

## Betere zorg voor kinderen met koorts op de huisartsenpost

### Samenvatting

Kool M, Elshout G, Bohnen AM, Koes BW, Berger MY. *Betere zorg voor kinderen met koorts op de huisartsenpost. Huisarts Wet* 2016;59(11):474-7.

Ouders nemen relatief vaak 's avonds of 's nachts contact op met de huisartsenpost omdat hun kind koorts heeft; ze melden dan veelal één of meer alarmsymptomen. Het overgrote deel van deze kinderen heeft een onschuldige infectie en heeft geen verdere behandeling nodig. Lijkt een kind ernstig ziek, dan moet het verwezen worden naar de tweede lijn. De NHG-Standaard Kinderen met koorts adviseert dat al te doen bij één alarmsymptoom, maar de grote meerderheid van de verwijzingen is loos alarm. Huisartsen zijn relatief terughoudend met verwijzen en scoren daarmee beter dan de predictieregels, dus alarmsymptomen zijn waarschijnlijk niet hun enige overweging.

Moeilijker ligt het wanneer de arts op de huisartsenpost twijfelt over de ernst van de ziekte. Vaak schrijft deze dan een antibioticum voor om zichzelf of de ouders gerust te stellen, maar dat zou moeten worden vermeden, want het biedt slechts schijnzekerheid. Het is verstandiger de ouders goed te instrueren wanneer en waar ze opnieuw contact moeten opnemen en ervoor te zorgen dat het medisch dossier altijd ondubbelzinnig en volledig is, zodat in een eventueel vervolfgconsult het beloop van het ziektebeeld gevolgd kan worden.

### WAT IS HET PROBLEEM?

Koorts is een veelvoorkomend symptoom bij jonge kinderen en voor veel ouders een reden om de huisarts te consulteren, met name in de avond en nacht. Koorts leidt dus tot veel zorgconsumptie, al is het op zichzelf niet een ziekte maar een symptoom van veelal onschuldige infecties. Bij sommige kinderen met koorts is het risico op een ernstige infectie echter verhoogd; zij hebben wel degelijk medische zorg nodig. In het afgelopen jaar zijn er twee proefschriften over dit onderwerp verschenen, die wij als basis voor deze beschouwing hebben gebruikt.<sup>1,2</sup> In de wetenschappelijke literatuur zijn verschillende definities van 'ernstige infectie' te vinden; in ons prospectieve cohortonderzoek definieerden we 'ernstige infectie' als een infectie waarbij het kind medische zorg nodig heeft. Deze definitie omvatte de ziektebeelden pneumonie, meningitis, encefalitis, sepsis, pyelonefritis, osteomyelitis, cellulitis, erysipelas en abces. Daarnaast namen we ook de diagnoses 'dehydratie', 'koortsconvulsie', 'astma-exacerbatie met koorts' en 'bronchiolitis bij kinderen jonger dan 1 jaar' mee in ons

onderzoek, aangezien ook daarbij acute zorg door de huisarts nodig kan zijn.

In de avond- en nachturen komen zorgvragen over kinderen met koorts op de huisartsenpost terecht. De triage aldaar is gebaseerd op alarmsignalen en -symptomen die mogelijk geassocieerd zijn met een ernstige infectie. Het merendeel van de onderzoeken die de voorspellende waarde van alarmsymptomen voor een ernstige infectie onderzochten, zijn uitgevoerd op de Spoedeisende Hulp of in een ziekenhuis. Onderzoek naar kinderen met koorts in de eerste lijn is schaars.

### WAT VINDEN OUDERS ALARMEREND?

Ons onderzoek betrof kinderen tussen de drie maanden en zes jaar oud met koorts, voor wie de ouders contact opnamen met een huisartsenpost. We vroegen naar alarmsymptomen zoals die gedefinieerd zijn in de NHG-Standaard Kinderen met koorts en in de Britse NICE-richtlijn.<sup>3,4</sup> Ouders gaven tijdens de triage vaak andere antwoorden dan wanneer hen een dag later gevraagd werd naar de alarmsymptomen op het moment van contact met de huisartsenpost (kappacoëfficiënt voor intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid 0,30-0,50).<sup>5</sup> Ook waren de gerapporteerde alarmsymptomen matig geassocieerd met bevindingen bij het lichamelijk onderzoek: bij het lichamelijk onderzoek gevonden alarmsymptomen werden niet gerapporteerd door de ouders en vice versa.<sup>5</sup> Ouders rapporteerden vaak een alarmsymptoom: zelfs bij kinderen zonder ernstige infectie werd nog bij 40% een alarmsymptoom gerapporteerd op dag 9 van de totale koortsepisode (dus inclusief de periode vóór het contact met de post).<sup>6</sup> Tijdens onze follow-up, die duurde tot een week na de triage, werd de huisarts echter nog maar weinig geconsulteerd (19%).<sup>7</sup>

