

Dagbesteding bij dementie

Herkennen van cognitieve stoornissen

Wijkgerichte zorg

Kromliggen doet pijn

De kunst van het voorspellen

Mensen zijn geneigd toekomstige beperkingen somberder in te zien dan dat ze daadwerkelijk zijn. In de psychologie heet dat *poor affective forecasting*, zeg maar het beroerd voorspellen van levenskwaliteit in geval van toekomstige ellende. Neem een patiënt met een vitaal bedreigde diabetische voet. Hij zal veel willen doen om een onderbeenamputatie af te wenden, maar eenmaal toch beland op de operatietafel en nadien bezig met revalideren blijkt het allemaal mee te vallen. Hij pakt zijn leven weer op. Een van de oorzaken van dit beroerde voorspellen is een overmatige focus op negatieve verwachtingen.

Advanced care planning, ofwel vroegtijdige zorgplanning, is hot. Door tijdig zorgwensen en behandelvoorkeuren te bespreken en vast te leggen kan zorg optimaal worden afgestemd op de behoefte van de patiënt. In dit bespreken en vastleggen schuilt echter ook een gevaar. Zo kan bij dementie een te grote focus op verlies van zelfredzaamheid en toenemende afhankelijkheid leiden tot verkeerde beslissingen. In dit nummer nemen Groen et al. ons mee in de gezamenlijke besluitvorming van patiënten met dementie, hun partners, mantelzorgers en zorgverleners om al dan niet deel te nemen aan dagbesteding buitenshuis. Aanvankelijk hebben patiënten met dementie en hun partners slechts negatieve verwachtingen. Denk aan (ik vul in) 'ik wil mijn man niet het huis uit doen' of 'ik ga niet naar een opvang voor demente bejaarden'. Na een fase van het verbreden van perspectieven en het benoemen van positieve verwachtingen gaat de betrokkene dagbesteding uitproberen om vervolgens een goed geïnformeerd besluit te kunnen nemen. Een negatief ingeschatte situatie blijkt bij ervaring juist levenskwaliteit toe te voegen: *poor affective forecasting*.

Vroegtijdige zorgplanning is van belang op tal van thema's: vergaande chirurgische ingrepen, opnames in ziekenhuis, reanimeerbeleid en beslissingen rond het levenseinde. Steeds is het de kunst om verwachtingen boven tafel te krijgen, focus te verbreden, zoveel mogelijk situaties te laten ervaren en uiteindelijk een goed geïnformeerd gezamenlijk besluit te nemen. Een kunst die de huisarts ten volle beheerst.

Victor van der Meer

Een negatief
ingeschatte situatie
blijkt bij ervaring
juist levenskwaliteit
toe te voegen





Wetenschap

- 14 **Hoe weet je of cognitieve stoornissen waarschijnlijk zijn?**
Een gemakkelijk toepasbaar algoritme voor de diagnostiek van cognitieve stoornissen. De voorafkants op een cognitieve stoornis – ingeschat op basis van de (hetero)anamnese – bepaalt welke aanvullende test het meeste nut heeft.
- 18 **Dagbesteding bij dementie**
Dagbesteding buitenshuis kan bijdragen aan het langer thuis wonen van mensen met dementie. Het is belangrijk dat de persoon met dementie invloed kan uitoefenen op de besluitvorming.
- 22 **Internationale definitie van advance care planning**
Advance care planning is primair een communicatieproces, dat moet worden aangepast aan de bereidheid van de patiënt om zich met toekomstige doelen en voorkeuren bezig te houden.

Praktijk

- 30 **Hoogleraren De Wit en Bindels in discussie over wijkgerichte zorg**
Wat is de rol van de huisarts in wijkgericht werken? Wat is de verantwoordelijkheid van de huisarts en wat is er nodig om wijkgericht werken tot een succes te maken?
- 33 **Kromliggen doet pijn**
Financiële onzekerheid en gezondheid staan met elkaar in verband. De huisarts kan een belangrijke rol spelen in het signaleren en bespreekbaar maken van financiële problemen.
- 35 **Uw diagnose**
- 36 **Groep A-streptokokken vulvovaginitis vaak onderbelicht**
Als een urineweginfectie en soa uitgesloten zijn, is het raadzaam laagdrempelig gynaecologisch onderzoek te doen en bij gevonden afwijkingen zonder duidelijke focus een banale kweek te verrichten.
- 38 **Kennistoets**
Dagbesteding en cognitieve stoornissen

Nieuws

- 6 **Cognitieve achteruitgang neemt toe**
- 6 **Apps en therapietrouw bij bloeddrukmedicatie**
- 7 **Vroege detectie borstkanker door deelname bevolkingsonderzoek**
- 8 **Beweging verbetert schoolprestaties van kinderen met overgewicht**
- 8 **Patiëntverzoeken steeds vaker reden van consult**
- 9 **Te veel diagnostiek naar Lymeziekte**
- 10 **Op maat gemaakte inlegzool niet beter bij hielspoor**
- 10 **Honing helpt tegen hoesten**
- 13 **Vaccinatie tegen pneumokokken dringt ziekte terug**
- 40 **Desmopressine helpt niet bij nycturie**
- 43 **Extract groene thee en genitale wratten**
- 44 **Nieuw onderzoek naar POH-zorg voor kinderen met astma**
- 45 **Beter contact met lastige patiënten**
- 45 **Standaardwerk over behandeling alledaagse klachten**
- 46 **Praktisch compendium geen must have voor aios**

NHG

- 39 **Geen medicatie bij wintertenen**
Wintertenen (pernio's) zijn klinisch goed herkenbaar door de typische huidafwijkingen op meestal vingers of tenen die ontstaan na blootstelling aan kou.
- 48 **Gezondheidsvaardigheden op de kaart**
Terugblik symposium
- 49 **Wietolie**
Uitgelichte post HAweb Ledenforum
- 50 **'Je hakt eerder een knoop door'**
Interview met Tjitske van den Bruele over afwegingskader Meldcode Kindermishandeling



- Thuismedicatie gebruiken in het ziekenhuis
- Bewegen remt dementie niet
- Verhoogd risico op leververvetting bij polycysteus-ovariumsyndroom
- Palliatieve zorg voor daklozen
- Patiënten over statines en therapietrouw

Cognitieve achteruitgang neemt toe

Vincent van Vugt

Vijfenzestigplussers hadden in 2012 een hoger risico op blijvende cognitieve achteruitgang dan in 1992. Dat ontdekten Amsterdamse onderzoekers. Zij konden dit verschil niet verklaren door een toename van cardiovasculaire ziektes, diabetes, hoge bloeddruk, leefstijl en depressie. De oorzaak van deze stijgende incidentie is vooralsnog onduidelijk.

Al sinds 1992 volgen onderzoekers van de Longitudinal Aging Study Amsterdam

(LASA) een grote groep ouderen, representatief voor de Nederlandse bevolking. Uit de 3000 deelnemers selecteerden zij patiënten in de leeftijdscategorie van 65 tot 88 jaar en beoordeelden de cognitieve achteruitgang in de periode van 1992 tot 2012. Zij verzamelden gegevens op zeven meetmomenten. Blijvende cognitieve achteruitgang werd vastgesteld op basis van vragenlijsten (MMSE en IQCODE) en klinische gegevens, zoals een dementiediagnose door de huisarts.



Het is onduidelijk waardoor de stijging in cognitieve achteruitgang wordt veroorzaakt. Foto: iStock

Het aantal nieuwe gevallen van blijvende cognitieve achteruitgang was in 1992 bij de eerste follow-up 2,4%. In 2012 was dit gestegen naar 3,4%. Hogere leeftijd, lage opleiding, diabetes mellitus, roken, een laag BMI en weinig beweging hangen samen met cognitieve achteruitgang. De stijging van blijvende cognitieve achteruitgang door de jaren heen kon echter niet worden verklaard door een toename van deze factoren.

De gemeten cognitieve achteruitgang in het LASA-onderzoek is kenmerkend voor dementie, maar deze diagnose wordt bij ouderen vaak niet officieel gesteld. De onderzoekers kunnen niet verklaren waarom de incidentie de afgelopen twintig jaar is toegenomen. Het is belangrijk om verder te onderzoeken welke factoren hierop invloed hadden. Met het oog op de vergrijzing is er mogelijk meer nodig dan een gezondere leefstijl en een beter cardiovasculair risicoprofiel om toename van cognitieve achteruitgang in Nederland tegen te gaan. ■

Van den Kommer T, et al. Time trend in persistent cognitive decline: results from the longitudinal aging study Amsterdam. Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2018;73:S57-S64.

Vroegere detectie borstkanker door deelname bevolkingsonderzoek

Loes Wouters

Het nut van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker staat internationaal nog steeds ter discussie, maar dit Nederlandse onderzoek bevestigt de effectiviteit. Deelname aan het bevolkingsonderzoek zorgt ervoor dat borstkanker in een vroeger stadium wordt opgespoord. Hierdoor kan uitgroei naar een gevorderd stadium worden voorkomen en zijn de kansen op een succesvolle behandeling beter.

Onderzoekers van het Integraal Kankercentrum Nederland voerden een cross-sectioneel onderzoek uit onder 72.612 vrouwen die de diagnose borstkanker hadden. Ze onderzochten de verschillen in TNM-stadium en T-stadium in twee groepen: een screeningsgroep en niet-screeningsgroep. Het onderzoek betrof alle vrouwen in Nederland die in de periode van 2006 tot 2011 ouder dan 49 jaar waren en de diagnose borstkanker hadden. De screeningsgroep bestond uit vrouwen die regelmatig aan het bevolkingsonderzoek deelnamen, de niet-screeningsgroep deed dat niet. De onderzoekers gebruikten data uit de Nederlandse kankerregistratie met een koppeling aan het Nederlandse screeningsprogramma. Zij berekenden de incidentie van borstkanker in beide groepen



Het bevolkingsonderzoek borstkanker is wel degelijk nuttig.

Foto: Hollandse Hoogte

en corrigeerden voor leeftijd, jaar van diagnose en sociaaleconomische status. De overall incidentie bleek in de groepen gelijk, met in de screeningsgroep 389/100.000 en in de niet-screeningsgroep 403/100.000 nieuwe gevallen van borstkanker in de onderzoeksperiode ($p = 0,619$). De incidentie van gevorderde borstkanker (TNM-stadium III-IV) in de niet-screeningsgroep was echter twee keer zo groot (94/100.000 versus 38/100.000; $p < 0,001$). Ook de incidentie van gevorderd T-stadium (≥ 15 mm) was in de niet-screeningsgroep hoger dan in

de screeningsgroep (210/100.000 versus 169/100.000; $p = 0,035$). De bevindingen ondersteunen het doel van het bevolkingsonderzoek borstkanker om de morbiditeit en mortaliteit van borstkanker te verlagen. Op Thuisarts.nl vindt u de volledige informatie om uw patiënten goed voor te lichten over de voor- en nadelen van het bevolkingsonderzoek. ■

De Munck L, et al. Is the incidence of advanced-stage breast cancer affected by whether women attend a steady-state screening program? Int J Cancer 2018, Mar 25.

Apps en therapietrouw bij bloeddrukmedicatie

Ralf Harskamp, Jettie Bont

Niet goed ingestelde hypertensie wordt in 50% van de gevallen veroorzaakt door slechte therapietrouw. Het lijkt een aardig idee de bloeddruk te verbeteren met behulp van een app voor de smartphone, maar een recent gerandomiseerd onderzoek laat zien dat dit niet effectief is.

De onderzoekers wierven de deelnemers online. Zij screenen 5577 patiënten, van wie er uiteindelijk 412 aan het onderzoek meededen. Bij deze patiënten was er sprake van onvoldoende geregleerde hypertensie onder 1 tot 3 antihypertensiva. Het onderzoek werd gesponsord door de appontwikkelaar (Medisafe). De deelnemers (gemiddeld 52 jaar en 60%

vrouw) werden ingedeeld (1:1) in de interventie- of controlegroep. De interventiegroep gebruikte de Medisafe-app 12 weken. De app stuurde herinneringen, gaf overzichten van therapietrouw en bood de optie van ‘peer support’. De deelnemers in de controlegroep kregen geen extra hulpmiddelen aangereikt. Bij aanvang van het onderzoek was de

systolische bloeddruk in beide groepen gelijk ($151,4 \pm 9,0$ versus $151,3 \pm 9,4$). Na 12 weken was de systolische bloeddruk gedaald met $10,6 \pm 16,0$ mmHg in de interventiegroep en $10,1 \pm 15,4$ mmHg in de controlegroep ($p = 0,78$). De zelfgerapporteerde therapietrouw (Morisky-schaal van 0 tot 8) verbeterde 0,4 (SD 1,5) in de interventiegroep en bleef onveranderd in controlegroep ($p = 0,01$). Dit was klinisch niet relevant. Een mogelijke verklaring voor het uitblijven van effect op de bloeddruk

is dat zelfmonitoring in beide groepen voorkwam (iedere deelnemer moest negen tot tien keer de bloeddruk meten en doorgeven) en dat de therapietrouw slechts minimaal verbeterde. Volgens de onderzoekers is een beperking een mogelijke selectiebias door online werving. De rol van e-health wordt steeds meer benadrukt. Apps die zijn gericht op zelfzorg en medicatie-inname schieten dan ook als paddenstoelen uit de grond. In kleinere onderzoeken lijken deze apps succes te hebben in het bevorderen

van de therapietrouw bij hypertensie. Dit onderzoek suggereert echter dat de toegevoegde klinische waarde van een app voor mensen met slecht geregleerde hypertensie marginaal is. ■

Morawski K, et al. Association of a smartphone application with medication adherence and blood pressure control. JAMA Intern Med 2018;178:802-9.

Beweging verbetert schoolprestaties van kinderen met overgewicht

Marian van den Brink

Leefstijlveranderingen zoals een gezond dieet en meer beweging zijn nodig om de wereldwijde obesitasepidemie een halt toe te roepen. Recent literatuuronderzoek laat zien dat beweging niet alleen gewichtsverlies bevordert, maar ook de schoolprestaties verbetert bij kinderen met overgewicht of obesitas.

De onderzoekers selecteerden 18 gerandomiseerde trials met 2384 kinderen met overgewicht of obesitas op de basisschool en middelbare school. Zij keken naar het effect van leefstijlinterventies op schoolprestaties en cognitieve functies. In de groep kinderen die meedeed aan een naschoolse beweeginterventie was de cognitieve functiescore 5 punten hoger dan in de controlegroep (95%-BI 0,68 tot 9,32; gestandaardiseerd gemiddelde 100; SD 15; hoge GRADE-bewijskracht). Hierbij ging het om uitvoerende functies, zoals planning en aandacht in de klas. Er werd geen positief effect aangetoond voor overige schoolprestaties, zoals rekenen en lezen. Bij interventies waarbij gezonde voeding op school werd aangeboden, zagen de onderzoekers ten opzichte van standaardbeleid een matig effect op de schoolprestaties van obese kinderen (gestandaardiseerd gemiddelde 0,46; 95%-BI 0,25 tot 0,66; lage GRADE-bewijskracht). Voor kinderen met overgewicht werd geen verschil gevonden.

In Nederland doen meer dan 200 basisscholen mee aan The Daily Mile, waarin kinderen 15 minuten (hard)lopen als pauze tussen de lessen door of als gezamenlijke start van de dag. Het concept is overgewaaid uit Schotland en draagt niet alleen bij aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, maar leraren merken ook dat het concentratieniveau en gedrag van hun leerlingen verbeteren. De NHG-Standaard Obesitas onderschrijft het belang van leefstijlverandering en het betrekken van de omgeving hierbij. Gedragsverandering is echter een



Foto: Hollandse Hoogte

van de moeilijkste dingen om te initiëren en vol te houden. Dit literatuuronderzoek geeft een extra reden om ouders en kinderen te motiveren tot beweging en gezonde voeding: het bevordert ook de schoolprestaties. ■

Martin A, et al. Physical activity, diet and other behavioural interventions for improving cognition and school achievement in children and adolescents with obesity or overweight. Cochrane Database Syst Rev 2018;3:CD009728.

Patiëntverzoeken steeds vaker reden van consult

Vincent van Vugt

In de afgelopen dertig jaar gingen patiënten steeds vaker naar de huisarts voor een specifiek verzoek, bijvoorbeeld meer diagnostiek of een verwijzing. Huisartsen voldoen ook steeds vaker aan dergelijke verzoeken, ook al leidt dit niet vaker tot de juiste diagnose. Zij kunnen dan ook beter blijven handelen op medische gronden, aldus de conclusie van een recent Nederlands onderzoek.

De onderzoekers maakten gebruik van een groot Nederlands huisartsennetwerk. Ze analyseerden alle diagnostiek-, medicatie- en verwijsverzoeken tussen 1985 en 2014. Daarbij verdeelden ze de gegevens over drie decennia, waarbij het aantal gevolgde patiëntjaren varieerde van 99.332 tot 151.296. Bij alle verzoeken werd gekeken of de huisarts daaraan had voldaan en tot welke diagnose dit uiteindelijk leidde. Per 1000 patiëntjaren namen de verzoeken voor bloedonderzoek signifi-

Te veel diagnostiek naar Lymeziekte

Jacqueline Schouten-van Heiningen

Huisartsen verrichten te vaak diagnostiek naar Lymeziekte. Dat doen ze bij klachten als algehele malaise met een lage voorafkans op Lymeziekte en bij erythema migrans waarbij behandeling, ongeacht de testuitslag, altijd geïndiceerd is. Bij een derde van alle Lymeconsulten volgt diagnostiek, terwijl in totaal slechts 5,9% van de stedelijke patiëntenpopulatie een positieve uitslag heeft. Dat blijkt uit een observationeel onderzoek.

Tussen 2010 en 2015 hadden 2311 patiënten uit 12 Amsterdamse huisartsenpraktijken (totaal 57.000 patiënten) contact met hun huisarts wegens lymegerelateerde gezondheidsklachten. Bij 36,4% van de consulten zette de huisarts serologisch onderzoek in en bij positieve serologie volgde een immunoblot, die bij 5,9% van de groep positief was. Dit percentage is gelijk aan de seropositiviteit bij de algemene bevolking. De meest genoemde klachten waren een recente tekenbeet, huidafwijkingen en algehele malaise. Bij patiënten met malaiseklachten werd bij 71,4% onderzoek verricht, 6,4% van hen had een positieve uitslag. Een positieve testuitslag



Foto: Shutterstock

Het is belangrijk dat huisartsen kennis hebben over testeigenschappen en ziekteverschijnselen die passen bij Lymeziekte.

kwam het meest voor bij huidafwijkingen (14,5%) en bij onderzoek op verzoek van de patiënt (13%). Bij een klassieke vorm van erythema migrans of een tekenbeet vroeg de huisarts bij respectievelijk 18,4% en 13,2% alsnog diagnostiek aan. Er was een grote variatie tussen huisartsenpraktijken bij het aanvragen van diagnostiek (19,2% tot 75,8% van de consulten).

