat, zou daar de prognose ongunstiger door kunnen zijn. Bespreek de ongewenstheid hiervan en moedig de patiënt aan de normale activiteiten zo veel mogelijk te blijven verrichten.¹³

Streef naar een gunstige beïnvloeding van bijkomende, stresserende factoren en een optimale rol van de omgeving

Patiënten met PDS die veel stress ervaren zijn eerder geneigd hulp te zoeken.¹⁴ Zoals bij alle ziekten kunnen spanningen en klachten elkaar negatief beïnvloeden. Ook mensen uit de directe omgeving van de patiënt kunnen hierbij een rol spelen.¹⁵ Ga na welke factoren in verband met de klachten een rol zouden kunnen spelen. Bespreek met de patiënt of deze hierin verandering zou kunnen aanbrengen.

Besteed aandacht aan het voedingspatroon, de lichaamsbeweging en de zelfzorgmogelijkheden:

- Veel patiënten ervaren een verband tussen hun voedingspatroon en het optreden van PDS-klachten. Deze relatie komt echter vooral naar voren uit beschrijvend wetenschappelijk onderzoek en blijkt met experimenteel onderzoek in algemene zin moeilijk te bevestigen te zijn. Het is daarom niet mogelijk om specifieke voedingsrichtlijnen op te stellen die bij een groot deel van de patiënten PDS-klachten zouden verminderen. Voor iedereen, dus ook voor patiënten met PDS, gelden de algemene richtlijnen Gezonde Voeding, met uitzondering van het minimale vezeladvies. Dit advies (om minimaal 30 tot 40 gram vezels per dag te gebruiken) geldt niet voor patiënten met PDS.¹⁶ Daarnaast kunnen patiënten individueel hun voedingspatroon aanpassen, als ze een duidelijke relatie met PDS-klachten ervaren. Uitgangspunt is het behoud van een evenwichtig voedingspatroon.
- Bepaalde probiotica lijken effectief te zijn bij patiënten met PDS. Dit hangt onder andere af van de bacteriestam, dosis en toedieningsvorm. Patiënten met PDS die probiotica willen pro-

beren, moeten deze bij voorkeur vier weken gebruiken om het effect te onderzoeken. De probiotica zijn via de apotheek of bij natuurvoedingswinkels te bestellen.¹⁷

- Ten aanzien van bewegen geldt ook voor patiënten met PDS de Nederlandse Norm voor Bewegen: minimaal een half uur per dag gedurende vijf dagen per week.¹⁸
- Zelfhulpmethodes, bijvoorbeeld een gestructureerd zelfhulpboek of werkboeken en ontspannings-cd's kunnen de zelfzorg ondersteunen.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting, kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over PDS op de website www.thuisarts.nl/prikkelbare-darm of de betreffende NHG-Patiëntenbrief meegeven (via het HIS of de NHG-ConsultWijzer). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard. Attendeer de patiënt op de mogelijkheden van lotgenotencontact via de patiëntenvereniging Prikkelbare Darm Syndroom Belangenvereniging (www.pdsb.nl) en op de patiëntenversie van de multidisciplinaire richtlijn PDS.

Medicamenteuze adviezen

De behandeling van PDS met geneesmiddelen is slechts bij een gering percentage van de patiënten zinvol gebleken. Daarnaast is de effectiviteit van de meeste bij PDS voorgeschreven geneesmiddelen voor de brede PDS-patiëntengroep onvoldoende vastgesteld.

Laat het verwachtingspatroon van patiënten rondom het voorschrijven van medicatie, alsmede informatie over hoe reëel deze verwachtingen met betrekking tot de effectiviteit van medicatie zijn, aan de orde komen in een consult.

Als de huisarts er in overleg met de patiënt toch voor kiest om medicatie voor te schrijven gelden de volgende overwegingen en aanbevelingen:

- Maak met de patiënt controle-afspraken om het gebruik van de medicatie te evalueren en eventueel aan te passen of te staken. Doe dit na 2 weken, bij voortgezet gebruik weer 4 weken later en vervolgens op regelmatige basis.

- Overweeg wanneer obstipatie op de voorgrond staat een volumevergroterend laxans voor te schrijven (bijvoorbeeld psylliumvezels; 1 tot 3 sachets per dag), of (hoewel niet specifiek onderzocht bij patiënten met PDS) een volumevergroterend én osmotisch werkzaam laxans (bijvoorbeeld macrogol; in het algemeen 1 tot 2 sachets per dag; in principe niet langer dan 2 weken; bij langdurig gebruik de laagst werkzame dosering gebruiken). Lactulose heeft niet de voorkeur, vanwege de gasvorming in de darm (opgeblazen gevoel) die het als bijwerking heeft, en de daarmee gepaard gaande toename van het klachtenpatroon.¹⁹⁻²¹
- Overweeg wanneer diarree een belangrijk onderdeel van het klachtenpatroon bij PDS vormt loperamide (onderhoudsdosering 2 tot 12 mg per dag), maar ook volumevergroterende laxantia (bijvoorbeeld psylliumvezels).²²
- Wanneer bij aanzienlijke pijnklachten de behoefte bestaat om pijnstillers te gebruiken, kunnen (hoewel niet specifiek onderzocht voor patiënten met PDS) paracetamol of een NSAID overwogen worden (zie FTR Pijnbestrijding).
- Wanneer bij patiënten met PDS met aanzienlijke pijnklachten een proefbehandeling met een spasmolyticum gestart wordt, dient de arts samen met de patiënt op basis van werkzaamheid, bijwerkingen, en patiëntkenmerken een keuze te maken tussen mebeverine (niet bewezen werkzaam, weinig bijwerkingen, 2 maal daags 200 mg) en butylscopolamine (beperkt bewijs voor werkzaamheid, meer bijwerkingen, 3 tot 5 maal daags 10 tot 20 mg). Het spasmolyticum dient op geleide van symptomen (on demand) gedoseerd te worden.²³
- Overweeg bij langdurig persisterende klachten en een ernstig verminderde kwaliteit van leven ter verlichting van symptomen een antidepressivum voor te schrijven. Als antidepressiva worden voorgeschreven voor PDS, betreft dit off-labelgebruik van antidepressiva (zie het NHG-standpunt Off label voorschrijven van geneesmiddelen). Er is geen vergelijkend onderzoek beschikbaar tussen een SSRI of een TCA. Geadviseerd wordt bij een keuze tussen

Totstandkoming

De NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom is afgeleid van de multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van het prikkelbaredarmsyndroom (MDR PDS), die is opgesteld door vertegenwoordigers van alle relevante specialismen en van de patiëntenvereniging betrokken bij het prikkelbaredarmsyndroom (PDS). In juni 2009 startte de werkgroep met het schrijven van de MDR PDS. Vanuit het programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg van ZonMw werd het project gesubsidieerd. Vanuit de betrokken Nederlandse (wetenschappelijke) verenigingen, beroepsverenigingen en de patiëntenbelangenvereniging werd afvaardiging gevraagd en verkregen. Van januari tot april 2011 hebben alle betrokken organisaties (Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging van Diëtisten, Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Nederlandse Internisten Vereniging, Prikkelbare Darm Syndroom Belangenvereniging, Nederlands Huisartsen Genootschap) de multidisciplinaire richtlijn geautoriseerd.

In april 2011 startte een werkgroep met de herziening van de NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom. De werkgroep bestond uit de volgende leden: dr. R.M.M. Geijer, huisarts te Utrecht; prof.dr. H.E. van der Horst, huisarts te Amsterdam; prof.dr. M.Y. Berger, huisarts te Groningen; dr. C.J. Bijkerk, huisarts te De Meern; dr. J.W.M. Muris, huisarts te Geulle; dr. A.O. Quartero, huisarts te Diepenveen; prof.dr. N.J. de Wit, huisarts te Utrecht en dr. H. Woutersen-Koch, arts. De deelnemers aan de werkgroep maakten eveneens deel uit van de multidisciplinaire werkgroep. De begeleiding van de NHG werkgroep berustte bij dr. H. Woutersen-Koch, arts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG. Dr. R.M.M. Geijer, huisarts, was bij de totstandkoming betrokken als

seniorwetenschappelijk medewerker van dezelfde afdeling en M.M. Verduijn, apotheker als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie.

Door de leden van de werkgroep werd geen belangenverstrengeling gemeld. Meer details hierover zijn te vinden in de webversie van de standaard op www.nhg.org.

In november 2011 werd de ontwerpstandaard voor commentaar aan een aantal referenten gestuurd, waaronder ook de werkgroepleden van de MDR PDS. Er werd commentaar ontvangen van F. Stellingwerff Beintema, namens de Prikkelbare Darm Syndroom Belangenvereniging; C. Clemens, namens de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen; K. Hagendoorn-Becker, apotheker bij het KNMP Geneesmiddel Informatiecentrum; prof.dr. J.R.B.J. Brouwers en M. Boomkamp namens het Farmacotherapeutisch Kompas/College voor Zorgverzekeringen; prof.dr. D. Avonts, hoogleraar huisartsgeneeskunde namens Domus Medica, de Vlaamse Vereniging van Huisartsen; dr. E.W.C.M. van Dam, internist VUmc; U. Harkema en G. Stougie namens de Nederlandse Vereniging van Diëtisten; C. Flik namens het Nederlands Instituut van Psychologen; T. Feenstra, gezondheidseconoom. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. S. van Vliet en A. Brand hebben namens de NAS tijdens de commentaaronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. In april 2011 werd de aan deze standaard ten grondslag liggende multidisciplinaire richtlijn becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

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

een SSRI en TCA rekening te houden met het specifieke bijwerkingenprofiel en patiëntkenmerken (TCA: anticholinergische bijwerkingen zoals toename van obstipatie; SSRI: toename zowel van diarree als obstipatie).²⁴

Controles

Als de diagnostiek en het geven van uitleg en adviezen afgerond is, is er in principe geen medische noodzaak meer voor controles.

- Nodig de patiënt expliciet uit om wel een nieuwe afspraak te maken als er

kenmerken optreden die een somatische aandoening waarschijnlijker maken (zie Evaluatie).

- Maak met patiënten met PDS, waarbij medicatie voorgeschreven is controleafspraken na twee weken, bij voortgezet gebruik na weer vier weken en vervolgens op regelmatige basis om het gebruik ervan te evalueren.
- Bespreek bij hardnekkige klachten met ernstige hinder, disfunctioneren en/of ongerustheid de behoefte van de patiënt aan controleafspraken.

Consultatie/verwijzing**Verwijzing naar de tweede lijn**

Verwijs patiënten met vermoedelijk PDS naar de tweede lijn in geval van:

- kenmerken die een somatische aandoening waarschijnlijker maken.

Overweeg verwijzing van patiënten met vermoedelijk PDS naar de tweede lijn in geval van:

- onzekerheid bij de huisarts over de juistheid van de diagnose PDS;
- onzekerheid bij de patiënt over de juistheid van de diagnose PDS.

Aangezien de therapeutische mogelijkheden in de tweede lijn niet anders zijn dan in de eerste lijn, vormt een onvoldoende respons van de PDS-symptomen op de in de eerste lijn ingestelde behandeling geen valide grond voor verwijzing. Vanuit het patiëntenperspectief bezien is het wenselijk dat de huisarts het doel en de verwachtingen van de verwijzing naar de tweede lijn met de patiënt bespreekt.

Verwijzing naar de diëtist

De huisarts verwijst de patiënt met PDS naar de diëtist wanneer aan de hand van twee oriënterende vragen (zie Anamnese) sprake blijkt van een onevenwichtig voedingspatroon, of bij behoefte aan een individueel advies.

Verwijzen voor psychologische interventies²⁵

Voor patiënten bij wie de PDS-klachten erg veel impact hebben op de kwaliteit van leven, die langdurig niet gereageerd hebben op het generieke beleid en die gemotiveerd zijn voor psychologische interventies zijn hypnotherapie²⁶, cognitieve gedragstherapie²⁷ en kortdurende psychodynamische therapie²⁸ nog eventuele behandelopties.

Voor deze psychologische interventies bestaat beperkt bewijs van effectiviteit van beperkte kwaliteit. Leg hierbij uit dat een psychologische benadering van de PDS-klachten niet betekent dat PDS 'tussen de oren' zit, maar dat men via de psychologische weg lichamelijke klachten kan (leren) beïnvloeden. Verwijs hiervoor naar een voor de betreffende therapie gekwalificeerde

GZ-psycholoog, klinisch psycholoog of psychotherapeut.

Verwijzing naar bedrijfsarts

De huisarts informeert naar de invloed van de PDS-klachten op het werk. Als de patiënt bij het werk hinder van de PDS-klachten ondervindt, adviseert de huisarts de patiënt contact op te nemen met de bedrijfsarts.²⁹⁻³¹

© 2012 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Farmacotherapeutische richtlijn Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties

Wim Fraanje, Paul Giesen, Kim Knobbe, Annemarie van Putten, Willem Draijer

Belangrijkste wijzigingen

- Bij elke aandoening zijn beknopte richtlijnen voor diagnostiek toegevoegd.
- De Farmacotherapeutische richtlijn is uitgebreid met aanbevelingen voor zuurstoftoediening.

INLEIDING

De Farmacotherapeutische richtlijn Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties geeft richtlijnen voor het medicamenteuze beleid inclusief de toediening van zuurstof bij spoedeisende symptomen of aandoeningen [kader 1]. Indicaties die niet direct of op korte termijn tot een levensbedreigende toestand of ernstige pijn leiden en die niet dringend toediening van zuurstof of geneesmiddelen vereisen, vallen buiten het bestek van deze richtlijn. De richtlijn sluit aan bij de ABCDE-methodiek die binnen de ambulancezorg en op de spoedeisende hulp van ziekenhuizen wordt toegepast en ook voor huisartsen wordt aanbevolen.¹

De selectie van de aandoeningen of klachten die in de Farmacotherapeutische richtlijn zijn opgenomen is gebaseerd op de vorige versie en de in de NHG-Standaarden beschreven spoedeisende indicaties [kader 1].² Deze Farmacotherapeutische richtlijn geeft geen richtlijnen bij spoedeisende situaties in de palliatieve zorg; hiervoor wordt verwezen naar de richtlijnen palliatieve zorg.³ Bij onderwerpen afkomstig uit NHG-Standaarden wordt voor achtergrondinformatie verwezen naar de desbetreffende standaarden. Richtlijnen voor de toediening van zuurstof bij dreigend respiratoir falen zijn toegevoegd.

De paragraaf Richtlijnen diagnostiek beschrijft beknopt de kernpunten in de diagnostiek die voor het beleid van belang zijn. Hoewel niet bij iedere spoedeisende indicatie apart vermeld, is de ABCDE-methodiek het uitgangspunt bij de diagnostiek en de eerste behandeling. De in de ABCDE-methodiek geïnte-

greerde zogenaamde vijf vragenanamnese en het top-tot-teen-onderzoek kunnen behulpzaam zijn om tot een specifieke diagnose te komen.¹

De paragraaf Richtlijnen beleid geeft richtlijnen voor zuurstoftoediening, het medicamenteuze beleid en verwijscriteria. Informatie over toedieningsvorm, dosering en werking(sduur) van aanbevolen geneesmiddelen is steeds weergegeven in een tabel onder aan de indicatie.⁴ Omdat er soms sprake is van gelijkwaardige middelen, wordt de keuze voor een bepaald middel of preparaat en de beslissing dit middel al dan niet in de visite- of spoedtas op te nemen aan de huisarts overgelaten (bijvoorbeeld dexamethasondrank voor kinderen met pseudokroep).

Hoewel de werkgroep zuurstof als een optioneel middel beschouwt, is er voor gekozen de richtlijnen voor zuurstoftoediening in een aparte paragraaf te bespreken. Een argument dat hierbij een rol heeft gespeeld is dat zuurstoftoediening een plaats heeft in de ABCDE-methodiek en in enkele NHG-Standaarden. Daarnaast bieden steeds meer huisartsenposten de mogelijkheid zuurstof toe te dienen (al dan niet in combinatie met het vernevelen van geneesmiddelen). Factoren die een rol spelen bij de keuze om zuurstoftoediening mogelijk te maken zijn onder andere de grootte van de huisartsenpraktijk(en) of het waarneemgebied, de expertise van de huisarts en zorgverleners met wie de huisarts samenwerkt en de geografische setting. De huisarts(engroep) of medisch manager van een huisartsenpost zal zelf een afweging moeten maken of de aanschaf van zuurstof en bijbehorende toedieningsmaterialen in de werksetting zinvol en haalbaar is.⁵ In de paragraaf Optionele middelen met bijbehorende aandoeningen worden geneesmiddelen genoemd die in zeldzame situaties of bijvoorbeeld in de verloskunde worden toegepast.⁶ Tot slot worden enkele praktische adviezen geformuleerd om de houdbaarheid van de geneesmiddelen in de visitetas en de praktijk te waarborgen.

Kader 1 Aandoeningen of symptomen met een spoedeisend karakter en een specifiek medicamenteus beleid of indicatie voor zuurstofbehandeling

- acuut respiratoir falen
- pseudokroep
- ernstige exacerbatie astma/COPD
- anafylaxie*
- acuut coronair syndroom
- acuut hartfalen
- ernstige agitatie*
- hypoglykemie
- epileptisch insult*/status epilepticus*/koortsconvulsie
- opiaatintoxicatie*
- acute pijn*, koliekpijn

* aandoeningen niet of deels beschreven in NHG-Standaarden

ACUUT RESPIRATOIR FALEN EN ZUURSTOFBEHANDELING

Achtergronden

Centrale cyanose: cyanose door onvoldoende oxygenatie in de longen, of een overgang van veel zuurstofarm bloed in de grote circulatie bij bepaalde aangeboren hartgebreken. Centrale cyanose is meestal pas zichtbaar bij een saturatie < 80% (donkere huidskleur < 70%), onder de voorwaarde dat er voldoende licht is en geen sprake is van anemie. Centrale cyanose is herkenbaar aan blauwe verkleuring van de lippen en het mondslimvlies (bij perifere cyanose is vaak sprake van blauwe verkleuring van de extremiteiten door stase van de bloedsomloop, bijvoorbeeld bij koude). **Dyspneu** (ademnood, kortademigheid, benauwdheid): een onaangenaam of angstig gevoel dat de ademhaling tekort schiet.

Hypercapnie: verhoogde koolzuurspanning in het bloed ($\text{PaCO}_2 > 6,0 \text{ kPa}$ (of 45 mmHg)) door alveolaire hypoventilatie en onvermogen om CO_2 te verwijderen.

Hypoxemie: lage zuurstofspanning in het bloed (bij transcutane meting wordt dit gerelateerd aan een zuurstofsaturatie < 94% of, bij COPD $\leq 90\%$).⁷

Non-rebreathing masker: masker bestaande uit een eenrichting uitademingsklep en een zuurstofzak met zuurstoftoevoer. Zuurstof uit een zuurstofcilinder wordt via de zuurstofzak ingeademd en verlaat via een (eenrichting) uitademingsklep het masker. Om te kunnen voldoen aan

Fraanje WL, Giesen PHJ, Knobbe K, Van Putten AM, Draijer LW. Farmacotherapeutische richtlijn Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties. Huisarts Wet 2012;55(5):210-20. • De Farmacotherapeutische richtlijn is geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie: Draijer LW, Kolnaar BGM, Bouma M, Eizenga WH. Huisarts Wet 2005;48(6):295-303.

het benodigde inademiingsvolume is meestal een flow van 10 tot 15 liter/min nodig.

Respiratoir falen: onvoldoende gaswisseling (zuurstofopname, kooldioxide-afgifte) met sterk afwijkende waarden van de O_2 - (hypoxemie) en/of CO_2 -spanning (hypercapnie) in het bloed door onder andere hypoventilatie, een diffusiestoornis of een ventilatie-perfusie-wanverhouding.

Zuurstofbril: brilletje met canule in beide neusgaten voor toediening van 1 tot 6 liter zuurstof/min.

Met de ontwikkeling van huisartsenposten heeft de huisarts tijdens visites of bij consulten op de huisartsenpost de mogelijkheid gekregen om patiënten met ademhalingsproblemen of hypoxemie zuurstof toe te dienen. De richtlijnen en indicaties voor zuurstoftoediening zijn echter niet eenduidig. Hierbij speelt onder andere het gebrek aan goed opgezet wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van zuurstofbehandeling in de eerste lijn een rol; de richtlijnen voor zuurstoftoediening zijn voornamelijk gebaseerd op consensus. Daarnaast heeft de huisarts of ambulanceverpleegkundige te maken met waarschijnlijkheidsdiagnosen en is soms alleen een beschrijving van het belangrijkste symptoom of toestandbeeld mogelijk (bijvoorbeeld ernstige dyspneu of ademhalingsprobleem). Op basis van pathofysiologische overwegingen en klinische ervaring is zuurstoftoediening aangewezen bij aandoeningen of symptomen die gepaard gaan met acuut (dreigend) respiratoir falen zoals hartstilstand tijdens reanimatie, shock, sepsis, koolmonoxidevergiftiging, anafylaxie, epileptisch insult of status epilepticus en ernstige exacerbatie van astma of COPD.⁸ Mogelijke indicaties voor zuurstoftoediening zijn acuut hartfalen en een acuut coronair syndroom. Benodigheden om zuurstof toe te dienen zijn een zuurstofcilinder (twee liter volume) inclusief flowregelaar voor instellen van het aantal liter zuurstof/min, een non-rebreathing masker (voor volwassene

en kind), een zuurstofbril, en een saturatiemeter. Met het non-rebreathing masker kan een hoge (60 tot 90%) concentratie zuurstof worden toegediend. Om inhalatie van CO_2 te beperken dient de zuurstoftoevoer zodanig te zijn dat de zuurstofzak tijdens de inademing niet geheel leeg raakt. Dit is meestal het geval bij een zuurstofflow van 10 tot 15 liter/min (bij kinderen volstaat vaak 10 liter/min). Het non-rebreathing masker is niet geschikt om de zuurstofconcentratie in de ingeademde lucht te titreren. Indien de streefwaarde van de zuurstofsaturatie is bereikt en een lage dosis zuurstof wenselijk is, kan gebruik worden gemaakt van de zuurstofbril. Hiermee kan de zuurstoftoevoer worden g varieerd van 1 tot 6 liter/min en een zuurstofconcentratie van maximaal 50% worden bereikt (de concentratie zuurstof in de normale buitenlucht is 21%).⁹

Richtlijnen diagnostiek

Wees alert op (dreigend) respiratoir falen¹⁰ bij een of meer van de volgende kenmerken:

- dyspneu in rust, tachypneu bij volwassenen > 25/min, bij kinderen is de grenswaarde afhankelijk van de leeftijd [**tabel 1**]. Bij zeer ernstige dyspneu en uitputting neemt de ademfrequentie weer af;
- gebruik van hulpademhalingssspieren, wat gepaard kan gaan met intercostale intrekkingen en – bij kinderen – neusvleugelen;
- tachycardie; voor normaalwaarden zie [**tabel 1**];
- centrale cyanose (treedt pas op bij lage zuurstofsaturatie), bleke of grauwe huidskleur;
- bewustzijnsveranderingen (sufheid, agitatie, verwardheid, coma);
- hypoxemie (< 94% of, bij COPD ≤ 90%), gemeten door middel van transcutane meting.¹¹

Tabel 1 Normaalwaarden adem- en hartfrequentie¹²

Leeftijd in jaren	Ademfrequentie per minuut	Hartslagfrequentie per minuut
< 1	30-40	110-160
1-2	25-35	100-150
2-5	25-30	95-140
5-12	20-25	80-120
> 12	15-20	60-100

Abstract

Fraanje WL, Giesen PHJ, Knobbe K, Van Putten AM, Draijer LW. The NHG Guideline for the emergency use of drugs and oxygen. *Huisarts Wet* 2012;55(5):210-20.