We kunnen dus concluderen dat ouders de gerapporteerde symptomen vaak niet ernstig genoeg vonden om de huisarts

### De kern

- Ouders van kinderen met koorts rapporteren vaak alarmsymptomen, ook bij onschuldige infecties.
- Alarmsymptomen zijn bij kinderen met koorts maar matig betrouwbaar en valide; toch herkennen huisartsen wel een risico op een ernstige infectie.
- Bij kinderen met koorts heeft de CRP-test geen voorspellende waarde voor het risico op ernstige infectie of voor de duur van de koorts.
- Antibiotica moeten alleen worden voorgeschreven bij een duidelijke indicatie; niet ter geruststelling.
- Het is het verstandigst de ouders goed te instrueren wanneer en waar ze opnieuw contact moeten opnemen en het medisch dossier ondubbelzinnig en volledig in te vullen, zodat het beloop van het ziektebeeld meegenomen kan worden in het vervolfgconsult.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: dr. M. Kool, huisarts; dr. G. Elshout, huisarts-onderzoeker; dr. A.M. Bohnen, huisarts-onderzoeker; prof.dr. B.W. Koes, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde; prof.dr. M.Y. Berger, hoogleraar huisartsgeneeskunde • Correspondentie: g.elshout@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

opnieuw te consulteren. Maar wanneer is een symptoom dan alarmerend? Het is goed mogelijk dat ouders, triage-assistenten en huisartsen zo'n symptoom verschillend interpreteren en dat zou kunnen samenhangen met opleidingsniveau en ervaring van de betrokken ouders en hulpverleners. Toekomstig onderzoek naar de interpretatie van alarmsymptomen zal hierin wellicht meer inzicht kunnen geven.

### ALARMSYMPTOMEN BIJ DE TRIAGE

Bij de triage van kinderen met koorts op de huisartsenpost worden alarmsymptomen uitgevraagd om een inschatting te kunnen maken van het risico op een ernstige infectie. In ons cohort bleek 9,9% (95%-BI 7,6-12,8) bij triage of follow-up een ernstige infectie te hebben.<sup>7</sup> De bij de triage van kinderen met koorts gebruikte alarmsymptomen zijn dus maar matig betrouwbaar en matig valide. Toch zagen we dat bij triage het risico op een ernstige infectie wel herkend wordt: van de kinderen met een telefonisch advies had 3,7% een ernstige infectie (95%-BI 1,6-8,4), van de kinderen die naar de post kwamen 12,1% (95%-BI 9,2-15,8), en van de kinderen die vervolgens door de huisarts verwezen werden naar de kinderarts 72,0% (95%-BI 52,4-85,7).<sup>7</sup> Daarmee scoren de huisartsen beter dan de predictieregels, en dat suggereert dat de alarmsymptomen die in de predictieregels gebruikt worden niet de enige overwegingen zijn bij de inschatting van een ernstige infectie.<sup>8</sup>

Voor huisartsen en aios is het goed als ze regelmatig kinderen met koorts blijven zien, zodat ze voldoende ervaring opdoen om ernstige infecties te herkennen en die kennis kunnen overdragen aan triage-assistenten en ouders.