Dit groot opgezette onderzoek toont aan dat niet alle huisartsen het advies volgen van de CBO-richtlijn uit 2013, waarop de NHG-Behandelrichtlijn mede is geba-

seerd. Dit onderzoek onderschrijft het belang van kennis over testeigenschappen en ziekteverschijnselen die passen bij Lymeziekte. Dit is belangrijk om overdiagnostiek te voorkomen bij klachten met een lage voorafkans op Lymeziekte, klassieke erythema migrans of tekenbeet zonder ziekteverschijnselen. ■

Botman E. Diagnostic behaviour of general practitioners when suspecting Lyme disease: a database study from 2010-2015. BMC Fam Pract 2018;19:43.

cant toe van 11,4 naar 23. Bij urinetests en verwijzingen was ook een stijging zichtbaar, respectievelijk van 1,8 naar 48,4 en van 10,1 naar 16,2 patiënten per 1000 patiëntjaren. Huisartsen voldeden meestal aan de verzoeken (range per type verzoek 68,8 tot 93,7%). Interessant genoeg resulteerden consulten met verzoeken, vergeleken met consulten waarbij de patiënt geen verzoek als consultreden had, vaker in een symptoomdiagnose dan een ziektespecifieke diagnose. Dit suggereert dat de uitgevoerde diagnostiek waar de patiënt om vroeg meestal niet afwijkend was. Bij de veelvoorkomende klacht moeheid/zwakte was dit verschil bijvoorbeeld 87,6%

versus 70,1%, bij duizeligheid 79,1% versus 54,5%. De maatschappij verandert, patiënten worden mondiger. Het direct voldoen aan patiëntverzoeken voor extra diagnostiek en verwijzing geeft misschien tevredener patiënten, maar lijkt niet per se te leiden tot betere zorg. In deze consulten wordt namelijk minder vaak een ziektespecifieke diagnose gesteld, mogelijk omdat patiënten minder goed weten welke diagnostiek geïndiceerd is. Blijf daarom handelen op medische gronden. Dat is niet altijd de makkelijkste weg. Verhelderen van de werkelijke hulpvraag en uitleg geven over uw keuzes kost nu eenmaal meer tijd en energie

dan snel uitvoeren waar uw patiënten om vragen. ■

Van den Broek J, et al. Change in frequency of patient requests for diagnostic screening and interventions during primary care encounters from 1985 to 2014. Fam Pract 26 april 2018. DOI: 10.1093 [Epub ahead of print].

Aangemeten inlegzool niet beter bij hielspoor

Lidewij Broekhuizen

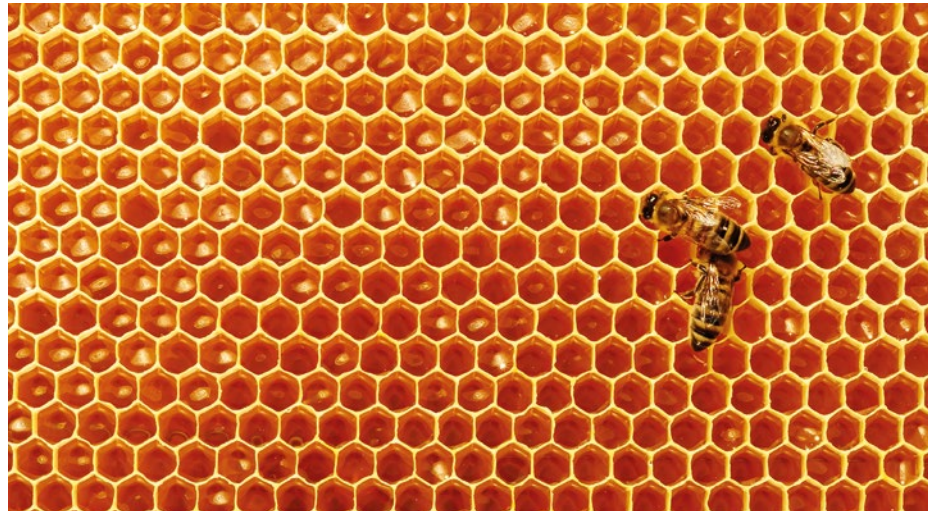
Hielspoor komt veel voor en duurt lang. Patiënten krijgen daarvoor vaak voetorthesen of 'zooltjes' aangemeten. Rotterdamse en Deense onderzoekers ontdekten echter dat op maat gemaakte zolen niet effectiever zijn dan een fabriekszool.

Om de effecten van voetorthesen op pijn, functioneren en herstel te meten, deden de onderzoekers een systematisch literatuuroverzicht tot 2017. Zij selecteerden alle gerandomiseerde, gecontroleerde trials en combineerden de data daarvan. Zij vonden twintig onderzoeken die van hoge kwaliteit waren. Vervolgens vergeleken ze fabrieks- en op maat gemaakte orthesen met 'sham' (placebo-)orthesen, of een andere conservatieve behandeling. Onder fabriekszooltjes vallen alle zooltjes die niet op maat zijn gemaakt. Daaronder vallen ook gelzolen onder de hele voet, waarvan er veel verschillende soorten op de markt zijn. Gepoolde data van zes trials lieten zien dat er geen verschillen waren tussen fabrieksorthesen, op maat gemaakte orthesen of sham orthesen qua pijn op de korte termijn. Bij de andere vergelijkingen waren er evenmin verschillen. De onderzoekers concluderen dan ook dat op maat gemaakte zooltjes niet beter zijn dan standaardzooltjes bij hielspoor. ■

Rasenberg N, et al. Efficacy of foot orthoses for the treatment of plantar heel pain: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med 2018 Mar 19. DOI: 10.1136 [Epub ahead of print].

Honing helpt tegen hoesten

Marian van den Brink



Van vrijwel alle hoestmiddelen is de effectiviteit niet aangetoond, maar honing helpt wel.

Foto: iStock

Hoesten is een veelvoorkomende klacht waarvoor zowel kinderen als volwassenen het spreekuur bezoeken. Honing lijkt een effectief en veilig middel om die klacht bij kinderen te verlichten, zo blijkt uit een recente Cochrane-review. Daarnaast verkort honing in vergelijking met andere middelen ook de duur van de hoest.

De auteurs selecteerden 6 gerandomiseerde trials met 899 kinderen met acute hoest (leeftijd 1 tot 18 jaar). Daaruit bleek dat gebruik van honing de hoestfrequentie verlaagde ten opzichte van geen behandeling (gemiddeld verschil -1,05; 95%-BI -1,48 tot -0,62; zevenpunts likertschaal) of placebo (gemiddeld verschil -1,62; 95%-BI -3,02 tot -0,22; GRADE-bewijskracht gemiddeld). Honing lijkt ook meer effect op de hoestfrequentie te hebben dan het antihistaminicum difenhydramine (gemiddeld verschil -0,57; 95%-BI -0,90 tot -0,24) en een vergelijkbaar effect als het vrij verkrijgbare dextromethorfan (beide lage GRADE-bewijskracht). Honing lijkt bij een behandelduur tot 3 dagen effectiever dan placebo en salbutamol in het verlichten van de hoestklachten (gemiddeld verschil ten opzichte van salbutamol -0,54; 95%-

BI -1,03 tot -0,05; zevenpunts likertschaal) en het verkorten van de hoestduur (gemiddeld verschil ten opzichte van salbutamol -0,54 dag; 95%-BI -0,98 tot -0,1; GRADE-bewijskracht gemiddeld). Een beperking van de onderzoeken was dat de behandelingen vaak maar kort duurden. De onderzoekers zagen geen verschil in bijwerkingen tussen de honing- en de andere groepen.

De NHG-Standaard Acute hoesten raadt vrijwel alle hoestmiddelen af (hoestprikkelende middelen, hoestdrankjes, antihistaminica, bronchusverwijders en inhalatiecorticosteroïden), omdat de effectiviteit ervan niet (of onvoldoende) is aangetoond. Deze Cochrane-review bevestigt dat advies nog eens, maar stelt ook dat honing een van de weinige middelen is die wel verlichting geeft bij hoestklachten en de hoestduur lijkt te verkorten. Voor de behandeling van acute hoest is dus zelden receptpapier nodig, maar volstaat grootmoeders advies in de spreekkamer. U kunt de patiënt ook verwijzen naar www.thuisarts.nl, waar dit advies ook is terug te vinden. ■

Oduwale O, et al. Honey for acute cough in children. Cochrane Database Syst Rev 2018;4:CD007094.

Vaccinatie tegen pneumokokken dringt ziekte terug

Hanneke Borgdorff

Streptococcus pneumoniae is een van de belangrijkste verwekkers van luchtweginfecties, vooral bij jonge kinderen en ouderen. Het pneumokokkenvaccin zit daarom sinds 2006 in het Rijksvaccinatieprogramma. Het percentage invasieve pneumokokkeninfecties is nadien sterk gedaald bij zowel kinderen als ouderen. De helft van de gevaccineerde kinderen draagt weliswaar nog *Streptococcus pneumoniae* bij zich, maar deze serotypes zijn minder virulent.

De onderzoekers testten dragerschap van *Streptococcus pneumoniae* in de nasofarynx bij 329 kinderen van 2 jaar oud die meededen aan het Rijksvaccinatieprogramma. Zij vergeleken de uitkomsten met dragerschapscijfers vanaf 2005 om

het effect van de pneumokokkenvaccinatie (ingevoerd in 2006) te kunnen analyseren. Zij onderzochten ook de incidentie van invasieve pneumokokkeninfectie (*Streptococcus pneumoniae* in bloedkweek of liquor) bij kinderen < 5 jaar en ouderen > 65 jaar in de periode van 2004 tot 2016. Bij 48% van de kinderen was er sprake van *Streptococcus pneumoniae* in 2015/2016. Dit percentage is iets lager dan voor de invoering van de vaccinatie (in 2005 was dat 66%). Spectaculairder is de daling van de incidentie van invasieve pneumokokkeninfectie bij kinderen (van 20 op de 100.000 in 2004/2006 naar 6 op de 100.000 in 2015/2016) en bij ouderen (van 63 op de 100.000 naar 51 op de 100.000). In 2005 werd 68% van de inva-

sieve pneumokokkeninfecties bij kinderen veroorzaakt door serotypes waarvoor sinds 2006 wordt gevaccineerd. Dat is nu nog slechts 12%.

Deze cijfers laten zien hoe vaccineren de volksgezondheid direct (bij kinderen) en indirect (bij ouderen) bevordert. In tijden van toenemende twijfel onder ouders over de noodzaak van vaccineren kunnen deze resultaten wellicht helpen. Ouders kunnen zich waarschijnlijk meer voorstellen bij een ernstige pneumokokkeninfectie dan bij mazelen of difterie. ■

Vissers M, et al. Increased carriage of non-vaccine serotypes with low invasive disease potential four years after switching to the 10-valent pneumococcal conjugate vaccine in The Netherlands. PLoS One 2018;13:e0194823.



Foto: Hollandse Hoogte

Hoe weet je of cognitieve stoornissen waarschijnlijk zijn?

Jolien Janssen, Paula Koekoek, Eric Moll van Charante, Jaap Kappelle, Geert Jan Biessels, Guy Rutten

Inleiding Het kan voor huisartsen lastig zijn om bij patiënten met cognitieve klachten vast te stellen of er sprake is van milde cognitieve stoornissen of dementie. Wij stelden een diagnostisch algoritme op dat hierbij behulpzaam kan zijn, met als belangrijkste uitgangspunt dat de voorafkansen op een cognitieve stoornis – ingeschat op basis van de (hetero) anamnese – bepaalt welke aanvullende test het meeste nut heeft.

Methode De voorafkansen zijn als volgt ingedeeld: niet waarschijnlijk, mogelijk en waarschijnlijk. Voor elk van deze situaties hebben we op basis van literatuuronderzoek en vooraf opgestelde criteria over de gewenste testkarakteristieken de meest geschikte test gekozen.

Resultaten Is een cognitieve stoornis niet waarschijnlijk, dan kan een foutloze kloktekentest helpen om de patiënt gerust te stellen. Is er mogelijk sprake van een cognitieve stoornis, dan lijkt de Montreal Cognitive Assessment het meest geschikt om deze uit te sluiten of juist waarschijnlijker te maken. Is het waarschijnlijk dat de patiënt een cognitieve stoornis heeft, dan kan de Mini-Mental State Examination een stoornis nog waarschijnlijker maken.

Conclusie Wij hopen dat huisartsen met dit algoritme zo optimaal mogelijk gebruik kunnen maken van cognitieve tests.

INLEIDING

Wanneer de patiënt zelf, diens partner of huisarts opmerkt dat er mogelijk sprake is van cognitieve klachten, is het belangrijk om op een betrouwbare en efficiënte manier na te gaan of de patiënt mogelijk een milde cognitieve stoornis, in de literatuur ook wel *mild cognitive impairment* (MCI) genoemd, of dementie heeft. Het is dan soms lastig om onderscheid te maken tussen klachten die passen bij de leeftijd en een cognitieve stoornis.^{1,2} Mensen zijn vaak ongerust omdat ze bang zijn dat ze dementie hebben. Zorgvuldige diagnostiek is daarom cruciaal. De anamnese en heteroanamnese zijn fundamentele pijlers van het diagnostische proces.³ Daarnaast kan een cognitieve test de waarschijnlijkheid van een cognitieve stoornis vergroten of juist verkleinen.

Er is veel onderzoek gedaan naar de waarde van cognitieve tests als een op zichzelf staand middel, bijvoorbeeld voor het screenen op cognitieve stoornissen bij mensen zonder klachten.⁴ Daarbij kijkt men meestal niet naar de waarde van een cognitieve test als aanvulling op de informatie uit de (hetero) anamnese, terwijl dat wel de werkwijze van huisartsen is. Ons doel was het opstellen van een gemakkelijk toepasbaar algoritme voor de diagnostiek van cognitieve stoornissen in de huisartsenpraktijk. Omdat het nut van een test in belang-

rijke mate afhangt van de voorafkansen op een ziekte,⁵ wilden we de voorafkansen op cognitieve stoornissen en de testkarakteristieken mee laten wegen in de keuze voor een aanvullende cognitieve test.

METHODE

Voor het algoritme zijn we uitgegaan van de situatie dat langzaam progressieve cognitieve klachten zijn opgemerkt door de patiënt zelf, diens partner of de huisarts. We hebben de geschatte kans op een cognitieve stoornis na de (hetero) anamnese als volgt ingedeeld: niet waarschijnlijk, mogelijk (een cognitieve stoornis is mogelijk, maar het dagelijks functioneren lijkt niet beperkt) en waarschijnlijk (het dagelijks functioneren is beperkt en er is een verdenking op dementie). Hierna hebben we alle relevante systematische reviews en meta-analyses van de afgelopen vijftien jaar bekeken, op basis van de resultaten van een zoekopdracht in PubMed (zie oorspronkelijke publicatie).⁴ Vervolgens hebben we de beschikbare relevante literatuur vertaald naar een praktisch toepasbaar algoritme. Om deze vertaalslag te kunnen maken hebben we via onderlinge discussies consensus verkregen over de eisen waaraan een test in elk van de drie situaties zou moeten voldoen (zie beneden).



De keuze voor de juiste cognitieve test wordt makkelijker door de voorafkansen van een cognitieve stoornis te bepalen.

Foto:Gettyimages

Testeigenschappen

We hebben cognitieve tests alleen beoordeeld wanneer ze maximaal tien minuten tijd kosten en in ten minste twee verschillende eerstelijnsonderzoeken waren onderzocht, die bovendien dezelfde afkapwaarde hanteerden. Om de toegevoegde waarde van de tests mee te kunnen nemen, hebben we voor elk van de drie bovengenoemde situaties de voorafkansen op een cognitieve stoornis geschat. Daardoor konden we rekening houden met de prevalentie van cognitieve stoornissen in de onderzoekspopulaties.

Aangezien cognitieve stoornissen niet altijd herkend worden,^{1,2} gingen we voor de situatie dat een cognitieve stoornis *niet waarschijnlijk* wordt geacht op zoek naar een korte test met een hoge negatief voorspellende waarde (NVW) voor MCI om een cognitieve stoornis betrouwbaar uit te kunnen sluiten. Een hoge positief voorspellende waarde (PVW) vonden we minder belangrijk omdat de huisarts eventueel een tweede test kan doen in geval van een mogelijke (fout-) positieve uitslag.

Voor de situatie waarin de huisarts een cognitieve stoornis *mogelijk* acht, zochten we een test die MCI en dementie zowel kan aantonen als uitsluiten. Ook in deze situatie vonden we de NVW belangrijker dan de PVW om onterechte geruststelling te voorkomen.

Voor de situatie dat een cognitieve stoornis *waarschijnlijk* is, waren we op zoek naar een test met een hoge PVW voor de-

WAT IS BEKEND?

- Cognitieve tests worden in de huisartsenpraktijk gebruikt als aanvulling op de anamnese en de heteroanamnese.
- Ondanks de grote hoeveelheid literatuur over cognitieve tests is het niet duidelijk welke test het meeste nut heeft in de spreekkamer.
- Het nut van een bepaalde test hangt in belangrijke mate af van de voorafkansen op de ziekte.

WAT IS NIEUW?

- De voorafkansen op een cognitieve stoornis – geschat na de (hetero)anamnese – bepaalt welke cognitieve test het meest geschikt is om na te gaan of een milde cognitieve stoornis, ook wel *mild cognitive impairment* [MCI] genoemd, of dementie meer of minder waarschijnlijk zijn.
- Als een cognitieve stoornis onwaarschijnlijk is, verdient de kloktekentest de voorkeur om MCI uit te sluiten. Bij twijfel kan de Montreal Cognitive Assessment meer duidelijkheid bieden over de aan- of afwezigheid van cognitieve stoornissen. Bij een hoge voorafkans kan de Mini-Mental State Examination het vermoeden van dementie verder versterken.

mentie om te kunnen bevestigen dat er sprake is van verminderd cognitief functioneren.

RESULTATEN

Slechts een van de tien systematische reviews (en twee meta-analyses) die we hebben beoordeeld, bevatte voldoende gedetailleerde informatie om een cognitieve test te kunnen kiezen.⁴ Deze uitgebreide review vergeleek cognitieve tests, op voorwaarde dat ze onderzocht waren in onderzoeken van voldoende tot hoge kwaliteit.⁶

Selectie van cognitieve tests

Wanneer cognitieve stoornissen *niet waarschijnlijk* zijn kan de huisarts zowel de kloktekentest⁷ als de Montreal Cognitive As-

essment (MoCA)⁸ gebruiken; beide hadden een hoge NVW ($\geq 89\%$) voor MCI in onderzoekspopulaties met een relatief lage prevalentie van cognitieve stoornissen (14-24%).⁴ We hebben voor de kloktekentest gekozen omdat de afnametijd daarvan korter is (drie minuten) dan die van de MoCA (tien minuten). De MoCA is beschikbaar op <http://www.platform-ouderenzorg.nl/bestanden/MoCA-Test-Dutch.pdf>. Alle tests die we hebben overwogen voor de situatie dat een cognitieve stoornis *mogelijk* is, hadden een matige PVW voor MCI en voor MCI en dementie samen (met uitzondering van enkele onderzoeken in populaties met $\geq 50\%$ cognitieve stoornissen). De MoCA had de beste NVW ($\geq 94\%$) en daarom hebben we deze test voor ons algoritme gekozen.⁴ Voor de situatie dat een cognitieve stoornis *waarschijnlijk* is

hebben wij de Abbreviated Mental Test (AMT), de Mini-Cog en de Mini-Mental State Examination (MMSE) overwogen.⁹ Deze hadden een vergelijkbare PVW (71-73%) voor dementie. De Mini-Cog en de MMSE hadden tevens een goede NVW ($> 90\%$).⁴ Vanwege de vergelijkbare testeigenschappen en het voordeel van de ruime ervaring met de MMSE hebben we voor de laatstgenoemde test gekozen.