The revised guideline provides advice for the emergency treatment of life-threatening symptoms or severe pain with drugs or oxygen. It briefly describes the diagnosis and medical management in such situations. Disorders or symptoms that do not need acute drug treatment are not discussed, but optional drugs that are rarely used or only used in obstetric care are mentioned briefly.

The recommendations are supported by scientific evidence reported in the Dutch College of General Practitioners (NHG) guidelines, and where this is not the case, footnotes provide supporting information. As there is relatively little good-quality research into the management of emergencies in primary care, many recommendations are based on consensus and existing national guidelines and protocols. This is also true for advice about drug dosages, and in particular those for children.

An important revision is the addition of guidelines on oxygen administration. The main reason to include this in a separate chapter is that general practice cooperatives are increasingly equipped to administer oxygen, and oxygen administration is part of the ABCDE procedure. This procedure is routinely used by ambulance personnel and in the accident and emergency departments of hospitals and is recommended for general practitioners. The current guideline can be considered a sequel to this procedure once a working diagnosis has been established. Because it is not possible to provide a thorough description of the ABCDE procedure in the guideline, the reader is referred to other NHG publications.

General practitioners or practice managers should decide whether it is worthwhile to purchase the equipment necessary to administer oxygen on the basis of the general practitioners' expertise, the practice setting, and its size. This is also true for optional drugs that are rarely used or used only by doctors who provide obstetric care.

Richtlijnen beleid

- Zorg dat er geen open vuurbronnen zijn: doe sigaret, gaskachel of -fornuis uit.
- Begin bij het vermoeden van respiratoir falen met toediening van 10 tot 15 liter zuurstof (kinderen 10 liter) per minuut (indien beschikbaar) via een non-rebreathing masker. Let hierbij op voldoende vulling van de zuurstofzak tijdens de inademing (verhoog indien nodig de zuurstofflow).
- Beoordeel na 5 minuten het effect van de zuurstoftoediening. Continueer de zuurstoftoediening indien de streefwaarde (zie hieronder) niet is bereikt.
- Streef bij kinderen en volwassenen naar een zuurstofsaturatie tussen de 94 en 98%. Bij (volwassen) patiënten met COPD of met een risico op hypercapnie (ernstige obesitas, neuromusculaire ziekten, ernstige thoraxdeformatie) is de streefwaarde tussen de 90 en 92%.
- Dien bij het bereiken van de streefwaarde de zuurstof toe via een neusbril en pas de zuurstofflow (tot 4 of 6 liter zuurstof/min) zo nodig aan op geleide van de zuurstofsaturatie en de (vermoedelijke) diagnose. Behandel indien mogelijk de oorzakelijke aandoening zoals astma/COPD, acuut coronair syndroom, anafylaxie of acuut hartfalen.
- Bel een ambulance met U1-indicatie bij het vermoeden van respiratoir falen en onvoldoende effect van de behandeling. Indien de behandeling effect heeft, is het verdere beleid afhankelijk van de onderliggende aandoening.

PSEUDOKROEP

(Zie ook NHG-Standaard Acuut hoesten)

Richtlijnen diagnostiek

De ernst van pseudokroep kan worden onderverdeeld in:

- mild: blafhoest, geen stridor, geen significante intrekkingen in rust;
- matig-ernstig: frequente blafhoest, goed hoorbare stridor in rust, intrekkingen in rust, geen agitatie;
- ernstig: frequente blafhoest, opvallende inspiratoire en soms ook expiratoire stridor, forse intrekkingen in rust, hoeveelheid ingeademde lucht verminderd bij auscultatie, significante nood en agitatie;

- dreigend respiratoir falen: blafhoest (vaak niet prominent), hoorbare stridor in rust (soms moeilijk hoorbaar), intrekkingen (soms niet opvallend), lethargie of verminderd bewustzijn en een grauw uiterlijk.

Richtlijnen beleid

- Bij *milde pseudokroep* is een afwachtend beleid verantwoord.
- Bij *matig-ernstige pseudokroep* is medicamenteuze behandeling geïndiceerd (zie onder).
- Bij *ernstige pseudokroep* of *dreigend respiratoir falen*: verwijs met spoed.

Zuurstofbehandeling

Dien (indien beschikbaar) bij aanwijzingen voor (dreigend) *respiratoir falen* zuurstof toe (zie Acuut respiratoir falen en zuurstofbehandeling). Wegens gebrek aan goed uitgevoerd onderzoek in de eerste lijn heeft verneveling van epinefrine door de huisarts geen plaats bij dreigend respiratoir falen. Bel in dit geval direct een ambulance met U1-indicatie.¹³

Medicamenteuze behandeling bij matig-ernstige pseudokroep

(Zie voor doseringen en toedieningsvorm [tabel 2])

- Geef eenmalig dexamethason oraal of, bij braken, intramusculair.
- Een alternatief is toediening van budesonide per jetvernevelaar. Geef 6 tot 8 liter zuurstof/min om de (minimaal 4 ml) vloeistof in de vernevelkamer te vernevelen. De vernevelkamer kan worden aangesloten op een vernevelmasker.⁹ Toediening van budesonide per voorzetkamer wordt afgeraden, omdat er aanwijzingen zijn dat dit mogelijk minder effectief is.
- Verwijs indien er na een half uur onvoldoende reactie is op corticosteroiden.

Tabel 2 Medicamenteuze behandeling bij matig-ernstige pseudokroep

Geneesmiddel	Dosering	Werkingssnelheid, -duur
dexamethason ¹⁴ ampul 5 mg/ml; 1 ml	i.m.: 0,15 mg/kg lichaamsgewicht, bijvoorbeeld bij 10 kg 0,3 ml	na ongeveer een half uur
drank 1 mg/ml (als dinatriumfosfaat) LNA	oraal: 0,15 mg/kg lichaamsgewicht bijvoorbeeld bij 10 kg 1,5 ml	na ongeveer een half uur
budesonide vernevelvloeistof 500 microg/ml; 2 ml	2 mg (2 ampullen van 2 ml) per jetvernevelaar	na ongeveer een half uur

**ERNSTIGE EXACERBATIE
ASTMA/COPD**

(Zie ook de NHG-Standaard Astma bij volwassenen, NHG-Standaard Astma bij kinderen en de NHG-Standaard COPD)

Richtlijnen diagnostiek

Criteria voor acute ernstige exacerbatie zijn:

- (een toename van de) dyspneu in rust, moeite met uitspreken van een hele zin, niet plat kunnen liggen;
- hoge ademfrequentie (bij zeer ernstige dyspneu neemt ademfrequentie weer af): volwassenen > 30/min, normaalwaarden kinderen, zie [tabel 1];
- versnelde hartslag > 120/min, normaalwaarden kinderen, zie [tabel 1];
- gebruik van hulpademhalingsspieren, let bij kinderen ook op intrekkingen intercostaal en neusvleugelen;
- ongelijkmatig inspiratoir ademgeruis (verminderd of afwezig ademgeruis bij zeer ernstige dyspneu);
- centrale cyanose (treedt pas op bij lage zuurstofsaturatie).

Richtlijnen beleid**Zuurstofbehandeling**

Dien bij aanwijzingen voor (dreigend) respiratoir falen zuurstof toe (indien beschikbaar). Zie Acuut respiratoir falen en zuurstofbehandeling.

Medicamenteuze behandeling bij volwassenen
(Zie voor doseringen en toedieningsvorm [tabel 3])

- Geef een kortwerkend bèta-2-sympathicomimeticum via een voorzetkamer, eventueel i.m. per injectie en wacht het effect (ter plaatse) af.
- Herhaal de inhalaties na enkele minuten, geef bij onvoldoende verbetering (persisterende tachypneu en gebruik hulpademhalingsspieren, lage zuurstof-

Tabel 3 Medicamenteuze behandeling van exacerbatie astma/COPD

Geneesmiddel	Dosering	Werkingssnelheid, -duur
salbutamol dosis aerosol: 100 microg/dosis	volw: 4-10 puffs (100 microg dosisaerosol per keer in inhalatiekamer verstuiwen, 5 maal inademen) kinderen: 4-8 puffs (100-200 microg per keer in inhalatiekamer verstuiwen 5 maal inademen) vernevelen: [*] volw: 2,5-5 mg, kinderen: < 4 jaar: 2,5 mg	inhalatie: binnen enkele min, duur: 4 uur
inhalatievloeistof: 1 mg/ml; 2,5 ml flacon, 2 mg/ml; 2,5 ml flacon injectievloeistof: 0,5 mg/ml; 1 ml ampul	i.m.: volw: 0,5 mg per injectie	
ipratropiumbromide dosis-aerosol 20 microg/dosis inhalatievloeistof 250 microg/ml; 2 ml flacon	2-4 puffs (20 microg dosisaerosol per keer in inhalatiekamer) vernevelen: 500 microg, kinderen < 4 jaar 250 microg.	inhalatie: binnen 15-30 min, duur: 3-8 uur vernevelen: na 15-30 min, duur: 4-8 uur
prednisolon tablet 30 mg drank (5 mg/ml)	volw: 1 dd 30 mg gedurende 7 tot 14 dagen kinderen: 1-2 mg/kg lichaamsgewicht (max. 40 mg/dag) gedurende 5 dagen	

^{*} Geef 6 tot 8 liter zuurstof/min om de (minimaal 4 ml) vloeistof in de vernevelkamer te vernevelen (eventueel aanvullen met fysiologisch zout). De vernevelkamer kan worden aangesloten op een vernevelmasker.⁹

saturatie, verlaagd bewustzijn) aanvullend ipratropium via een voorzetkamer.

- Indien de bronchusverwijders per vernevelaar worden toegediend kunnen salbutamol en ipratropium eventueel gelijktijdig worden toegediend.¹⁵
- Geef bij verbetering oraal prednisolon gedurende 7 tot 14 dagen en instructies voor het gebruik van bronchusverwijders gedurende de komende 24 uur (bijvoorbeeld een dubbele dosis of inhalatie via een inhalatiekamer).

Consultatie/verwijzing

Verwijs een patiënt met een ernstige exacerbatie als:

- er binnen een half uur geen verbetering optreedt;
- er thuis onvoldoende zorgmogelijkheden zijn;
- bij eerdere exacerbaties een ziekenhuisopname noodzakelijk was;
- uitputting leidt tot een afname van de ademfrequentie, verminderd bewustzijn en 'rustiger' worden van de patiënt (spoedopname geïndiceerd).

Bij de inschatting of thuisbehandeling (van een patiënt met COPD) mogelijk is, houdt de huisarts rekening met risicofactoren voor een ernstig beloop (leeftijd $\geq$ 65 jaar, ademhalingsfrequentie $\geq$ 30/min, systolische bloeddruk < 90 mmHg, desoriëntatie, nierfunctiestoornis).

Medicamenteuze behandeling bij kinderen

- Geef een kortwerkend bèta-2-sympathicomimeticum via een voorzetkamer. Herhaal de inhalaties na 15 minuten. Wacht het effect van de medicatie ter plaatse af (binnen half uur te verwachten).
- Geef bij verbetering een prednisolokuur: tablet, bij zuigelingen en peuters drank.
- Geef instructies voor het gebruik van bronchusverwijders gedurende de eerstvolgende 24 uur (bijvoorbeeld inhalatie elke 3 uur via een inhalatiekamer).

Consultatie/verwijzing

Verwijs met spoed bij:

- alarmsymptomen (uitputting, cyanose, bewustzijnsdaling);
- onvoldoende verbetering binnen een half uur (onder andere persisterende tachypneu en gebruik hulpademhalingspijpen, verlaagde zuurstofsaturatie) ondanks adequate behandeling;
- onvoldoende zorgmogelijkheden;
- ziekenhuisopname wegens astma of een zeer ernstig verlopen exacerbatie in de voorafgaande twaalf maanden.

ANAFYLAXIE

Achtergronden

Anafylaxie: is een potentieel levensbedreigende, gegeneraliseerde of systemische, meestal IgE-gemedieerde reactie op een exogene stimulus.

De incidentie van anafylaxie in de huisartsenpraktijk is naar schatting 0,1 per 1000 per jaar. In de algemene populatie is de incidentie hoger (tussen 0,3 en 1% per jaar).¹⁶ De meest voorkomende oorzaken van een anafylaxie zijn voedsel (noten, pinda's, schaal- of schelpdieren), insectenbeten (wespensteek) en geneesmiddelen (antibiotica, NSAID's). In sommige gevallen is de oorzaak onduidelijk.¹⁷ Voor de behandeling is toediening van epinefrine (= adrenaline) van primair belang.¹⁸ Vervolgens komen antihistaminica¹⁹ en corticosteroiden²⁰ in aanmerking. Na een doorgemaakte anafylaxie dient de patiënt instructie te krijgen over het (zelf)gebruik van epinefrine.

Richtlijnen diagnostiek

Besteed in de anamnese aandacht aan:

- het beloop van de klachten;
- allergie of allergische reactie in de voorgeschiedenis (herkent de patiënt de klachten van een eerdere episode?);
- in bezit hebben van adrenalinepen of penning met medische gegevens.

Bij acuut beginnende klachten (binnen minuten of uren) na blootstelling aan een voor de patiënt bekend of aanneemelijk allergeen is een anafylaxie waarschijnlijk bij.²¹

- klachten van huid of slijmvliezen (urticaria, pruritus, *flushing*, zwelling van lippen, tong of uvula);

en 1 of meer van de volgende klachten:

- verlaagde bloeddruk: ≥ 11 jaar: systolisch ≤ 90 mmHg of $> 30\%$ verlaging van de uitgangswaarde voor die patiënt; kinderen < 10 jaar: kenmerken van hypotensie bijvoorbeeld hypotonie of syncope;
- tekenen van een bedreigde ademhaling (dyspneu, piepen, stridor, hypoxie);
- gastro-intestinale klachten (krampe buikpijn of braken).

Hypotensie al dan niet in combinatie met één van de bovengenoemde symptomen na blootstelling aan een voor de patiënt bekend of aannemelijk allergeen kan ook duiden op anafylaxie.

Richtlijnen beleid

Zuurstofbehandeling

Dien, indien beschikbaar, 10 tot 15 liter zuurstof/min toe. Zie Acut respiratoir falen en zuurstofbehandeling.

Medicamenteuze behandeling

(Zie voor doseringen en toedieningsvorm [tabel 4])

- Geef epinefrine i.m. bij kenmerken die kunnen wijzen op een anafylactische reactie (zie onder Richtlijnen diagnostiek).^{18,22}
- Herhaal iedere vijf tot vijftien minuten dezelfde dosis bij onvoldoende effect, verergering van de klachten of hypotensie.
- Geef bij reacties met bronchospasme of waarbij na toediening van epinefrine en hemodynamisch herstel bronchospasme persisteert enkele puffs salbutamol (zie voor doseringsadvies [tabel 3]).
- Geef aanvullend clemastine.
- Geef een corticosteroïd, bijvoorbeeld

dexamethason, ter voorkoming van een late reactie.

- Verwijs per ambulance naar het ziekenhuis,²³ laat tot aankomst van de ambulance bij hypotensie de patiënt (met de benen omhoog) liggen;²⁴ en breng zo mogelijk een waaknaald in, spuit de waaknaald door met 2 ml NaCl 0,9%.

ACUUT CORONAIR SYNDROOM

(Zie ook NHG-Standaard acuut coronair syndroom)

Richtlijnen diagnostiek

De huisarts vermoedt de diagnose acuut coronair syndroom (ACS) vooral op basis van de anamnese:

- duur van de klachten (pijn > 15 minuten past bij ACS);
- lokalisatie: pijn retrosternaal en/of in arm(en), schouder, hals of kaken, soms in de rug of in epigastrio (past bij ACS);
- vegetatieve verschijnselen of verschijnselen passend bij cardiogene shock, zoals zweten, misselijkheid, braken, bleek of grauw zien (passen bij ACS);
- ischemische hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis, zeker als de pijn vergelijkbaar is met die van een eerder MI of van angina pectoris (past bij ACS);
- aard van de pijn: stekende pijn, pijn gelokaliseerd in een beperkt gebied, lokale drukpijn, pijn vastzittend aan de ademhaling en houdingsafhankelijke pijn maken ACS minder waarschijnlijk.

Het lichamelijk onderzoek is primair gericht op beoordeling van de klinische toestand en stabiliteit van de patiënt. Speciale aandacht is gewenst voor de aanwezigheid van bijkomend acuut hartfalen (zie de indicatie Acut hartfalen).

De kans op een ACS is groter bij hogere leeftijd. Ga bij twijfel over de diagnose de (overige) risicofactoren voor een ACS na, zoals ischemische hart- en vaatziekten in de familie (vooral bij eerstegraadsfamilieleden voor het zestigste levensjaar, plotse hartdood in de familie voor het vijftigste jaar), roken, diabetes mellitus, hypertensie en een verhoogd cholesterolgehalte. Bij ouderen, vrouwen en patiënten met diabetes mellitus kan het klachtenpatroon minder duidelijk zijn.

Richtlijnen beleid (bij acuut coronair syndroom met klachten in rust)

- Indien een ACS waarschijnlijk is, bel dan direct een ambulance met U1-indicatie.
- Verwijs naar een cardiologisch interventiecentrum waar primaire percutane coronaire interventie (PCI) kan plaatsvinden bij klachten die korter dan 12 uur bestaan in combinatie met afwijkingen passend bij een ST-elevatie-myocardinfarct op het ECG.

Zuurstofbehandeling

Dien bij aanwijzingen voor (dreigend) respiratoir falen zuurstof toe (indien beschikbaar). Zie Acut respiratoir falen en zuurstofbehandeling.

Medicamenteuze behandeling

(Zie voor doseringen en toedieningsvorm [tabel 5])

- Geef bij pijn (patiënt bij voorkeur in liggende houding) en afwezigheid van contra-indicaties voor nitraten, één nitroglycerinespray en herhaal dit bij aanhoudende pijnklachten iedere vijf minuten, tot een maximum van in totaal drie doses.

Tabel 4 Medicamenteuze behandeling anafylaxie

Geneesmiddel	Dosering en contra-indicaties	Werkingsnelheid, -duur
epinefrine 1 mg/ml; 1 ml ampul (als waterstoftartraat, bevat natriummetabisulfiet)	i.m. volw: 0,2 tot 0,5 mg kinderen: 0,01 mg/kg lichaamsgewicht, maximaal 0,5 mg of geef bij 0-6 jr: 0,15 mg, 6-12 jr: 0,3 mg, > 12 jr: 0,5 mg, verdun 1 ml met 9 ml NaCl 0,9%	na 3-5 min
NaCl 0,9% 10 ml ampul	n.v.t.	n.v.t.
clemastine 1 mg/ml; 2 ml ampul	volw: 2 mg. i.m. of (langzaam) i.v. kinderen: i.m. of i.v. > 1 maand: 25-50 microg/kg lichaamsgewicht	i.v. na enkele min i.m. na 45-60 min duur ongeveer 12 uur
dexamethason 5 mg/ml; 1 ml ampul	i.m. (of i.v.): volw: 5-10 mg, kinderen: 0,15 mg/kg lichaamsgewicht, max. 4 mg	na enige uren

- Breng zo mogelijk een waaknaald in; spuit indien op dat moment geen medicatie wordt gegeven de waaknaald door met 2 ml NaCl-0,9%-oplossing.
- Geef bij pijn en onvoldoende reactie op nitraten, of als die gecontra-indiceerd zijn, zo nodig morfine (in 4-5 min toedienen); fentanyl (in 2 min toedienen) is een gelijkwaardig alternatief.
- Geef patiënten die nog geen acetylsalicylzuur gebruiken (ook degenen die vitamine-K-antagonisten gebruiken) oraal acetylsalicylzuur.
- Geef bij een bradycardie (hartfrequentie < 50 slagen per minuut) met hemodynamische gevolgen, zoals (neiging tot een) cardiogene shock, atropine intraveneus.

ACUUT HARTFALEN

(Zie NHG-Standaard Hartfalen)

Richtlijnen diagnostiek

Bij acuut hartfalen is sprake van een snel begin of snelle toename van klachten.

Bevindingen die bij acuut hartfalen passen zijn:

- (half)zittende houding, angstige blik, reutelende/versnelde ademhaling, bleek/grauwe kleur, klamme koude huid;
- pols: meestal snel en zwak;
- bloeddruk: in ernstige situaties verlaagd;
- auscultatie van het hart: geruisen en een derde of vierde harttoon;
- auscultatie van de longen: tweezijdig basaal crepiteren en rhonchi. Vooral bij een acute exacerbatie van chronisch hartfalen kan ook demping en nauwelijks of geen ademgeruis basaal (passend bij pleuravocht) aanwezig zijn;
- centraalveneuze druk: verhoogd.