### ALARMSYMPTOMEN BIJ DE VERWIJZING

Ook de huisarts gaat uit van alarmsymptomen bij de beoordeling van kinderen met koorts. De NHG-Standaard Kinderen met koorts, die die alarmsymptomen omschrijft, is relatief voorzichtig en adviseert al te verwijzen bij één alarmsymptoom.<sup>8</sup> Wij hebben onderzocht hoe vaak alarmsymptomen voorkwamen bij in totaal meer dan 10.000 patiëntcontacten van de huisartsenposten in de regio Rotterdam met kinderen van 0-16 jaar vanwege koorts. Ook hier gingen wij uit van de alarmsymptomen zoals omschreven in de NHG-Standaard en de Britse richtlijn, aangevuld met een systematische review.<sup>3,4,8</sup> In meer dan de helft van de contacten werd melding gemaakt van minstens één alarmsymptoom, en alarmsymptomen kwamen onafhankelijk van elkaar maar weinig voor.<sup>9</sup> Nu is de incidentie van ernstige infecties bij kinderen met een acute infectie in de eerste lijn 1-10%, afhankelijk van de onderzochte populatie en de definitie van 'ernstige infectie'.<sup>7,10</sup> Het komt dus veel vaker voor dat er alarmsymptomen worden gemeld dan dat er ernstige infecties geconstateerd worden. Het gevaar van onnodige behandelingen, overbodige verwijzingen en overdiagnostiek ligt op de loer.

Om te kijken of dit inderdaad het geval was, keken wij in hetzelfde cohort in hoeverre de huisarts op de huisartsenpost de NHG-Standaard had gevolgd bij het verwijzen.<sup>11</sup> Van de 9794 kinderen die op consult kwamen op de huisartsenpost,

hadden er 3424 (35%) een positieve verwijsindicatie zoals beschreven in de NHG-Standaard; van deze kinderen kregen er 633 (19%) daadwerkelijk een verwijzing. Van de 6370 kinderen zonder verwijsindicatie kregen er nog 161 (3%) een verwijzing, wat het totaal aan verwijzingen op 8% brengt (794 van de 9794 kinderen).

Dit wijst erop dat huisartsen terughoudender zijn met verwijzen dan de standaard aanraadt. Dit lijkt beter aan te sluiten bij de daadwerkelijke incidentie van ernstige infecties. Echter, de huisarts lijkt soms ook andere redenen te hebben om te verwijzen dan alleen de alarmsymptomen. Mogelijk vinden huisartsen een alarmsymptoom pas alarmerend in bepaalde omstandigheden en kijken zij bijvoorbeeld ook naar het beloop (verbetering of verslechtering). Naar de betrouwbaarheid van het beloop van een symptoom is nog geen onderzoek gedaan; dit zou wellicht meer inzicht kunnen geven in de interpretatie van alarmsymptomen.

### NIET VERWIJZEN, MAAR DAN?

#### *Antibiotica*

Kinderen met koorts die niet verwezen worden, blijven onder de zorg van de huisarts vallen. Deze heeft dan de keus zelf een behandeling te starten of af te wachten. Behandeling bij kinderen met koorts komt vaak neer op het voorschrijven van antibiotica. In ander onderzoek op de genoemde huisartsenposten vonden we dat de huisartsen een antibioticum voorschreven aan één op de drie kinderen die zij zagen, terwijl nog niet de helft van deze antibioticarecepten verklaard kon worden door de symptomen.<sup>12,13</sup> Andere, niet-medische redenen lijken een rol te spelen. Het is bekend dat onzekerheid over de diagnose een reden kan zijn om 'voor de zekerheid' antibiotica voor te schrijven.<sup>14</sup> Het heeft er dus alle schijn van dat kinderen met koorts en een matig risico op ernstige infectie overmatig antibiotica voorgeschreven krijgen. Antibiotica bieden in dit geval echter schijnzekerheid; er moeten betere strategieën zijn om een ernstig beloop van de ziekte te voorkomen.

#### **Abstract**

*Kool M, Elshout G, Bohnen AM, Koes BW, Berger MY. Better care for febrile children seen at out-of-hours services. Huisarts Wet 2016;59(11):474-7.*

Parents contact out-of-hours services relatively often because their child has a temperature and mention one or more alarm symptoms. The vast majority of these children have a non-serious infection and do not require further treatment. Children that appear to be seriously ill should be referred to secondary care. The Dutch Association of General Practitioners' guideline 'Children with fever' recommends that children with only one alarm symptom be referred, but the majority of these referrals turn out to be a false alarm. General practitioners are relatively conservative in their referrals and score better in this respect than diagnostic algorithms, so it seems that they are guided by more than the alarm symptoms alone.