Voorgesteld diagnostisch algoritme

Het diagnostische traject start met de (hetero)anamnese, waarbij aard en beloop van de klachten, eventuele veranderingen in persoonlijkheid en gedrag, depressieve klachten, risicofactoren en de invloed op het dagelijks functioneren aan bod komen [figuur 1].¹⁰ Deze informatie kan de huisarts gebruiken om in te schatten hoe waarschijnlijk het is dat de patiënt een cognitieve stoornis heeft. Als een cognitieve stoornis op basis daarvan vrijwel uitgesloten of vrijwel zeker is, zal een cognitieve test weinig diagnostische meerwaarde hebben. In de overige gevallen kan de huisarts een cognitieve test kiezen volgens het voorgestelde algoritme. Indien MCI of dementie na de test (zeer) waarschijnlijk is, gaat de huisarts na of het wenselijk is om de patiënt voor verdere diagnostiek te verwijzen, conform de NHG-Standaard Dementie.¹⁰ Wanneer de uitslag van de test niet goed bij de (hetero)anamnese past of wanneer de onzekerheid over de diagnose blijft bestaan, kan de huisarts besluiten om de patiënt na enkele maanden opnieuw te beoordelen of om deze te verwijzen voor aanvullende diagnostiek.

BESCHOUWING

Ook in andere landen zijn er richtlijnen ontwikkeld over het gebruik van cognitieve tests in de huisartsenpraktijk. De aanbevelingen in die richtlijnen lopen sterk uiteen en meestal adviseren ze standaard een of twee cognitieve tests te gebruiken voor alle patiënten met cognitieve klachten, onafhankelijk van de kans op een cognitieve stoornis.⁴ Deze richtlijnen bevelen de MMSE het meest aan, gevolgd door de MoCA, de kloktekentest en de Mini-Cog.⁴ Ook wij komen bij deze tests uit. We stellen echter voor om de keuze voor de cognitieve test(s) af te laten hangen van de al beschikbare informatie, om de toegevoegde waarde ervan te verhogen. Zo heeft de MMSE nauwelijks diagnostische meerwaarde bij een hoogopgeleide patiënt met milde cognitieve klachten. Het gebruik van deze test kan er in zo'n geval zelfs toe leiden dat de huisarts de patiënt ten onrechte geruststelt. De NHG-Standaard Dementie gaat uit van de situatie dat de huisarts dementie vermoedt en adviseert de huisarts in dat geval voor alle patiënten de MMSE en de kloktekentest te gebruiken. De standaard beveelt diagnostiek van milde cognitieve stoornissen niet aan. Voor het opstellen van dit algoritme zijn wij juist (ook) uitgegaan van de situatie dat de patiënt of zijn/haar partner op het spreekuur komt met cognitieve klachten en zorgen hierover. Vaak betreft het klachten die niet meteen dementie doen vermoeden, maar die ook te serieus zijn om de betrokkenen zonder meer gerust te stellen. Om in

zo'n geval goed bij de patiënt aan te kunnen sluiten is het naar onze mening waardevol wanneer de huisarts de patiënt meer duidelijkheid kan bieden, zelfs als dat niet direct een diagnose oplevert. Door ook bij ogenschijnlijk milde klachten een cognitieve test te verrichten zal dementie naar verwachting minder snel gemist worden. Ons algoritme kan worden gebruikt als aanvulling op de NHG-Standaard Dementie, waarbij de huisarts de cognitieve tests gericht kan kiezen. We zijn ons ervan bewust dat onze aanpak ook beperkingen heeft. Ondanks de uitgebreide literatuur over cognitieve tests was het bewijs voor de gekozen tests beperkt. Dit kwam vooral doordat de onderzoeken uiteenlopende afkappunten gebruikten en de patiëntpopulaties sterk van elkaar verschilden. Daarnaast speelde bij de selectie van tests een zekere mate van subjectiviteit een rol. Dat geldt ook voor het inschatten van de voorafkans op cognitieve stoornissen voor de drie situaties die we hebben onderscheiden. Ten slotte kunnen we geen uitspraak doen over de precieze meerwaarde van dit algoritme – een vervolgonderzoek is nodig om het algoritme te valideren.

CONCLUSIE

Wij verwachten dat ons diagnostisch algoritme de huisarts beter in staat stelt patiënten en/of hun partners met cognitieve klachten of zorgen over hun cognitie een antwoord te geven op hun vragen. Het kan helpen bij een eventuele beslissing om de patiënt te verwijzen voor aanvullend onderzoek of de patiënt zelf verder te vervolgen. ■

LITERATUUR

1. Bradford A, Kunik ME, Schulz P, Williams SP, Singh H. Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2009;23:306-14.

2. Van den Dungen P, Moll van Charante EP, Van de Ven PM, Foppes G, Van Campen JP, Van Marwijk HW, et al. Dutch family physicians' awareness of cognitive impairment among the elderly. *BMC Geriatr* 2015;15:105.

3. Olazarán J, Torrero P, Cruz I, Aparicio E, Sanz A, Mula N, et al. Mild cognitive impairment and dementia in primary care: the value of medical history. *Fam Pract* 2011;28:385-92.

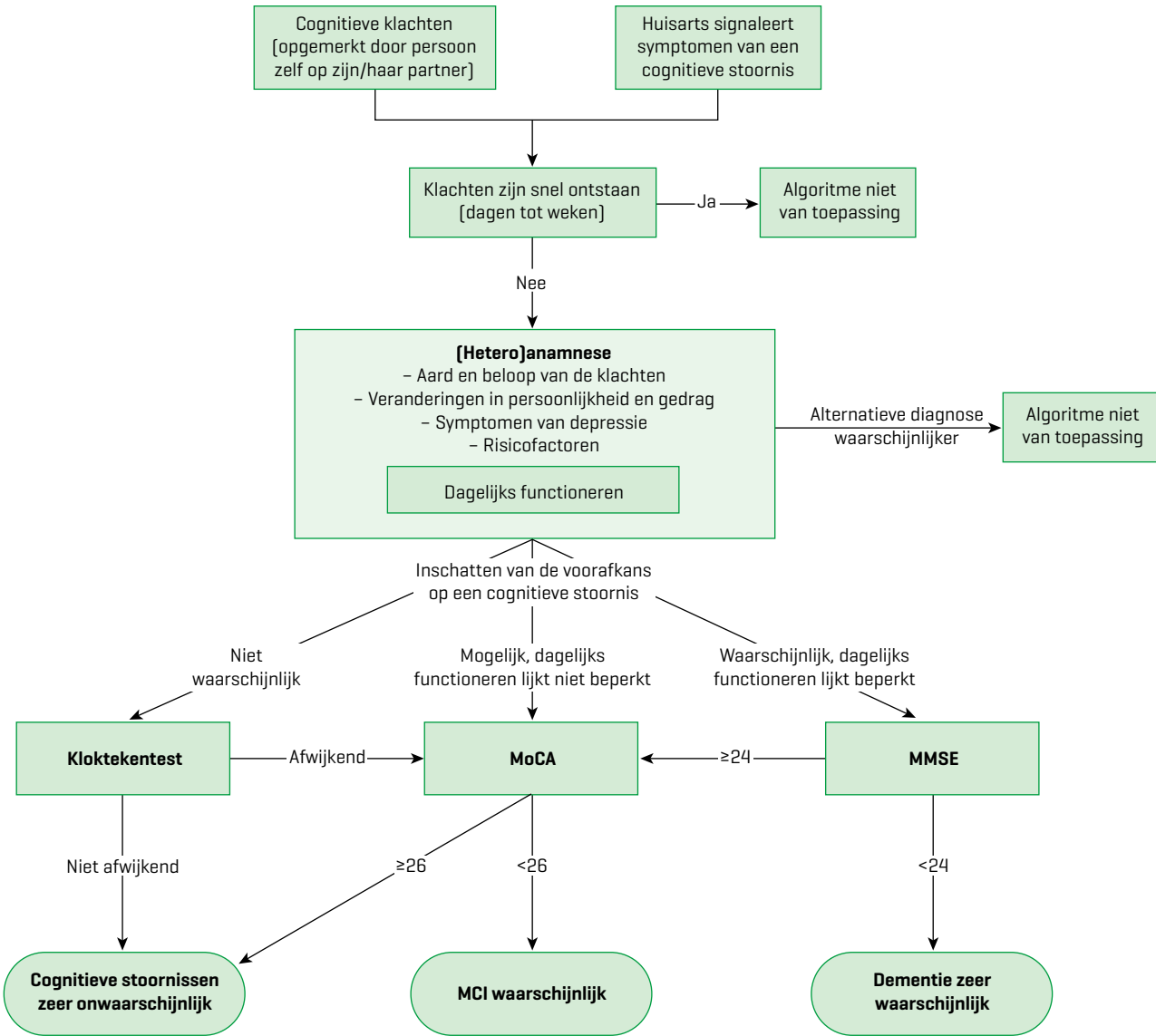
De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Janssen J, Koekkoek P, Moll van Charante E, Kappelle J, Biessels GJ, Rutten G. Hoe weet je of cognitieve stoornissen waarschijnlijk zijn? *Huisarts Wet* 2018;61(8):14-7. DOI: 10.1007/s12445-018-0222-0. UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde: J. Janssen, aiotho, j.janssen-5@umc-utrecht.nl; dr. P. Koekkoek, huisarts; prof. dr. G. Rutten, hoogleraar Diabetologie in de Huisartsgeneeskunde. AMC Amsterdam, Afdeling Huisartsgeneeskunde: dr. E. Moll van Charante, huisarts. UMC Utrecht, Hersencentrum: prof. dr. J. Kappelle, hoogleraar neurologie; prof. dr. G.J. Biessels, hoogleraar neurologie. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Janssen J, Koekkoek P, Moll van Charante E, Kappelle J, Biessels GJ, Rutten G. How to choose the most appropriate cognitive test to evaluate cognitive complaints in primary care. *BMC Fam Pract* 2017;18(1):101.

Figuur 1

Algoritme voor de diagnostiek naar cognitieve stoornissen in huisartsenpraktijk



Afkortingen: MCI = mild cognitive impairment; MoCA = Montreal Cognitive Assessment; MMSE = Mini-Mental State Examination

Samen met mensen met dementie beslissen

Dagbesteding bij dementie

Leontine Groen-Van de Ven, Carolien Smits, Fuusje de Graaff, Marijke Span, Jan Eefsting, Jan Jukema, et al.

- Inleiding

Dagbesteding buitenshuis kan bijdragen aan het langer thuis wonen van mensen met dementie. Het onderwerp ligt echter vaak gevoelig. Het bepalen van de dagbesteding is bij uitstek iets om samen over te beslissen. Recent onderzoek laat zien hoe mensen met dementie bij deze beslissing betrokken kunnen worden.
- Methode

Een kwalitatief onderzoek op basis van 244 semigestructureerde interviews met 19 ouderen met dementie, hun mantelzorgers [36] en hun zorgverleners [38].
- Resultaten

De besluitvorming bleek afhankelijk van 1) aanvankelijke verwachtingen over dagbesteding, 2) onderhandeling over het uitproberen ervan en 3) de reacties van de persoon met dementie na het uitproberen. In het besluitvormingsproces bleken drie patronen mogelijk: 1) positief samenwerken, 2) conflicterende perspectieven samenbrengen en 3) geen commitment bereiken.
- Conclusie

Samen beslissen met mensen met dementie vergt een specifieke aanpak. De huisarts kan hierbij naar de beweegredenen van alle betrokkenen luisteren en zoeken naar passende mogelijkheden. Hierbij is het belangrijk beslissingen rond dagbesteding niet alleen te baseren op gesprekken, maar ook op ervaringen. Dit stelt de persoon met dementie in staat invloed uit te oefenen op de besluitvorming.

INLEIDING

Een goede dagbesteding vergroot de kans dat mensen met dementie zelfstandig thuis kunnen blijven wonen.¹ Wanneer de betrokkenen daarmee instemmen, kan dit hun welzijn en kwaliteit van leven vergroten.^{2,3} Samen beslissen is dus van belang, maar gebeurt in de praktijk nog niet vaak. Gezamenlijke besluitvorming door alle betrokkenen is ingewikkeld, want het gaat vaak om complexe problematiek en er is dikwijls weinig bekend over de mogelijke opties.⁴ Bovendien bestaan er geregeld spanningen tussen de oudere met dementie en diens mantelzorgers, die allen een eigen perspectief en belang bij de zaak hebben.⁵ Ten slotte vraagt de afnemende zelfstandigheid van de persoon met dementie om rolveranderingen. Ons onderzoek verkent hoe mensen met dementie, hun mantelzorgers en zorgverleners beslissingen nemen over dagbesteding buitenshuis en wat dit betekent voor het gezamenlijke beslisproces met mensen met dementie.

METHODE

Dit onderzoek maakt deel uit van een overkoepelend onderzoek naar gezamenlijke besluitvorming in zorgnetwerken van ouderen met dementie,⁶ dat is gebaseerd op een kwalitatief, prospectief, multiperspectief onderzoeksonderwerp.

WAT IS BEKEND?

- Mensen met dementie willen betrokken worden bij beslissingen die hen aangaan, maar in de praktijk gebeurt dit nog weinig.
- Mensen met dementie betrekken bij de besluitvorming draagt bij aan hun welzijn en dat van hun mantelzorgers.
- Samen beslissen is erop gericht toe te werken naar geïnformeerde voorkeuren van patiënten.

WAT IS NIEUW?

- Er is een andere aanpak nodig waarbij de nadruk verschuift van het informeren over opties naar het uitproberen van opties.
- Samen beslissen bij dementie gaat over het ontwikkelen van voorkeuren op basis van ervaring.
- Reacties en emoties van de persoon met dementie kunnen belangrijke aanwijzingen opleveren voor de voorkeuren van de persoon met dementie.

Deelnemers

Voor het overkoepelende onderzoek hebben we via een doelbewuste steekproef 23 zorgnetwerken geworven,



Mensen met dementie willen betrokken worden bij beslissingen die hen aangaan, maar in de praktijk gebeurt dit nog weinig. Foto: Hollandse Hoogte

die bestaan uit de persoon met dementie, 2 van diens mantelzorgers en 2 zorgverleners. In 19 zorgnetwerken kwam de beslissing rond dagbesteding in interviews naar voren. Deze netwerken hebben we meegenomen in de analyse voor dit onderzoek. Het ging in totaal om 244 interviews met 93 respondenten: 19 personen met dementie, 36 mantelzorgers en 38 zorgverleners (casemanagers dementie, (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden en medewerkers van de dagbesteding).

Gegevensverzameling

We hebben de respondenten met tussenpozen van een half jaar geïnterviewd, op basis van een lijst met onderwerpen: de veranderingen in de situatie, welke beslissing werd genomen, wat er voorafgaand aan de beslissing is gebeurd, wie erbij betrokken was en hoe men de besluitvorming ervoer. De interviews van gemiddeld een uur hebben we opgenomen.

Analyse

De interviews hebben we uitgewerkt in transcripten en geanalyseerd in een gelaagde methodiek, beginnend met een inhoudsanalyse en gevolgd door een typologieconstructie. Ter ondersteuning hebben we Atlas.ti gebruikt.

RESULTATEN

We hebben drie thema's gevonden die we kunnen beschouwen als sleutelmomenten in het beslistraject rond de dagbesteding.

Op basis van de manier waarop de zorgnetwerken deze sleutelmomenten doorliepen, konden we drie typen beslistrajecten onderscheiden.

Sleutelmomenten in het beslistraject rond dagbesteding

De drie sleutelmomenten in het beslistraject rond dagbesteding betreffen: 1) de aanvankelijke verwachtingen van dagbesteding, 2) de onderhandeling over het uitproberen van dagbesteding en 3) het uitproberen van dagbesteding. Zie [tabel 1] voor de bijbehorende categorieën en codes. *Aanvankelijke verwachtingen van dagbesteding:* dit is het moment waarop de betrokkenen beginnen na te denken over dagbesteding en de verwachtingen hierover met elkaar bespreken. Meestal nemen de kinderen of zorgverleners hiertoe het initiatief. Kinderen of andere familieleden en zorgverleners hebben meestal positieve verwachtingen van de dagbesteding, terwijl personen met dementie en hun partners vooraf eerder negatieve verwachtingen hebben. De aanvankelijke verwachtingen van dagbesteding zijn van invloed op het verloop van de onderhandeling over het uitproberen ervan. *Onderhandelen over het uitproberen van dagbesteding:* hierbij gaat het om de manier waarop de betrokkenen samenwerken om ervoor te zorgen dat de persoon met dementie dagbesteding gaat uitproberen. In veelal meerdere gesprekken promoten degenen met positieve verwachtingen het uitproberen van dagbesteding, terwijl degenen met negatieve verwachtingen

Tabel 1

Thema's, categorieën en bijbehorende codes van het beslisproces rond dagbesteding

Thema's	Categorieën	Codes
Aanvankelijke verwachtingen van dagbesteding	Initiëren van het gesprek over dagbesteding	Anticiperen Initiatief nemen
	Positieve verwachtingen van dagbesteding	Argumenten voor dagbesteding Voorkeuren voor dagbesteding
	Negatieve verwachtingen van dagbesteding	Negatieve associaties met dagbesteding Argumenten tegen dagbesteding Geen dagbesteding willen
Onderhandelen over het uitproberen van dagbesteding	Meedoen aan gesprekken over dagbesteding	Gesprekken over dagbesteding Bijdragen aan discussies over dagbesteding Zichzelf informeren over dagbesteding Mate van open communicatie Dagbestedingservice aanbieden Aanmoedigen van dagbesteding Herhaaldelijk bespreken van dagbesteding Dagbesteding afwijzen
	Dagbesteding promoten	Ambivalentie ten opzichte van dagbesteding Uitstellen van dagbesteding
	Weerstand tegen dagbesteding	Luisteren naar anderen Afstemmen op de persoon met dementie Verschillende perspectieven wegen
	Afstemmen op anderen	
Uitproberen van dagbesteding	Samenwerken om dagopvang uit te proberen	Zich schikken Toegeven Dagbesteding uitproberen Ondersteunen van dagbesteding
	Positieve reacties van de persoon met dementie op de dagopvang	Positieve ervaringen Positieve gevoelens Positief gedrag
	Negatieve reacties van de persoon met dementie op de dagopvang	Negatieve ervaringen Negatieve gevoelens Negatief gedrag
	Beslissen over dagopvang	Een besluit nemen Regelen van dagbesteding

gen zich hier in eerste instantie tegen verzetten. Afhankelijk van het verloop van de onderhandeling zal de persoon met dementie dagbesteding al dan niet gaan uitproberen. *Uitproberen van dagbesteding*: dit is het moment waarop de persoon met dementie dagbesteding gaat ervaren. Afhankelijk van diens (emotionele) reacties op de dagbesteding, positief dan wel negatief, wordt vervolgens besloten of dagbesteding wordt voortgezet of wordt gestopt. Zo worden de voorkeuren van de persoon met dementie op basis van diens ervaringen serieus genomen.