Richtlijnen beleid

Zuurstofbehandeling

- Dien bij aanwijzingen voor (dreigend) respiratoir falen zuurstof toe (indien beschikbaar). Zie Acute respiratoir falen en zuurstofbehandeling. Vervolgens kan de zuurstoftoediening door middel van een zuurstofbril worden getitreerd om een zuurstofsaturatie-

streefwaarde > 95% of, bij patiënten met COPD, > 90% te behouden.²⁵

Medicamenteuze behandeling

(Zie voor doseringen en toedieningsvorm [tabel 6])

- Overweeg de patiënt bij het initiële (telefonische) contact alvast te adviseren een dosis nitroglycerine of isosorbidedinitraat te nemen (indien beschikbaar), ongeacht of er pijn op de borst is (weeg het risico op bloeddrukdaling door nitraatgebruik af tegen voordeel van snelle start van behandeling) en laat de patiënt rechtop zitten.
- Breng zo mogelijk een waaknaald in; spuit de waaknaald door met 2 ml NaCl 0,9%.
- Geef bij dyspneu elke 3 minuten nitroglycerinespray sublinguaal tot de klachten voldoende verbeteren of de systolische bloeddruk daalt < 90 mmHg.
- Geef geen nitraten bij een systolische bloeddruk < 90 mmHg. Geef bij dyspneu door matige of ernstige vochtretentie of veneuze stuwung een lisdiu-

reticum furosemide of bumetanide. De dosering is afhankelijk van de ernst van de vochtretentie.

- Bij onrust, dyspneu, angst of pijn kan langzaam in 4 tot 5 min morfine i.v. worden gegeven, herhaal zo nodig na 10 tot 20 minuten.
- Verwijs bij onvoldoende resultaat van de behandeling, ontoereikende zorgmogelijkheden of een vermoeden van een myocardinfarct als oorzaak of andere (invasief) behandelbare oorzaak voor het acute hartfalen.

ERNSTIGE AGITATIE

Achtergronden

Agitatie (ernstige): rusteloze activiteit, angstige opwinding of onrust die een gevaar oplevert voor de patiënt of zijn omgeving en mogelijk het gevolg is van een onderliggende aandoening.

De incidentie van acute agitatie bij patiënten in de huisartsenpraktijk is niet bekend. Aandoeningen die zich met een agitatie kunnen presenteren zijn onder andere een (onttrekkings)delier, intoxi-

Tabel 5 Medicamenteuze behandeling acuut coronair syndroom

Geneesmiddel	Dosering	Werkingssnelheid, -duur
nitroglycerine spray 0,4 mg/dosis	1 spray sublinguaal iedere 5 min maximaal 3 dosis, contra-indicatie: bloeddruk < 90 mmHg, gelijktijdig gebruik van fosfodiësterase-5-remmer (sildenafil, vardenafil, tadalafil)	binnen 1-3 min, duur: 30-60 min
morfine 10 mg/ml; 1 ml ampul	i.v.: 5-10 mg (0,1 mg/kg), > 65 jaar: 2,5-5 mg (0,05 mg/kg) in 4-5 min	i.v.: na 1-2 min i.m./s.c.: na 15-30 min, duur: 3-4 uur
fentanyl 50 microg/ml; 2 ml ampul	i.v.: 50-100 microg in 2 min (1 microg/kg)	na 2-3 min, duur: 0,5-1 uur
acetylsalicylzuur tablet 80 mg	eenmalig 160 mg oraal contra-indicatie: actief peptisch ulcus, overgevoeligheid voor salicylaten	
atropine 0,5 mg/ml; 1 ml ampul	0,5 mg langzaam i.v., bij bradycardie (hartfrequentie < 50 slagen per minuut) met hemodynamische gevolgen (cardiogene shock)	na 2 tot 4 minuten

Tabel 6 Medicamenteuze behandeling acuut hartfalen

Geneesmiddel	Dosering	Werkingssnelheid, -duur
nitroglycerinespray 0,4 mg/dosis	2-4 puffes oromucosaal elke 3 min tot de klachten voldoende verbeteren contra-indicatie: bloeddruk < 90 mmHg, gelijktijdig gebruik van fosfodiësterase-5-remmer (sildenafil, vardenafil, tadalafil)	binnen 1-3 min, duur: 30-60 min
bumetanide 0,5 mg/ml; 4 ml ampul	i.v.: 0,5-1 mg, max. 4 mg	na enkele min, duur: 2-3 uur
furosemide 10 mg/ml; 4 ml ampul	i.v.: 20-40 mg, max. 100 mg	na 5 min, duur: ongeveer 2 uur
morfine 10 mg/ml; 1 ml ampul	i.v.: 2,5-5 mg in 4-5 min, herhaal zo nodig na 10 tot 20 min	i.v. na 1-2 min duur: 3-4 uur

catie (cocaïne of andere stimulantia), hypoglykemie, dementie of depressie, acute psychose (schizofrenie) en hersenletsel. Bij jonge patiënten zal agitatie meestal worden veroorzaakt door een intoxicatie (alcohol, cocaïne, amfetamine of andere stimulantia), acute psychiatrische ziekte of onttrekkingsdelier bijvoorbeeld bij alcohol- of gammahydroxyboterzuur (GHB)-gebruik. Bij ouderen is de kans op een agitatie als symptoom van een delier of cognitieve stoornis (bijvoorbeeld dementie) groter. Een delier kan onder meer optreden bij het gebruik van geneesmiddelen met anticholinerge activiteit (klassieke antidepressiva, antiparkinsonmiddelen, anti-emetica), infecties (pneumonie, urineweginfectie, sepsis, meningitis), metabole oorzaken (hypoglykemie), acuut trauma (schedelletsel) en intracerebrale aandoeningen (CVA, subarachnoidale bloeding).

Richtlijnen diagnostiek

Voor de omschrijving van het symptoom acute agitatie en de ernst is geen gevalideerde test voorhanden. Hierdoor is niet altijd duidelijk of en wanneer medicamenteuze behandeling geïndiceerd is. (Hetero)anamnestisch en bij lichamelijk onderzoek is het van belang te vragen en te letten op aanknopingspunten voor een onderliggende aandoening en het gebruik van (genees)middelen zoals cocaïne, alcohol, benzodiazepines (zowel intoxicatie als onttrekking).

Tracht, met oog op de behandeling, onderscheid te maken tussen de volgende oorzaken:

- agitatie bij gebruik of onttrekking van (genees)middel of door onbekende oorzaak;
- agitatie bij hypoglykemie. Meet bij patiënten met diabetes mellitus altijd de glucose;
- agitatie door schedelletsel;
- delier: een stoornis in bewustzijn, aandacht en cognitie (denken, geheugen, taal, oriëntatie) die in uren tot dagen is ontstaan en waarvan de verschijnselen fluctueren over het etmaal, is zeer suspect voor een delier. De diagnose wordt waarschijnlijker bij aanwezigheid van uitlokkende facto-

ren of onderliggende stoornissen zoals infecties;

- acute psychose: wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak, gedesor-ganiseerd gedrag, onverzorgd uiterlijk, 'negatieve symptomen' (onder andere vervlakking van het affect, gedachten- of spraarmoede) en katatonie (onbeweeglijkheid, mutisme, ongewone houding, overmatige activiteit).

Maak een inschatting van de wilsbe-kwaamheid en het risico van het nala-ten van onderzoek of behandeling (zie onder Richtlijnen beleid).

Richtlijnen beleid

In een crisissituatie bij ernstig geagi-teerde en agressieve patiënten, bij wie de (hetero)anamnese en lichamelijk onderzoek gebrekkig of onmogelijk is, kan het lastig zijn een mogelijk on-derliggende oorzaak te achterhalen. Interventies bij angstige, onrustige en agressieve patiënten zullen soms moe-ten plaatsvinden zonder dat de patiënt toestemming kan of wil geven, vooral als de situatie voor de patiënt of zijn omgeving gevaar oplevert.²⁶ Dit kan het geval zijn bij ernstige agitatie door een onttrekkingsdelier (bijvoorbeeld bij alcohol- of gammahydroxyboter-zuurgebruik), cocaïne-intoxicatie,²⁷ acute psychose of een delier bij oude-ren. Zowel vooraf als tijdens het con-tact met de patiënt dienen de huisarts en overige zorgverlener(s) oog te heb-ben voor de eigen veiligheid. Maak hiervoor een inschatting van het risico op geweld en vraag bij een grote kans op agressie de assistentie van de poli-tie alvorens het gesprek met de patiënt aan te gaan. Pas zoveel mogelijk de-es-calenderende technieken toe zoals de pa-tiënt op een gecontroleerde en kalme manier aanspreken of onderzoeken, het bieden van keuzes en de patiënt in zijn waarde laten.²⁸

Medicamenteuze behandeling

(Zie voor doseringen en toedienings-vorm [tabel 7])

Medicamenteuze behandeling heeft een plaats indien de patiënt ondanks

de-escalerende technieken (aanvullend) onderzoek of behandeling weigert en hiermee zichzelf of zijn omgeving scha-de berokkent. Probeer indien mogelijk de patiënt in eerste instantie oraal met een benzodiazepine zoals lorazepam te behandelen.²⁹ Overweeg parenterale se-datie indien orale sedatie van de patiënt niet mogelijk is.³⁰ Dit kan het geval zijn bij ernstige agitatie bij een intoxicatie met cocaïne, bij het vermoeden van een delier of ernstige psychose.

- Geef bij ernstige agitatie bij een (cocaïne)intoxicatie, alcoholonttrekkingsde-lier of door onbekende oorzaak waarbij orale behandeling met een rustgevend benzodiazepine niet mogelijk is mida-zolam i.m.
- Controleer na toediening regelmatig de ademhaling, de zuurstofsaturatie, de bloeddruk en de polsfrequentie.
- Geef bij het vermoeden van een *acute psychose* of *delier* en hevige angst of on-rust indien orale behandeling met een rustgevend benzodiazepine niet mo-gelijk is haloperidol. Geef geen halo-peridol bij gelijktijdig cocaïnegebruik.
- Voor de behandeling van hypoglyke-mie zie de indicatie Hypoglykemie.

Consultatie en verwijzing

Gelet op het vaak complexe, multifacto-riële en soms urgente karakter van het toestandbeeld kan het aangewezen zijn voor diagnostiek en behandeling de internist, klinisch geriater of psychiater te consulteren.

Verwijsindicaties zijn:

- een ernstig zieke patiënt;
- onvoldoende onderzoeks-, behandel-en verzorgingsmogelijkheden in de thuissituatie;
- onvoldoende effect van de ingestelde behandeling.

HYPOGLYKEMIE

(Zie NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2)

Richtlijnen diagnostiek

Stel de diagnose hypoglykemie bij een bloedglucosewaarde < 3,5 mmol/l, met de daarbij passende klachten of symp-tomen zoals zweten, hartkloppingen,

gapen, rusteloosheid, agitatie of verminderd bewustzijn.

Richtlijnen beleid

- Geef indien mogelijk een koolhydraatrijke drank met ten minste 30 g suiker.
- Geef indien orale inname van glucose niet mogelijk is een glucoseoplossing intraveneus of geef glucagon subcutaan of intramusculair indien toediening van glucose door onrust van de patiënt moeilijkheden oplevert (zie dosering [tabel 8]).
- Laat de patiënt na voldoende herstel van het bewustzijn (binnen 2 tot 3 minuten na glucosetoediening, binnen 15 minuten na glucagoninjectie) alsnog koolhydraatrijke voeding tot zich nemen (bijvoorbeeld een boterham met jam).
- Herhaal de toediening van een glucoseoplossing indien het bewustzijn onvoldoende hersteld om koolhydraatrijke voeding in te nemen.
- Ga de oorzaak van hypoglykemie na.

Bij behandeling van diabetes mellitus met langwerkende insuline of sulfonylureumderivaten, zoals glibenclamide, is de huisarts erop bedacht dat de hypoglykemie binnen enkele uren kan recidiveren.

EPILEPTISCH INSULT/KOORTS-CONVULSIE/STATUS EPILEPTICUS

(Zie ook NHG-Standaard Kinderen met koorts)

Achtergronden

Koortsconvulsie: een tonisch-clonisch insult met bewustzijnsdaling dat maximaal 15 minuten duurt en wordt gevolgd door een postictale fase die maximaal zestig minuten duurt. De meeste koortsconvulsies treden op bij kinderen zonder neurologische voorgeschiedenis, in de leeftijd van 6 maanden tot 5 jaar tijdens een periode van koorts.

(Dreigende) status epilepticus: een gegeneraliseerde convulsie die langer duurt dan 5 tot 10 minuten.

Status epilepticus: een gegeneraliseerde convulsie die langer dan 10 minuten duurt of bij 2 of meer kleinere insulden waartussen het bewustzijn niet volledig herstelt.³¹

Tabel 7 Medicamenteuze behandeling ernstige agitatie

Geneesmiddel	Dosering	Werkingssnelheid, -duur
lorazepam tablet 2,5 mg, 1 mg	oraal: volw: 1,25-2,5 mg kinderen: 0,5-1 mg (0,02-0,1 mg/kg lichaamsgewicht/dag in 2-3 doses)	
midazolam 5 mg/ml; 3 ml ampul, midazolam 1 mg/ml; 5 ml ampul	i.m.: volw 5-10 mg (0,2 mg/kg) kinderen: 0,2 mg/kg lichaamsgewicht max. 10 mg	i.m.: binnen 2-3 min
haloperidol 5 mg/ml; 1 ml ampul	i.m.: 2,5-5 mg haloperidol (ouderen 2,5 mg) contra-indicaties: ziekte van Parkinson, verlengd QT-interval	na 10-20 min

Tabel 8 Medicamenteuze behandeling hypoglykemie

Geneesmiddel	Dosering	Werkingssnelheid, -duur
glucoseoplossing 40-50%; 10 ml ampul (4-5 g/10 ml)	i.v.: 20-40 ml van een 50%-glucoseoplossing	binnen 1-2 min
glucagonpoeder 1 mg en solvens 1 ml	i.m./s.c.: 1 mg glucagon kinderen: < 25 kg, < 8 jr.: 0,5 mg	binnen 15 min

De incidentie van epilepsie in de huisartsenpraktijk is naar schatting respectievelijk 0,5 per 1000 personen per jaar. Een huisarts in een normpraktijk ziet ongeveer 1 koortsconvulsie per jaar.³² Een insult kan optreden bij een patiënt die bekend is met epilepsie (let op therapietrouw) of als uiting van een onderliggende aandoening zoals exogene oorzaken (trauma, [alcohol]onttrekking), intoxicatie of endogene oorzaken (acute metabole stoornissen, hypoxie, eclampsie) of (acute) cerebrale pathologie (infecties, herseninfarct, hersenbloeding, hersentumor).

Na een koortsconvulsie moet naar een focus van de koorts worden gezocht, in het bijzonder naar verschijnselen van een meningitis. Deze symptomen zijn in de postictale fase moeilijk te vinden en ontbreken vaak bij kinderen jonger dan één jaar. Beoordeel het kind in dit geval op een later moment op dezelfde dag nogmaals.

Richtlijnen diagnostiek

Een typisch epileptisch insult of koortsconvulsie begint als een tonisch-clonisch insult met bewustzijnsdaling. De ictale fase van een insult duurt meestal vijf minuten en wordt gevolgd door een postictale fase die maximaal zestig minuten duurt.

Richtlijnen beleid

Medicamenteuze behandeling

(Zie voor doseringen en toedieningsvorm [tabel 9])

Voor de behandeling van een (dreigende) status epilepticus of een koortsconvulsie is diazepam de eerste keus. Indien toediening bij een epileptisch insult niet mogelijk of succesvol is, kan voor midazolam i.m. of op het wangslimvlies worden gekozen.³³ Midazolam is niet voor de indicatie epilepsie geregistreerd.³⁴

Epileptisch insult

Meestal zal een epileptisch insult binnen vijf minuten spontaan eindigen. Bij insulden die langer duren, dient medicamenteuze behandeling te worden gestart ter voorkoming van een status epilepticus.³⁵

- Geef diazepam rectaal, zo nodig na tien minuten herhalen bij onvoldoende effect. Indien geen rectiole beschikbaar is, kan diazepam uit een ampul met een spuitje rectaal worden toegediend.
- Geef – als het insult voortduurt of rectale toediening niet mogelijk is – midazolam intramusculair of op het wangslimvlies. Een alternatief is diazepam langzaam intraveneus (indien mogelijk). Wees erop bedacht dat midazolam en diazepam ademhalingsdepressie kunnen veroorzaken.
- Het hierboven beschreven beleid is ook van toepassing bij patiënten bij wie een insult ontstaat door alcoholonttrekking en bij een epileptisch insult tijdens de zwangerschap.
- Consulteer na coupering van het insult de neuroloog voor het verdere beleid.

Tabel 9 Medicamenteuze behandeling epileptisch insult/koortsconvulsie/status epilepticus

Geneesmiddel	Dosering	Werkingssnelheid, -duur
diazepam rectiole 5 en 10 mg	volw: 10-20 mg kinderen: < 1 jaar: 0,5 mg/kg lichaamsgewicht (max. 5 mg), 1-3 jaar 5 mg, > 3 jaar 10 mg, zo nodig na 10 min herhalen.	rectaal: na 5 tot 10 min duur: 20-30 min
diazepam 5 mg/ml; 2 ml ampul (geen emulsie)	i.v.: (0,15-0,25 mg/kg): volw: 10 mg; kinderen 5 tot 10 jaar: 5 mg, < 5 jaar: 0,25 mg/kg lichaamsgewicht	i.v.: na 1 min werkingsduur: 10-20 min
midazolam 5 mg/ml; 3 ml ampul, midazolam 1 mg/ml; 5 ml ampul	i.m. of oromucosaal (ampul injectievloeistof gebruiken): volw: 5-10 mg, kinderen: 0,2 mg/kg lichaamsgewicht maximaal 10 mg	i.m.: binnen 2-3 min

- Verwijs met spoed indien het insult ondanks behandeling aanhoudt (status epilepticus).

Koortsconvulsie

- Geef als de convulsie bij aankomst nog niet voorbij is diazepam rectaal door middel van een rectiole of een injectiespuit zonder naald.
- Herhaal dezelfde dosis na tien minuten als de convulsie aanhoudt.
- Kort na gebruik van diazepam kan het kind niet goed beoordeeld worden. Beoordeel het kind in deze gevallen op een later moment op dezelfde dag nogmaals.
- Indien het kind na vijftien minuten nog trekkingen vertoont, is een spoedopname aangewezen.
- Verwijzing is ook geïndiceerd bij:
 - een convulsie bij een kind met koorts jonger dan zes maanden;
 - een recidief convulsie in dezelfde koortperiode;
 - een convulsie die langer duurt dan vijftien minuten;
 - een convulsie met focale kenmerken; tekenen van meningitis: meningeale prikkelingsverschijnselen, petechiën en/of verlaagd bewustzijn.

Zuurstofbehandeling

Overweeg indien beschikbaar, 10 tot 15 liter zuurstof/min (kinderen 10 liter zuurstof/min) toe te dienen bij aanwijzingen voor respiratoir falen tijdens een tonisch-clonisch insult. Zie Acuut respiratoir falen en zuurstofbehandeling.³⁶

OPIAATINTOXICATIE

Achtergronden

De incidentie van intoxicaties met

opiaten in de huisartsenpraktijk is niet bekend.³⁷

Richtlijnen diagnostiek

Stel bij het vermoeden van een overdosis opiaten aan de patiënt of andere aanwezigen de volgende vragen:

- Welk(e) middel(en) is (zijn) ingenomen?
- Welke hoeveelheid en wanneer is het ingenomen?
- Was het verpakt en hoeveel is eruit, wat was de sterkte of concentratie?
- Wat is het gewicht van de patiënt?

Een opiaatintoxicatie wordt gekenmerkt door ademhalingsdepressie (afname van de ademhalingsprikkel, alveolaire ventilatie en zuurstofsaturatie), verminderd bewustzijn, miosis, bradycardie en hypotensie.

Richtlijnen beleid

Bel direct een ambulance met U1-indicatie bij bewusteloosheid en aanwijzingen voor respiratoir falen.

Informatie over risico's en het beleid bij een opiaat intoxicatie kan men inwinnen bij het Nationaal Vergiftigingen informatiecentrum www.vergiftigingen.info/webtik/faces/index.jspx, tel: 030-2748888. Overweeg medicamenteuze behandeling.

Zuurstofbehandeling

Dien bij aanwijzingen voor (dreigend) respiratoir falen zuurstof toe (indien beschikbaar). Zie Acuut respiratoir falen en zuurstofbehandeling.

Medicamenteuze behandeling

(Zie voor doseringen en toedieningsvorm [tabel 10])

- Geef naloxon i.v. (langzaam toedienen) of i.m. bij ademhalingsdepressie of verminderd bewustzijn al dan niet in combinatie met bradycardie en hypotensie.³⁸
- Herhaal de toediening driemaal op geleide van het herstel van de ademhaling (streefwaarde ademfrequentie > 10 per minuut, kinderen: zie normaalwaarden [tabel 1]) iedere 2 tot 3 minuten. Omdat de meeste opioïden (zoals methadon) een langere werkingsduur hebben, is herhaalde toediening van naloxon nodig om terugkeer van de intoxicatieverschijnselen te voorkomen.
- De werking treedt snel in en houdt, afhankelijk van de dosis, meestal één tot vier uur aan.
- Bij een patiënt die chronisch opiaten gebruikt, kan naloxon onmiddellijk in aansluiting aan intraveneuze toediening leiden tot acute ontwenningssverschijnselen (onrust, braken, hypertensie, tremoren, tachycardie, hevig transpireren). Wegens het risico op braken is aandacht voor het vrijhouden van de ademhalingsweg dan ook gewenst. Verwijs met spoed als naloxon geen of onvoldoende effect heeft, ook na verbetering van het klinische beeld blijft controle en observatie van de patiënt noodzakelijk en is verwijzing aangewezen.

ACUTE PIJN

Achtergronden

Pijn: een onaangename sensorische en emotionele ervaring, die in verband wordt gebracht met bestaande of dreigende weefselbeschadiging of wordt beschreven in termen van weefselbeschadiging.³⁹

Numeric rating scale (NRS): pijnschaal waarin de mate van pijn verbaal of schriftelijk op een schaal van 0 tot 10 wordt aangegeven.

Verbal rating scale (VRS): pijnschaal waarin de mate van pijn in bewoordingen wordt weergegeven, bijvoorbeeld als 'geen', 'licht', 'matig', 'ernstig'.

Gegevens over de incidentie en prevalentie van acute pijnklachten en toepassing van pijnstilling bij patiënten in de huisartsenpraktijk zijn onbekend.

Ter inschatting van de mate van pijn kan naast het oordeel van de patiënt zelf gebruik worden gemaakt van de pijnscore die de patiënt op een pijnmeetinstrument aangeeft. De Numeric rating scale of de Verbal rating scale zijn hiervoor het meest geschikt.⁴⁰ Bijkomend voordeel van het gebruik van een pijnscore is dat een verandering in pijnintensiteit (eventueel na toediening van pijnstilling) kan worden geregistreerd en de overdracht van informatie naar andere zorgverleners in de acute zorgketen kan vergemakkelijken. Bij patiënten met matige of ernstige pijn, zoals die kan vóórkomen na een *trauma* is pijnstilling gewenst. Dit geldt ook voor patiënten met matig-ernstige buikpijn die naar het ziekenhuis worden verwezen. Er zijn geen aanwijzingen dat pijnstilling een nadelige invloed heeft op de latere diagnostiek en het beleid bij patiënten met acute buikpijn die naar het ziekenhuis worden verwezen.⁴¹ Het is zinvol daarover regionale afspraken te maken; bij het ontbreken van dergelijke afspraken kan eventueel worden overlegd met de specialist naar wie de patiënt wordt verwezen.