It is more complex if GPs are uncertain about the seriousness of the illness. They often prescribe an antibiotic to reassure themselves and the parents, but this should be avoided because it gives a false sense of security. It would be better to clearly tell the parents when and where they should contact the service again. If the medical record is complete and unambiguous, the course of the disorder can be reviewed in the follow-up consultation, even if this occurs with a different GP.

### CRP-sneltest

In steeds meer huisartsenpraktijken wordt de CRP-sneltest gebruikt. Bij hoestende volwassenen is bewezen dat deze test arts en patiënt geruststelt en het aantal antibioticarecepten vermindert.<sup>35</sup> In ons cohort van kinderen met koorts vonden we echter geen toegevoegde waarde van de CRP-test voor het risico op ernstige infectie of voor de duur van de koorts.<sup>16</sup> Het is mogelijk dat de CRP-sneltest in de eerste lijn wel toegevoegde waarde heeft voor bijvoorbeeld hoestende kinderen, maar daar zou dan eerst verder onderzoek naar gedaan moeten worden.

### Stoplichtsysteem

De Richtlijn Koorts in de tweede lijn bij kinderen van 0-16 jaar van de Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde werkt met een stoplichtsysteem van meer en minder 'alarmerende' alarmsymptomen, met daaraan gerelateerde diagnostiek of therapie.<sup>17</sup> Het lijkt raadzaam in de eerstvolgende herziening van de NHG-Standaard een soortgelijke gradering te verwerken en onderscheid te maken tussen de groep kinderen met een duidelijk verhoogd risico die verwezen moet worden, de groep die zeer waarschijnlijk een onschuldige infectie heeft en een intermediaire groep die niet zo ziek is dat verwijzing aan de orde is, maar die wel gestructureerde follow-up moet krijgen om bij verergering van de ziekte tijdig in te kunnen grijpen.

### Vangnet

De huisarts zal voor alle kinderen die niet verwezen worden, dus ook voor de kinderen die hij zelf behandelt met antibiotica, moeten zorgen voor *safety-netting*.<sup>18-22</sup> Dit 'vangnet' is voor de eerste lijn nog niet gedetailleerd uitgewerkt, maar zou in ieder geval de volgende elementen moeten bevatten: (1) informatie over de onzekerheid van de diagnose en hoe het ziektebeeld kan veranderen; (2) informatie wanneer en hoe de patiënt opnieuw contact moet opnemen; (3) informatie over het te verwachten beloop van de ziekte; (4) goede medische dossiervorming.<sup>22</sup> Sommige van deze elementen past de huisarts waarschijnlijk al toe (bijvoorbeeld informeren over het te verwachten beloop), andere worden nog niet gestructureerd uitgevoerd. Wij vonden bijvoorbeeld een forse onder-rapportage van de aan- of afwezigheid van alarmsymptomen in de medische dossiers. In 73% van de dossiers werd niets gerapporteerd over de circulatie van de patiënt (*capillary refill*, kleur van de huid, tachycardie).<sup>9</sup> Zulke informatie kan in de follow-up belangrijk zijn om een eventuele verslechtering van het ziektebeloop te kunnen beoordelen. De aanname dat een alarmsymptoom als het niet is opgeschreven waarschijnlijk niet aanwezig was, hoeft niet altijd terecht te zijn: er kan ook simpelweg niet naar gekeken zijn.

Een gestructureerd vangnet kan ertoe bijdragen dat kinderen die op het moment van consultatie nog niet ernstig ziek zijn maar later verslechteren, tijdig opnieuw beoordeeld worden, zodat ernstiger morbiditeit wordt voorkomen. Onderzoek heeft aangetoond dat informatiebrochures (men kan ook denken aan een website zoals Thuisarts.nl) een veelbelovende

manier zijn om de hoeveelheid antibioticarecepten te verminderen.<sup>23</sup> Momenteel loopt er in Nederland een groot onderzoek naar de waarde van informatiebrochures aan (ouders van) kinderen met koorts.<sup>24</sup> Of het vangnet ook bij kinderen met koorts in de eerste lijn effectief en veilig is, staat overigens nog ter discussie. Komen de ouders wel terug als het slechter gaat met het kind? Onderkennen zij de verslechtering wel op tijd of zullen ze juist te vroeg om een vervolgconsult vragen? Meer onderzoek is nodig.