Type beslistrajecten

De drie typen beslistrajecten betreffen: 1) positief samenwerken richting het inzetten van dagbesteding, 2) conflicterende perspectieven samenbrengen richting het uitproberen van dagbesteding en 3) geen commitment bereiken voor het uitproberen van dagbesteding. *Positief samenwerken richting het inzetten van dagbesteding*: kenmerkend hierbij is dat alle betrokkenen vooraf positief zijn over dagbesteding. De persoon met dementie probeert de dagbesteding uit en ervaart deze vervolgens ook als positief. In deze situaties is het makkelijk om een beslissing te ne-

men en worden de zaken snel geregeld, zonder veel discussie. *Conflicterende perspectieven samenbrengen richting het uitproberen van dagbesteding*: hierbij zijn er bij aanvang conflicterende verwachtingen over dagbesteding. De persoon met dementie en soms ook de partner verzet zich tegen dagbesteding, terwijl de andere betrokkenen juist positief zijn. Er worden meerdere gesprekken gevoerd over dagbesteding en soms probeert men verschillende keren om de persoon met dementie kennis te laten maken bij de dagbesteding, voordat deze er uiteindelijk mee instemt om het te proberen. Alternatieven voor dagbesteding buitenshuis komen hierbij zelden aan de orde. Het gaat dus om het wel of niet accepteren van dagbesteding. Of de persoon met dementie na het uitproberen doorgaat met de dagbesteding hangt af van diens reacties. *Geen commitment bereiken voor het uitproberen van dagbesteding*: hierbij heeft de persoon met dementie vooraf negatieve verwachtingen van dagbesteding. De mantelzorgers zijn negatief of spelen geen duidelijke rol in de besluitvorming. Het initiatief voor het bespreken van dagbesteding komt van de zorgverleners. In meerdere gesprekken proberen ze de persoon met dementie en de primaire mantelzorger ertoe te brengen om dagbesteding uit te proberen. Die gaan daar



De nadruk verschuift van het informeren over opties naar het uitproberen van opties. Foto: Hollandse Hoogte

echter niet mee akkoord, waarna de zorgverleners het onderwerp uiteindelijk laten rusten. De zorgverleners zoeken geen alternatieven voor dagbesteding, ook niet als mantelzorgers hier suggesties voor doen.

BESCHOUWING

De resultaten van ons onderzoek hebben verschillende implicaties voor het gezamenlijk nemen van beslissingen met mensen met dementie:

- Uitproberen vormt een essentieel onderdeel van het gezamenlijk beslissen bij dementie, aangezien voorkeuren op basis van informatie alleen blijken te veranderen na het ervaren van dagbesteding.
- In lijn met de bevindingen van Boyle (2014) blijken emoties en gedrag essentieel voor het afstemmen van beslissingen op hetgeen voor personen met dementie van belang is.⁷
- Naast primaire mantelzorgers zijn ook mantelzorgers die zich meer op afstand bevinden van belang voor het beslissingsproces. Zij kunnen de benodigde compromissen bewerkstelligen.⁸
- Alternatieven voor dagbesteding buitenshuis worden niet altijd gezien en zelden besproken. Door de situatie vanuit meerdere perspectieven te bespreken komen wellicht mogelijkheden naar voren die beter aansluiten bij de persoon met dementie.⁴

Dit onderzoek heeft zich beperkt tot situaties waarin de persoon met dementie nog geïnterviewd kon worden en waarin deze ondersteuning kreeg van mantelzorgers. Samen beslissen verloopt waarschijnlijk anders bij degenen die niet meer kunnen communiceren of geen mantelzorgers hebben.

CONCLUSIE

Samen beslissen met mensen met dementie lijkt een specifieke aanpak te vergen. Het is belangrijk om de beslissingen rond dagbesteding niet alleen op gesprekken te baseren, maar óók op ervaringen: het uitproberen van dagbesteding. Deze omslag van *geïnformeerde voorkeuren* naar *ervaren voorkeuren* stelt de

persoon met dementie in staat om de beslissing te beïnvloeden. Om het mogelijk te maken dat beslissingen over dagbesteding samen met mensen met dementie worden genomen, kan de huisarts voorstellen om dagbesteding uit te proberen, zodat de persoon met dementie kan ervaren of dit bij hem of haar past. Wanneer de besluitvorming in een impasse dreigt te raken, kan het helpen om mantelzorgers die wat meer op afstand betrokken zijn uit te nodigen om mee te denken. Ten slotte bevelen we aan om met de persoon met dementie en diens mantelzorgers ook op zoek te gaan naar alternatieven voor dagbesteding die de ervaren problemen wegnemen en aansluiten op de voorkeuren van de persoon met dementie. ■

LITERATUUR

1. Robinson A, Lea E, Hemmings L, Vosper G, McCann D, Weeding F, et al. Seeking respite: issues around the use of day respite care for the carers of people with dementia. Ageing Society 2012;32:196-218.
2. Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Nay R. Being central to decision making means I am still here!: the essence of decision making for people with dementia. J Aging Stud 2013;27:143-50.
3. Menne HL, Tucke SS, Whitlatch CJ, Friss Feinberg L. Decision-making involvement scale for individuals with dementia and family caregivers. Am J Alzheimers Dis Other Dement 2008;23:23-9.
4. Epstein RM, Gramling RE. What is shared in shared decision making? Complex decisions when the evidence is unclear. Med Care Res Rev 2013;70:94S-112S.
5. Groen-Van de Ven L, Smits C, Span M, Jukema J, Coppoolse K, De Lange J, et al. The challenges of shared decision-making in dementia care networks. Int Psychogeriatr 2016 Sep 9:1-15. [Epub ahead of print].
6. Groen-Van de Ven L, Smits C, Oldewarris K, Span M, Jukema J, Eefsting J, et al. Decision trajectories in dementia care networks: decisions and related key events. Res Aging 2016;39:1039-71.
7. Boyle G. Recognising the agency of people with dementia. Disabil Soc 2014;29:1130-44.
8. Clemmensen TH, Busted LM, Søborg J, Bruun P. The family's experience and perception of phases and roles in the progression of dementia: an explorative interview-based study. Dementia 2016. [Epub ahead of print].

Groen-Van de Ven L, Smits C, De Graaff F, Span M, Eefsting J, Jukema J, Vernooij-Dassen M. Dagbeteding bij dementie. Samen met mensen met dementie beslissen. Huisarts Wet 2018;61(8):18-21. DOI: 10.1007/s12445-018-0218-9.

Hogeschool Windesheim, Lectoraat Innoveren met Ouderen, Zwolle: L. Groen-van de Ven, docent en senior onderzoeker Persoonsgerichte communicatie, lm.groen-vande.ven@windesheim; C. Smits, lector Innoveren met Ouderen. Saxion Hogeschool, Deventer: J. Jukema, lector Verpleegkunde. MUTANT, Den Haag: F. de Graaff, onderzoeker. Hogeschool Windesheim, ProMemo Expertise Centrum voor professionals die werken met mensen met dementie, Zwolle: M. Span, kwartiermaker. VU Medisch Centrum, Vakgroep Verpleeghuisgeneeskunde, Amsterdam: J. Eefsting, emeritus hoogleraar. Radboud Universitair Medisch Centrum Nijmegen, IQ Health Care en Alzheimer Centrum Nijmegen, Nijmegen: M. Vernooij-Dassen, hoogleraar Psychosociale aspecten van zorg voor kwetsbare ouderen

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van Groen-Van de Ven L, Smits C, De Graaff F, Span M, Eefsting J, Jukema J, et al. Involvement of people with dementia in making decisions about their lives: a qualitative study that appraises shared decision-making concerning daycare. BMJ Open 2017;2017:e018337.

Internationale definitie van advance care planning

Judith Rietjens, Rebecca Sudore, Luc Delliens, Brenda Ott, Michael Connolly, Johannes van Delden, et al.

Inleiding Advance Care Planning [ACP] staat sterk in de belangstelling, maar het ontbreekt nog aan een breed geaccepteerde definitie en aan aanbevelingen voor de toepassing ervan. Om die te ontwikkelen hebben wij op uitnodiging van de European Association for Palliative Care [EAPC] een delphionderzoek uitgevoerd.

Methode Een taskforce van vijftien leden heeft na een metareview van de literatuur een online vragenlijst gestuurd aan deskundigen en patiëntvertegenwoordigers, met het verzoek zich uit te spreken over een definitie van ACP en over 41 aanbevelingen op vijf domeinen.

Resultaten Van de 144 aangeschrevenen vulden er 109 [76%] de vragenlijst in. Van dit panel was 92% het eens met de volgende definitie: 'Advance care planning stelt mensen in staat om doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, deze doelen en voorkeuren te bespreken met familie en zorgverleners, en om eventuele voorkeuren vast te leggen en indien nodig te herzien'. De mate van instemming met de aanbevelingen varieerde tussen 68% en 100%.

Conclusie In de nieuwe definitie is ACP primair een communicatieproces, dat moet worden aangepast aan de bereidheid van de patiënt om zich met toekomstige doelen en voorkeuren bezig te houden. Deze kunnen specifiekere worden geformuleerd naarmate iemands gezondheidssituatie verslechtert. De aanbevelingen hebben daarnaast geresulteerd in een lijst van uitkomstmaten waarmee onderzoeksresultaten kunnen worden vergeleken. Deze nieuwe internationale consensus kan richting geven aan de implementatie van ACP in de [huisartsen]praktijk en in beleid en onderzoek.

ACHTERGROND

Nationaal en internationaal worden er steeds meer richtlijnen en programma's ontwikkeld voor advance care planning (ACP), oftewel vroegtijdige zorgplanning. In Nederland publiceerde de KNMG handreikingen voor artsen en patiënten.^{1,2} De meeste Nederlanders (70%) hebben wel eens nagedacht over het onderwerp en 13% heeft er al eens met hun arts over gesproken.³ Onderzoek – voornamelijk Amerikaans – laat zien dat ACP er inderdaad toe leidt dat de zorg beter is afgestemd op de wensen van patiënten.⁴

Rond ACP zijn verschillende termen, definities en aanbevelingen in omloop

Huisartsen zijn, door hun langdurige contact met de patiënt, in een goede positie om in gesprek te blijven over ACP.^{5,6} In acute situaties is het van belang dat de behandelwensen in de laatste levensfase bekend zijn bij

alle betrokken zorgverleners en dat de overdracht goed verloopt. Daarvoor staan de huisarts diverse instrumenten en richtlijnen ter beschikking. De Landelijke Adviesgroep Eerstelijns Geneeskunde voor Ouderen (LAEGO) ontwikkelde een toolkit.⁷ De Vereniging van Specialisten Oudere geneeskunde (Verenso) publiceerde een multidisciplinaire richtlijn voor reanimatie bij kwetsbare ouderen.⁸ Er is een Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen.⁹ En Thuisarts.nl bevat een sectie over ACP, al is deze alleen gericht op het levenseinde.¹⁰ De implementatie van ACP kan echter beter: de meeste 75-plussers denken wel eens na over de zorg en behandelingen die zij in hun laatste levensfase willen ontvangen, maar slechts weinigen komen tot een ACP-gesprek met de huisarts.¹¹ Rond ACP zijn verschillende termen, definities en aanbevelingen in omloop, in Nederland en daarbuiten. De discussie over ACP, de ontwikkeling van programma's, en het onderzoek naar de effectiviteit ervan zouden gebaat zijn bij een uniforme definitie van ACP en een breed gedragen



Bij advance care planning is de bereidheid van de patiënt om zich met toekomstige doelen en voorkeuren bezig te houden belangrijk. Foto: iStock

consensus over de toepassing ervan. In dit artikel doen we verslag van het proces waarin deze internationale consensus tot stand kwam.

METHODE

Op uitnodiging van de European Association for Palliative Care (EAPC) heeft een internationale taskforce bestaande uit vijftien personen een onderzoek uitgevoerd in vijf rondes volgens de delphimethode. In de eerste ronde stelden we vast dat we consensus moesten zoeken over zes thema's: de definitie van ACP, de inhoud van het ACP-proces, rollen en taken van de betrokkenen, de timing van ACP, beleid en regelgeving rond ACP, en de evaluatie van ACP. Per thema stelden we aanbevelingen op, waar mogelijk gebaseerd op de bevindingen van een door de taskforce uitgevoerde metareview. In de tweede en derde ronde legden we de definitie en de aanbevelingen voor aan een panel van 144 internationale deskundigen en patiëntvertegenwoordigers middels een online vragenlijst (de respons was 76%). We vroegen de respondenten de definitie en de aanbevelingen te beoordelen op een schaal van 1 (geheel eens) tot en met 7 (geheel oneens), en suggesties te doen voor verbetering. De vierde delphironde was een consensusronde binnen de taskforce en in de vijfde ronde werd de totale set goedgekeurd door het bestuur van de EAPC. Ons onderzoek is elders in meer detail beschreven.¹² De Engelstalige definities en de aanbevelingen zijn formeel vertaald door vertaalbureau Metamorfose en door de Nederlandstalige auteurs van dit artikel besproken tot overeenstemming werd bereikt over de

meest passende formulering en bruikbaarheid voor Nederland en Vlaanderen.

RESULTATEN

Met een panel van 109 deskundigen (82 uit Europa, 16 uit Noord-Amerika en 11 uit Australië) zijn een ACP-definitie en 41 aanbevelingen voor ACP opgesteld. In het delphionderzoek kwamen we tot een korte en een uitgebreide definitie van ACP, en tot 41 aanbevelingen. De uitgebreide definitie kan gebruikt worden in onderzoek

WAT IS BEKEND?

- Er zijn, ook in de huisartsenpraktijk, diverse richtlijnen en gereedschappen voor de zorg in de laatste levensfase.
- Over de definitie en de beste wijze van uitvoering van advance care planning [ACP] in de laatste levensfase bestond nog geen consensus.

WAT IS NIEUW?

- Een internationaal panel van deskundigen en patiëntvertegenwoordigers ontwikkelde een breed gedragen definitie van ACP.
- Het panel heeft aanbevelingen gedaan voor de toepassing van ACP en voor de evaluatie van het proces.
- Er is een lijst van uitkomstmaten opgesteld zodat onderzoeksresultaten kunnen worden vergeleken.

KADER 1:
CONSENSUSDEFINITIES VAN ADVANCE CARE PLANNING

Korte definitie

Advance care planning stelt mensen in staat om doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, deze doelen en voorkeuren te bespreken met familie en zorgverleners, en om eventuele voorkeuren vast te leggen en indien nodig te herzien.

Uitgebreide definitie

Advance care planning stelt wilsbekwame mensen in staat om voor hen belangrijke waarden te benoemen, na te denken over de betekenis en de gevolgen van een eventuele ernstige ziekte, doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, en deze te bespreken met familie en zorgverleners. Advance care planning gaat in op de zorgen van mensen op lichamelijk, psychologisch, sociaal en spiritueel vlak. Advance care planning moedigt mensen aan om een persoonlijke vertegenwoordiger aan te wijzen en om eventuele voorkeuren vast te leggen, en deze indien nodig te herzien. Op deze wijze kan rekening worden gehouden met iemands voorkeuren op het moment dat diegene zelf niet in staat is om beslissingen te nemen.

en opleiding, de korte definitie is vooral geschikt voor de praktijk. De definities worden gepresenteerd in [kader 1], de aanbevelingen in de [online tabel]. De korte definitie had de instemming (eens of geheel eens) van 92% van de panelleden, de uitgebreide definitie had de instemming van 88%. De overeenstemming over de aanbevelingen varieerde tussen 68% en 100%. [Kader 2] bevat een praktische uitwerking van de aanbevelingen voor de inhoud van het ACP-proces.

ACP is primair een communicatieproces over doelen en voorkeuren

BESCHOUWING

Voor het eerst is er een op internationale consensus gebaseerde definitie van ACP opgesteld en zijn er aanbevelingen gedaan voor de toepassing ervan. Het consensusproces heeft ook geresulteerd in een lijst van uitkomstmaten om resultaten van onderzoeken over ACP te meten en te vergelijken. Deze nieuwe definitie en aanbevelingen kunnen niet alleen richting geven aan de implementatie van ACP in de (huisartsen)praktijk, maar ook aan beleid en onderzoek rond ACP.

Implicaties voor de huisarts

De aanbevelingen geven richting aan de manier waarop ACP

KADER 2:
KERNELEMENTEN VAN ADVANCE CARE PLANNING

- Ga na wat de betrokkene al weet over ACP. Leg uit wat het doel, de inhoud, de voordelen en de beperkingen zijn van ACP, en hoe de juridische regelgeving rond ACP is.
- Ga na in welke mate de betrokkene bereid is om deel te nemen aan ACP, en pas het proces daarop aan.
- Verken de gezondheidsgerelateerde ervaringen, kennis, zorgen en persoonlijke waarden van de betrokkene op lichamelijk, psychologisch, sociaal en spiritueel vlak.
- Bespreek de doelen van de betrokkene voor toekomstige zorg en behandeling.
- Verstrek, waar nodig, informatie over de diagnose, het te verwachten ziekteverloop, de prognose, en de voor- en nadelen van mogelijke behandelingen en zorgopties.
- Verhelder, waar nodig, doelen en voorkeuren voor toekomstige medische behandeling en zorg en verken hoe realistisch deze zijn.
- Bespreek de mogelijkheid om een vertegenwoordiger aan te wijzen, en dat schriftelijk vast te leggen. Bespreek ook welke ruimte de betrokkene zijn of haar vertegenwoordiger geeft in medische besluitvorming als de betrokkene zelf zijn of haar voorkeuren niet kenbaar kan maken.
- Informeer de betrokkene over de mogelijkheid om waarden, doelen en voorkeuren vast te leggen in een wilsverklaring. Moedig de betrokkene aan om een exemplaar hiervan te verstrekken aan familieleden, de huisarts en eventuele andere zorgverleners.
- Bespreek dat de uitgesproken en vastgelegde doelen en voorkeuren altijd kunnen worden herzien.

kan worden uitgevoerd en geïntegreerd in de huisartsenpraktijk. Nog vaak is onduidelijk wat er wel en niet besproken kan worden in een ACP-gesprek. Voorheen had ACP vooral tot doel de voorkeuren voor zorg en behandelingen aan het levenseinde vast te leggen in een wilsverklaring voor het geval de betrokkene wilsonbekwaam zou worden.⁴ In de nieuwe consensus wordt ACP opgevat als een communicatieproces over de doelen van en de voorkeuren voor toekomstige medische zorg. Het kan daarom te overwegen zijn om het ACP-proces te laten ondersteunen door getrainde gespreksondersteuners. [Kader 2] geeft aan wat de kernelementen zijn van een ACP-gesprek: voorlichting over ACP en de medische situatie van de betrokkene; erkenning van waarden, doelen en voorkeuren voor toekomstige zorg en behandeling; uitleg geven over het eventueel vastleggen van een vertegenwoordiger en van de doelen en voorkeuren. De doelen en voorkeuren van de patiënt kunnen specifiekere worden geformuleerd naarmate diens gezondheidssituatie verslechtert. Bij het laatstgenoemde aspect kan Thuisarts.nl behulpzaam

zijn, met een overzicht van Nederlandse wilsverklaringen.¹⁰ Bij voorkeur heeft de wilsverklaring een gestructureerde opzet, zodat men de specifieke voorkeuren van de patiënt snel kan terugvinden, én open tekstvakken waarin de patiënt de eigen waarden, doelen en voorkeuren kan beschrijven. Behandelwensen en wilsverklaringen kunnen in het elektronisch patiëntendossier worden vastgelegd onder ICPC-code A20 (Gesprek levenseinde/behandelwensen). Het opstellen van een goede, actuele overdracht voor de huisartsenpost en voor tweedelijns en andere relevante zorgverleners is hierbij van belang. De nieuwe definitie maakt duidelijk dat ACP niet alleen in de laatste levensfase, maar ook in eerdere stadia relevant kan zijn. De huisarts kan daarbij een centrale rol vervullen; de *LESA Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen* geeft een overzicht van geschikte momenten om een gesprek te starten, dat ook gebruikt kan worden als leidraad voor algemene gesprekken over ACP.⁹ Geschikte momenten zijn bijvoorbeeld een sterke verandering in de gezondheidstoestand, overplaatsing naar een verpleeghuis of ziekenhuis, of de verwachting dat de patiënt binnen een jaar zal overlijden.