Richtlijnen diagnostiek

Bij matige tot ernstige pijn (NRS-score ≥ 4) is er een indicatie voor (medicamenteuze) pijnbehandeling.

Richtlijnen beleid

(Zie voor doseringen en toedieningsvorm [tabel 11])

Acute matige tot ernstige pijn

- Overweeg bij matige pijn tot ernstige pijn (NRS-score ≥ 4) de toediening van paracetamol oraal en combineer dit bij ernstige pijn met morfine (lange werkingsduur) of fentanyl (korte werkingsduur) intraveneus of subcutaan.⁴² Fentanyl is niet voor de indicatie acute pijn geregistreerd.
- Om de pijnbehandeling met fentanyl of morfine te kunnen titreren tijdens het vervoer naar het ziekenhuis of op de spoedeisende hulp, heeft intraveneuze toediening met een waaknaald de voorkeur.

Tabel 10 Medicamenteuze behandeling bij opiaatintoxicatie

Geneesmiddel	Dosering	Werkingssnelheid, -duur
naloxon 0,4 mg/ml; 1 ml ampul	i.v.: 0,4 mg (langzaam toedienen) op geleide van ademhaling herhalen eventueel 0,4 mg i.m. (effect treedt iets later in dan na i.v. toediening) kinderen: 0,01 mg/kg lichaamsgewicht i.m. eventueel na 3 min herhalen	na 1-2 min, duur: 1-4 uur

Tabel 11 Medicamenteuze behandeling acute pijn

Geneesmiddel	Dosering en contra-indicaties (indien relevant)	Werkingssnelheid, -duur
morfine 10 mg/ml; 1 ml ampul	i.v.: volw: 5-10 mg (0,1 mg/kg), > 65 jaar: 2,5-5 mg (0,05 mg/kg), in 4-5 min. kinderen: 0,05-0,1 mg/kg lichaamsgewicht langzaam in 5 min toedienen s.c. of i.m.: volw: 5-20 mg (gewoonlijk 10 mg per keer), zo nodig elke 4 uur. kinderen: 0,1-0,2 mg/kg lichaamsgewicht per keer max. 15 mg per keer zo nodig elke 4 uur	i.v. na 1-2 min, duur 3-4 uur i.m./s.c.: na 15-30 min, duur: 4 uur
fentanyl 50 microg/ml; 2 ml ampul	i.v.: volw: en kinderen: 1 microg/kg lichaamsgewicht in 2 min	na 2-3 min, duur: 30-60 min
diclofenac 25 mg/ml; 3 ml ampul	i.m.: 75 mg. contra-indicatie: actief peptisch ulcus, overgevoeligheid voor salicylaten	i.m. na ongeveer 15 min

Koliekpijn⁴³

- Geef bij galsteen- of niersteenkoliek diclofenac. Op grond van de snelheid waarmee de werking van diclofenac intreedt, verdient intramusculaire toediening de voorkeur boven rectale toediening.
- Geef bij onvoldoende effect of contra-indicatie voor diclofenac, morfine, subcutaan, intramusculair (of intraveneus).
- Verwijs bij koorts of peritoneale prikkeling, niet te beheersen pijn of kinderen jonger dan 12 jaar en zwangeren.

OPTIONELE MIDDELEN MET BIJBEHORENDE AANDOENINGEN

Actieve kool

Indien bij een (auto)intoxicatie op basis van de ingenomen dosis van (genees) middelen systemische vergiftigingsverschijnselen verwacht worden, de ingenomen stoffen binden aan geactiveerde kool en de ingestie maximaal een uur geleden heeft plaatsgevonden, kan eenmalig toediening van geactiveerde kool in poedervorm overwogen worden. Voor overleg over de indicatie voor toediening kan het vergiftigingscentrum worden geraadpleegd (tel: 030-2748888).⁴⁴

Dosering: volwassenen 50 g, kinde-

ren 1 g/kg lichaamsgewicht. Poeder in water suspenderen en laten opdrinken of zo nodig per maagsonde toedienen.

Biperideen

Bij het gebruik van onder andere antipsychotica, anti-emetica, antivertigomiddelen en antidepressiva kan in zeldzame gevallen een acute dystonie optreden. De dystonie is herkenbaar aan scheefstand van het hoofd, dysartrie, slikstoornissen, kaakklem en dwangstand van de ogen. Deze toestand kan zeer beangstigend en levensbedreigend zijn. Geef in deze situatie biperideen 2,5 tot 5 mg intramusculair of (langzaam) intraveneus, indien nodig na 30 minuten herhalen.⁴⁵

Oxytocine

De medicamenteuze behandeling van fluxus post partum (meer dan 1000 ml/24 uur), wat meestal wordt veroorzaakt door uterusatonie, bestaat uit toediening van oxytocine intramusculair of intraveneus.⁴⁶ Dosering: 5 IE oxytocine intramusculair, zo nodig herhalen, of 5 IE oxytocine intraveneus via druppelinfuus: 5 IE toevoegen aan 500 ml (0,9 NaCl of 5% glucose) infusievloeistof.

Triptaan

De aanvalsbehandeling van clusterhoofdpijn bestaat uit toediening van 12 liter zuurstof/min gedurende 15 minuten (indien beschikbaar) of sumatriptan 6 mg subcutaan.⁴⁷ In verband met de beperkte ervaring met de diagnostiek en behandeling van clusterhoofdpijn is het raadzaam de neuroloog te consulteren voor het verder beleid (zoals advies over de aanvalsbehandeling).

HOUDBAARHEID EN ONDERHOUD VAN DE SPOEDGENEESMIDDELEN

Door temperatuurschommelingen in de auto is het vaak niet goed mogelijk aan de vereiste bewaarcondities van geneesmiddelen te voldoen. Als gevolg daarvan is de werkzaamheid van het geneesmiddel tot de vermelde expiratedatum niet gegarandeerd. Het is raadzaam bij de aflevering van het geneesmiddel de expiratedatum op een (bijgevoegd) geneesmiddelenoverzicht te noteren en ten minste 2 maal per jaar de inhoud van het ampullenetui te (laten) controleren. Geneesmiddelen die extra aandacht behoeven in verband met specifieke bewaarcondities zijn epinefrine en glucagon. Epinefrine is < 25 °C en buiten invloed van licht maximaal 3 jaar houdbaar en glucagon bij kamertemperatuur maximaal 18 maanden houdbaar (3 jaar bij bewaren in een koelkast).

Onder ongunstige omstandigheden en door de snelheid waarmee men moet werken, kan tijdens de voorbereiding voor toediening een ampul worden verspeeld. Het is aan te bevelen van elke ampul minstens 2 stuks mee te nemen. Hierbij moet worden opgemerkt dat voor de behandeling van een hypoglykemie bij een volwassene meestal meer dan 2 ampullen van 10 ml glucoseoplossing nodig zijn.

Een voorbeeld van een checklist met de aanbevolen geneesmiddelen staat op de NHG-website: www.nhg.org.

Totstandkoming

Voor de herziening van de Farmacotherapeutische Richtlijn Geneesmiddelen in spoedeisende situaties startte in juli 2009 een werkgroep bestaande uit de leden: W.L. Fraanje, huisarts n.p., dr. P.H.J. Giesen, huisarts te Nijmegen en senioronderzoeker bij het Scientific Institute for Quality of Healthcare, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen, A.M. van Putten, huisarts te Gouda, K. Knobbe huisarts te Hoogland. Er werd geen belangenverstrengeling gemeld.

De begeleiding van de werkgroep en de eindredactie waren in handen van L.W. Draijer, huisarts te Nijkerk. Dr. W. Opstelten was betrokken als seniorwetenschappelijk medewerker. M.M. Verduijn, apotheker, was als seniorwetenschappelijk medewerker Farmacotherapie van deze afdeling bij de totstandkoming betrokken.

In oktober 2011 werd de ontwerprichtlijn voor commentaar naar vijftig willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen gestuurd. Er werden veertien commentaarformulieren retour ontvangen. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten W.L.M. ten Wolde, namens Ambulancezorg Nederland; N.M. Turner, medisch directeur

namens de Stichting Spoedeisende hulp bij Kinderen; dr. G.J. de Haan, neuroloog namens de werkgroep Epilepsie van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie; B.L. Oele, psychiater namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, H. Philips, namens de Vlaamse vereniging voor huisartsen en prof.dr. P. Calle, urgentiearts namens de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse huisartsen; prof.dr. J.R.B.J. Brouwers, hoofdredacteur Farmacotherapeutisch Kompas namens het College voor Zorgverzekeringen; K. de Leest, P.N.J. Langendijk, A.P. Rademaker, allen apotheker namens de KNMP; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts namens het Institute for Gender Studies Nijmegen. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de richtlijn inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. I. van der Sar en H. Eekhof hebben namens de NAS tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. In januari 2012 werd de richtlijn becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie. De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze richtlijn.

© 2012 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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



Aantonen en uitsluiten

PRAKTIJKPROBLEEM

Huisartsen gebruiken vaak tests om tot een diagnose te komen. Helaas geeft vrijwel geen enkele test 100% zekerheid. Sommige tests zijn goed in het aantonen van een aandoening (zoals een nitriettest bij urineweginfecties), andere juist in het uitsluiten (zoals D-dimeer bij diepe veneuze trombose). Wanneer moet je welke test inzetten?

ACHTERGROND

Als huisarts ga je bij elke patiënt bewust of onbewust na hoe groot de kans is op een specifieke aandoening. Je gebruikt tests om de kans op een aandoening groter (aantonen) of kleiner (uitsluiten) te maken. Als de klachten passen bij een bepaalde aandoening, wil je die aandoening aantonen. Bij een vrouw met acute klachten over pijnlijke, frequente mictie is er een redelijke kans (64%) dat zij een urineweginfectie heeft. Dan gebruik je de nitriettest om de diagnose te bevestigen. Is deze positief, dan is de kans op zo'n infectie fors gestegen (84%) en is het gerechtvaardigd om een behandeling te starten. Bij een man van 56 jaar met een blanco voorgeschiedenis die zonder aanleiding last leeft van een gezwollen, rood, pijnlijk rechteronderbeen, wil je een trombosebeentje juist uitsluiten. De kans daarop is weliswaar niet groot (5%), maar je wilt deze ernstige aandoening niet missen.

Tabel 1 Karakteristieken nitriettest bij urineweginfectie

		Aandoening		
		Aanwezig	Afwezig	
Test	Positief	3.092	432	3.524
		A B		A+B
Negatief		C D		C+D
		3.308	3.168	6.476
		A+C B+D		10.000
		6.400	3.600	

* Bij een vrouw met acute klachten over frequente, pijnlijke mictie is de kans op een urineweginfectie 64%¹

Sensitiviteit = (3092/6400) 53%; specificiteit = (3168/3600) 88%

Voorspellende waarde van een positieve testuitslag = (3092/3524) 88%

Voorspellende waarde van een negatieve testuitslag = (3168/6476) 49%

Tabel 2 Karakteristieken D-dimeer bij diepe veneuze trombose

		Aandoening		
		Aanwezig	Afwezig	
Test	Positief	475	5.700	6.175
		A B		A+B
Negatief		C D		C+D
		25	3.800	3.825
		A+C B+D		10.000
		500	9.500	

** Bij een patiënt met zwelling, roodheid en pijn van het onderbeen, zonder aanleiding voor het ontstaan en een blanco voorgeschiedenis, wordt de kans op diepe veneuze trombose geschat op 5%²

Sensitiviteit = (475/500) 95%; specificiteit = (3800/9500) 40%

Voorspellende waarde van een positieve testuitslag = (475/6175) 8%

Voorspellende waarde van een negatieve testuitslag = (3800/3825) 99%

Een test met een hoge positief voorspellende waarde heeft de voorkeur als de behandeling ongewenst is voor patiënten met een fout-positieve uitslag. Je mist dan wel de patiënten die een fout-negatieve uitslag hebben. Bij hen moet de aandoening met een andere test worden opgespoord.

Een test met een hoge negatief voorspellende waarde heeft de voorkeur bij het uitsluiten van ernstige aandoeningen die niet gemist mogen worden. Mogelijk krijgt dan ook een aantal patiënten een fout-positieve testuitslag. Het niet missen van de aandoening is in dit geval echter belangrijker dan de ten onterechte gestelde diagnose.

UITWERKING

Bij de vrouw met mictieklachten [tabel 1] is de kans op een urineweginfectie vóór de test al groot (64%); je gebruikt de nitriettest om de aandoening aan te tonen. Bij een positieve testuitslag weet je met 88% zekerheid dat de patiënte een urineweginfectie heeft. Genoeg bevestiging om met een behandeling te starten. Is de test echter negatief, dan weet je niet zeker of er werkelijk geen urineweginfectie is. De NHG-Standaard Urineweginfectie adviseert daarom bij een negatieve nitriettest verder onderzoek te doen.

Bij de man met klachten over zijn been [tabel 2] is de kans op een trombosebeentje al klein (5%) voordat je de D-dimeer bepaalt. In dit geval weet je met een positieve testuitslag (VW+) niet zeker of er werkelijk sprake is van diepe veneuze trombose, daarvoor is meer onderzoek nodig. Een negatieve testuitslag (VW-) geeft echter bij deze patiënt met een lage verdenking een grote mate van zekerheid dat hij werkelijk geen trombosebeentje heeft.

BETEKENIS

Voor het aantonen van een vermoedelijke aandoening is het belangrijk dat de test een hoge positief voorspellende waarde heeft. Dan wordt de patiënt niet ten onrechte behandeld.

Voor het uitsluiten van een ernstige diagnose met veel consequenties is een test nodig met een hoge negatief voorspellende waarde. Als de test negatief is, kunnen we de patiënt geruststellen en is in veel gevallen een afwachtend beleid verantwoord. ■

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

LITERATUUR

- 1 Van Haaren KAM, Visser HS, Van Vliet S, Timmermans AE, Yadava R, Geerlings SE, et al. NHG-Standaard Urineweginfectie. www.nhg.org.
- 2 Oudega R, Van Weert H, Stoffers HEJH, Sival PPE, Schure RI, Delemarre J, et al. NHG-Standaard Diepe veneuze trombose. www.nhg.org.

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

Behandeling gelokaliseerd prostaatcarcinoom

INLEIDING

Prostaatcarcinoom is, met een relatief aandeel van 21%, de meest voorkomende vorm van kanker bij mannen in Nederland. In 2009 kwamen er 10.166 nieuwe patiënten met prostaatcarcinoom bij en overleden er 2492 aan de aandoening.¹ De incidentie neemt toe, onder andere vanwege vergrijzing van de bevolking en toegenomen vroegdiagnostiek, maar ook gecorrigeerd voor dergelijke factoren lijkt zich een 'echte' stijging van de incidentie voor te doen. Er zullen dus steeds meer mannen voor prostaatcarcinoom worden behandeld.

Welke behandeling dat zal zijn, hangt af van de stadiëring van de tumor, de levensverwachting en de comorbiditeit. Bij een gelokaliseerd prostaatcarcinoom (T1-2NoMo) zijn er verschillende opties: actief volgen, radicale prostatectomie en bestraling, uitwendig of inwendig in de vorm van brachytherapie. Bij de keuze van de behandeling is de voorkeur van de patiënt zelf zeer belangrijk, want de gemiddelde overleving bij deze behandelingen is vrijwel gelijk.⁴

Actief volgen (*active surveillance*) houdt in dat de patiënt om de drie maanden gecontroleerd wordt op prostaatspecifiek antigeen (PSA) en na een jaar opnieuw een biopsie ondergaat om de eventuele progressie van de ziekte te monitoren. Men adviseert deze optie alleen bij patiënten met een laaggradige tumor, een beperkte tumoromvang, een levensverwachting van minder dan tien jaar of ernstige comorbiditeit.^{2,3}

Samenvatting

Hamoen EHJ, Witjes JA. Behandeling gelokaliseerd prostaatcarcinoom. *Huisarts Wet* 2012;55(5):222-4.

Naast de specialist speelt de huisarts een grote rol in het begeleiden van patiënten die behandeld worden voor prostaatcarcinoom. De standaard behandelingsopties bij gelokaliseerd prostaatcarcinoom zijn, naast actief volgen, radicale prostatectomie en radiotherapie. Dit zijn ingrijpende behandelingen met lastige bijwerkingen. Nu de incidentie van prostaatkanker toeneemt, stijgt ook de vraag naar minder invasieve behandelingsmethoden met hopelijk minder bijwerkingen. Dit nascholingsartikel gaat in op de uitkomsten en bijwerkingen van de standaardbehandelingen, en op twee relatief nieuwe ontwikkelingen: cryochirurgie en *high intensity focused ultrasound* (HIFU). Deze zogeheten focale therapieën zijn sterk in opkomst. Juist omdat ze nieuw zijn en volop in ontwikkeling, is over hun effectiviteit en bijwerkingen nog weinig met zekerheid te zeggen. Zowel cryochirurgie als HIFU hebben redelijk wat bijwerkingen – met name urineretentie en erectiele disfunctie – en de resultaten op lange termijn zijn onzeker. Daarom zijn ze voorlopig nog geen serieus alternatief voor de standaardbehandelingen.

Bij een radicale prostatectomie verwijdert men de prostaat, de urethra prostatica en de vesiculae seminales. Afhankelijk van de lokalisatie en uitbreiding van de tumor is het mogelijk de zenuwbundels rond de prostaat te sparen. De procedure kan zowel open als laparoscopisch worden uitgevoerd, eventueel met robotassistentie.

Bij uitwendige radiotherapie implanteert men tegenwoordig voorafgaand aan de bestraling vaak goudmarkers met behulp van transrectale echografie, zodat de prostaat gericht bestraald kan worden.

Een andere vorm van bestraling is brachytherapie, waarbij via het perineum onder spinale anesthesie radioactieve zaadjes worden ingebracht, die de prostaat van binnenuit bestralen.

[Tabel 1] geeft een overzicht van de aandachtspunten voor patiënten die radicale prostatectomie of radiotherapie hebben ondergaan.

De behandeling van prostaatkanker omvat een zeer breed scala van interventies, die voor ieder ziektestadium weer anders zijn. Dit artikel zal zich daarom toespitsen op de nieuwe ontwikkelingen in de behandeling van gelokaliseerd prostaatcarcinoom, waarbij waarschijnlijk steeds vaker focale therapieën zullen worden toegepast. Twee focale therapieën die momenteel in opkomst zijn, zijn cryochirurgie en *high-intensity focused ultrasound* (HIFU).⁵⁻⁸ Het zijn in opzet curatieve behandelingen, waarvan men hoopt dat ze dezelfde werking hebben als prostatectomie of bestraling, met mogelijk minder morbiditeit. Beide therapieën verkeren echter nog in een experimenteel stadium.

[Tabel 2] geeft een kort overzicht van de effecten en bijwerkingen van de genoemde therapieën, geëvalueerd voor drie risicogroepen op basis van de tumorgrootte (T), de zogeheten Gleasonscore voor microscopische kenmerken van de tumor, die varieert van 2 (relatief gunstig) tot 10 (ongunstig), en de initiële PSA-waarde (iPSA).⁹

- Laag risico: T1c-2a en Gleasonscore < 7 en iPSA < 10 ng/ml.
- Matig risico: T2b-c of Gleasonscore = 7 of iPSA 10-20 ng/ml (bij twee ongunstige factoren: hoog risico).
- Hoog risico: T3 of Gleasonscore > 7 of iPSA > 20 ng/ml (één of meer factoren).

De kern

- Prostaatcarcinoom is de meest voorkomende vorm van kanker bij mannen, en de incidentie stijgt.
- Bij gelokaliseerd prostaatcarcinoom zijn radiotherapie (uitwendig dan wel inwendig via brachytherapie) en chirurgie gelijkwaardige behandelingsopties. Vanwege de bijwerkingen is men echter op zoek naar gerichtere procedures.
- Twee van deze focale therapieën, cryotherapie en HIFU, ontwikkelen zich snel, maar de bijwerkingen zijn nog te sterk en de resultaten nog te onzeker om ze al buiten onderzoeksverband te kunnen toepassen.

Tabel 1 Mogelijke bijwerkingen van radicale prostatectomie en bestraling bij prostaatacarcinoom

Complicatie	Advies
Radicale prostatectomie	
▪ wondinfectie	let op tekenen van abscesvorming, overleg met uroloog
▪ verstopte katheter postoperatief	overleg met uroloog
▪ urineretentie na verwijderen katheter	probeer een katheter te plaatsen; als dit niet lukt of bij twijfel, overleg met uroloog
▪ lymfokèle	let op tekenen van trombose en infectie, overleg met uroloog en eventueel drainage
▪ neurogene klachten (doofheid, tintelingen)	afwachting beleid, meestal spontaan herstel; als de klachten persisteren verwijzing naar neuroloog
▪ incontinentie	bekkenfysiotherapie, informatie geven, goed incontinentiemateriaal aanmeten
Radiotherapie	
▪ cystitis	neem een urinekweek af, behandel met antibiotica indien positief
▪ hematurie	afhankelijk van ernst: indien persisterend, bij stolselvorming en bij koorts overleg met uroloog; drinkadvies > 2 l/dag
▪ imperatieve mictiedrang, frequente aandrang	bij negatieve urinekweek: anticholinergicum; indien onvoldoende effect overleg met uroloog
▪ proctitis, chronische diarree	gezonde voeding, drinkadvies, overleg met MDL-arts

In het vervolg van dit artikel zullen wij [tabel 2] verder toelichten. De cijfers voor cryochirurgie en HIFU zijn gebaseerd op veel kleinere patiëntenaantallen dan die voor radicale prostatectomie en radiotherapie, want er is minder ervaring mee opgedaan.

CRYOCHIRURGIE

Cryochirurgie wordt al tientallen jaren toegepast, in eerste instantie bij huidaandoeningen, maar sinds enige jaren ook bij prostaatacarcinomen. De cryochirurg plaatst via het perineum en op geleide van een transrectale echo of MRI twee naalden in de prostaat, waarna de prostaatkernen door bevriezing te gronde gaan. Deze behandeling wordt uitgevoerd onder narcose. De techniek is nog volop in ontwikkeling, men is momenteel toe aan de derde generatie.