### CONCLUSIE

Als huisarts op de huisartsenpost is het goed te beseffen dat het overgrote deel van de kinderen een onschuldige infectie heeft waarvoor geen verdere behandeling nodig is. Kinderen die ernstig ziek lijken, verdienen beoordeling in de tweede lijn en moeten verwezen worden.

Kinderen die niet zo ernstig ziek zijn dat verwijzing gerechtvaardigd is, maar bij wie de arts toch twijfelt over de ernst van de ziekte, zouden enkel een antibioticum moeten krijgen als er een duidelijke indicatie is. Men moet vermijden antibioticabehandelingen te geven ter geruststelling van de arts of de ouder, of om andere praktische redenen, want de behandeling geeft in dat geval slechts schijnzekerheid. Het is verstandiger de ouders goed te instrueren wanneer en waar ze opnieuw contact moeten opnemen. Als de arts bovendien zorgt dat het medisch dossier ondubbelzinnig en volledig is, kan het beloop van het ziektebeeld meegenomen worden in het vervolgconsult, ook wanneer dit bij een andere arts plaatsvindt. ■

### LITERATUUR

- 1 Kool M. Febrile children at a general practice out-of-hours service: Kinderen met koorts op de huisartsenpost [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus MC, 2015.
- 2 Elshout G. Febrile children in primary care [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus MC, 2015.
- 3 Berger MY, Boomsma LJ, Albeda FW, Dijkstra RH, Graafmans TA, Van der Laan JR, et al. NHG-Standaard Kinderen met koorts (Tweede herziening). Huisarts Wet 2008;51(6):287-96.
- 4 NICE guideline. Feverish illness in children: Assessment and initial management in children younger than 5 years. London: NICE; 2007.
- 5 Kool M, Bohnen AM, Moll HA, Koes BW, Berger MY. Reliability of parent-reported alarming symptoms in febrile children in general practice. In: Kool M. Febrile children at a general practice out-of-hours service: Kinderen met koorts op de huisartsenpost [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus MC, 2015. p. 17-32.
- 6 Kool M, Elshout G, Moll HA, Koes BW, Van der Wouden JC, Berger MY. Duration of fever and course of symptoms in young febrile children presenting with uncomplicated illness. J Am Board Fam Med 2013;445-452.
- 7 Kool M, Elshout G, Bohnen AM, Monteny M, Moll HA, Koes BW, et al. Serious infections and healthcare use in febrile children presenting at a general practice out-of-hours service. In: Kool M. Febrile children at a general practice out-of-hours service: Kinderen met koorts op de huisartsenpost [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus MC, 2015. p. 33-48.
- 8 Van den Bruel A, Haj-Hassan T, Thompson M, Buntinx F, Mant D, European Research Network on Recognising Serious Infection. Diagnostic value of clinical features at presentation to identify serious infection in children in developed countries: a systematic review. Lancet 2010;375:834-45.
- 9 Elshout G, Van Ierland Y, Bohnen AM, De Wilde M, Moll HA, Oostenbrink R, et al. Alarming signs and symptoms in febrile children in primary care: an observational cohort study in The Netherlands. PLoS One 2014;9(2):e88114.
- 10 Van den Bruel A, Bartholomeeusen S, Aertgeerts B, Truyers C, Buntinx F. Serious infections in children: an incidence study in family practice. BMC Fam Pract 2006;7:23.
- 11 Van Ierland Y, Elshout G, Moll HA, Nijman RG, Vergouwe Y, Van der Lei J, et al. Use of alarm features in referral of febrile children to the emergency