Sterke punten en beperkingen

Sterke punten van ons onderzoek zijn het hoge responspercentage, de grote mate van consensus en de brede toepasbaarheid van de definitie en de aanbevelingen. Enkele beperkingen zijn er ook. Zowel de gebruikte literatuur als de deelnemers aan het panel waren voornamelijk afkomstig uit westerse landen, zodat de definitie en de aanbevelingen nog gevalideerd moeten worden voor andere landen en culturen. Anderzijds betekent het internationale karakter van de consensus dat de aanbevelingen niet specifiek voor de Nederlandse context zijn opgesteld en relatief algemeen zijn geformuleerd. We bevelen aan om de aanbevelingen verder uit te werken voor implementatie in specifieke populaties en voor specifieke doeleinden, bijvoorbeeld als onderlegger voor een ACP-gesprek, als lesmateriaal voor huisartsen in opleiding of als voorlichtingsmateriaal voor patiënten.

CONCLUSIE

Een breed gedragen definitie van ACP en consensus over het ACP-proces zijn belangrijk voor de praktijk, het beleid en het onderzoek op dit terrein. Wij hopen dat onze aanbevelingen ertoe zullen leiden dat wilsonbekwame patiënten de zorg en behandeling krijgen die passen bij hun eigen wensen en voorkeuren. ■

LITERATUUR

1. Tijdig praten over het levenseinde: handreiking om met de patiënt het gesprek aan te gaan over grenzen, wensen en verwachtingen rond het levenseinde. 3e versie. Utrecht: KNMG, 2017.
2. Spreek op tijd over uw levenseinde [brochure]. Utrecht: KNMG, 2012.
3. Raijmakers NJ, Rietjens JA, Kouwenhoven PS, Vezzoni C, Van Thiel GJ, Van Delden JJ, et al. Involvement of the Dutch general population in advance care planning: a cross-sectional survey. *J Pall Med* 2013;16:1055-61.
4. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, Van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Pall Med* 2014;28:1000-25.
5. Ott B, Van Thiel GJ, De Ruiter CM, Van Delden JJ. Kwetsbare ouderen en advance care planning. Wanneer beginnen? *Ned Tijdschr Geneesk* 2015;159:A8295.
6. Ott B, Van Thiel GJ, Van Delden JJ. Advance care planning bij kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2014;57:650-2.
7. Guldmond F, Ott B, Wind A. Toolkit advance care planning mbt het levenseinde. Utrecht: NHG/LAEGO, 2017.
8. Multidisciplinaire richtlijn besluitvorming over reanimatie, deel 1: samenvatting en aanbevelingen. Utrecht: Verenso, 2013.
9. Van Delden JJ, De Ruiter CM, Van der Endt RP, De Graaf E, Helle R, Ikking H, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2013;56:S1-7.
10. Ik wil nadenken en praten over mijn levenseinde. Utrecht: NHG, 2013. www.thuisarts.nl, geraadpleegd mei 2018.
11. Van der Plas A, Eliel M, Onwuteaka-Philipsen B. Advance care planning in de huisartsenpraktijk: denken en praten ouderen over behandelwensen? *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, september 2017;4.
12. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, Van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al; European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* 2017;18:e543-51.

Rietjens JA, Sudore RL, Deliens L, Ott B, Connolly M, Van Delden JJ, et al. Internationale definitie van advance care planning. *Huisarts Wet* 2018;61(8):22-9. DOI:10.1007/s12445-018-0224-y. Erasmus MC, Rotterdam: J.A.C. Rietjens, j.rietjens@erasmusmc.nl; A. van der Heide; I. Korfage. University of California, San Francisco: R.L. Sudore. University College, Dublin: M. Connolly. UMC Utrecht, Julius Centrum: J.J. van Delden. University of North Carolina, Chapel Hill: M.A. Drickamer. Queen's University, Kingston [Ontario]: D.K. Heyland. Vrije Universiteit Brussel en Universiteit Gent: D. Houttekier; L. Deliens. Maastricht UMC+, Expertisecentrum Palliatieve Zorg: D.J.A. Janssen. Ospedale Carlo Poma, Mantua: L. Orsi. Lancaster University: S. Payne. University of Sheffield: J. Seymour. Ludwig-Maximilians-Universität, München, en Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne: R.J. Jox. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Rietjens JA, Sudore RL, Connolly M, Van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al.; European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* 2017;18(9):e543-51. Publicatie gebeurt met toestemming.

Hoogleraren De Wit en Bindels in discussie over wijkgerichte zorg

Tanja Veenstra

Wijkgericht werken is het nieuwe toverwoord, waarbij preventie steeds vaker om de hoek komt kijken. Maar wat is de rol van de huisarts daarin? Waar ligt de grens van zijn verantwoordelijkheid? Wat is de evidence voor wijkgericht werken? En wat is er nodig om deze aanpak te doen slagen? Een interview met twee kopstukken uit de huisartsgeneeskunde: Patrick Bindels en Niek de Wit.

Wat houdt wijkgerichte zorg volgens jullie in?

Niek de Wit: “Bij wijkgerichte zorg gaat je verantwoorde-lijkheid verder dan alleen de klachten waarmee patiënten op je spreekuur komen. Het gaat erom dat je ook betrok-ken bent bij preventie in de wijk.”

Patrick Bindels: “Veel mensen doen alsof wijkgericht werken iets nieuws is, terwijl we dat al decennialang doen en het bij onze kernwaarden hoort. Daarom hebben we ook gezondheidscentra opgezet, waarin we multidiscipli-

nair kijken naar de patiënt. We zouden wel eens kunnen nagaan of de manier waarop we die centra inrichten nog past bij de huidige samenleving. Zitten de juiste discipli-nes nog bij elkaar?”

Welke rol zien jullie voor de huisarts in de wijkgerichte zorg?

De Wit: “Veel problemen, met name op het maatschappe-lijk vlak, kunnen wij niet oplossen, zoals Patrick afgelopen december schreef in zijn discussiestuk in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (‘Huisartsenzorg heeft grenzen’/red). Maar dat wil nog niet zeggen dat we daarin niet zouden moeten participeren.”

Bindels: “Maar zijn wij dan verantwoordelijk voor die sociale problematiek, rond ouderen bijvoorbeeld? Die ligt toch ver buiten het medische domein? De vraag is eerder hoe we het sociale domein organiseren: hoe richten we de

stad in? En de mantelzorg? Maar dat is materie die niet op het bordje van de huisarts thuishoort.”

De Wit: “Maar wij hebben zicht op die ouderenpopulatie, want we zien ze regelmatig in de praktijk. Hebben we daar dan geen signalerende functie te vervullen?”

Bindels: “Absoluut, maar daar ligt voor mij wel de grens. Ja, ik heb een signalerende functie en vervolgens een toeleidende rol. Als iemand bij mij komt en ik bespeur sociale problemen, dan geef ik tips voor mogelijkheden in de wijk of regio. Dat is mijn persoonsgerichte zorg, dat is mijn kernwaarde, maar de verantwoordelijkheid nemen voor het voorkomen van die problemen gaat een stap te ver.”

Hoe ziet die toeleidende rol eruit?

Bindels: “Het is handig is als je op de hoogte bent van het aanbod in de wijk of regio. Ik kan me ook voorstellen dat je binnen het gezondheidscentrum activiteiten aanbiedt die aansluiten bij problemen in de wijk. In een jonge wijk met veel jeugdproblematiek, zou je jeugdzorg erbij kunnen betrekken. Waar vooral psychische problemen voorkomen, de ggz. De huisarts is voor veel mensen vertrouwd. De drempel om een psychiater te bezoeken is voor velen hoog, maar als ik een spreekuur van de psychiater in mijn praktijk heb, dan is die drempel een stuk lager.”

De Wit: “Ik denk dat er een soort zorgbemiddeling moet komen op wijkniveau. Dat klinkt nogal institutioneel, maar misschien is dat wel gewoon de wijkverpleegkundige die de sociale kaart goed op haar netvlies heeft. Want ik vind ook absoluut niet dat wij dit allemaal zelf moeten gaan doen. Onze signaalfunctie vind ik wel essentieel, omdat we als geen ander onze sondes in de maatschappij hebben. We willen niet alleen de mensen met overgewicht en hoge bloeddruk en straks het myocardinfarct op het spreekuur zien, maar bij voorkeur eer-der al signaleren dat het met hen niet goed gaat.”

Er moet organisatorisch in elk geval het nodige veranderen?

De Wit: “Zeker, maar er is ook al veel veranderd. Aanvankelijk hadden we vooral een reactieve ouderenzorg, in de trant van: ‘Als u omvalt, komen we kijken.’ Vervolgens hebben we bedacht dat die zorg veel proactiever moest, want ouderen vragen niet snel om hulp en weten vaak niet wat er aan de hand is. Dat was een van de aanleidingen voor het Nationaal Programma Oude-renzorg. Maar wat je nu ziet komen, bijvoorbeeld in Utrecht, is het volgende niveau: het samenwerken in wijkgerichte teams. Zo’n team concentreert zich op een thema, zoals ouderenzorg of jeugd-GGZ. Leden van het team lopen letterlijk rond in de wijk en kijken hoe het met mensen gaat.”

Bindels: “Zo werkten we vroeger toch ook? Met de wijkzus-ter en maatschappelijk werk? Soms met de wijkagent of de dominee erbij en dan kwam je een heel eind met je ‘team’! De wijkverpleegkundige kwam de praktijk in wandelen en zei: ‘Jullie moeten bij mevrouw De Boer langs, want het gaat niet goed met haar.’ Dat zijn we gaandeweg dus verloren.”

De Wit: “Klopt, we zijn formeel aan het regelen wat we infor-meel zijn kwijtgeraakt...”

WIJKGERICHTE ZORG

De oplopende kosten van de zorg vormen de aanleiding voor de van overheidswege gepropageerde wijkgerich-te zorg. De combinatie van gedecentraliseerde zorg [verantwoordelijkheid van overheid naar gemeente], de participatiemaatschappij [ouderen wonen langer thuis], verschuivingen in de keten [bijvoorbeeld van de lichte GGZ van de tweede naar eerste lijn] en de focus op preventie vraagt om een meer integrale aanpak van de zorg. Zorg op maat, dicht bij de patiënt, in de wijk en in samenwerking met andere zorgprofessionals. Dat kan bijvoorbeeld in een zelfsturend team op wijkniveau met, naast de huisarts, verpleegkundigen ouderenzorg, wijkverpleegkundigen, JGZ, GGZ, welzijnswerkers en andere maatschappelijke dienstverleners. De huisarts heeft hierin vaak de regierol en krijgt zo meer te maken met het sociale domein. Daar-bij rijst de vraag tot waar de verantwoordelijkheid van de huisarts gaat, een thema dat sterk leeft in het veld.

Patrick Bindels is hoogleraar en afdelingshoofd huis-artsgeneeskunde bij het Erasmus MC en huisarts in Amsterdam; Niek de Wit is hoogleraar en afdelings-hoofd huisartsgeneeskunde bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskun-de [eerstelijnsafdeling UMC].

Hoe zit het met de evidentie van wijkgerichte zorg?

De Wit: ‘Voor zover voorhanden, bijvoorbeeld van het NPO, laat die zien dat wijkgerichte zorg niet beter is dan reguliere zorg. Dat verdient enige nuancering, want het ging daarbij om zelfredzaamheid en dat is een lastige parameter om te meten. Bovendien kennen we alleen nog maar het effect na een jaar.’ Bindels: “We zijn die evidentie nu voor de Gezondheidsraad aan het onderzoeken, met een focus op ouderen en zelfred-zaamheid. Het nadeel is dat het onderzoek sterk medisch is ingestoken en een uniforme uitkomstmaat hanteert, terwijl die juist onder ouderen heel divers is. Zeker als je kijkt naar wat mensen nog wel kunnen en willen, zoals nu gangbaar is. Als je 100 ouderen vraagt wat ze nog willen, krijg je 100 verschil-lende antwoorden. Je moet ook niet vergeten dat de huisarts-geneeskundige zorg in Nederland al ontzettend goed is. De ruimte voor verbetering is gering.”

Do’s en dont’s?

Bindels: “Laten we vooral niet pretenderen dat wij de rookver-slaving of de adipositasepidemie kunnen oplossen. Pretendeer het gewoon niet, want dat kunnen wij niet. Misschien moeten we de barricaden oBindels: ‘Dames en heren politici, dames en heren van de gemeente: wij gaan dit niet oplossen! Hier ligt een taak voor jullie, voor de overheid en voor de voedingsin-dustrie!’”

De Wit: “Kun je dat niet ook op wijkniveau doen? Stel, je hebt veel dikke kinderen in de praktijk en je ziet al die ouders met hun auto’s naar school komen, dat je dan gewoon een

Niek de Wit:
“We zijn formeel aan het regelen
wat we informeel zijn kwijtgeraakt”

Foto: Margot Scheerder



Patrick Bindels:
“Laten we vooral niet pretenderen
dat wij de rookverslaving
of de adipositasepidemie
kunnen oplossen”

statement maakt? Er is bijvoorbeeld een huisarts in Friesland die haar dorp rookvrij wil maken. Dat vind ik wel iets moois hebben. En het past ook echt bij ons beroep.”

Bindels: “Als een individuele dokter dat doet, vind ik het prachtig, maar het moet geen vanzelfsprekendheid worden dat huisartsen dit doen.”

De Wit: “Maar wij kunnen toch best iets doen? We hebben als huisartsen in Rhenen het programma Gezond op Gewicht aan de Grebbe (GGG) opgezet. Met wat geld van Menzis. Twee jaar lang, hartstikke mooi. Huisartsen gingen de lagere scholen en ouderavonden langs. Dat had zo’n impact op die gemeenschap! Waarom? Omdat de dokter op een zeker moment de lunchtrommeltjes van de kinderen stond open te maken!”

Bindels: “Dan ga je terug naar de situatie waarbij je in een dorp of wijk iedereen betreft bij een bepaald probleem: de overheid, de ouders, de apotheker, de school, de supermarkt én de dokter. Daar geloof ik wel in. Als huisarts ben je in dat geval een van de zoveel stakeholders en niet de hoofdverantwoordelijke. Het gaat dan om een gezamenlijke problematiek, waaraan je je steentje bijdraagt.”

Wat zijn de randvoorwaarden voor wijkgericht werken?

De Wit: “We hebben er natuurlijk maar heel beperkt ruimte voor. We moeten dus gefaciliteerd worden, met name als het gaat om ouderen. Als je echt een rol wilt spelen in vroegsignalering en wilt doorschakelen naar andere zorgverleners, dan moeten we daar ook de tijd en de middelen voor hebben. Dat betekent geld en extra mensen erbij of minder patiënten.”

Bindels: “Het hangt ook af van de problemen in een wijk of regio. Ik kan me goed voorstellen dat je in een dorp met 3.000 inwoners heel blij bent met 1,5 in plaats van 1 dokter. Terwijl je in de Rotterdamse wijk Feijenoord, naast meer dokters, ook meer praktijkondersteuning nodig hebt om een en ander voor elkaar te boksen.”

De Wit: “Je ziet nu gebeuren dat zorggroepen soms huisartsen, meestal kaderartsen, aannemen en een dag vrijstellen om kwaliteitswerk voor een regio te doen.”

Bindels: “Ik denk ook aan een spin in het web, een coördinator die alles regelt. Dat zou inderdaad op zorggroepniveau kunnen of op een andere manier: als er regionaal maar zo iemand komt. Het zou verder prettig zijn als de GGD zijn rol pakte. Die is perfect op de hoogte van de problematiek in de wijken, maar heeft daar de afgelopen decennia op geen enkele manier iets mee gedaan richting eerste lijn. Er is geen enkele verbinding tussen de nulde en de eerste lijn. Dat kan veel beter.”

Wat kan de beroepsgroep doen?

De Wit: “Ik denk dat de beroepsgroep vooral behoefte heeft aan begeleiding. En we moeten gezamenlijk bedenken hoe we die wijkgerichte zorg vormgeven. De Wit: hoe we het huis van de huisarts kunnen uitbouwen en versterken. Voor het LHV en het NHG zie ik ook een rol: ze zouden de GGD bijvoorbeeld op zijn verantwoordelijkheid kunnen aanspreken.”

Bindels: “Goed plan, want uiteindelijk ontkomen we er niet aan om veel nauwer samen te werken met andere disciplines in de wijk. Daarbij moeten we wel onze valkuil zien te omzeilen om ons overal verantwoordelijk voor te voelen.” ■

Kromliggen doet pijn

De rol van de huisarts bij financiële zorgen van patiënten

Guusje van den Heijkant, Niels Koenen, Arianne Verhagen, Patrick Bindels

In de nasleep van de crisis van 2008 zijn veel mensen in de financiële problemen geraakt. Dit artikel beschrijft de relatie tussen financiële problemen en gezondheid. Het signaleren en bespreekbaar maken van zulke problemen kan de gezondheid van de patiënt bevorderen. Hier ligt een rol voor de huisarts.

financiële problemen: een impulsieve houding, ongeordende of ontbrekende administratie, gerichtheid op de korte termijn, geen of weinig spaargeld en het ontbreken van een financiële opvoeding. Een belangrijke bevinding was dat de hoogte van het inkomen niet van invloed was op het ontstaan van betalingsproblemen.

RELATIE TUSSEN FINANCIËLE STRESS EN GEZONDHEID

Sinds de financiële crisis van 2008 is er in de wetenschap steeds meer aandacht gekomen voor de relatie tussen gezondheid en financiële stress. De meeste onderzoeken zijn crosssectioneel en kunnen zodoende alleen een samenhang aangeven en geen oorzakelijk verband aantonen.

Een Finse onderzoeksgroep schreef in 2014 de eerste systematische review over de relatie tussen schulden en gezondheid.⁴

De 33 geïncludeerde onderzoeken betroffen westerse landen in de periode van 1994 tot en met 2013. De reviewers kwamen tot de conclusie dat mensen met financiële problemen een slechtere ervaren gezondheid hadden. Meerdere onderzoeken vonden een verband tussen het hebben van betalingsachterstanden en het ontstaan van rugpijn, obesitas, depressie en suïcidale gedachten.