De Europese richtlijn voor prostaatacarcinoom geeft als indicaties voor cryochirurgie: gelokaliseerd prostaatacarcinoom of minimale extraprostatiche doorgroei, prostaatkroon < 40 cc, Gleasonscore < 7 en PSA < 20 ng/ml. De richtlijn vermeldt daarnaast cryochirurgie als mogelijke *salvage*-therapie na radiotherapie, wanneer de patiënt niet goed reageert op de primaire behandeling.⁹ Een voordeel van cryochirurgie is dat de chirurg de vorming van de ijsbal kan volgen op de echo of MRI, en zo kan zien of de bevrorenzone groot genoeg is en of er geen schade optreedt aan het rectum.¹⁰

In een onderzoek onder 975 patiënten bleek de biochemisch ziektevrije vijfjaarsoverleving na tweede-generatie cryochirurgie 60-76% voor laagrisicopatiënten, 45-71% voor patiënten met een matig risico en 36-61% voor hoogrisicopatiënten.¹¹ Een onderzoek onder 1000 vergelijkbare patiënten die radicale prostatectomie hadden ondergaan, vond een biochemisch ziektevrije vijfjaarsoverleving van 92,5% in de laagrisicogroep, 78% in de groep met matig risico en 65% in de hoogrisicogroep.¹² Een derde onderzoek onder 2991 patiënten die (inwendige of uitwendige) radiotherapie dan wel radicale prostatectomie ondergingen, vond voor alle drie de behandelmodaliteiten ongeveer dezelfde uitkomst: een biochemisch ziektevrije vijfjaarsoverleving > 80% voor laagrisicopatiënten.¹³ Er zijn nog weinig gegevens over de ziektevrije vijfjaarsoverleving van laagrisicopatiënten na derde-generatie cryochirurgie.

Tabel 2 Overzicht kenmerken huidige en nieuwe therapieën gelokaliseerd prostaatacarcinoom

Therapie	Biochemisch ziektevrije vijfjaarsoverleving			Complicaties
	laag risico	matig risico	hoog risico	
Radicale prostatectomie	80-92,5%	78%	46-65%	erectiele disfunctie 29-100% incontinentie 0-50% urethrastrictuur 2-9% urinelekkage/fistel 0,3-15%
Radiotherapie	80-83%	65-79%	35-56%	erectiele disfunctie 25-45% proctitis 8% urethrastrictuur 7% radiatiecystitis 5%
Cryochirurgie*	60-76%	45-71%	36-61%	erectiele disfunctie 80% incontinentie 4% uitplassen van necrotisch weefsel 3% urineretentie 2%
High-intensity focused ultrasound*	66-84%	64%	45%	urineretentie 95% erectiele disfunctie 55-70% incontinentie 12%

* Deze behandelingen zijn nog in een experimenteel stadium en de cijfers zijn gebaseerd op kleine patiëntenaantallen.

gie. Eén onderzoek (n = 590) met een follow-up van zeven jaar vond percentages van 61%, 68% en 61% bij patiënten met laag, matig en hoog risico.¹⁴

De bijwerking die het meest voorkomt na cryochirurgie is erectiele disfunctie (80%). Daarna komen incontinentie (4,4%),

Abstract

Hamoen EHJ, Witjes JA. Treatment of localized prostate cancer. *Huisarts Wet* 2012;55(5):222-4. Besides specialists, general practitioners also have an important role in the management of patients being treated for prostate cancer. Standard treatment options for localized prostate cancer are active surveillance, radical prostatectomy, and radiotherapy. The latter two interventions are invasive and have complicated side effects. The incidence of prostate cancer is increasing and there is a need for less invasive treatment options with fewer side effects. This article describes the outcomes and side effects of standard treatments and of two relatively new treatments: cryosurgery and high-intensity focused ultrasound (HIFU). Although these so-called focused treatments are becoming popular, they are still relatively new and in development, and little is known about their safety and efficacy. Cryosurgery and HIFU both have a number of side effects, namely urine retention and erectile dysfunction, and long-term results are uncertain. For these reasons, they are currently not serious alternatives to standard treatment options.

uitplassen van necrotisch weefsel (3%), urineretentie (2%), pijn in het bekken (1,1%) en fistelvorming (0,2%).^{12,14-18} Verbeteringen in de techniek, zoals verwarming van urethra en rectum tijdens de procedure, hebben de kans op deze bijwerkingen verkleind.¹¹

Over het algemeen blijkt de kwaliteit van leven bij patiënten die cryotherapie hebben ondergaan na drie jaar niet te zijn verminderd, maar het seksueel functioneren na drie jaar is wel significant slechter dan bij patiënten die uitwendige radiotherapie kregen.^{19,20}

Tegenwoordig verricht men steeds vaker focale cryotherapie in plaats van cryotherapie van de hele prostaat, en dat heeft mogelijk een minder negatief effect op de erectiele functie. De nieuwste ontwikkeling is zenuwsparende cryochirurgie, maar hierover zijn nog zeer weinig gegevens bekend. Het zou een mogelijkheid kunnen zijn bij unilaterale tumoren. Een andere nieuwe ontwikkeling is MRI-geleide cryotherapie. In de hier besproken, al iets oudere onderzoeken ging het steeds om echogeïde cryotherapie. MRI geeft betere beeldvorming en zou daardoor betere resultaten kunnen opleveren, maar de techniek is nog te nieuw om daar al iets over te kunnen zeggen.

HIFU

HIFU is gebaseerd op het principe dat geconcentreerde ultrageluidsgolven door verhitting weefselschade en necrose veroorzaken. De techniek is in opkomst voor de behandeling van onder andere prostaat-, lever-, borst-, nier- en hersentumoren. Bij een gelokaliseerd prostaatacarcinoom brengt men, onder narcose of ruggenprik, een transducer in via het rectum. Rondom de transducer zit een koelende ballon om het omliggende weefsel te beschermen. HIFU is, net als cryochirurgie, een tijdrovende procedure.

Een van de grootste onderzoeken (n = 227, laag tot matig risico) liet progressievrije ziekte (zowel histologisch als biochemisch) zien bij 66% van de patiënten na 5 jaar.²¹ Een ander onderzoek (n = 517) toonde een biochemische progressievrije vijfjaarsoverleving van 84%, 64% en 45% bij patiënten met respectievelijk laag, matig en hoog risico.²²

Een van de meest voorkomende bijwerkingen van HIFU is urineretentie (95%), meestal door blaashalsclerose. Vaak voert men als vervolgingreep dan ook een TURP of blaashalsincisie uit, in sommige ziekenhuizen gebeurt dit zelfs tijdens de HIFU. Ook erectiele disfunctie komt vaak voor (55-70%). Stressincontinentie treedt op bij 12% van de patiënten. Daarnaast is er een risico op fistelvorming (0-3%).^{11,21,23,24}

CONCLUSIE

De huidige standaardtherapieën voor gelokaliseerd prostaatacarcinoom, radicale prostatectomie en radiotherapie, zijn bewezen effectief maar hebben bijwerkingen. Van alternatieve behandelingen zoals cryochirurgie of HIFU is de effectiviteit tot nu toe echter onvoldoende aangetoond, en er zijn ook nog te weinig gegevens over de lange termijn om echt te kunnen

spreken van volwaardige nieuwe therapieën. Bovendien hebben ook zij vaak bijwerkingen en zijn het tijdrovende procedures. Op dit moment is er daarom voor deze behandelingen alleen plaats in onderzoeksverband. ■

Deze nascholing is een aflevering van de serie 'Oncologie'.

LITERATUUR

1. Cijfers over kanker [internet]. Utrecht: Vereniging Integrale Kankercentra, 2011 [update 2012]. www.cijfersoverkanker.nl.
2. Albertsen PC, Hanley JA, Fine J. 20-year outcomes following conservative management of clinically localized prostate cancer. *JAMA* 2005;293:2095-101.
3. Steinberg GD, Bales GT, Brendler CB. An analysis of watchful waiting for clinically localized prostate cancer. *J Urol* 1998;159:1431-6.
4. Vicini FA, Martinez A, Hanks G, Hanlon A, Miles B, Kernan K, et al. An interinstitutional and interspecialty comparison of treatment outcome data for patients with prostate carcinoma based on predefined prognostic categories and minimum follow-up. *Cancer* 2002;95:2126-35.
5. Fahmy WE, Bissada NK. Cryosurgery for prostate cancer. *Arch Androl* 2003;49:397-407.
6. Rees J, Patel B, MacDonagh R, Persad R. Cryosurgery for prostate cancer. *BJU Int* 2004;93:710-4.
7. Han KR, Belldgrun AS. Third-generation cryosurgery for primary and recurrent prostate cancer. *BJU Int* 2004;93:14-8.
8. Beerlage HP, Thuroff S, Madersbacher S, Zlotta AR, Aus G, De Reijke TM, et al. Current status of minimally invasive treatment options for localized prostate carcinoma. *Eur Urol* 2000;37:2-13.
9. Heidenreich A, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Mason M, Matveev V, et al. EAU guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis, and treatment of clinically localised disease. *Eur Urol* 2011;59:61-71.
10. Nguyen CT, Jones JS. Focal therapy in the management of localized prostate cancer. *BJU Int* 2011;107:1362-8.
11. Long JP, Bahn D, Lee F, Shinohara K, Chinn DO, Macaluso JN Jr. Five-year retrospective, multi-institutional pooled analysis of cancer-related outcomes after cryosurgical ablation of the prostate. *Urology* 2001;57:518-23.
12. Hull GW, Rabbani F, Abbas F, Wheeler TM, Kattan MW, Scardino PT. Cancer control with radical prostatectomy alone in 1,000 consecutive patients. *J Urol* 2002;167:528-34.
13. Kupelian PA, Potters L, Khuntia D, Ciezki JP, Reddy CA, Reuther AM, et al. Radical prostatectomy, external beam radiotherapy < 72 Gy, external radiotherapy > or = 72 Gy, permanent seed implantation or combined seeds/external beam radiotherapy for stage T1-2 prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004;58:25-33.
14. Bahn DK, Lee F, Badalament R, Kumar A, Greski J, Chernick M. Targeted cryoablation of the prostate: 7-year outcomes in the primary treatment of prostate cancer. *Urology* 2002;60:3-11.
15. Donnelly BJ, Saliken JC, Ernst DS, Ali-Ridha N, Brasher PM, Robinson JW, et al. Prospective trial of cryosurgical ablation of the prostate: Five year results. *Urology* 2002;60:645-9.
16. Han KR, Cohen JK, Miller RJ, Pantuck AJ, Freitas DG, Cuevas CA, et al. Treatment of organ confined prostate cancer with third generation cryosurgery: Preliminary multicenter experience. *J Urol* 2003;170:1126-30.
17. Koppie TM, Shinohara K, Crossfeld GD, Presti JC Jr, Carroll PR. The efficacy of cryosurgical ablation of prostate cancer: The University of California, San Francisco experience. *J Urol* 1999;162:427-32.
18. De La Taille A, Benson MC, Bagliella E, Burchardt M, Shabsigh A, Olsson CA, et al. Cryoablation for clinically localized prostate cancer using an argon-based system: Complication rates and biochemical recurrence. *BJU Int* 2000;85:281-6.
19. Robinson JW, Donnelly BJ, Saliken JC, Weber BA, Ernst S, Rewcastle JC. Quality of life and sexuality of men with prostate cancer 3 years after cryosurgery. *Urology* 2002;60:12-8.
20. Robinson JW, Donnelly BJ, Siever JE, Saliken JC, Ernst SD, Rewcastle JC, et al. A randomized trial of external beam radiotherapy versus cryoablation in patients with localized prostate cancer: Quality of life outcomes. *Cancer* 2009;115:4695-704.
21. Poissonnier L, Chapelon JY, Rouvière O, Curiel L, Bouvier R, Martin X, et al. Control of prostate cancer by transrectal HIFU in 227 patients. *Eur Urol* 2007;51:381-7.
22. Uchida T, Shoji S, Nakano M, Hongo S, Nitta M, Murota A, et al. Transrectal high-intensity focused ultrasound for the treatment of localized prostate cancer: Eight-year experience. *Int J Urol* 2009;16:881-6.
23. Madersbacher S, Marberger M. High-energy shockwaves and extracorporeal high-intensity focused ultrasound. *J Endourol* 2003;17:667-72.
24. Gelet A, Chapelon JY, Bouvier R, Pangaud C, Lasne Y. Local control of prostate cancer by transrectal high intensity focused ultrasound therapy: Preliminary results. *J Urol* 1999;161:156-62.

Overgewicht onder chronisch zieken

Volgens het RIVM heeft ruim de helft van de Nederlanders overgewicht. Van de Nederlandse mannen tussen de 30 en 70 jaar is 60% te zwaar. Bij de vrouwen in deze leeftijdsgroep is dat 44%. Bij 13% van deze mannen en 14% van deze vrouwen is sprake van ernstig overgewicht of obesitas, dat de kans vergroot op het ontstaan van diabetes, hart- en vaatziekten en gewrichtsklachten. Hoe liggen die percentages bij chronisch zieken en hoe groot is de groep die is voorgelicht over dieet of voeding?

VERHOOGDE KANS OP OVERGEWICHT

Mensen met een chronische ziekte hebben een verhoogde kans op overgewicht. Bij hen kan overgewicht bovendien leiden tot complicaties en het beloop van de aandoening ongunstig beïnvloeden. Daarom is het van belang om zicht te hebben op de mate waarin overgewicht voorkomt bij chronisch zieken om zo nodig tijdig te kunnen interveniëren. We hebben in kaart gebracht hoeveel mensen met een chronische ziekte kampen met overgewicht (BMI van 25 of meer) of ernstig overgewicht (BMI ≥ 30). Daarnaast bekeken we hoeveel chronisch zieken in 2010 voorlichting en/of adviezen kregen over dieet of voeding.

60% KAMPT MET OVERGEWICHT

Drie op de vijf chronisch zieken kampen met overgewicht. Bij één op de vijf chronisch zieken (19%) is sprake van ernstig overgewicht (BMI ≥ 30). Een kleine groep (2%) kampt met ondergewicht (BMI $< 18,5$). Mannen hebben vaker overgewicht dan vrouwen (65% versus 56%), maar vrouwen hebben wat vaker ernstiger overgewicht [figuur 1].

Verder blijkt overgewicht het vaakst voor te komen bij mensen met diabetes (80%) of hart- en vaatziekten (65%), gevolgd door mensen met een ziekte aan het bewegingsapparaat (60%). Ondergewicht komt het vaakst voor bij mensen met een chronische spijsverteringsziekte (8%).

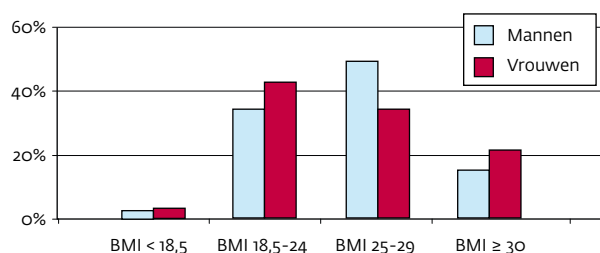
VOORLICHTING OVER DIEET OF VOEDING

Eén op de vijf chronisch zieken (19%) gaf aan in 2010 voorlichting en/of adviezen te hebben ontvangen over dieet of voeding. Mensen met overgewicht kregen nauwelijks vaker dieetvoorlichting dan mensen met een normaal gewicht. Van de mensen met obesitas gaf eenderde aan te zijn voorgelicht of geadviseerd over dieet of voeding [figuur 2].

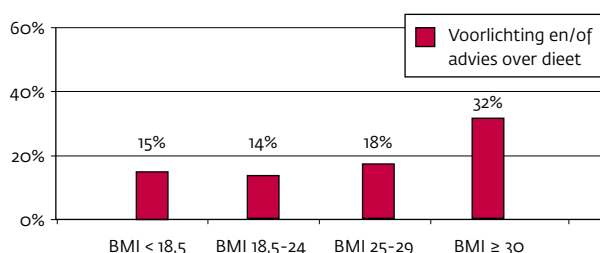
CONCLUSIES

Ruim de helft van de mensen met een chronische ziekte is te zwaar, bij 1 op de 5 is sprake van ernstig overgewicht. Ondanks de risico's die gepaard gaan met overgewicht, kreeg in 2010 slechts 18% van de chronisch zieken met matig overgewicht (BMI 25-29) adviezen over dieet of voeding. Bij degenen met ernstig overgewicht was dit eenderde. Mensen met een chronische ziekte vinden het vaak lastig om zelf actief met hun gewicht aan de slag te gaan, ook omdat hun ziekte grenzen stelt aan voeding en beweging. Professionele ondersteuning op maat zou hen kunnen helpen. Uit eerdere gegevens van het NIVEL blijkt dat vrijwel alle chronisch zieken jaarlijks bij een huisarts of praktijkondersteuner komen. Voor hen ligt hier een kans om dieetadviezen te geven, zeker nu dieetadvisering door de diëtist niet meer standaard wordt vergoed. ■

Figuur 1 Gewichtsverdeling onder chronisch zieken, naar geslacht (n = 1560)



Figuur 2 Percentage chronisch zieken dat dieetvoorlichting/-advies kreeg in 2010, naar BMI (n = 1500)



Voor deze bijdrage gebruikten we gegevens van een representatieve groep van 1560 chronisch zieken van 15 jaar en ouder, die deelnemen aan het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) van het NIVEL. We hebben de BMI berekend op basis van zelfgerapporteerde gegevens over lengte en gewicht.

'Voor incidentmelding is veiligheid nodig'

Vorig jaar promoveerde Dorien Zwart op haar proefschrift *Incident reporting in general practice*. In een interview vertelt ze waarom het melden van incidenten in de huisartsenpraktijk zo belangrijk is en hoe je kunt zorgen voor voldoende veiligheid om dit te bereiken.

Aanklevend onderwerp

Als het gaat om Veilig Incidenten Melden (VIM), kom je in Nederland al gauw Dorien Zwart tegen. Hoe is dat zo gekomen? 'Ja, dat onderwerp is inderdaad aan me gaan "kleven". Meteen nadat ik mijn huisartsenopleiding afrondde, ben ik aan de universiteit gaan werken. Toen ik aangaf dat ik wel onderzoek wilde gaan doen, mocht ik zelf een onderwerp aandragen. En precies rond die tijd werd ik gebeld door kinderarts Harry Molendijk, die als een van de eersten in Nederland patiëntveiligheid op de kaart zette, met de vraag of ook huisartsen daar iets aan deden. Voorheen gingen we altijd "persoonsgebonden" om met fouten, maar nu

hebben we een andere invalshoek, namelijk dat hulpverleners onderdeel zijn van een systeem dat op zich fouten kan uitlokken. Dáár moet je dus naar kijken en niet alleen naar degene die de fout maakt. Vanaf 2005 ben ik me hiermee gaan bezighouden. Toen het onderwerp voor de eerstelijnszorg op de politieke agenda kwam, had men mij al gauw gevonden. Zo raakte het onderwerp steeds meer met mij verweven.'

Diverse belemmeringen

'Voor je iets met een fout kunt doen, moet die wel eerst gemeld worden en daar gaat het meteen al mis', vertelt Zwart. 'In de eerste plaats moet je een fout "zien". Veel dingen zijn zó ingeslepen geraakt in de praktijk, dat missers niet eens gesignaleerd worden.'

Vervolgens moet je de fout registreren: een extra administratieve handeling en geen leuk werkje! Bovendien zijn huisartsen echte "probleemoplossers", als er iets fout gaat, pakken ze het meteen aan. Het lijkt dan overbodig om een al opgelost probleem achteraf nog te gaan registreren.

Een derde belemmerende factor is dat mensen het lastig vinden om op te schrijven wat ze niet goed doen, vooral als het om grote fouten gaat. Hoe ernstiger de gevolgen, hoe minder gemakkelijk de fout wordt gemeld, zagen we in ons onderzoek. Dat is ook logisch: als iets aan het hart van je professionele functioneren raakt, is het moeilijk er kritisch naar te kijken. Als er bovendien behoorlijke schade is ontstaan, is dat ook nog eens heel bedreigend voor jou als dokter.

Een vierde belemmering is dat huisartsen bij sommige incidenten denken: dat kan ik nu wel melden en analyseren, maar het overkomt me een volgende keer zo weer opnieuw, want op deze manier werken we hier nou eenmaal.'

Bedreigende fouten

'Huisartsen weten heus wel wat ze moeten doen als zich een ernstig incident heeft voorgedaan', meent Zwart. 'Ze gaan langs bij de patiënt om excuses aan te bieden, om de vertrouwensband te herstellen en om voor de

patiënt te zorgen. Opschrijven van zo'n fout voelt tegennatuurlijk, laat staan die te melden bij een commissie die je helemaal niet kent. Dat is behoorlijk bedreigend. Anderzijds snapt iedereen altijd meteen de bedoeling van Veilig Incidenten Melden. "Túúrlíjk moet je leren van je fouten!" "Túúrlíjk moet je die analyseren!" Maar als het erop aan komt is het heel moeilijk om te erkennen dat je een fout hebt gemaakt en die te delen met anderen. Dat voelt als je hoofd op een hakblok leggen.'

Het is dus belangrijk om het melden van incidenten zo veilig en laagdrempelig mogelijk te maken. Zwart: 'Als je naar het hele traject rond een fout kijkt, blijkt vaak dat er meerdere zwakke schakels in het proces zitten. Het levert veel meer op om die zwakke plekken aan te pakken dan tegen je praktijkassistent te zeggen dat ze moet oppassen bij wat ze doet. Bovendien kun je in de praktijk gemakkelijker verbeteringen doorvoeren als je samen op een open manier de gemaakte fouten bespreekt; dan wordt dat een gezamenlijk traject. Maar daarvoor is wel voldoende veiligheid nodig.'

Stap voor stap aanpakken

Als een praktijk aan de slag wil met de aanpak van incidenten, wat is dan een goede werkwijze? 'Allereerst moet je een gesprek aangaan met álle mensen in de praktijk. Vertel dat het de bedoeling is om van de fouten te leren en dat het dus onbelangrijk is wie wat wanneer fout doet; dat het niet gaat om schuld maar om het blootleggen van risico's. Dat betekent ook dat mensen moeten accepteren dat hun collega's soms dingen fout doen, en ook dat zijzelf fouten maken. Ze moeten dus bereid zijn om als vangnet voor elkaar te fungeren. Zo probeer je een open sfeer te creëren, waarin iedereen zich veilig genoeg voelt om eigen fouten te melden en gesignaleerde risico's bespreekbaar te maken.'