Sinds deze review zijn twee recentere onderzoeken gepubli-

EEN MAN MET PIJN

Een man van 47 jaar komt in korte tijd drie keer op het spreekuur in verband met aanhoudende pijnklachten aan zijn linkerheup en aan zijn knieën. Hij heeft verschillende pijnstillers voorgeschreven gekregen. De huisarts kan geen duidelijke diagnose stellen. Niet veel later meldt deze patiënt zich weer op het spreekuur, omdat hij denkt dat hij dement wordt. Hij heeft concentratie- en geheugenstoornissen. Na doorvragen blijkt dat meneer grote sociale en financiële problemen heeft, en daardoor veel stress heeft. De patiënt is hoogopgeleid en had een eigen bedrijf, maar dat is failliet gegaan.

In de nasleep van de wereldwijde financiële crisis van 2008 zijn veel mensen in de financiële problemen geraakt.^{1,2} Het Nibud heeft becijferd dat in 2016 één op de vijf Nederlandse huishoudens ernstige betalingsachterstanden had.³ Het instituut onderzocht ook wat de risicofactoren zijn voor



In 2016 had een op de vijf Nederlandse huishoudens ernstige betalingsachterstanden.

Foto: Shutterstock

DE KERN

- Financiële onzekerheid is bewezen nadelig voor de gezondheid.
- Financiële problemen komen voor in alle lagen van de bevolking, onafhankelijk van sociaal-economische status.
- Het loont de moeite te vragen naar financiële problemen wanneer een patiënt chronische of steeds terugkerende klachten heeft.
- Mensen met financiële problemen kunnen op diverse plaatsen hulp krijgen.

ceerd. In februari 2017 verschenen de resultaten van een groot Brits cohortonderzoek naar het effect van financiële stress op de gezondheid van kinderen in de jaren tussen 2008 en 2012.⁵ Kinderen van wie de ouders in financiële moeilijkheden verkeerden, hadden een slechtere algehele gezondheid, vertoonden vaker problematisch gedrag, hadden significant meer overgewicht en meer chronische klachten, en plasten vaker in bed. Ook als de onderzoekers alleen keken naar gezinnen die boven de armoedegrens leefden, bleven deze verschillen overeind.

Een Amerikaans onderzoeksteam zocht in 2015 uit of er een verband was tussen financiële zorgen en fysieke pijn, omdat men beide factoren zag toenemen in de Amerikaanse samenleving.⁶ Het team onderzocht 33.720 huishoudens verspreid over de Verenigde Staten en de belangrijkste bevinding was dat mensen met financiële problemen een hogere consumptie van pijnstillers hadden. De auteurs concludeerden dat het verlies van financiële zekerheid fysiek pijn kan doen.

Het verlies van financiële zekerheid kan fysiek pijn doen

Het enige longitudinale onderzoek omspannt de periode 1995-2010 en komt uit Finland.⁷ De onderzoekers keken naar de invloed van schulden op het krijgen van chronische ziekten (hypertensie, diabetes, astma bronchiale en COPD, coronaire hartziekten en psychoses). De onderzoekers vergeleken, op basis van een aantal grote nationale databanken, 37.000 personen die al langer dan vijftien jaar zeer ernstige schulden hadden met een geselecteerde controlegroep van 48.778 personen. Zij zagen dat tussen 2000 en 2010 de incidentie van chronische ziekten in de groep met ernstige schulden sterker toenam dan in de controlegroep. In de groep met ernstige schulden was het risico op psychoses en diabetes duidelijk verhoogd; deze associatie was sterker bij vrouwen dan bij mannen.

MINDER FINANCIËLE STRESS EN GEZONDHEIDSWINST

Of vermindering van financiële stress ook leidt tot verbetering van de gezondheid is niet bekend. Het blijkt erg moeilijk

om oorzaak en gevolg goed van elkaar te onderscheiden; de meeste onderzoekers lijken het erover eens dat er een wisselwerking tussen financiële stress en gezondheid is. Afgaand op de beschikbare literatuur is het wel aannemelijk, maar het is dus nog niet wetenschappelijk bevestigd.

PRAKTISCHE ADVIEZEN VOOR IN DE SPREEKKAMER

De huisarts zou een belangrijke rol kunnen vervullen in het signaleren van financiële problemen. Bij patiënten met complexere problemen wordt steeds vaker de SCEGS-methode gebruikt: door de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensie van de klachten te exploreren, krijgen zowel de arts als de patiënt een indruk van de factoren die het herstel in de weg staan. Wij zijn van mening dat een vraag naar financiële problemen thuishoort in de SCEGS-inventarisatie. Ook bij minder complexe patiënten die herhaaldelijk op het spreekuur komen met (chronische) gezondheidsproblemen kan een aanvullende, informerende vraag naar de financiële situatie gepast zijn. U zou bijvoorbeeld kunnen vragen: ‘Uit onderzoek weten we dat mensen die financiële zorgen hebben vaker gezondheidsklachten hebben, is dat iets wat ook bij u speelt?’

In juli 2017 stond in dit blad het artikel ‘Huisarts kan dakloosheid voorkomen.’⁹ Wij onderschrijven de conclusies van dat artikel, maar willen daaraan toevoegen dat (beginnende) financiële problemen veel alledaagser zijn en mensen uit alle lagen van de bevolking kunnen treffen. Het is belangrijk om ook bij ‘gewone’ patiënten, onafhankelijk van inkomen of sociaal-economische status, te kijken naar een eventueel verlies van financiële zekerheid.

De huisarts is geen schuldhelpverlener en moet zulke problemen vooral niet zelf willen oplossen, maar kan wel verwijzen naar de juiste hulpinstantie. Er zijn verschillende mogelijkheden: zelfhulpwebsites zoals Bereken uw recht.nl, organisaties van vrijwilligers die hulp aanbieden bij de administratie, en ook hulp via sociale wijkteams of sociaal raadslieden. Platform 31, een organisatie waarin ministeries, provincies, steden, corporaties en marktpartijen samenwerken, heeft voor hulpverleners het zeer informatieve handboek *De eindjes aan elkaar knopen* samengesteld, dat vrij verkrijgbaar is via de website www.platform31.nl.⁸

EEN MAN MET PIJN (VERVOLG)

Met de patiënt gaat het inmiddels een stuk beter. De huisarts meldde hem en zijn familie aan bij het sociale team van de gemeente, er kwamen betalingsregelingen met schuldeisers en het lukte hem om over zijn schaamte heen te stappen en met zijn kinderen naar de voedselbank te gaan. Zijn gezondheidsproblemen zijn nog niet helemaal over, maar de pijn aan de gewrichten is afgenomen, hij gebruikt minder pijnstillers en hij ervaart minder geheugen- en concentratieproblemen.

CONCLUSIE

Financiële onzekerheid en gezondheid staan met elkaar in verband. De huisarts kan een belangrijke rol spelen in het signaleren en bespreekbaar maken van financiële problemen

bij de algehele patiëntenpopulatie en zou zich hierbij niet moeten beperken tot patiënten met een lage sociaaleconomische status. ■

LITERATUUR

1. Krugman R. The return of depression economics and the crisis of 2008. New York: Norton, 2009.
2. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thompson S, Basu S, Stucklei D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. Lancet 2013;381:1323-31.
3. Van der Schors A, Van der Werf M, Boer M. Kans op financiële problemen 2016. Utrecht: Nibud, 2016.
4. Turunen E, Hiilamo H. Health effects of indebtedness: a systematic review. BMC Public Health 2014;14:489.
5. McKenna C, Law C, Pearce A. Increased household financial strain, the great recession and child health-findings from the UK millennium cohort study. BMJ Open 2017;7:e015559.
6. Chou EY, Parmar BL, Galinsky AD. Economic insecurity increases physical pain. Psychol Sci 2016;27:443-54.

7. Blomgren J, Maunula N, Hiilamo H. Over-indebtedness and chronic disease: a linked register-based study of Finnish men and women during 1995-2010. Int J Public Health 2016;61:535-44.
8. Jungmann N, Wesdorp P, Duinkerken G. De eindjes aan elkaar knopen. Cruciale vragen bij financiële problemen in de wijk. Den Haag: Platform 31/VNG, 2017.
9. Van Laere I, Sloekers M, Van den Muijsenbergh M. Huisarts kan dakloosheid voorkomen. Huisarts Wet 2017;60:363-5.

Van den Heijkant G, Koenen NC, Verhagen AP, Bindels PJ. Kromliggen doet pijn. De rol van de huisarts bij financiële zorgen van patiënten. Huisarts Wet 2018;61(8):33-5. DOI: 10.1007/s12445-018-0198-9. Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: G. van den Heijkant, huisarts, guusjevdheijkant@gmail.com; N.C.T. Koenen, huisarts in opleiding; dr. A.P. Verhagen, klinisch epidemioloog; prof. dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uw diagnose

Een 10-jarig meisje komt op het spreekuur en is sinds vijf dagen behoorlijk ziek met hoge koorts (39,5 °C). Ze heeft rode, niet-jeukende uitslag die in het gezicht begonnen is en zich heeft uitgebreid over de romp. Het betreft maculopapuleuze confluërende vlekken. Verder klaagt ze over een pijnlijke mond en rode tranende ogen.

Wat is de meest waarschijnlijke diagnose?

1. Mononucleosis infectiosa
2. Erythema infectiosum
3. Mazelen
4. Rubella

Kijk voor het goede antwoord op www.henw.org.

Foto's gezocht

Ziet u ook een bijzondere aandoening op het spreekuur? Denk dan aan de fotoquiz Uw diagnose van H&W. Maak er een goede en scherpe foto van [of meerdere], liefst staand [minimaal 300 dpi of 1 Mb], met een duidelijke diagnose. Mail uw bijdrage naar redactie@nhg.org onder vermelding van ‘Uw diagnose’.



Foto: Annet Sollié, huisarts

Groep A-streptokokken vulvovaginitis vaak onderbelicht

Lisette Keppel, Annemarie van 't Veen

Groep A-streptokokken vulvovaginitis bij volwassenen is een relatief onbekend ziektebeeld, dat zich kan uiten in vulvovaginale klachten en in typische klachten van urineweginfectie. Wanneer u een urineweginfectie en soa hebt uitgesloten, en de klachten met een onduidelijke focus aanhouden, is het raadzaam laagdrempelig gynaecologisch onderzoek te doen en bij gevonden afwijkingen zonder duidelijke focus een banale kweek te verrichten.

In de eerste maanden van 2017 is in Nederland een verergering gerapporteerd van het aantal invasieve *Streptococcus pyogenes*-infecties. Invasief wil zeggen dat de infectie doordringt in onderliggende weefsels en de bloedbaan. Van januari tot en met april 2017 zijn in Nederland 158 gevallen van invasieve *Streptococcus pyogenes*-infecties gemeld, terwijl dat er in de voorgaande vijf jaren in dezelfde periode gemiddeld 88 waren.¹ *Streptococcus pyogenes*, ook wel groep A-streptokok (GAS) genoemd, hangt ook samen met milder verlopende, niet-invasieve infecties, zoals keelontsteking of oppervlakkige huidinfecties. Minder bekend is dat GAS ook vulvovaginitis of perianale infectie bij kinderen en volwassen kan veroorzaken. Van januari tot en met april 2017 zijn 3728 genitaalkweken naar het diagnostisch centrum Salstro gestuurd, waarvan bij 3% (111 monsters: 109 vrouwen en 2 mannen) GAS werd geïsoleerd. GAS vinden we vooral bij meisjes in de leeftijdsgroep van 0 tot 10 jaar en minder vaak bij vrouwen in de leeftijdsgroep 30 tot 40, 50 tot 60 en 60 tot 70 jaar.² GAS vulvovaginitis is een on-

DE KERN

- Groep A-streptokokken [GAS] vulvovaginitis is een nog weinig onderkende gynaecologische aandoening bij volwassen vrouwen.
- Overweeg een banale kweek om minder vaak voorkomende verwekkers van vulvovaginale klachten, zoals GAS, op te sporen wanneer de vaginale en/of mictieklachten aanhouden, UWI en soa zijn uitgesloten, en de initieel ingezette diagnostiek en behandeling volgens de NHG-Standaard Fluor vaginalis heeft gefaald.
- Als de vaginale kweek een GAS toont, is deze uitstekend te behandelen met penicilline 4 dd 500 mg per os gedurende tien tot veertien dagen.

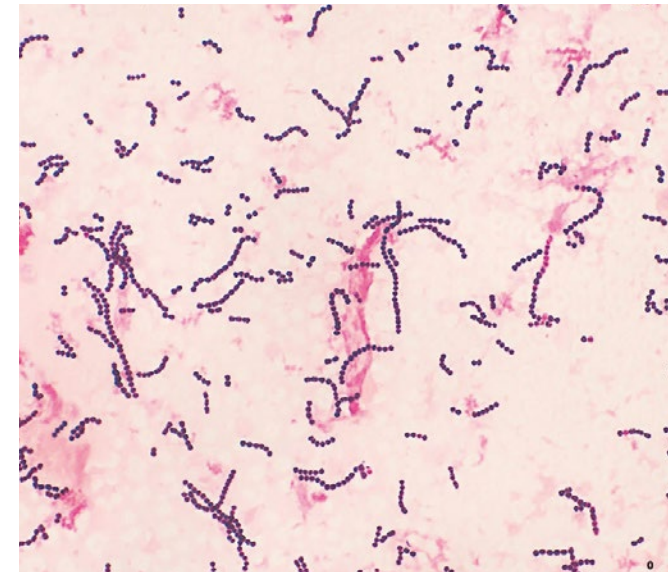
CASUS

Mevrouw Z, 49 jaar oud, heeft klachten over vaker plassen en de urine moeilijk ophouden. De urinestick toont nitriet-, leuko1+, ery-. De disp-lide is negatief. De klachten persisteren en u verricht een uitgebreide anamnese en [gynaecologisch] onderzoek. Mevrouw Z denkt dat de urine die ze verliest bij nader inzien waarschijnlijk afscheiding is; gelig en dun met een onfrisse geur. Haar schaamlippen en vagina voelen geïrriteerd aan. Een soa kunt u anamnestic met zekerheid uitsluiten. Bij speculumonderzoek valt een forse aanspanning van de bekkenbodemspieren op, de vaginawanden zijn rood en er is veel witgele fluor. Aanvullend onderzoek toont een pH van 4,1 (normaal) en een negatieve aminetest. De gistkweek die u hebt afgenomen is negatief. Omdat de klachten en de afwijkingen bij lichamelijk onderzoek aanhouden neemt u twee weken later een banale kweek af, omdat u vermoedt dat er sprake is van een vaginitis met nog onduidelijke focus. Hiermee wijkt u af van de adviezen uit de NHG-Standaard Fluor vaginalis. De kweek laat een vulvovaginitis op basis van *Streptococcus pyogenes* zien. Het diagnostisch onderzoek naar bacteriële vaginose, candida en trichomonas is negatief.

derkende gynaecologische aandoening bij prepuberale meisjes, bij volwassen vrouwen is het een relatief onbekend ziektebeeld. In een patiëntcontroleonderzoek vond men GAS bij 4,9% (49/1010) van de volwassen vrouwen met vulvovaginitis. In de controlegroep zonder klachten was geen sprake van GAS.³

ZIEKTEBEELD

GAS vulvovaginitis bij volwassen vrouwen gaat gepaard met klachten over vulvaire pijn/branderigheid/jeuk, dyspareunie en/of fluor. Soms zien we slechts klassieke klachten van een urineweginfectie, zoals in onze casus, waarbij vrouwen vaak een branderig gevoel bij het plassen hebben. Ook bij mannen kan GAS samenhangen met genitale klachten; zo was er onlangs een casus waarbij de echtgenoot van een vrouwelijke patiënt met GAS rode, pustuleuze laesies op de glans penis had. GAS vulvovaginitis bij volwassen vrouwen vinden we vaker wanneer een of meer van de volgende factoren aanwezig zijn: huid- of luchtweginfectie met GAS in de voorgeschiedenis (persoonlijk of van huisgenoten), seksueel contact en lactatiegerelateerde of menopauzale vaginale atrofie.⁴ Een zeldzame complicatie van GAS vulvovaginitis is het streptokokken toxic shock syndrome. Er is een casus uit 2015 van twee postmenopauzale patiënten die buikpijn, koorts, hypotensie en multiorgaanfalen (toxic shock syndrome) hadden. Een bloedkweek en/of vaginale kweek was positief voor GAS, zonder aanwijzingen voor een andere relevante focus dan een GAS vaginitis.⁵



Figuur 1

GAS in een grampreparaat



Figuur 2

Kolonies van GAS met hemolyse op een bloedplaat

DIAGNOSTIEK

GAS zijn grampositieve kokken die in ketens liggen [figuur 1]. Ze behoren tot de hemolytische streptokokken, omdat rondom de bacteriekolonies hemolyse zichtbaar is op een zogenaamde bloedagarplaat [figuur 2]. GAS vulvovaginitis is te diagnosticeren met een banale bacteriële kweek. Het stappenplan voor aanvullend onderzoek van de NHG-Standaard Fluor vaginalis noemt deze vorm van diagnostiek niet. Wanneer u een UWI en soa hebt uitgesloten, adviseren wij echter om wél een bacteriële kweek te verrichten, zeker bij een atypische uiting en aanhouden van de klachten bij afwijkend vulvovaginaal onderzoek, en als initiële diagnostiek en/of behandeling volgens de NHG-Standaard Fluor vaginalis geen aanvullende aanknopingspunten oplevert en/of faalt. Zo kunt u minder vaak voorkomende, maar behandelbare verwekkers van vulvovaginale klachten opsporen, zoals GAS, maar ook *S. aureus*, *S. pneumoniae* en *H. influenzae*.

BEHANDELOPTIES

Er zijn geen richtlijnen over of trials verricht naar de behandeling van GAS vulvovaginitis. Op basis van casusonderzoek heeft men behandelopties voor GAS vulvovaginitis opgesteld: penicilline 4 dd 500 mg oraal gedurende 10 tot 14 dagen of clindamycine 2% vaginale crème gedurende 7 tot 10 dagen.⁶

VERVOLG CASUS

Het bij de uitslag van de kweek geleverde antibiogram voorspelt sensitiviteit voor onder andere penicilline. In overleg met de microbioloog start mevrouw met feniticilline 4 dd 500 mg oraal, gedurende tien dagen. Twee dagen na de start van de behandeling heeft mevrouw Z al aanzienlijk minder klachten en na vijf dagen is ze volledig klachtenvrij. Tot op heden is er geen sprake van een recidief.

Zoals verwacht waren alle GAS die wij in kweken vonden gevoelig voor penicilline. Erytromycine- en clindamycineresistentie treden vaak samen op en vonden we bij 6% van de GAS. Als onderdeel van de behandeling kunt u bij patiënten met een risico op lactatiegerelateerde of menopauzale vaginale atrofie ook aanvullend vaginale oestrogeencrème of -ovules gebruiken.⁴

RECIDIEF

Over het recidiefpercentage van GAS vulvovaginitis is weinig bekend. Overdracht naar het genitaal gebied kan genitaal, oraal of via de huid (hand) plaatsvinden. Aangezien we GAS-drager-schap in de farynx, gastro-intestinaal/anaal en genitaal vinden, is het raadzaam bij recidiverende GAS vulvovaginitis drager-schap van de genoemde plekken van de partner en eventuele andere huisgenoten te onderzoeken en te behandelen.⁴ ■

LITERATUUR

1. RIVM. Osiris-Algemene Infectieziekten (AIZ), RIVM signa-lingsoverleg. Bilthoven: RIVM, 2017.
2. Radelović G, Mladenović V, Ristić L, Otašević S, Branković S, Mladenović-Antić S, et al. Microbiological aspects of vulvovaginitis in prepubertal girls. Eur J Pediatr 2012;171:1203-8.
3. Bruins MJ, Damoiseaux RAMJ, Ruijs GJHM. Association between group A beta-haemolytic streptococci and vulvovaginitis in adult women: a case-control study. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2009;28:1019-21.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Keppel L, Van 't Veen A. Groep A-streptokokken vulvovaginitis vaak onderbelicht. Huisarts Wet 2018;61(8):36-7. DOI: 10.1007/s12445-018-0188-y.
Salstro Utrecht, Utrecht: dr. A. van 't Veen, arts-microbioloog; L.P. Keppel, huisarts regio Utrecht, lisettekeppel@gmail.com
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dagbesteding en cognitieve stoornissen

1.

Volgens Groen-Van de Ven et al. zijn er drie sleutelmomenten in het besluitvormingsproces rond dagbesteding. Onder andere de aanvangelijke verwachtingen van dagbesteding spelen een belangrijke rol in de beslissing. Kinderen van personen met dementie hebben vaak positieve verwachtingen van dagbesteding, in tegenstelling tot de dementerenden zelf. Hoe staan hun partners over het algemeen tegenover dagbesteding?

a.

Positief

b.

Neutraal

c.

Negatief
2.

Groen-Van de Ven et al. onderzochten op basis waarvan voorkeuren over dagbesteding veranderen. Strategieën zijn onder andere het verstrekken van informatie en het uitproberen van dagbesteding. Van welke strategieën is gebleken dat ze leiden tot verandering van voorkeuren?

a.

Alleen van informeren

b.

Van zowel informeren als uitproberen

c.

Alleen van uitproberen
3.

Groen-Van de Ven et al. onderscheiden drie beslistrajecten in de besluitvorming. In het derde beslistraject wordt geen commitment bereikt voor het uitproberen van dagbesteding. Kenmerkend aan dit traject is dat het initiatief voor het bespreken van dagbesteding komt van zorgverleners. Wordt in dit traject gesproken over alternatieven?

a.

Ja, op initiatief van de mantelzorgers

b.

Ja, op initiatief van de zorgverleners

c.

Nee
4.

Zowel de kloktekentest als de Montreal Cognitive Assessment (MoCA) zijn geschikt om cognitieve stoornissen uit te sluiten op het moment dat deze niet waarschijnlijk zijn. Janssen et al. hebben een voorkeur voor de kloktekentest. Waarop is dit gebaseerd?

a.

De kortere afnametijd van de kloktekentest

b.

De ruime ervaring met de kloktekentest

c.

De MoCA is gevoeliger voor interbeoordelaarvariatie

d.

De MoCA is minder geschikt voor hogeropgeleiden
5.

Janssen et al. bevelen de Mini Mental State Examination (MMSE) aan in situaties waarin een cognitieve stoornis waarschijnlijk wordt geacht. De MMSE heeft echter niet in alle situaties diagnostische meerwaarde. Voor welke situatie geldt dit?

a.

De patiënt is hoogopgeleid met milde cognitieve klachten

b.

De patiënt is laagopgeleid met milde cognitieve klachten

c.

De patiënt is hoogopgeleid met forse cognitieve klachten

d.

De patiënt is laagopgeleid met forse cognitieve klachten
6.

De huisarts is op visite bij de 68-jarige heer Akdeniz. Hij heeft de ziekte van Alzheimer. De huisarts vraagt de heer Akdeniz om hem de pen aan te geven die naast hem op tafel ligt. De heer Akdeniz kijkt in de richting van de pen, maar lijkt die niet te herkennen en geeft de pen dus ook niet aan. Hoe heet dit verschijnsel?

a.

Agnosie

b.

Amnesie

c.

Anosmie

d.

Apraxie



Foto: Hollandse Hoogte

7.

Aios en opleider bespreken het afnemen van de MMSE. Waarvan geeft de MMSE een globale indruk?

a.

Van de cognitieve functies

b.

Van de uitvoerende functies

c.

Van het abstracte denken

d.

Van het concrete denken
8.

Mevrouw Vaartjes is 82 jaar en wordt de laatste tijd steeds vergeetachtiger. Tijdens het gesprek haalt ze zaken door elkaar en gebruikt ze woorden die niet in de zin passen. Lichamelijk en laboratoriumonderzoek leveren geen afwijkingen op. De huisarts overweegt de diagnose dementie. Wat is nodig om de diagnose dementie te kunnen stellen?

a.

Informatie over het dagelijks functioneren

b.

De uitslag van de MMSE

c.

Verwijzing naar de neuroloog

De kennistoets is gemaakt door Anne Klijnsma, werkzaam bij Huisartsopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

GEBRUIKTE BRONNEN

Groen-Van de Ven L, Smits C, De Graaff F, et al. Dagbesteding bij dementie. Samen met mensen met dementie beslissen. Huisarts Wet 2018;61(8):18-21. DOI: 10.1007/s-12445-018-0218-9.

Janssen J, Koekkoek P, Moll Van Charante E, et al. Hoe weet je of cognitieve stoornissen waarschijnlijk zijn? Huisarts Wet 2018;61(8):14-7. DOI: 10.1007-s12445-018-0222-0.

Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen MJFJ, et al. NHG-Standaard Dementie [derde herziening]. www.nhg.org

ANTWOORDEN

1c / 2c / 3c / 4a / 5a / 6a / 7a / 8a

Nieuwe behandelrichtlijn Geen medicatie bij wintertenen

Egbert de Jongh, Monique Verduijn

De NHG-Behandelrichtlijn Perniones [wintertenen, winterhanden] is nieuw. Deze behandelrichtlijn vervangt de Farmacotherapeutische Richtlijn [FTR] Wintertenen, maar is breder van opzet dan de oude FTR. De behandelrichtlijn bevat niet alleen aanbevelingen voor beleid, maar ook voor diagnostiek.

Wintertenen (perniones) zijn klinisch goed herkenbaar door de typische huidafwijkingen op meestal vingers of tenen die ontstaan na blootstelling aan kou: roodblauwe of paarsblauwe, soms licht gezwollen huidafwijkingen met jeuk, een branderig gevoel of pijn. Perniones kan spontaan binnen enkele weken verdwijnen, maar soms zijn de afwijkingen en de klachten tot het voorjaar aanwezig.

WANNEER OPLETLEN?

Perniones is bijna altijd onschuldig. De etiologie is onbekend. In zeldzame gevallen is er een onderliggende aandoening die verwijzing noodzakelijk maakt: wanneer perniones ontstaat zonder blootstelling aan kou of op oudere leeftijd, als perniones voortbestaat na het koudeseizoen, als er (forse) huiddefecten ontstaan, of bij aanwijzingen voor een systeemziekte.

Aanvullend onderzoek door de huisarts is niet geïndiceerd bij typische perniones vanwege de zeldzaamheid van onderliggende aandoeningen en de aspecificiteit van histologisch onderzoek.

GEEN MEDICATIE, WEL ADVIEZEN

Bij beleid zijn de belangrijkste adviezen niet-medicamenteus: blootstelling aan kou voorkomen, aangedane lichaamsdelen beschermen, en het lichaam warm houden. Daarnaast ontstaat de behandelrichtlijn roken vanwege de perifeer vasoconstrictieve werking die mogelijk kan bijdragen aan het ontstaan



Er is geen enkel geneesmiddel geregistreerd voor gebruik bij perniones. Foto: iStock

van perniones. Om dezelfde reden kan bètablokkergebruik kritisch worden bekeken.

Van geen enkel geneesmiddel is een eenduidig effect bij perniones aangetoond, ook niet van calciumantagonisten, huidcorticosteroiden, vitamine D of pentoxifylline. Er is ook geen enkel geneesmiddel geregistreerd voor gebruik bij perniones. Daarom wordt bij ongecompliceerde perniones geen medicatie geadviseerd.

TOCH MEDICATIE?

Het NHG neemt bij voorkeur alleen op basis van gepubliceerd onderzoek van voldoende bewijskracht offlabelgebruik op in richtlijnen, maar ook de ernst van de aandoening en lage bewijskracht voor het ontbreken van effect kunnen een reden zijn om offlabelgebruik in de richtlijn op te nemen. De bewijskracht van het onderzoek dat ontbrekend effect van medicatie bij perniones aantoont, is niet hoog en het onderzoek is nooit herhaald. Daarom is voorstelbaar dat in uitzonderingsgevallen bij ernstige klach-

ten van perniones een proefbehandeling gedurende beperkte tijd overwogen wordt: met geneesmiddelen waarmee de huisarts bij andere indicaties voldoende ervaring heeft als er geen contra-indicaties voor die geneesmiddelen bestaan. Sommige huisartsen en dermatologen zien soms wel effect van medicatie, andere nooit. Het is voorstelbaar dat het goede effect dat wordt waargenomen na medicatie, ook verklaard kan worden door verstrijken van de tijd (vaak verdwijnt perniones spontaan), het veranderen van de omstandigheden (de temperatuur stijgt) of het placebo-effect.

De volledige versie is te raadplegen op www.nhg.org/nhg-behandelrichtlijn-perniones. ■

De Jongh E, Verduijn M. Geen medicatie bij wintertenen. Nieuwe behandelrichtlijn. Huisarts Wet 2018;61(8):39. DOI:10.1007/s12445-018-0223-z.

De Jongh E, Verduijn M. NHG-Behandelrichtlijn Perniones [wintertenen, winterhanden]. www.nhg.org/nhg-behandelrichtlijn-perniones.

Desmopressine helpt niet bij nycturie

Ilse Hofmeester, Marco Blanker

Eén keer per nacht of vaker ontwaken om te plassen (nycturie) komt veel voor. Nycturie neemt toe met de leeftijd, leidt tot minder slaap en een lagere kwaliteit van leven. Desmopressine zou nycturie tegengaan, maar de auteurs van een recente Cochrane-review vonden daarvoor geen bewijs.

Desmopressine is een antidiuretisch hormoon dat de urine-productie in de nacht verlaagt bij innemen voor het slapengaan. Het middel wordt al langer ingezet bij nachtelijke enuresis en centrale diabetes insipidus, maar wordt sinds kort ook toegepast bij de behandeling van nycturie. De belangrijkste bijwerkingen van desmopressine zijn hoofdpijn, hyponatriëmie, insomnia, droge mond, hypertensie, buikpijn, perifeer oedeem en misselijkheid. Bij een enkeling kan hyponatriëmie tot zeer ernstige problemen leiden.

Ham et al. onderzochten de effecten van desmopressine op nycturie bij mannen.¹ De auteurs includeerden 14 onderzoeken, waarin 2966 mannen gerandomiseerd werden behandeld. Zij beschrijven vijf verschillende vergelijkingen. Voor resultaten op korte termijn (< 3 maanden) blijkt er sprake van een lage kwaliteit van bewijs. Op middellange termijn (tot 12 maanden) lijkt desmopressine het aantal nachtelijke plassen sterker te verminderen dan placebo: een verschil van 0,46 plassen per nacht. Het effect is vergelijkbaar met alfablokkers, zonder duidelijke bijwerkingen. Toevoegen van desmopressine aan een alfablokker lijkt geen toegevoegde waarde te hebben. De beperkingen van deze review zijn de korte follow-upduur, methodologische beperkingen en onnauwkeurigheid van de onderzoeken. De auteurs benadrukken dat het gevonden effect weliswaar statistisch significant is, maar niet klinisch relevant.

ONDUIDELIJK EFFECT

De kwaliteit van de geïncludeerde onderzoeken is zeer laag tot redelijk. Alle onderzoeken in de review zijn uitgevoerd in de tweede lijn. De auteurs konden slechts een klein aantal van de tevoren geplande analyses uitvoeren door het ontbreken van data. De review is wel goed opgezet, inclusief de beschrijving van de financieringsbronnen van de afzonderlijke onderzoeken. Zeker bij de analyse van de werkzaamheid van medicatie is het relevant om na te gaan of het vooral onderzoeken betreft die werden gesponsord door de farmaceut. In zes van de veertien onderzoeken werd sponsoring vermeld. Daarbij bestaat een reëel risico op selectieve rapportage van positieve uitkomsten (publicatiebias), waardoor een te rooskleurig beeld van het effect van desmopressine ontstaat. In dat licht is het goed te noemen dat er in twee onderzoeken actieve 'run-in'-periodes met desmopressine werden gebruikt. In een van deze onderzoeken werden patiënten die tijdens de 'run-in'-periode niet reageerden op desmopressine uitgesloten van het verdere on-



Nycturie leidt tot minder slaap en een lagere kwaliteit van leven.

Foto: Shutterstock

derzoek, wat leidt tot een overschatting van het mogelijke effect. Bij correctie hiervoor bleek het verschil tussen desmopressine en placebo nog kleiner: 0,35 plassen per nacht. Daarnaast poogden de auteurs tevergeefs om aanvullende informatie van fabrikanten en sponsors te krijgen. Zij merken dan ook terecht op dat dit vragen oproept over het bestaan van publicatiebias. Ook selectie- en informatiebias waren in de meeste onderzoeken aanwezig, waardoor we de conclusies van de review niet direct als de waarheid kunnen aannemen. Uit de subgroepanalyses blijkt dat er een groter effect van desmopressine optreedt bij een hogere dosis en bij nachtelijke polyurie. De meeste patiënten met nycturie hebben echter nachtelijke polyurie. Dit komt onder andere doordat de eerste ochtendurine wordt meegeteld bij de 's nachts geproduceerde urine. Andersom betekent dit dat veel mensen met nachtelijke polyurie niet per se 's nachts plassen. Ten slotte blijkt ook hier het effect op het aantal nachtelijke plassen niet klinisch relevant. De uitkomsten van deze review zijn geen aanleiding om het advies over de toepassing van desmopressine in de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen aan te passen. ■

LITERATUUR

1. Han J, Jung JH, Bakker CJ, Ebell MH, Dahm P. Desmopressin for treating nocturia in men. Cochrane Database Syst Rev 2017;10:CD012059.

Hofmeester I, Blanker M. Desmopressine helpt niet bij nycturie. Huisarts Wet 2018;61(8):40. DOI: 10.1007/s12445-018-0215-z. Isala, Zwolle, afdeling Urologie: dr. I. Hofmeester, epidemioloog/aios urologie, i.hofmeester@isala.nl. UMCG Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde: dr. M. Blanker, huisarts-epidemioloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

BETER CONTACT MET LASTIGE PATIËNTEN

Erwin van Meekeren. Samen beslissen in de zorg. Beter samenwerken, ook als dat lastig lijkt. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij, 2018. 138 pagina's. ISBN 978-90-589-8092-2. Prijs € 24,-.



Dit handzame boekje over communicatie met 'lastige patiënten' is bedoeld voor alle zorgverleners die te maken hebben met patiënten bij wie de samenwerking makkelijk stagneert. Het is voor huisartsen zeer geschikt. Het boek is prettig leesbaar en beschrijft in vogelvlucht de belangrijkste aspecten van goede communicatie in de spreekkamer.

De auteur, van oorsprong psychiater/psychotherapeut, geeft concrete aanwijzingen hoe hulpverleners beter kunnen samenwerken met patiënten met een psychiatrische achtergrond. De stijl is prettig en toegankelijk. Het boek bevat drie beknopte delen met achtereenvolgens de theorie, vaardigheden en verdieping. In het eerste deel beschrijft de auteur in vogelvlucht een aantal psychiatrische stoornissen. Hij focust op mensen die ingewikkeld zijn in de omgang vanwege uitgesproken persoonlijkheidskenmerken. Aan bod komen factoren die het contact met de patiënt beïnvloeden: de eerste indruk, manier van communiceren, mate van hechting, vertrouwen, stressregulatie, context en *capability*. Ook de persoonlijkheidskenmerken van de hulpverlener komen in beeld: de rollen die je kunt aannemen, omgaan met macht en autonomie, allergieën en persoonlijke ontwikkeling. Deel 2 bevat praktische tips voor de praktijk. Hoe kun je als hulpverlener omgaan met de eerste indruk, tijd en aandacht geven, begrenzen en afronden, ventileren en valideren van emoties, veiligheid, betrouwbaarheid, context. Deel 3 bevat verdieping van psychiatrische stoornissen, vooral persoonlijkheidsstoornissen. Ten slotte is er een aantal bijlagen die nuttig zijn om de eigen vaardigheden als hulpverlener in beeld te krijgen (checklist gespreksvaardigheden, zelfevaluatie voor professionals, voorbeelden van de kernkwadranten van Ofman). ■

Andre Haverkort

WAARDERING: ●●●●●●

STANDAARDWERK OVER BEHANDELING ALLEDAAGSE KLACHTEN

T.O.H. de Jongh, H. de Vries [redactie]. Therapie van alledaagse klachten. Handreiking voor rationeel symptomatisch behandelen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2018. 442 pagina's. ISBN 978-90-368-1921-3. Prijs € 64,95 [inclusief app].



Dit heerlijk overzichtelijke leer- en naslagboek, tevens voorzien van toegangscode tot app en internetversie, biedt (huis)artsen en co-assistenten bruikbare handvatten bij de behandeling van alledaagse klachten in de huisartsenpraktijk. Een aanrader!

In de eerste hoofdstukken wordt helder, maar wat té uitvoerig, toegelicht wat een symptoom- of syn-

droomdiagnose is (in tegenstelling tot een ziektediagnose) en hoe een verstoorde functie als oorzaak van een klacht kan leiden tot keuze van passend medisch en paramedisch handelen. Vervolgens behandelen de auteurs in een serie korte hoofdstukken de meest voorkomende alledaagse klachten, waarvan er enkele het afgelopen jaar in H&W zijn gepubliceerd: van duizeligheid, urineverlies en lagerugklachten tot overmatig zweten en overspanning. De onderwerpen zijn steeds beschreven vanuit de klacht en dat zoekt plezierig. Elk hoofdstuk begint met een samenvatting. Onder het kopje 'Van klacht naar diagnose' staan de stappen om tot een symptoomdiagnose te komen en welke ziektediagnosen, waarvan de alarmsignalen duidelijk worden genoemd, moeten zijn uitgesloten. Dan volgen behandelingsmogelijkheden met toelichting en ten slotte een literatuuroverzicht. Er is steeds een standaardschema van de therapeutische mogelijkheden aanwezig en dat biedt een snel overzicht van goed en minder goed onderbouwde behandelingen. Het is mooi dat naast de sterkte van het bewijs hier niet het effect van een behandeling wordt benoemd maar de winst ervan, gedefinieerd als de voordelen (effect) van de behandeling afgewogen tegen de potentiële schade (nadelen). ■

Joke Schulkes-Van de Pol

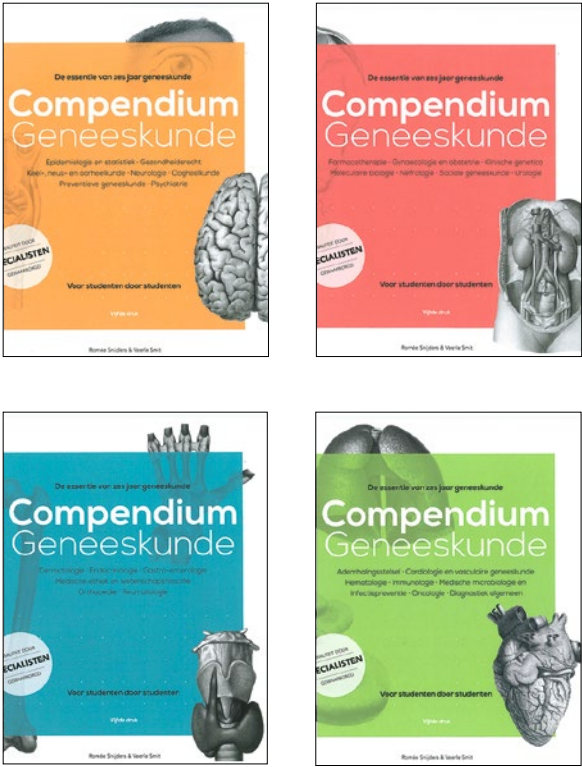
WAARDERING: ●●●●●●

PRAKTISCH COMPENDIUM GEEN MUST HAVE VOOR AIOS

R. Snijders, V. Smit. Compendium Geneeskunde. Rotterdam: Synopsis BV, 2017. 1162 pagina's. ISBN 978-90-825709-0-8. Prijs € 129,95.