Houd vervolgens een "meldweek" waarin álles wat niet de bedoeling was wordt genoteerd. Essentieel is dat je vervolgens een heel goede oorzakenanalyse maakt. *Don't jump to conclusions* omdat je halverwege denkt dat je wel weet



waar iets is misgegaan, maar kijk naar wat er precies is gebeurd en maak een reconstructie. Bepaal na analyse welk probleem je het eerst wilt oplossen maar ook hoeveel tijd je erin wilt steken. Neem niet te veel hooi op je vork, je kunt niet de hele wereld verbeteren. Leg tot slot je maatregelen vast in een verbeteringsplan en voer dat uit; dan waarborg je het best dat iets niet halverwege verzandt.'

Fouten opdiepen

Zijn er behalve de meldweek andere manieren om zicht te krijgen op wat er zoal mis kan gaan in de praktijk? Zwart: 'Weliswaar hebben we dat niet onderzocht, maar ik kan natuurlijk wel wat bedenken. Licht bijvoorbeeld eens tien dossiers van patiënten met chronische aandoeningen en bekijk goed wat wel en niet volgens het boekje gebeurt en waarom. Of neem de laatste tien ernstige diagnoses die je hebt gesteld eens kritisch door: zijn er dingen die beter hadden gekund? Zo vind je misschien nieuwe incidenten, want vooral medisch-inhoudelijke missers blijken niet vaak te worden gemeld. En er zijn nog wel meer manieren denkbaar. Er gaat bijvoorbeeld veel mis in het traject tussen huisartsenpraktijk en apotheek; je zou eens een week alle incidenten met recepten kunnen analyseren. Of noteer een tijdje welke incidenten patiënten melden aan de telefoon. We hebben dat uitgetoetst in een pilot en dat leverde zeer bruikbare informatie op.'

De frisse blik van aios

Huisartsen en hun praktijkmedewerkers blijven meestal lang op eenzelfde plek werken. Dan willen er nog wel eens blinde vlekken ontstaan voor de eigen manier van werken. Hoe zijn die te omzeilen? Zwart: 'We hebben aan aios gevraagd om hun incidenten te melden en daarbij bleek dat driekwart van de gemaakte fouten niet lag aan hun gebrek aan ervaring of kennis. Met andere woorden: het lag aan de manier van werken in de betreffende praktijk en had dus ook een "afgestudeerd huisarts" kunnen overkomen. Gebruikmaken van de frisse blik van aios of andere "outsiders" kan dus heel zinvol zijn!'

Onderling vertrouwen

Volgens Zwart is het nog niet zo'n gek idee om voor de incidentenanalyse iemand van buiten de praktijk erbij te halen. 'Die kijkt met een frisse blik naar je werkprocessen. Denk bijvoorbeeld aan iemand uit de hagro. Dat kan echter alleen als er veel onderling vertrouwen bestaat.'

Dat onderling vertrouwen is al even belangrijk binnen het team. 'Praktijk-assistenten hebben een erg moeilijke taak, want er gaat heel veel tegelijkertijd om aan de balie. Als de assistenten elkaar een tijdje observeren en feedback geven over de manier waarop ze bijvoorbeeld vragen afhandelen, kan dat veel opleveren. Maar dan moet je wel zeker weten dat ze zich daardoor niet bedreigd voelen. Praktijkmensen die tot zoiets bereid zijn, moet je op handen dragen, want daar leer je nog het allermeeste van!'

Huisartsen kunnen veel doen om een veilige cultuur te creëren. Zwart: 'Die moeten de boodschap "fouten maken is menselijk" heel expliciet ventileren. Dat kan alleen door zelf regelmatig het goede voorbeeld te geven. Het is voor veel huisartsen niet vanzelfsprekend om een praktijkassistente te vertellen dat ze bijvoorbeeld een foute diagnose hebben gesteld. Maar als je dat wel doet, zorg je voor een open, veilige cultuur waarin incidenten melden gewoon is.'

Vroeg of laat gebeurt het...

Zwart benadrukt dat het verdoezelen van fouten niet nodig zou moeten zijn. 'Het kan niet anders dan dat je af en toe een fout maakt. Je kunt niet alles zo regelen dat het honderd procent veilig is, je hebt maar een beperkte tijd per patiënt en je moet keuzes maken. Bovendien heeft iedereen wel eens z'n dag niet. Het gaat je dus gewoon een keer gebeuren dat je een diagnose mist, wees daar niet al te bang voor. Laat je niet onzeker maken en word niet defensief als je eens een fout maakt, want daar word je echt geen betere dokter van.'

Als die fout dan is gemaakt, dan moet je volgens Zwart voor drie dingen

zorgen: jezelf, de patiënt en je praktijk. 'Blijf niet in tunnelgedachten hangen en train je in het naar jezelf kijken en in het in gedachten controleren wat je doet.'

Een lastig gesprek

De communicatie over gemaakte fouten is een kunst op zich. Zwart: 'Dat is echt geen gemakkelijk gesprek! Ik heb zelf wel eens een diagnose kinderreuma gemist, en dat vond ik natuurlijk afschuwelijk. Sommige collega's zeiden toen: "Natuurlijk mis je zoiets; dat is een verschrikkelijk moeilijke diagnose!" Op zo'n moment is dat wel even fijn om te horen, maar het dekt ook toe en hindert dus de analyse van wat er is misgegaan. Anderzijds waren er ook collega's die alleen zeiden: "Ja, je had ook hier en daar naar moeten kijken en zus en zo moeten doen." Dan schiet je alleen maar in de verdediging en ook dat bevordert de incidentanalyse niet. Het is dus zoeken naar een balans. Toon begrip voor de misère, maar stel wel analytische vragen. Let daarbij op de toon, zodat het niet gaat lijken op een ondervraging in de verdachtenbank. Je kunt hierover afspraken maken met je collega's en samen oefenen. Omdat incidenten vaak gepaard gaan met allerlei emoties, is de kans groot dat jij of je collega eens verkeerd reageert. Het zij zo. Laat het niet zitten, maar kom daar op terug. Kortom, de communicatie over incidenten moet óók een onderwerp van gesprek zijn.' ■

Ans Stalenhoef

Wisseling van de wacht

Ik kom van oorsprong uit de Bollenstreek. Hoewel ik daar al in geen jaren ben geweest, gaat het bij mij in het voorjaar altijd weer kriebelen. Als ik de eerste auto's zie rijden met een slinger van narcissen op de motorkap, zie ik ook mezelf weer staan als kleine jongen met tien van die slingers om mijn hals en met één slinger uitnodigend gespreid in mijn handen. Ze deden geloof ik een dubbeltje per stuk, maar de bloemkoppen hadden we gekregen en zo'n krans maakte je in een wip. Dat we vijf cent moesten afdragen vond ik redelijk. Ik vond het al nauwelijks te bevatten dat ik al die resterende stuivers zelf mocht houden.

Als het bloemencorso naderde, lag er een grote spanning over de buurt. De wagens waren altijd pas op het allerlaatste moment af en in de tuinen van de bloembollenbarons en de pastoor moesten dan nog enorme mozaïeken worden gelegd. De kunstenaars hadden hun tekeningen allang klaar en levensgroot met touw of kalk aangegeven. Die moesten 'alleen nog even' worden ingevuld met vrachtwagenladingen hyacintenklokjes.

De laatste nachten voor het corso hadden iets kermisachtigs. Je mocht lang opblijven en ik scharrelde langs de vele tuinen en bollenschuren waar de wagens werden opgetuigd. Er werd nóg

iets gemaakt: een soort ridderschilden, vervaardigd van gaas en mos, aan beide zijden volgestoken met hyacintenklokjes, tulpen en narcissen. Aldus het wapen van het dorp voorstellend werden die met ijzerdraad in het midden van de straat opgehangen.

Op een avond hoorde ik een voorman schelden dat het vereiste aantal schilden er op deze manier niet kwam. 'We komen mensen te kort', was de reactie. Waar haalde hij nou nog mensen vandaan? Ik aarzelde of ik mij zou aanbieden. Ik was veel jonger dan alle andere schildmakers, maar ik meende ook gezien te hebben dat die de klus nogal onhandig uitvoerden. 'Ik kan wel helpen', zei ik ten slotte met kloppend hart. De voorman was kennelijk zozeer in nood dat hij niet bij mijn leeftijd stond. De rest wel; er werd veel gegrinnikt.

Ik kreeg een mand met bloemen en een geraamte van gaas. Zodra mijn schild af was zette ik het, zoals iedereen deed, tegen mijn tafeltje. De chef haalde het op en zette een nieuwe mand en dito geraamte voor mij neer. Toen hij het volgende schild kwam ophalen, bleef hij even staan, keek eens rond en vroeg: 'Heb jij die twee schilden gemaakt? Je gaat twee keer zo snel als de anderen...!' Op verzoek deed ik voor hoe ik de bloemen aanbracht. Naar mijn idee kon het niet anders, maar hij zette mij met geraamte en mandje op een tafeltje en dwong iedereen te komen kijken hoe ik het deed. De grinnikers van twee mandjes terug konden hun weerzin niet verbergen en zeiden dat zij het zó ook wel konden, maar dat dit niets sneller ging. Maar omdat zij nog veel al gemaakte schilden moesten afrekenen, werd er – weliswaar morrend maar toch wel degelijk – overgestapt op 'het systeem Binky', zoals de chef het lollig doopte. En omdat de productie was gered, kreeg ik na afloop een – stiekeme – bonus *avant la lettre*.

Ik schrijf dit niet om de eer op te eisen voor mijn heldenrol in het beschreven bollen-epos, maar om aandacht te vragen voor een veranderende relatie tussen oud en jong. Die is ook in de ge-

zondheidszorg duidelijk te zien. Toen ik ooit als biologiestudent (ja, dat heb ik een jaar geprobeerd...) samen met medicijnenstudenten in de snijzaal stond, was de houding van ons, studenten, er een van respect en waardering voor onze leermeesters. Die woorden kon je toen ook nog gewoon gebruiken. We probeerden echt alles zo veel mogelijk te doen zoals de Meester het voordeed.

De leerling van nu neemt niet meer automatisch de leermeester of de lesstof *for granted*. Bij de grote visite zie je steeds meer co-assistenten kijken met een gezicht van 'laat hem nu nog maar even kletsen; over een paar jaar ben ik aan de beurt.' Ik hoor ook van steeds meer co-assistenten en verpleegsters uit het ziekenhuis dat bepaalde specialisten almaar autoritairder worden, omdat hij (het is meestal een hij) denkt zo langer de baas te kunnen blijven.

Er komt een hele generatie aan die anders is opgeleid, anders denkt en anders in het leven staat. De leermeesters laten zich erop voorstaan dat ze heel veel weten, en gruwen vaak van de generatie die veel minder weet maar zeer gehaaid is in het opzoeken. De leerlingen ergeren zich op hun beurt veelvuldig aan de wijze waarop de stof wordt gepresenteerd, namelijk alsof er geen andere mogelijkheden of interpretaties zouden (kunnen) zijn. De leermeesters gaan er prat op dat zij hun hele leven zeventig uur per week of meer gewerkt hebben. Maar in plaats van bewondering te wekken, krijgen ze te horen dat ze het dan altijd verkeerd hebben gedaan...

De jongere zegt: 'Privé is er ook nog!' De oudere antwoordt: 'Privé?' ■

Hans van der Voort
hvdvoort@knmg.nl





KENNISTOETS: VRAGEN

Mevrouw Bezemer, 32 jaar, is 11 weken zwanger. Ze komt op het spreekuur wegens vaginaal bloedverlies, verder zijn er geen klachten. Mevrouw Bezemer vraagt aan de huisarts wat de kans is dat deze zwangerschap intact blijft. De huisarts beweert dat dit afhankelijk is van individuele factoren, maar dat de kans in het algemeen 50% is.

1. Dit is een correcte bewering.

De vrucht wordt uiteindelijk afgestoten. Mevrouw Bezemer komt terug naar de praktijk en vraagt of er chromosoomonderzoek bij haar en haar man moet plaatsvinden. De huisarts beweert dat chromosoomonderzoek pas na drie miskramen is geïndiceerd.

2. Dit is een correcte bewering.

Mevrouw Van Zanten, 45 jaar, komt vijf dagen na een eerste urinesteenaanval volgens afspraak op controle bij de huisarts. De afgelopen vijf dagen heeft ze geen koorts gehad en was de pijnstilling voldoende. In een potje brengt ze het steentje mee, dat ze twee dagen geleden opving. Sindsdien heeft ze geen koliepijnen meer gehad. De eveneens meegebrachte urine van die ochtend blijkt niet afwijkend te zijn. De huisarts zegt het steentje naar het laboratorium te zullen opsturen ter (1) analyse van de samenstelling. Ook vraagt hij voor mevrouw Van Zanten (2) een echo van de nieren aan.

3. Het onderzoek na 1 is in dit geval geïndiceerd.

4. Het onderzoek na 2 is in dit geval geïndiceerd.

Vader komt met zijn dochter Petra, 6 jaar, op het spreekuur van de huisarts. De afgelopen drie dagen heeft Petra hoge koorts gehad zonder dat duidelijk was waardoor dit kwam. Vandaag is de koorts weg maar zit ze onder de huiduitslag. Bij onderzoek vindt de huisarts een fijnvlekkig exantheem in het gelaat en op de romp en de billen. De huisarts denkt aan exanthema subitum (zesde ziekte). Hierbij past/passen:

5. de leeftijd van Petra;

6. de lokalisatie van het exantheem;

7. het ontbreken van andere symptomen als verklaring voor de koorts.

De heer Gerrits, 64 jaar, komt op het spreekuur met een pijnlijke linkerarm, die is ontstaan nadat hij 2 dagen geleden van een vliegreis is teruggekomen. Er is geen trauma geweest. Zijn onderbeen is opgezet. De maximale kuitomtrek is links 4 cm groter dan rechts. De huisarts denkt aan een trombosebeen. Naar aanleiding van deze casus bespreekt hij met de aios de eerstelijnsbeslisregel voor diepe veneuze trombose. Volgens de huisarts leveren bepaalde gegevens van de heer Gerrits punten op die meetellen bij de score van de beslisregel. Tot deze gegevens behoort/behoren:

8. zijn geslacht;

9. de vliegreis in de anamnese;

10. het gemeten links-rechtsverschil in maximale kuitomvang.

De antwoorden staan op pagina 236.

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.

Kale plekken op het hoofd

WAT IS HET PROBLEEM?

Een patiënt met kale plekken op het hoofd is vaak bang geheel kaal te worden. De huisarts wil dan weten: gaat het vanzelf over en kan ik volstaan met geruststelling of moet ik iets doen om erger te voorkomen?

De kale plek wordt vaak veroorzaakt door alopecia areata, een aandoening waarbij haarverlies optreedt in een of meer circumschripte plekken, meestal op de hoofdhuid, maar soms ook in de baardstreek en in de wenkbrauwen. Er zijn echter ook andere oorzaken mogelijk.

WAT MOET IK WETEN?

De haargroei kent drie fasen: de anagene fase (2 tot 6 jaar), de katagene fase (circa 14 dagen) en de telogene fase (3 tot 4 weken). Bij alopecia areata kan de haarfollikel in de aangetaste gebieden versneld overgaan in de katagene en telogene fase. Ook kan er iets misgaan met de keratinevorming van het haar doordat de haarfollikel wordt aangetast. Het haar kan hierdoor afbreken of dystrofisch worden. De oorzaak hiervan is waarschijnlijk een stoornis in de bloedcirculatie in de hoofdhuid of een verstoring van het autoregulatieproces. Andere mogelijke oorzaken zijn: genetische invloeden, hormonale invloeden (schildklier-aandoeningen, zwangerschap) en 'verhoogde ectodermale activiteit' (vaak in combinatie met cataract, atopie en nagelveranderingen). Bepaalde aandoeningen van de behaarde hoofdhuid, zoals psoriasis en mycose, kunnen op alopecia areata lijken. De oorzaak van de aandoening kan stress zijn of nerveus plukken aan de haren (trichotillomanie). Ook langdurige lichte druk op het hoofd (pet of hoed) of langdurige lichte trekkracht (strak aangetrokken paardenstaart of vlecht) kan een blijvende alopecia veroorzaken.

De aandoening komt meestal voor bij mannen en vrouwen tussen de 20 en 40 jaar. De haargroei komt in meer dan 80% van de gevallen (onafhankelijk van de behandeling) weer geheel terug. Bij patiënten met een atopische constitutie of bij patiënten met een endocriene aandoening is de prognose echter beduidend slechter. Dat is ook het geval als de kale plek op de haargrens ligt. Uitbreiding naar wenkbrauwen, oksels, baard- of schaamstreek wijst op een ernstiger en langduriger verloop met een grotere kans op alopecia totalis.

Hoewel er geen effect is op het uiteindelijke resultaat versnellen lokale injecties met corticosteroiden volgens vele publicaties de terugkeer van de haren, maar RTC's daarover ontbreken helaas. Deze behandeling kan bovendien ook lokaal bijwerkingen veroorzaken (bijvoorbeeld atrofie). Andere therapieën, zoals immuuntherapie of lichttherapie, doen vaak meer kwaad dan goed.

WAT MOET IK DOEN?

Vraag hoe lang de plek al bestaat en of er sprake is van een atopische constitutie (eczem, astma, hooikoorts) of psoriasis. Vraag ook of er sprake is van een trauma in het verleden op de kale plek (alopecia cicatricialis) of van herhaaldelijk nerveus plukken aan het haar.

Inspecteer de kale plek en kijk of er sprake is van schilfering (kan wijzen op een dermatomycose of psoriasis) of verlittekening van de huid (alopecia cicatricialis). Diffuus dun worden van de hoofdbeharing kan wijzen op alopecia androgenetica (vooral bij oudere mannen). Bij alopecia areata tonen de haren aan de rand van de laesie vaak de vorm van een uitroepteken: ze zijn kort, smal aan de basis en het distale deel is breed.

Geef eventueel intralesionale injecties met corticosteroiden, bijvoorbeeld triamcinolonacetonide in een oplossing 5mg/ml, en injecteer deze in de aangedane plekken in kwaddels van 0,1 ml met een maximum van 10 mg per keer. Verwijs de patiënt naar een dermatoloog bij twijfel over de diagnose. Wanneer de plekken zich in de loop van enkele maanden toch uitbreiden, wenst de patiënt meestal een verwijzing, hoewel het therapeutische arsenaal van de dermatoloog niet veel groter is. Wellicht is een dergelijke patiënt meer gebaat bij het voorschrijven van een haarstukje of pruik.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat bij alopecia areata de haargroei in de meeste gevallen onafhankelijk van de therapie binnen enkele maanden bijna altijd (blijvend) geheel terugkomt. Vertel de patiënt dat injecties met corticosteroiden de terugkeer van de haren weliswaar versnellen, maar dat de hoofdhuid daardoor ook dunner kan worden.

Verwijs naar enkele betrouwbare websites, zoals de website van de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (www.huidarts.info) en van de Alopecia Areata Patiëntenvereniging (www.aapv.nl), hoewel de laatste website zich vooral richt op de ernstiger verloopende ziektegevallen. ■

LITERATUUR

- 1 Wasserman D, Guzman-Sanchez DA, Scott K, McMichael A. Alopecia areata. *Int J Dermatol* 2007;46:121-131.
- 2 Delamere FM, Sladden MM, Dobbins HM, Leonardi-Bee J. Interventions for alopecia areata. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; Issue 2. Art. No.: CD004413.
- 3 Van Duijn HJ. Haaruitval/alopecia. In: Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W, redactie. *Kleine kwalen in de huisartspraktijk*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2007.

Reukverlies

WAT IS HET PROBLEEM?

Reukverlies komt vaker voor dan de meeste (huis)artsen denken. Daarnaast worden de gevolgen voor de patiënt vaak onderschat. De klacht is in de praktijk lastig te objectiveren: bij het vaststellen van reukstoornissen is de anamnese de belangrijkste informatiebron. Hoewel er enkele (kwantitatieve en kwalitatieve) tests in de handel zijn, worden deze vrijwel uitsluitend gebruikt in de tweede lijn. Voor de huisarts is het de kunst vast te stellen om welke vorm van anosmie het gaat en om te bepalen of hij naar de tweede lijn moet verwijzen.

WAT MOET IK WETEN?

Reukverlies kan totaal (anosmie) of gedeeltelijk (hyposmie) zijn. Grofweg zijn er twee soorten anosmie: geleidingsanosmie en perceptieanosmie.

Bij geleidingsanosmie kan de lucht de reukspleet niet meer bereiken. Dit kan komen door zwelling van het neusslijmvlies (luchtweginfectie, allergische rinitis, sinusitis), neuspoliepen of problemen met het neustussenschot. Het wegnemen van de obstructie kan de reukstoornis gunstig beïnvloeden. Bij een perceptieanosmie zit het probleem in het reukepitheel, de bulbuls olfactorius of in de verbinding daartussen; bij deze variant zijn er geen therapeutische opties.

De meest voorkomende oorzaak van reukverlies is ouder worden (presbyanosmie); bij 1 op de 4 mensen boven de 53 jaar is enige mate van reukverlies vast te stellen. Door het geleidelijke beloop is slechts een deel van deze populatie zich hiervan bewust. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de oorzaak van reukverlies in zo'n 20 tot 40% van de gevallen te wijten is aan een virale bovensteluchtweginfectie (meestal para-influenza type 3), in 20 tot 30% aan nasale en sinusproblematiek en in 10 tot 20% aan een schedeltrauma. In ongeveer een kwart van de gevallen wordt geen oorzaak gevonden.

Minder vaak voorkomende oorzaken zijn medicatie (amfetaminen) en blootstelling aan toxische stoffen (chloor, zware metalen). Verminderd reukvermogen is ook geassocieerd met systeemziekten (Cushing, hypothyreoïdie en diabetes mellitus) en psychiatrische aandoeningen (depressie). Daarnaast kan reukverlies een vroeg symptoom zijn van de ziekte van Parkinson of Alzheimer. Congenitale vormen van anosmie en anosmie door hersentumoren zijn zeldzaam, bij de laatste zeker als er geen andere neurologische afwijkingen zijn.

Naast het verminderen of verdwijnen van de reuk zijn er ook aandoeningen waarbij de geurwaarneming verandert (parosmie) of als onaangenaam wordt ervaren (kakosmie).

De gevolgen van anosmie zijn groot. Reukverlies heeft een blijvende negatieve invloed op de algemene kwaliteit van leven en is geassocieerd met depressies en stemmingswisselingen.