Werd je er niet mee geconfronteerd in de basisopleiding, dan wel in de huisartsenopleiding: de voortgangstoets. Twee studenten zagen een gat in de markt en ontwikkelden samen met nog eens 56 geneeskundestudenten en 38 specialisten een compendium dat claimt het volledige curriculum van de basisopleiding te omvatten. Dat compendium is handig en praktisch, maar mist ook diepgang.

In vier handzame, mooi vormgegeven delen zijn de hoofdstukken onderverdeeld naar discipline. Ieder hoofdstuk is op eenzelfde, overzichtelijke manier opgebouwd, waarbij informatie beknopt, puntsgewijs en in tabelvorm wordt weergegeven. Dit maakt het boek minder geschikt voor verdieping, maar het is ideaal om op een pragmatische en doelgerichte wijze aan relevante informatie te komen. Uitermate handig om je voor te bereiden op een kennistoets. Praktisch in de spreekkamer zijn de kaders met typische klachtenpresentaties, die je bij vrijwel iedere diagnose terugvindt. Het boek is diagnosegericht geschreven. Hierdoor vind je snel beknopte informatie over een waarschijnlijkheidsdiagnose, maar is een onverklaarbaar symptoom moeilijker binnen een diagnose te passen. Daarnaast is de kracht van het boek ook de grootste valkuil. Om het volledige curriculum in een handzaam boek te krijgen, is er ingeleverd op diepgang. Hierdoor mist het voor praktische toepasbaarheid vaak net de



essentie. Het compendium is prima voor de aios die op zoek is naar een naslagwerk met generalistische basiskennis. Voor diepgaander informatie die praktisch toepasbaar is, kan hij beter een specialistischer naslagwerk kiezen dat is gericht op de eerste lijn. ■

Eveline Kool, Niels Snellen, Iris Berghuis

WAARDERING: ●●●●●

COLOFON

Huisarts en Wetenschap wordt uitgegeven door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging van huisartsen. www.henw.org.

Redactie

Ivo Smeele [hoofdredacteur], Marian van den Brink, Ben Crul, Marianne Dees, Mirrian Hilbink, Sjoerd Hobma, Victor van der Meer, Nadine Rasenberg, Annet Sollié, Wim Verstappen.

Redactiesecretariaat

Henny Helsloot [secretaresse], Judith Mulder [web- en eindredactie], Susan Umans [bladmanagement], Anita Wittebol [office manager], Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen [eindredactie], Margot Scheerder, Wendy Westerhof [beeldredactie]. Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550, redactie@nhg.org

Uitgever

Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten Basisvormgeving Frederik Helfrich, Deventer Auteursinformatie: www.henw.org

Advertentieverkoop

Advertentieverkoop: adverteren@bsl.nl, tel. 030-6383603. Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie. Inzenden aan: traffic@bsl.nl, tel. 030-6383874.

Abonnementen

H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl. Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 258,00, Online-only abonnement € 154,80. Studenten 50% korting. Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk opgezegd. Voorwaarden: www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen Info: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736.

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing. Zie www.bsl.nl/voorwaarden.

© 2018
ISSN 0018-7070



Vertrek folderrek

Ik loop door de wachtkamer en zie dat een patiënt een folder uit het NHG-Folderrek pakt. En dan denk ik 'Hè wat leuk, ze worden toch nog gebruikt.' Blijkt dit meisje mijn volgende patiënt op het spreekuur te zijn. Ze komt binnen met de folder over maagklachten in haar hand. Het folderrek bestaat nu 23 jaar; 3 jaar later kwamen de NHG-Patiëntenbrieven die de huisarts in een klapper bewaarde en aan patiënten kon meegeven. Het rek werd een icoon in de praktijk, een eyecatcher die in de media altijd op de achtergrond te zien was en in mijn ogen een symbool was van de servicegerichtheid

van de huisarts. Dit gevoel was de reden dat ik ermee stoppen minstens 2 jaar heb tegengehouden. Maar sinds Thuisarts.nl hebben we een veel beter alternatief. Hier staat altijd actuele informatie, die ook op wachtkamerschermen verschijnt, met multimedia en keuzehulp. Thuisarts.nl biedt een voorleesfunctie voor mensen die moeite hebben met lezen. Bovendien kun je net zo goed iets meegeven, door de pagina af te drukken of te e-mailen naar de patiënt. En als dan blijkt dat het aantal folders dat bijbesteld werd de laatste jaren erg laag was dan hangen er of 3.000 lege folderrekken in het land, of de folders worden gewoonweg niet meegenomen en dienen puur als decor. Ik denk het laatste, dus u kunt het rek nog een poos laten hangen.

De klachten van mijn patiënte leken meer op een spastische darm te wijzen. Ik heb haar een link naar Thuisarts.nl gegeven. En ik vroeg me af: zou ze die folder over maagklachten nog lezen, weggooien of terugzetten? ■

Rob Dijkstra



Nieuwe leeromgeving

De afgelopen maanden is samen met de gebruikers hard gewerkt om de digitale leeromgeving te verbeteren. Het

resultaat? De nieuwe leeromgeving heeft niet alleen een moderner uiterlijk, ook het gebruiksgemak is verbeterd. Uw



persoonlijke dashboard toont een overzichtelijk geordende lijst met uw openstaande e-learning. Hierdoor ziet u in één oogopslag uw voortgang bij elke PIN. Ook ziet u welke PIN's er nog meer beschikbaar zijn. De leeromgeving is vanaf nu zowel op uw computer als op uw tablet probleemloos te gebruiken. Maak kennis met de nieuwe leeromgeving via NHG.org, inloggen, [Mijn NHG-Leeromgeving](#).

3 goede vragen

Bij de dokter? **3 goede vragen**



De behoefte aan gedeelde besluitvorming is onverminderd groot. Patiënten willen samen met hun huisarts een weloverwogen keuze voor een behandeling maken. Het project '3 goede vragen' dient als leidraad. Deze vragen worden met succes gebruikt in de medisch-specialistische zorg; vanaf nu is er ook materiaal beschikbaar voor de huisartsenzorg. De 3 goede vragen dienen voor bewustwording: zowel de persoonlijke situatie van de patiënt als de medische kennis van de huisarts en de praktijk-ondersteuner spelen mee bij keuzes voor behandeling. Meer informatie is te vinden op www.3goedevragen.nl.



Terugblik symposium

Gezondheidsvaardigheden op de kaart

Gebrekkige gezondheidsvaardigheden kunnen schrikbarende gezondheidsverschillen tussen patiënten opleveren, aldus hoogleraar gezondheidsvaardigheden en patiëntparticipatie Jany Rademakers tijdens het NHG-symposium in juni. Met een rollenspel pakten de deelnemers dit probleem aan.

De gezondheidsvaardigheden van je patiënt bepalen in belangrijke mate in hoeverre je adviezen landen bij de patiënt, de therapietrouw en simpelweg de gezondheid. En die invloed is niet gering, aldus prof. dr. Jany Rademakers, hoogleraar gezondheidsvaardigheden en patiëntparticipatie aan Universiteit Maastricht (CAPHRI) en hoofd van de onderzoeksafdeling van NIVEL: 'We hebben het over 7 jaar eerder overlijden, 18 jaar minder kwaliteit van leven.' (VTV2018/gezondheidsverschillen.) Ruim 1 op de 3 Nederlanders heeft moeite met eigen regie over gezondheid, ziekte en zorg (NIVEL, 2018). Opvallend is dat ruim 1 op de 4 hoogopgeleid is. Vooral mannen hebben vaak gebrekkige gezondheidsvaardigheden. Het gaat niet alleen om medische informatie kunnen begrijpen, maar ook om toepassen, zoals een gezonde leefstijl aanleren en volhouden, en juist medicatiegebruik. Rademakers: 'In Amerika heet dit onderwerp *health literacy*, maar in Ne-



Gezondheidsvaardighedenspel met huisarts (middenin rechts) en trainingsacteur (middenin links)

Foto's: Ed van Rijswijk

derland speelt puur analfabetisme veel minder. Maar ook voor onze patiënten is echt begrijpen, laat staan toepassen van het gelezene moeilijk.' (Meer informatie: www.nivel.nl/nl/gezondheidsvaardigheden.)

ROLLENSPEL

Na Rademakers' lezing gaan de deelnemers aan de slag met een trainingsacteur. Hoe krijg je gebrekkige gezondheidsvaardigheden boven tafel en wat is de oplossing? Symposiumdeelnemers geven feedback terwijl ze kijken naar een rollenspel. Trainingsacteur Gabriële Stein van Training en acteursbureau Hetsen & Visschers speelt de patiënt: 'Ik wil niet dat de huisarts denkt dat ik

dom ben.' Huisarts en NHG'er Eldine Oosterberg speelt de huisarts: 'Ik heb niet gemerkt dat ze er niks van begreep!' Zij geven de tip: Abstract denken kan lastig zijn voor een patiënt met minder gezondheidsvaardigheden, dus maak het concreet, noem niet te veel termen en beperk de informatie. 'Slik tweemaal daags' kan al te vaag zijn. Eén concrete keuze noemen kan het beste zijn: 'Slik de pil bij de koffie en voor het slapengaan.' Casper van der Veer, huisarts in Baarle-Hertog, concludeert: 'Het rollenspel en de discussie waren heel waardevol; mooi dat gezondheidsvaardigheden eindelijk meer aandacht krijgen. Goed dat het NHG zo'n groot onderwerp op de kaart zet.'



Casper van der Veer (rechts): 'Goed dat NHG gezondheidsvaardigheden op de kaart zet'



Hoogleraar Jany Rademakers: 'Kwart gebrekkige gezondheidsvaardigheden betreft hoogopgeleiden'

Uitgelichte post HAweb Ledenforum

Wietolie



Monique Bhogal-Statham

Monique Bhogal-Statham, huisarts in Schiedam en wetenschappelijk docent/opleider Erasmus MC, plaatst een vraag over wietolie op HAweb Ledenforum. 'Patiënten in de terminale fase zijn vaak ten einde raad. Deze vrouw vroeg mij of wietolie kon helpen. Ik zei eerlijk: ik weet het niet, ik zoek het voor je uit. Van PubMed werd ik niet wijzer. Dan is HAweb een uitgelezen forum, ik zit er vaak in te neuzen. Ik kreeg ook veel reacties.' Het is een van de discussies op HAweb die zullen leiden tot een NHG-Standpunt Cannabis dat nogal wat stof doet opwaaien. Monique Verduijn, NHG-specialist farmacotherapie, meldt in dagblad *Trouw* van 26 juni 2018 dat er te weinig onderbouwing is om cannabis bij pijn te adviseren, maar ook dat het NHG als wetenschappelijke vereniging niets te zeggen heeft over het uiteindelijke gebruik: 'Dat is aan eenieder om voor zichzelf te besluiten.' Bhogal: 'Ik vertelde de patiënt dat ik niet kon vinden dat het werkte, maar ook niet dat het superslecht is. Zij had in de tussentijd al wietolie uitgeprobeerd en ervoer veel rust. Ik heb haar daarin gesteund.'

Ledenforum

Heeft u ook een vraag?
Plaats een oproep op HAweb Ledenforum!

Kreeg de vraag wat ik van wietolie weet: niets. Een patiënte met voor de derde keer mammacarcinoom, 45 jaar, heeft gehoord dat het rustgevend kan zijn voor de nachten, dan zou je het moeten optitreren. En er gaan uiteraard wonderverhalen dat het genezend werkt.

Monique Bhogal-Statham, huisarts in Schiedam

Vorige week bij de drogist hoorde ik iemand vragen naar wietolie. Het rijtje kwalen waartegen het zou helpen, werd even opgelezen. Als je dat mag geloven, kunnen de apothekers wel inpakken en kan de helft van de specialisten met vervroegd pensioen. Blijkbaar ook verkrijgbaar bij de goed gesorteerde drogist om de hoek.

Huisarts in Rotterdam

Ook ik heb me er vorig jaar in verdiept vanwege een 32-jarige vrouw met uitgezaaid mammacarcinoom. Mijn patiënt had er voor de pijn baat bij, werd er echter duffer van. Ze hoopte dat het ook genezend zou werken. Zij is inmiddels overleden. Het is denk ik met alle in de volksmond uitgevoerde n = 1-onderzoeken: echt wetenschappelijk bewijs hierover moet nog komen.

Huisarts in Deil

► De teksten zijn bewerkt; zie HAweb Ledenforum voor de volledige teksten.

STANDPUNT, RICHTLIJNEN, ACHTERGRONDEN, PATIËNTENINFORMATIE EN NASCHOLING

Het NHG biedt de volgende informatie over het gebruik van de variëteiten van cannabis die in Nederland beschikbaar zijn en over de onderzoeken naar pijnbestrijding en kwaliteit van leven.

- [NHG-Standpunt Cannabis](#), juni 2018.
- [NHG-Standaard Pijn](#), juni 2018: zie **noot 75**.

Huisarts & Wetenschap:

- [Voorkom onnodig gebruik van cannabis en opioïden](#), H&W juni 2018, p. 54.
- [Cannabisolie als pijnstilling bij kanker](#). H&W februari 2017 p. 61.

Thuisarts.nl over cannabis als pijnstiller:

- [Ik ben ernstig ziek en wil misschien cannabis gebruiken](#).
- [Ik heb pijn die langer blijft \[chronische pijn\]](#).
- [Ik krijg medicijnen tegen ernstige pijn \[vanaf 18 jaar\]](#).
- [Ik word niet meer beter](#).

Nascholing [NHG-e-Learning]:

- [PIN 19/1 Pijn \[aangepast 1 juni 2018\]](#).

INTERVIEW

met Tjitske van den Bruele, huisarts en lid werkgroep afwegingskader

In deze rubriek portretteren we praktiserende huisartsen die iets bijzonders doen. Tjitske van den Bruele is huisarts-ambassadeur aanpak kindermishandeling. De KNMG vroeg haar om het afwegingskader voor artsen binnen de Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld te helpen samenstellen.

‘Je hakt eerder een knoop door’

Waarom ben jij gevraagd voor het afwegingskader?

‘Vanwege mijn affiniteit met het probleem van kindermishandeling signaleren en aanpakken. Tijdens mijn opleiding vond ik al dat er weinig aandacht voor was; nu school ik collega's in de regio Den Haag bij. Ik was een van de eerste huisarts-ambassadeurs aanpak kindermishandeling, ik ben aandachtsfunctionaris bij de huisartsenpost en ik help protocollen bijschaven. Zeven werkgroepen hebben per beroepsgroep een afwegingskader samengesteld (voor melden bij Veilig Thuis/red.), zoals fysiotherapeuten, verpleegkundigen, onderwijs, kinderopvang, justitie; wij als werkgroep namens de KNMG hebben een afwegingskader voor artsen.’

Waarom een afwegingskader?

‘In november 2017 wilde de Tweede Kamer een meldplicht invoeren omdat er, ondanks de Meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, te veel gevallen van kindermishandeling niet gemeld werden. Maar de meldplicht is tegengehouden. Een claimcultuur kan namelijk zorgen voor te veel, en onterechte meldingen – daar schieten kinderen en ouders niets mee op. VWS ging akkoord, maar eiste wel dat wij als artsen bij de signalering van kindermishandeling uitgebreider onze afwegingen gingen specificeren. Dat werd het afwegingskader: een aanpassing van stap 5 binnen de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling. Als huisarts-ambassadeur aanpak kindermishandeling ben ik gevraagd voor de werkgroep die het afwegingskader voor artsen moest samenstellen. Behalve een huisarts bevatte die werkgroep een kinderarts Sociale Pediatrie, een jeugdarts, een spoedeisende-hulparts, een vertrouwensarts, een psychiater, een kindertandarts en een klinisch geriater.’

Wat is er veranderd?

‘Stap 5 van de Meldcode is uitgebreid zodat het duidelijker is wanneer je nou moet melden als arts. Nieuw is dat je je afvraagt of het gaat om acuut en/of structureel geweld. Wat ook nieuw is: in plaats van één of-of-beslissing “zelf helpen óf melden” is het nu zo dat als je meldt, je in overleg

met Veilig Thuis ook het gezin kunt blijven helpen.

Je kunt dus zelf de regie houden, en je beslist apart over die regiefunctie. Nieuw is ook dat je zelf een termijn bepaalt als je de regie houdt. Want als het geweld in het gezin niet stopt binnen een bepaalde termijn, moet je alsnog melden bij Veilig Thuis, was onze conclusie.’

Moeten we onze werkwijze drastisch omgooien?

‘Je moet wat meer je vermoedens gaan noteren, het hmm!-gevoel. Als je vijf keer een kind met een blauwe plek ziet maar te weinig concrete bewijzen hebt voor mishandeling, noteer je dat toch (stap 1/red.). Je documenteert elke stap. Als je er bewuster en gestructureerder mee bezig bent, gaan je meer dingen opvallen. Je maakt beter je niet-pluisgevoel concreet. Door de heldere criteria “acuut” en “structureel” wordt het je sneller duidelijk: nu is het klaar; nu ga ik een melding doen.

Vergis je niet: je moet het afwegingskader gebruiken, maar dat beperkt niet je beslissingsruimte. Wel ga je misschien sneller knopen doorhakken doordat je je meer bewust wordt van het proces, door de verschillende stappen. Je moet wel meer registreren, maar je neemt je eigen beslissingen. Je moet ze alleen wel verantwoorden.’

Meer informatie: [Dossier Preventie en \(vermoeden van\) kindermishandeling](http://www.nhg.org/actueel) (www.nhg.org/actueel, Dossiers).



Foto: T. van den Bruele

Tjitske van den Bruele is vast waarnemer in Voorburg en huisarts voor mensen met een verstandelijke beperking in een woon-zorg-combinatie in Monst. Ze was lid van de KNMG-werkgroep die voor de Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld het ‘afwegingskader’ heeft samengesteld.

‘Aparte beslissing over de regiefunctie’

COLOFON NHG FORUM

Redactie: NHG-bureau. Met bijdragen van Fijtje Koets [tekst] en Margot Scheerder [foto's en beeldredactie].
Eindredactie en contact: Fijtje Koets, f.koets@nhg.org; 030-282 35 00.

NHG Forum is een uitgave van het NHG-bureau.
Voor het colofon van het wetenschappelijke deel van **Huisarts & Wetenschap**: blader vier pagina's terug.