Met het wegvallen van het reukvermogen verliezen patiënten het grootste deel van hun smaakbeleving en dat heeft een negatieve invloed op hun eet- en drinkpatroon. Patiënten kunnen zich ook onzeker gaan voelen over hun persoonlijke hygiëne. Daarnaast kan het potentieel gevaarlijke situaties opleveren omdat patiënten rook, gassen en de geur van bedorven voedsel niet meer waarnemen.

WAT MOET IK DOEN?

Verhelder de klacht: is het reukvermogen verminderd, is het geheel verdwenen of is de geursensatie veranderd? Ga de mogelijke oorzaak na door in de anamnese te informeren naar het beloop van de klachten en een eventuele relatie met een bovensteluchtweginfectie, rinitis-/sinusitis klachten of een schedeltrauma. Inspecteer de inwendige neus op doorgankelijkheid en let vooral op zwelling, ontsteking, afscheiding, stand van het neustussenschot en poliepen. Doe neurologisch onderzoek en eventueel laboratoriumonderzoek als er aanwijzingen zijn voor een onderliggende aandoening. Start bij zwelling van het neusslijmvlies eventueel een proefbehandeling met corticosteroïdneusspray.

Verwijs indien anamnese en/of lichamelijk onderzoek daartoe aanleiding geven, met name bij bijkomende afwijkingen bij neurologisch onderzoek. In overige gevallen is afwachten gerechtvaardigd, zeker indien er sprake is van een bekende oorzaak (postinfectieus, posttraumatisch of neus-/sinus klachten). Een CT-scan wordt na verwijzing slechts op indicatie verricht.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Na een hoofdtrauma is de kans dat de reukzin verbetert klein (zo'n 10%), vooral als de periode van anosmie langer duurt. Postinfectieus treedt bij ongeveer eenderde van de mensen na een halfjaar (gedeeltelijk) herstel op. Behandelingen met corticosteroïden of zink hebben bij deze oorzaken geen positief effect. Er is een actieve patiëntenvereniging voor mensen met geur- en smaakstoornissen (www.ruikenenproeven.nl). Patiënten kunnen daar veel informatie vinden en contact leggen met lotgenoten. Tot slot is het zinvol een rookmelder aan te schaffen. ■

LITERATUUR

- 1 Huizing EH, Snow GB, De Vries N, Graamans K, Van de Heyning P. Keel-neus-oorheelkunde en hoofd-halschirurgie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
- 2 Nordin S, Brämerson A. Complaints of olfactory disorders: epidemiology, assessment and clinical implications. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2008;8:10-5.
- 3 Holbrook EH, Leopold DA. Anosmia: diagnosis and management. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;11:54-60.



Pijnverlichting bij botmetastasen

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 Botmetastasen komen vaak voor. Ze ontwikkelen zich bij 80% van de patiënten met solide tumoren (borst, long, prostaat, thyroïd, nieren, blaas). Metastasen in de wervelkolom, de proximale femur, het bekken, de ribben, het sternum, de proximale humerus en de schedel komen het meest voor. Ze hebben een grote impact op de kwaliteit van leven bij kankerpatiënten. Om de pijn te bestrijden zijn vaak farmacotherapie en/of radiotherapie nodig. Farmacotherapie bestaat uit niet-opioïden (paracetamol, NSAID's) en opioïden. Daarbij kunnen analgetische adjuvantia (antidepressiva, anti-epileptica, sedativa en tranquillizers, corticosteroiden) een bruikbare toevoeging betekenen. Bisfosfonaten zouden mogelijk ook een plaats kunnen hebben bij de behandeling. Onze onderzoeksvraag luidt dan ook: wat is de effectiviteit van bisfosfonaten bij pijnverlichting bij patiënten met pijnlijke botmetastasen?

Zoekstructuur We doorzochten PubMed met de MeSH-termen 'Diphosphonates', 'Bone Neoplasms' en 'Pain'. We beperkten ons tot systematische literatuuronderzoeken, meta-analyses en recente RCT's. Onze zoekstrategie leverde slechts één relevant systematisch literatuuronderzoek uit 2002 op in de Cochrane Library, waarvan in 2009 een update verscheen.¹ Om er zeker van te zijn dat we geen recente RCT's hebben gemist, doorzochten we opnieuw PubMed en EMBASE vanaf 2000 tot 2011. We vonden echter geen relevante RCT's.

Resultaten In het systematische literatuuronderzoek van Wong en Wiffen werden voor het gebruik van bisfosfonaten 51 RCT's gevonden. Hiervan includeerden de auteurs er 30 in het onderzoek. De RCT's betroffen primaire carcinomen met botmetastasen, waarvan mammacarcinoom (9), prostaatkanker

(4) en multiple myeloom (7) het meest voorkwamen. In deze 30 onderzoeken werden in totaal 3582 patiënten betrokken (2096 patiënten in de interventiegroepen, 1586 in de placebogroepen). De onderzochte bisfosfonaten waren etidroninezuur (3x), pamidroninez (12x) en clodroninez (15x). De toediening was oraal, intraveneus of gemengd. In 5 onderzoeken werd er gerapporteerd na 4 weken: OR 2,21 (95%-BI 1,19-4,12) ten gunste van de interventie. De NNT was 11. Na 12 weken was de OR 2,49 (95%-BI 1,38-4,48) ten gunste van bisfosfonaten. De NNT was 7. De vermindering in het analgeticumgebruik met bisfosfonaten was ook gunstiger in de interventiegroep. In week 4 was de OR 2,81 (95%-BI 1,24-6,38) en in week 12 was de OR 2,37 (95%-BI 1,1-5,12). In 14 van de 20 onderzoeken werden bijwerkingen gerapporteerd. De meest gemelde bijwerkingen waren misselijkheid en braken. Staken van de therapie wegens bijwerkingen leverde een OR van 8,53 op (95%-BI 1,25-58) met een NNH van 16.

Bespreking Wong en Wiffen stellen dat er, ondanks het feit dat er 51 gerandomiseerde onderzoeken zijn uitgevoerd, geen harde conclusies kunnen worden getrokken. De onderzoeksmethoden zijn te verschillend en er is geen consensus over de te hanteren eindpunten.

Conclusie Bisfosfonaten verlichten de pijn bij botmetastasen enigszins. De maximale respons is waarschijnlijk bereikt binnen 4 weken. Bijwerkingen zijn bij 6% van de patiënten ernstig genoeg om te stoppen met de behandeling.

Betekenis Bisfosfonaten worden niet aanbevolen als eerstelijns therapie voor pijnlijke botmetastasen. Mogelijk kunnen ze wel worden ingezet indien analgetica en/of radiotherapie onvoldoende werkzaam zijn. Goed gecontroleerd onderzoek ontbreekt echter om deze behandeling te onderbouwen. ■

LITERATUUR

- 1 Wong RKS, Wiffen PJ. Bisphosphonates for the relief of pain secondary to bone metastases. Cochrane Database Syst Rev 2002; Issue 2. Art. No.:CD002068.

Beperkt bewijs effectiviteit counseling

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 Psychische en psychosociale problemen komen veel voor in de eerstelijnszorg. De klachten betreffen vaak somberheid, stress of spanning en kunnen het functioneren en de kwaliteit van leven behoorlijk aantasten. Counseling is een laagdrempelige psychologische interventie die vaak in de eerstelijnszorg toegepast wordt bij deze problematiek. Counseling is een breed begrip en kan verschillende technieken en doelen omvatten. Het is gericht op advisering, het bieden van psychische ondersteuning, en het helpen ontwikkelen of vergroten van het probleemoplossend vermogen. Het is echter onbekend of counseling (kosten-)effectief is in vergelijking met gebruikelijke zorg door de huisarts, andere psychologische interventies of medicatie.

Klinische vraag Is counseling (kosten-)effectief voor het behandelen van patiënten met psychische en psychosociale problemen in termen van somberheid/angst, sociaal functioneren en patiënttevredenheid?

Conclusie auteurs Counseling is op korte termijn effectief in het reduceren van psychische/psychosociale klachten in vergelijking met gebruikelijke zorg door de huisarts. Dit effect verdwijnt echter op de lange termijn. Counseling lijkt niet effectiever te zijn dan antidepressiva of cognitieve gedragstherapie. Er is geen bewijs gevonden dat counseling kostenbesparend is. De plaats van counseling in de eerstelijns zorg is op basis van de huidige evidence nog onduidelijk en afhankelijk van het belang dat men hecht aan de gevonden kortetermijneffecten.

Beperkingen De auteurs waarschuwen dat er zeer weinig onderzoeken zijn waarin counseling vergeleken wordt met cognitieve gedragstherapie ($n = 2$) of antidepressiva ($n = 1$). De economische analyses zijn bovendien beschrijvend van aard en niet onderworpen aan een formele kritische beschouwing.

COMMENTAAR

Deze review bouwt voort op een eerder verschenen review over hetzelfde onderwerp en is van goede methodologische kwaliteit. Er is 1 aanvullend onderzoek gevonden dat voldeed aan de gestelde criteria. Dit brengt het totaal aantal geïncludeerde onderzoeken op 9, met in totaal 1384 patiënten. Zes onderzoeken vergelijken counseling met de gebruikelijke zorg, 2 vergelijken counseling met cognitieve gedragstherapie en

1 onderzoek vergelijkt counseling met medicatie. Het valt op dat er relatief weinig onderzoeken zijn verricht naar de effectiviteit van counseling in de eerste lijn. Bovendien zijn al deze onderzoeken uitgevoerd in Groot-Brittannië. Hierbij dient te worden opgemerkt dat alleen onderzoeken meegenomen werden die voldeden aan de eisen die de *British Association of Counseling and Psychotherapy* stellen aan counseling en de uitvoerders hiervan.

In een eerdere commentaar in dit tijdschrift is gesteld dat counseling een interventie is die in de huisartsenpraktijk vaak wordt toegepast. Hoewel de effectiviteit van verschillende psychologische interventies (onder andere cognitieve gedragstherapie en *problem solving therapy*) is onderzocht in de Nederlandse eerste lijn, lijkt er vanuit de wetenschap weinig aandacht te zijn besteed aan de effectiviteit van counseling. In de NHG-richtlijnen voor psychische problemen is ook geen expliciete rol weggelegd voor counseling. Wellicht komt dit doordat counseling een wel erg brede definitie kent. Volgens de auteurs kan met counseling een brede waaier aan psychische problematiek behandeld worden en bedient de counsellor zich van een breed arsenaal aan technieken, zoals psychodynamische, psychoanalytische, systeemtherapeutische en ondersteunende technieken.

Zou counseling toch een plaats moeten krijgen in de richtlijnen op basis van de huidige kennis? Ik denk dat het daar nog te vroeg voor is. Hoewel uit de review blijkt dat counseling op korte termijn effect heeft op psychische klachten, zijn de effecten niet ontzettend groot. Bovendien zijn deze effecten gevonden bij counseling; een interventie die voldoet aan redelijk strenge eisen ten aanzien van de vorm en uitvoering. Dat het effect niet heel groot is, is eigenlijk niet gek gezien de diffuse aard en ernst van de psychische en psychosociale klachten waar de huisarts mee te maken heeft. Er is op dit moment echter nog onvoldoende zicht op belangrijke andere overwegingen zoals langetermijneffecten, effecten vergeleken met andere interventies, kosteneffectiviteit, praktische uitvoerbaarheid door de huisarts en opleidingsmogelijkheden. Anderzijds zijn er geen harde redenen om counseling per se af te raden, gezien de bewezen (maar beperkte) kortetermijneffecten. Zoals de auteurs van de review aangeven, kan counseling een mooie toevoeging zijn aan het interventiearsenaal van de huisarts. De wetenschap moet in dit geval blijkbaar de praktijk nog bijbenen. Of inhalen... ■

LITERATUUR

- 1 Bower P, Knowles S, Coventry PA, Rowland N. Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2011;9:CD001025.

Wie is mijn huisarts?

Feldman SL, De Maeseneer J, Van Royen P. *Wie is mijn huisarts? Verhalen als ontdekking*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij/ WPG Uitgevers België, 2011. 155 pagina's, € 35,00. ISBN 978 90 341 9439 8.

Doelgroep Patiënten, studenten, paramedici, huisartsen (in opleiding, praktiserend, gepensioneerd).

Inhoud Het boek heeft een prettige omvang en lay-out waardoor het makkelijk wegleest. De auteur, Stephen Feldman, heeft dit boek gebaseerd op een verzameling van interviews met 160 huisartsen uit zowel solo- als groepspraktijken over een periode van 6 jaar. Hij heeft hiervoor vele uren doorgebracht met de betreffende huisartsen, zowel tijdens het werk als privé. Deze bundeling van gesprekken geeft de lezer inzicht in de wijze waarop huisartsen in België aankijken tegen onderwerpen als de gezondheidszorg in het algemeen, het voeren van een eigen praktijk, de feminisering van het vak, de verwachtingen van de patiënt en (het uitblijven van of gebrek aan) erkenning als 'family physician'.

Het boek is ingedeeld in negen hoofdstukken. Elk hoofdstuk behandelt een apart onderwerp, zoals 'Wie wil er arts zijn en huisarts worden? En waarom?' en 'Wie is de dokter van de dokter', waarbij telkens de interviews als leidraad dienen. Derhalve leest dit boek niet als een verhaal, maar meer als een verzameling van meningen, vertaalde gevoelens en inzichten van de geïnterviewden. Ofschoon de huisartsen anoniem blijven valt uit de tekst vaak wel het een en ander op te maken, zoals leeftijd, etniciteit en geslacht.

Oordeel Zeker geen must voor de dagelijkse praktijk, maar wellicht een aardige aanschaf voor degenen die op het punt staan het vak te betreden, praktiserend zijn, dan wel de praktijk vaarwel hebben gezegd. Patiënten zullen er niet veel wijzer van worden. Overigens is het systeem van de eerste lijn in België dusdanig anders dan dat van Nederland, dat dit boek ook niet geheel toepasbaar is voor de Nederlandse eerste lijn. Het takenpakket van de Belgische collega is veel beperkter, evenals het aantal patiënten per praktijk. Hierdoor voelt de Belgische huisarts zich vaker een doorgestuurd recepten- en ziektebriefjes en heeft hij eerder de neiging om de patiënt te 'pleasen' om zo de omvang van zijn praktijk in stand te houden en daarmee zijn inkomen te behouden. ■



Marieke de Brouwer

Waardering: ●●

Kwalitatief onderzoek abstract gebracht

De Boer F, Smaling A. *Benaderingen in kwalitatief onderzoek*. Een inleiding. Den Haag: Boom Lemma, 2011. 190 pagina's, € 32,50, e-book € 21,50. ISBN 978 90 5931 762 8.

Doelgroep Beginnende onderzoeker.

Inhoud Dit boek is geschreven door ervaren kwalitatief onderzoekers, veelal betrokken bij het *Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek KWALON*. De tekst is deels afkomstig uit dit tijdschrift. Na een inleiding kent het boek drie delen: (1) metatheoretische behandelingen van kwalitatieve benaderingen, (2) methodologische behandeling van kwalitatieve benaderingen, (3) behandelingen van kwalitatieve benadering in het uitvoeren van onderzoek.

De inhoud van het boek heeft een hoog abstractieniveau en leest lastig. Een voorbeeld is de uitleg van het begrip narratief. Eerst komen de beschrijvende termen 'divers', 'interdisciplinair', 'snel groeiend', 'niet-specifiek aan een discipline gebonden', 'ontwikkeling menselijk competentie', 'zelden verklarend' en 'emancipatoire doelstelling' voorbij. Daarna blijkt dat narratief in essentie een verhaal is; een echte betekenis die u liever al in aanvang had gezien.

Andere hoofdstukken geven een helderder beeld voor de beginnende onderzoeker. Het uit KWALON afkomstige deel over *grounded theory* is informatief. Het laatste hoofdstuk bevat veel praktische en leesbare informatie over de uitvoering van kwalitatief onderzoek.

Oordeel Vooral in de eerste delen van het boek lijkt het voor de auteurs belangrijker om aan te tonen hoe belezen ze zelf zijn, dan het leveren van praktische kennis over kwalitatief onderzoek. Er worden bijzonder veel eigennamen genoemd, zonder uitleg of toelichting. Het taalgebruik is archaïsch, de leesbaarheid is matig, referenties zijn inconsistent en een legenda ontbreekt.

Dit boek heeft zeker kwaliteiten voor de beginnende onderzoeker. Na een paar jaar sociologie of antropologie is dit een goed en waarschijnlijk beter leesbaar boek. Echter, wanneer een argeloze arts met een medisch-wetenschappelijke achtergrond met dit boek zijn kennis over kwalitatief onderzoek wil vergroten, zal die arts na lezing waarschijnlijk nooit meer iets aan kwalitatief onderzoek willen doen. Een vergelijking met het boek over kwalitatief onderzoek van Lucassen en Olde-Hartman (Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum) dringt zich op. Dat boek is praktischer, leesbaarder voor artsen en nodigt wel uit tot verdere verdieping. ■



Frans Dekker

Waardering: ●●

NHG-Standaard Angst

In H&W 2012-2 stond de herziene NHG-Standaard Angst. Het valt mij op dat deze versie zeker een verbetering is, maar dat er ook twee zaken missen. Een stapsgewijze benadering behoeft toch naast een diagnostisch instrument zoals de 4DKL ook een instrument om te evalueren of de genomen stap effectief is. Een korte checklist, zoals de CCQ bij COPD, zou welkom zijn.¹ De 4DKL is te lang, maar de schaal 'distress' kan volstaan. Immers, er is geen angst zonder hoge distress. Een alternatief is de Nijmeegse vragenlijst voor hyperventilatieklachten (NVL) waarop patiënten met angst hoog scoren. Ten tweede valt op dat in de eerste stap alleen 'problem solving'-technieken (PST) als aanvulling wordt genoemd, maar dat het inzetten van psychofysiologische technieken voor spanningsregulatie ontbreekt. Historisch hebben ontspanningsoefeningen altijd een rol gespeeld in gedragstherapie, maar recent is ook de waarde van ademregulatie en van psychofysiologische technieken aangetoond.

In de Nederlandse setting zijn diverse methoden van spanningsregulatie in omloop. Zo hebben wij de behandeling van patiënten geëvalueerd die waren verwezen voor adem- en ontspanningstherapie (AOT, Methode Van Dixhoorn).² Van 210 patiënten met angstklachten vonden wij dat zij gemiddeld hoog scoren op de NVL, en dat ruim de helft goed reageerde. Er waren geen grote, storende problemen en hun score zakte tot normale waardes. PST zou hier van betekenis weinig waarde zijn geweest. Bij de andere helft zijn er wel serieuze problemen en hun score blijft verhoogd. Voor hen is het zetten van de volgende stap dus onderbouwd. Wanneer de strategie van een proefbehandeling volgens mijn methodiek wordt gevolgd, is er binnen drie tot vier sessies duidelijkheid. Dit zijn twee mogelijkheden om 1) het repertoire aan behandelmogelijkheden breed te houden en zodoende af te kunnen stemmen op het individu en 2) de uitkomst van de behandelstap te toetsen. ■

Jan van Dixhoorn

LITERATUUR

- 1 Stalenhoef A. Richt bij COPD je zorg op de ervaren klachten. Interview met Janwillem Kocks. Huisarts Wet 2012;55:82-3.
- 2 Van Dixhoorn J. AOT bij onverklaarde klachten. In: Bestuur AOS. Jaarrapport Adem en Ontspanningstherapie. Amersfoort: AOS, 2011. www.ademtherapie-aos.org.

ANTWOORD

Wij danken collega Jan van Dixhoorn hartelijk voor de kritische beoordeling van de herziene standaard Angst vanuit zijn jarenlange expertise op het gebied van adem- en ontspanningstherapie (AOT). Hierbij een reactie op de twee zaken die de schrijver mist.

Wij bevelen geen vragenlijst voor evaluatie van de behandeling van angst aan. Wel schrijven wij in noot 20 dat de 4DKL kan worden gebruikt voor het vervolgen van de klachten. De 4DKL is inderdaad langer dan bijvoorbeeld de CCQ, maar kost gemiddeld toch niet meer dan vijf tot tien minuten om in te vullen. De suggestie te volstaan met de 'distress'-schaal is interessant, maar (nog) niet onderzocht. Datzelfde geldt ook voor het gebruik van de NVL bij angstklachten (breder dan hyperventilatieklachten). In de standaard is de anamnese het belangrijkste middel voor het stellen van de diagnose en het beoordelen van de ernst en veranderingen in klachten. Een vragenlijst kan echter wel een goede aanvulling zijn.

De behandeling van angstklachten in de NHG-Standaard omvat voorlichting en eventueel Problem Solving Treatment (PST) in het geval van samengaan van angstklachten met depressieve klachten of bij veel actuele psychosociale problematiek. De standaard beveelt in eerste instantie geen methoden van spanningsregulatie aan. Hoewel werkzaamheid van ontspanningsoefeningen bij een deel van de angstklachten te verwachten valt, hebben wij hier geen wetenschappelijke onderbouwing voor gevonden. Ditzelfde geldt voor de psychosomatische fysiotherapie, die veelbelovend lijkt, maar waarvan de onderbouwing beperkt is. Als voorlichting, afwachten en eventueel PST geen effect hebben en de klachten niet verbeteren, raden wij de huisarts aan te verwijzen naar een POH-GGZ of psycholoog om de

angstklachten beheersbaar te maken. In de meeste gevallen zal spannings- en ademhalingsregulatie hierbij een rol spelen. Ook zijn ontspanningsoefeningen vaak geïntegreerd in cognitieve gedragstherapie die wij aanbevelen bij angststoornissen. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of AOT ook een goede eerste-stapbehandeling bij angstklachten en -stoornissen zou kunnen zijn. ■

**Mariëlle van Avendonk, Berend Terluin,
Lieke Hassink-Franke, Tjerk Wiersma.
Namens de Standaard Werkgroep Angst**

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Juist / 2. Onjuist

Bij ongeveer de helft van de zwangere vrouwen met vaginaal bloedverlies duidt het bloedverlies op een aanstaande miskraam. Bij de andere helft van de vrouwen zal het bloedverlies ophouden, terwijl de zwangerschap intact blijft. Bij bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap wordt in principe een afwachterend beleid gevolgd. Als de periode van afwachten in onzekerheid over de afloop van de zwangerschap niet acceptabel is voor de zwangere kan echoscopie nadere informatie verschaffen.

Na twee spontane miskramen is er een indicatie voor chromosoomonderzoek van beide partners. Het aantonen of uitsluiten van een genetische oorzaak kan helpen om de kansen op een nieuwe miskraam te voorspellen, en vooral ook de kans op een kind met ernstige afwijkingen. In 4 tot 6% van de gevallen zal men bij man of vrouw een structurele chromosoomafwijking vinden.

Flikweert S, Wieringa-de Waard M, Meijer LJ, De Jonge A, Van Balen JAM. NHG-Standaard Miskraam (Tweede herziening). www.nhg.org.

3. Juist / 4. Onjuist

Vijf tot zeven dagen na de urinesteenaanval vindt controle plaats op het spreekuur. Hierbij vraagt de huisarts naar verloop van de pijn en gebruik van medicatie, spontane lozing van een steen, koorts en mictieklachten. Verder kijkt hij de urine na. Wanneer de patiënt klachtenvrij is, en het urineonderzoek zonder afwijkingen, is er geen noodzaak voor echografisch onderzoek.

Als het is gelukt het steentje op te vangen, stuurt de huisarts het voor analyse van de samenstelling naar het klinisch-chemisch laboratorium. Stenen met een weinig voorkomende samenstelling (struviet, cystine, urinezuur) of patiënten met recidiverende stenen (meerdere stenen binnen een jaar) worden voor metabool onderzoek verwezen naar een in deze materie geïnteresseerde en ervaren specialist (uroloog of internist).

Van Bezooijen BPJ, Wiersma TJ, Schlatmann TJM, Zwartendijk J, redactie. *Compendium Urologie*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Urologie, 2008.

Arndt UP, Van Koningsbruggen PJW, Salden NMA, Visser HS, Van der Wal, J Van Lieshout J. NHG-Standaard Urinesteenziekten (Eerste herziening). www.nhg.org.

5. Onjuist / 6. Juist / 7. Juist

Zesde ziekte of exanthema subitum komt voor bij zeer jonge kinderen (3 maanden tot 3 jaar). De kenmerken zijn (hoge) koorts gedurende ongeveer drie dagen, waarna bij het dalen van de temperatuur gedurende een tot twee dagen een fijnvlekkig exantheem ontstaat, eerst op nek en romp, later op billen en dijen waarna het over de extremiteiten wegtrekt. In het koortsstadium worden geen andere afwijkingen vastgesteld.

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

Van den Brande JL, Derksen-Lubsen G, Heymans HSA, Kollée LAA, redactie. *Leerboek kindergeneeskunde*. Utrecht: de Tijdstroom, 2009.

8. Juist / 9. Onjuist / 10. Juist

De eerstelijnsbeslisregel DVT bestaat uit de volgende zeven items:

1. Mannelijk geslacht	1
2. Gebruik orale anticonceptie	1
3. Aanwezigheid maligniteit	1
4. Operatie ondergaan in de laatste maand	1
5. Afwezigheid van trauma dat zwelling in kuit verklaart	1
6. Uitgezette venen van het been	1
7. Verschil maximale kuitomvang > 3 cm	2

Bij een score ≤ 3 én een negatieve D-dimeertest is een DVT onwaarschijnlijk. Bij een score ≥ 4 óf een positieve D-dimeertest is een DVT mogelijk; verwijst de patiënt dan dezelfde dag voor compressie-echografie.

Oudega R, Van Weert H, Stoffers HEJH, Sival PPE, Schure RI, Delemarre J, et al. NHG-Standaard Diepe veneuze trombose. www.nhg.org.



Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

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

Redactiesecretariaat

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijnenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

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

Abonnementenadministratie

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

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementenprijzen

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



Onafhankelijk kwaliteitsbeleid

Een onafhankelijke opstelling is een belangrijke waarde voor en van de huisarts. Dit betekent dat we moeten waken voor beïnvloeding van ons handelen door partijen die daar een belang bij hebben. Dat kunnen commerciële zorgaanbieders zijn, of de fabrikanten van geneesmiddelen. Maar ook kunnen er 'perverse' prikkels zijn voor eigen activiteiten.

De WDH-structuur, een onafhankelijke nascholingsorganisatie van huisartsen voor huisartsen, heeft jarenlang een belangrijke rol gespeeld bij het kwaliteitsbeleid in de regio. Die onafhankelijke WDH'en hebben het moeilijk door concurrentie van commerciële nascholingen en – vreemd genoeg – ook door activiteiten van zorggroepen. In veel gevallen blijken geneesmiddelenfabrikanten betrokken bij ontwikkelingen in de zorggroepen. Mijn eigen zorggroep beweert zelfs dat innovatie van de zorg voor chronisch zieken niet mogelijk is zonder betrokkenheid van de farmaceutische industrie...



We laten onze onafhankelijke nascholingsorganisaties toch niet te gronde gaan door nu langs deze omweg weer invloed van buitenaf toe te laten? LHV-kringen, WDH'en, zorggroepen en huisartsenposten zouden de handen ineen moeten slaan en gezamenlijk de verantwoordelijkheid moeten nemen voor een onafhankelijk regionaal kwaliteitsbeleid! ■

Arno Timmermans

Zelf invloed uitoefenen op de inhoud van uw vak?

Word lid van de NHG-Verenigingsraad!

'Dicht bij het vuur zitten en horen wat er speelt'; 'Het doet ertoe'; 'Invloed uitoefenen op het NHG-beleid en daarmee indirect ook op het landelijk beleid'... Aldus enkele citaten van de zittende leden van de NHG-Verenigingsraad toen hun vorig jaar werd gevraagd waarom zij dit lidmaatschap ambiëerden. De Raad zoekt nu naar nieuwe, enthousiaste leden. Iets voor u?

Wat is de NHG-Verenigingsraad?

De Verenigingsraad is hét adviesorgaan van het NHG. De Raad heeft instemmingsrecht bij de jaarplannen en meerjarenbeleidsplannen en geeft gevraagd en ongevraagd advies over de hoofdlijnen van het te voeren inhoudelijk beleid.

De samenstelling van de Raad vormt een afspiegeling van de bijna 11.000 leden van het NHG. Zitting hebben praktiserende huisartsen van alle leeftijden,

uit het gehele land en met verschillende aandachtsgebieden (wetenschappelijk onderzoek, basisopleiding, beroepsopleiding, nascholing en 'de gewone praktijk'). De laatste jaren zijn de aantallen jonge en vrouwelijke huisartsen in de Raad sterk toegenomen. De Algemene Ledenvergadering benoemt de leden.

Geïnteresseerd?

Vanwege het (statutair) aftreden van vier oudere leden, is de Verenigingsraad nu bij voorkeur op zoek naar wat oudere mannelijke collega's, liefs gepromoveerd of verbonden aan een kaderopleiding. Meer informatie over de Raad is te vinden op www.nhg.org > Verenigingsraad, of te verkrijgen via Anika Corpeleijn (secretaris van de Raad, tel. 030-282 35 14). Direct reageren kan natuurlijk ook: we zien uw sollicitatie graag uiterlijk 20 mei 2012 tegemoet via a.corpeleijn@nhg.org. ■

Lijkschouw: internet-PIN voor huisartsen

Het vaststellen van de dood en het verichten van de lijkschouw gebeurt niet altijd op dezelfde manier. Wat moet de huisarts wel en niet doen? Wanneer is er sprake van een niet-natuurlijke dood? Wat houdt de NODO-procedure (Nader Onderzoek naar de DoodsOorzaak van minderjarigen) in? En hoe werkt u samen met de gemeentelijke lijkschouwer en politie? Via deze internet-PIN wordt u snel in dit onderwerp bijgeschoold.

Bij een lijkschouw komen medische én juridische aspecten aan de orde. In de internet-PIN Lijkschouw krijgen beide aspecten dan ook systematisch aandacht, opgebouwd rond de taakgebieden uit het competentieprofiel van de huisarts. De inhoud is gebaseerd op de concept-richtlijn *Lijkschouw voor behandelend artsen*. Vanwege de discussie over de grenzen tussen een al dan niet natuurlijke dood is deze richtlijn nog niet formeel geautoriseerd door de verschil-

lende beroepsgroepen. Waar relevant is dit in het programma aangegeven. Zodra de richtlijn is geautoriseerd, wordt de casuïstiek aangepast.

De PIN is geaccrediteerd voor 2 uur. Het programma is mede mogelijk gemaakt met subsidie van ZonMw. U kunt de internet-PIN doornemen op uw persoonlijke leeromgeving op www.nhg.org. ■



Thuisarts.nl: op 1 dag ruim 50.000 bezoekers!

Nog dezelfde dag waarop Minister Schippers van Volksgezondheid in Nieuws-poort de nieuwe website lanceerde, vonden al ruim 50.000 bezoekers de weg naar de medische informatie op Thuisarts.nl. Na een week was dat aantal uitgegroeid tot 154.000, met 1,3 miljoen pageviews. Op de website krijgen patiënten adviezen over wat ze zelf kunnen doen om gezond te blijven en hun klachten aan te pakken. Ook is duidelijk aangegeven wanneer het nodig is om naar de huisarts te gaan. De website ondersteunt zo het werk van de huisarts voor, tijdens en na het consult.

Enthousiaste reacties

Minister Schippers reageerde zeer positief op Thuisarts.nl: 'Een schot in de roos! We willen gezondheidszorg zo dicht mogelijk bij huis. Dit is in huis. Beter kun je het niet hebben. En de naam vind ik geniaal; die maakt de site voor iedereen goed te vinden.'

Ook Maarten Ploeg van de Diabetesvereniging Nederland is enthousiast. Volgens hem brengt Thuisarts.nl twee werelden in de zorg bij elkaar: de kennis en kunde van de huisarts en de ervaringen van de patiënt. Deze combinatie zorgt ervoor dat de patiënt betere keuzes kan maken.

'Specialisten en huisartsen gaan schouder aan schouder verder met het ontsluiten van zinvolle en betrouwbare informatie', aldus Marcel Daniëls namens de Orde van Medisch Specialisten. 'Ik ga Thuisarts.nl zeker gebruiken!'



Uit onderzoek blijkt dat mensen minder dan de helft onthouden van wat de arts tijdens het spreekuur heeft verteld. Maar het is belangrijk dat mensen volledig en goed zijn geïnformeerd, zodat ze gefundeerd de juiste keuzes kunnen maken. Timmermans: 'Thuisarts.nl ondersteunt hierin zowel de huisartsen als hun patiënten.'

Betrouwbare informatie

Voorheen vond het NHG de kwaliteit van de medische informatie op internet dikwijls onacceptabel, onder meer omdat aanbieders vaak commerciële belangen dienen. Bovendien is het aanbod van medische informatie op internet schrikbarend groot en onoverzichtelijk. Met Thuisarts.nl weet de patiënt nu zeker dat de informatie die hij zoekt en op deze website vindt voor honderd procent betrouwbaar is. Vanachter de computer kan hij inschatten of een bezoek aan de huisarts noodzakelijk is. En is dat het geval, dan kan de patiënt zich beter voorbereiden op het consult met behulp van de informatie op Thuisarts.nl. De huisarts kan tijdens het consult de website gebruiken voor extra toelichting, bijvoorbeeld met behulp van de vele anatomische afbeeldingen. En eenmaal thuis kan de patiënt alles wat de huisarts heeft uitgelegd nog eens rustig nalezen. Kortom: informatie voor, tijdens en na het consult! (A) ■

Gefundeerde keuzes van de patiënt

NHG-bestuursvoorzitter Arno Timmermans denkt dat Thuisarts.nl in een duidelijke behoefte voorziet. 'De patiënteninformatie op onze website wordt jaarlijks vier miljoen keer bezocht, terwijl deze niet is ingericht voor het grote publiek. Dat kan beter, vonden we. Daarom zijn we begin 2011 gestart met de ontwikkeling van Thuisarts.nl. Op deze website is al onze relevante informatie te vinden, maar nu is die ook speciaal voor patiënten geschreven.'

Expertgroep Palliatieve Zorg opgericht



Op de foto (vlnr): Carla Juffermans, Aty van Aarnhem, Carel Hoffmans, Florian van Heest, Frans van Soest (voorzitter), Kees in 't Veld en Wim Veldhuis

Onlangs is de expertgroep Palliatieve Zorg ('PalHag') opgericht. 'Voortrekker' Willemjan Slort vertelde al in het NHG-nieuws van het novembernummer 2011 over de diverse doelen die de PalHag zich heeft gesteld. Vooral de inrichting en financiering van de consultatie vindt de PalHag belangrijk. Het plan is om in het

najaar een symposium te organiseren.

Er moet nog veel werk worden verzet door de huisartsen die zijn ingeschreven in het CHBB-register Palliatieve Zorg. Maar ook andere betrokken huisartsen zijn welkom! Belangstelling? Neem dan contact op met Frans van Soest (fmvsoest@planet.nl). ■

NHG-AGENDA 2012 data

- Algemene Ledenvergadering 7 juni
- NHG-Wetenschapsdag 8 juni
- WONCA Europe Conference 4 t/m 7 juli
- NHG-Congres 9 november

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



Jeugdzorg op de schop

Conform een van de afspraken uit het regeerakkoord worden **alle verantwoordelijkheden rond de jeugdzorg, inclusief de financiering, overgeheveld naar de gemeenten. Hiermee wordt ook een transformatie in de zorg nagestreefd. Ouders zijn in de eerste plaats verantwoordelijk voor het gezond en veilig opgroeien van kinderen. Gaat dit niet vanzelf, dan moet er (vroegtijdige) zorg-op-maat zijn, waarbij hulpverleners goed samenwerken.**

Het hoe en waarom

Aanleiding voor de ingrijpende reorganisatie is de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg uit 2009. Een bevinding was dat de druk op de gespecialiseerde zorg te groot is en dat de samenwerking in de zorg rond kind en gezin tekortschiet. Ook zou afwijkend gedrag van kinderen onnodig worden gemedicaliseerd. Dit alles zorgt voor oplopende kosten.

De beleidsbrief 'Geen jeugd buiten spel' beschrijft uitgangspunten en raamwerk van de voorgenomen stelselherziening. De gemeenten krijgen de verantwoordelijkheid voor alle zorg voor de jeugd, dus ook de jeugd-GGZ, het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, de zorg voor jeugd met een lichte verstandelijke beperking en de jeugdbescherming en -reclassering. De zorg van pedagogen, psychologen en kinderpsychiaters komt buiten de Zorgverzekeringswet te vallen.

Verantwoordelijkheden van de gemeenten

Gemeenten zijn verplicht een 'herkenbaar, laagdrempelig aanspreekpunt' te organiseren voor een algemeen (preventief) zorgaanbod. Een daartoe geregistreerde professional zal ouders en kinderen verwijzen als meer gespecialiseerde zorg nodig blijkt. De gemeenten krijgen maximale beleidsvrijheid om te bepalen waaruit het zorgaanbod bestaat en welk deel al dan niet zonder verwijzing toegankelijk is. Deel van de zorg wordt bovengemeentelijk georganiseerd, zoals de jeugdreclassering en -bescherming. Alle geldstromen worden gebundeld en overgeheveld naar de gemeenten. In 2009 ging ruim 3 miljard om in deze zorg; hierin wordt een bezuiniging van 300 miljoen euro doorgevoerd als de wet in 2015 in werking treedt.

Zorgen en bezwaren

Als de gemeenten maximale beleidsvrijheid krijgen, zullen er onderlinge verschillen ontstaan in het jeugdzorgaanbod. Er is zorg over verlies van opgebouwde know-how van provinciale en landelijke instellingen. Verschillende partijen uitten grote bezwaren tegen het uit de Zorgverzekering schrappen van de jeugd-GGZ en kinderpsychiatrie. Discussiepunt is hoe kind en gezin zorg kunnen verkrijgen die niet vrij toegankelijk is. De klankbordgroep van eerste lijns beroepsorganisaties adviseerde om in het Centrum voor Jeugd en Gezin te gaan werken met een multidisciplinair kernteam bestaande uit een jeugdverpleegkundige, jeugdarts, maatschappelijk werker en gedragswetenschapper. Dit team moet dan verantwoordelijk zijn voor vrij toegankelijke zorg en verwijzing. Goede samenwerking met de huisarts is dan van belang. Maar omdat het Centrum voor Jeugd en Gezin niet wettelijk verplicht lijkt te worden, kan het 'herkenbare, laagdrempelige aanspreekpunt' in de gemeenten verschillende invullingen krijgen.

NHG-Standpunt

Toen VWS begin dit jaar NHG en LHV consulteerde over de nieuwe wetgeving kwam het Standpunt Huisartsenzorg en jeugd (2008) aan de orde, dat de rol van de huisarts in de zorg voor kind en gezin beschrijft. De huisarts is vaak het eerste aanspreekpunt voor ouders en kinderen bij somatische en psychische klachten. Kinderen tussen 5 en 14 hebben gemiddeld 2 keer per jaar contact met de huisarts, die de continue factor is in de zorg en een belangrijke rol vervult als gezinsarts en spil in de zorg. Rechtstreekse verwijzing moet daarom mogelijk blijven. Het ontstaan van een nieuwe gemeentelijke tussenlaag is onwenselijk.

Betrokken partijen

Het ministerie van VWS, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en het Interprovinciaal Overleg werken aan de (begeleiding van de) stelselherziening. Medische en paramedische beroepsorganisaties (waaronder NHG en LHV), gemeenten en patiëntenorganisaties zijn betrokken via klankbordgroepen, waarin de ingrijpende en gecompliceerde consequenties van de stelselherziening aan de orde komen.

Een concept wetsvoorstel voor de jeugdzorg wordt waarschijnlijk nog deze maand aan de partijen voorgelegd voor commentaar.

Verder is een goede samenwerking van de huisarts met jeugdartsen en andere zorgverleners van groot belang met het oog op samenhang en integrale zorg voor kind en gezin. ■

Anke ter Brugge,
Senior-beleidsmedewerker NHG



foto Shutterstock - bewerkt

‘Innovaties, maar met behoud van de kernwaarden van het vak’



Op 9 november vindt in het World Forum te Den Haag het NHG-Congres 2012 plaats, met als thema ‘De nieuwe huisarts’. De congrescommissie is al enkele maanden bezig een afwisselend en interessant programma voor u samen te stellen, waarin jong en oud iets van hun gading kunnen vinden. Congresvoorzitter Mark van der Wel licht de eerste tipjes van de sluier op.

Hoe ben je bij het congres betrokken geraakt?

‘Arno Timmermans vroeg me op een gegeven mo-

ment of ik zin had in deze klus, maar eerlijk gezegd heb ik geen idee waarom hij dat uitgerekend aan mij heeft gevraagd. Vermoedelijk heeft het ermee te maken dat ik als huisarts-onderzoeker betrokken ben bij zorginnovaties op het gebied van patiëntgericht cardiovasculair risicomanagement. Bovendien wilden ze dit keer een jonge congresvoorzitter om “de nieuwe huisarts” te vertegenwoordigen, maar dat wel met waardering voor de oude waarden van het vak!’

Waarom is voor dit congres thema gekozen?

‘De eerste aanleiding vormt de formulering van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012-2022. Het NHG koos dit als onderwerp van het congres omdat we momenteel in een transitieperiode zitten, zowel in de maatschappij als in de zorg. We zien een almaar toenemende zorgvraag en zullen het moeten doen met steeds spaarzamer middelen. Veel patiënten zijn tegenwoordig beter geïnformeerd en lijken mondiger. De meeste huisartsen zijn op hun beurt minder paternalistisch en benaderen hun patiënten vaker gelijkwaardig, als sparringpartner. En ook is de wereld veranderd; er wordt meer op de huisarts gelet, er zijn protocollen, er is accreditering. We willen tijdens het congres dus graag iets zeggen over de urgentie van die Toekomstvisie.’

Begint het programma al vorm te krijgen?

In het begin wilde ik snel lijn hebben in het programma, om goed op schema te liggen. Maar het is zo’n breed thema... de eerste vergaderingen verliepen vooral een beetje zoekend! Gelukkig hebben we inmiddels een goede lijn te pakken. Bovenal willen we duidelijk maken hoe enthousiast we nog altijd zijn over de kernwaarden van het vak. De eerste keynote spreker houdt dan ook een prikkelend pleidooi voor het generalisme. De huisarts moet blijven, als medisch deskundige, maar ook als vertrouwenspersoon, als gids. We geloven echt in die kernwaarden, die geven het vak schoonheid en kracht. Maar hoe moeten we die kernwaarden vormgeven in een veranderende omgeving? Dat komt aan de orde in de tweede keynote lezing en ik denk dat iedereen na de herkenning in de eerste lezing nu wat onrustiger zal worden. Want sommige dingen weten we zeker: de dubbele vergrijzing staat echt voor de deur, de zorgvraag neemt verder toe en de zorg wordt onbetaalbaar. Ook weten we dat mensen kwaliteit blijven waarderen, evenals aandacht en vertrouwen. Maar wat voor rol de huisarts krijgt toegedeeld door de politiek en de patiënt is minder zeker. In een semi-plenaire sessie komt aan de orde hoe we die toekomstige rol van de huisarts kunnen invullen. Dan maken de deelnemers hun eigen toekomstscenario’s en we streven ernaar dat dokters deze in kleine groepjes met elkaar kunnen bespreken. Dat wordt dus letterlijk: Zo wil ik mijn toekomst!’

Zijn er nog leuke smaakmakers?

Ja, in een andere semi-plenaire sessie laten we in praktijkvoorbeelden zien hoe je de patiënt nog meer dan nu centraal kunt stellen in de zorg en hoe huisarts en patiënt als partners kunnen samenwerken aan doelen rond gezondheid en kwaliteit van leven. We streven hierbij naar een sessie waarbij het inzetten van zelfmanagement, handige ICT-oplossingen om dat te ondersteunen en slimme manieren van organiseren als een logisch passend geheel zichtbaar worden. Niet als “ver van mijn bed show” maar als realistische voorbeelden van koplopers die nu al met deze manier van werken aan de slag zijn.

Ook willen we het mogelijk maken dat de congresdeelnemers in gesprek komen met keynote sprekers en anderen: “meet the experts” dus. Verder willen we praktiserende huisartsen vragen om input voor het congres. Bijvoorbeeld door in de voorbereiding van workshops al discussies via internet te voeren. Maar ook met een “app-markt”: huisartsen die lyrisch zijn over een app die ze in hun dagelijkse praktijk gebruiken, kunnen daar aan anderen laten zien wat er zo leuk, nuttig of handig aan is. En de afsluiting van het congres zal heel interactief zijn, met gebruik van social media als Twitter, YouTube en HAweb. Daarbij kunnen congresdeelnemers direct commentaar leveren op wat ze hebben gehoord en gezien en dat komt dan ook in beeld. Dus niet alleen: zo wil ik mijn toekomst, maar ook: zo wil ik mijn congres!’ (AS) ■

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

Colofon

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

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