- department: an observational study. Br J Gen Pract 2014;64:e1-9.
- 12 Elshout G, Kool M, Van der Wouden JC, Moll HA, Koes BW, Berger MY. Antibiotic prescription in febrile children: a cohort study during out-of-hours primary care. J Am Board Fam Med 2012;25:810-8.
  - 13 Elshout G, Van Ierland Y, Bohnen AM, De Wilde M, Oostenbrink R, Moll HA, et al. Alarm signs and antibiotic prescription in febrile children in primary care: an observational cohort study. Br J Gen Pract 2013;63:e437-44.
  - 14 Lucas PJ, Cabral C, Hay AD, Horwood J. A systematic review of parent and clinician views and perceptions that influence prescribing decisions in relation to acute childhood infections in primary care. Scand J Prim Health Care 2015;33:11-20.
  - 15 Cals JW, Butler CC, Hopstaken RM, Hood K, Dinant GJ. Effect of point of care testing of C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: a cluster randomised trial. BMJ 2009;338:b1374.
  - 16 Kool M, Elshout G, Koes BW, Bohnen AM, Berger MY. C-reactive protein level as diagnostic marker in young febrile children presenting in a general practice out-of-hours service. J Am Board Fam Med 2016;29:460-8.
  - 17 Oostenbrink R, Nijman RG, Tuut MK, Venmans LMAJ, Driessen GJ, Dijkstra RH, et al. Richtlijn Koorts in de tweede lijn bij kinderen van 0-16 jaar. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde 2013.
  - 18 Buntinx F, Mant D, Van den Bruel A, Donner-Banzhof N, Dinant GJ. Dealing with low-incidence serious diseases in general practice. Br J Gen Pract 2011;61:43-6.
  - 19 Jones CH, Neill S, Lakhanpaul M, Roland D, Singlehurst-Mooney H, Thompson M. The safety netting behaviour of first contact clinicians: a qualitative study. BMC Fam Pract 2013;14:140.
  - 20 Jones CH, Neill S, Lakhanpaul M, Roland D, Singlehurst-Mooney H, Thompson M. Information needs of parents for acute childhood illness: determining 'what, how, where and when' of safety netting using a qualitative exploration with parents and clinicians. BMJ Open 2014;4:e003874.
  - 21 Roland D, Jones C, Neill S, Thompson M, Lakhanpaul M. Safety netting in healthcare settings: what it means, and for whom? Arch Dis Child Educ Pract Ed 2014;99:48-53.
  - 22 Almond S, Mant D, Thompson M. Diagnostic safety-netting. Br J Gen Pract 2009;59:872-4.
  - 23 De Bont EG, Alink M, Falkenberg FC, Dinant GJ, Cals JW. Patient information leaflets to reduce antibiotic use and consultation rates in general practice: a systematic review. BMJ Open 2015;5:e007612.
  - 24 De Bont EG. Kinderen met koorts op de HAP. Huisarts Wet 2015;58:547.

## Vacature H&W

### E-redactielid gevraagd

Huisarts en Wetenschap is het meest gelezen tijdschrift voor huisartsen over wetenschap en praktijk met een oplage van 13.000 exemplaren. Het komt elke maand tot stand dankzij een enthousiaste club huisartsen en onderzoekers die samen de redactie vormen. Zij lezen en beoordelen manuscripten, zijn voortdurend op zoek naar nieuwe onderzoeksartikelen, azen op bijdragen voor rubrieken, schrijven jaartalstukjes en commentaren, en bedenken plannen om H&W verder te verbeteren. De redactie wordt in haar werkzaamheden ondersteund door een bureauredactie.

Wegens het vertrek naar het buitenland van het huidige e-redactielid is er plaats voor een nieuw redactielid met ervaring of affiniteit met ICT in brede zin, bijvoorbeeld (professioneel/zakelijk) social-mediagebruik, websitebeheer of -ontwikkeling, bloggen, et cetera.

#### TAKEN

- Monitoren, begeleiden en verder ontwikkelen huidige website en twitteraccount, in samenwerking met de redactie, bureauredactie en leverancier;
- Actief bijdragen aan het verbeteren van de digitale communicatie met onze lezers, bijhouden websitestatistieken, met ideeën komen voor verbetering en vernieuwing en het uitvoeren daarvan (samen met betrokkenen);
- Als redactielid de maandelijkse redactievergadering bijwonen (elke derde donderdag van de maand van 16.00 tot 19.00 uur);
- In overleg redactietaken uitvoeren (waarbij e-taken prioriteit hebben) zoals:
  - Begeleiden van auteurs bij het herschrijven van manuscripten;
  - Schrijven van jaartalstukjes en commentaren;

- Werven van auteurs voor rubrieken;
- Leveren van nieuwe ideeën over inhoud en samenstelling van H&W;
- Bijdragen aan de verdere ontwikkeling van ons wetenschappelijke en op de praktijk gerichte tijdschrift.

#### EISEN

- Affiniteit hebben met ICT en digitale media in brede zin.
- Vlot kunnen schrijven, beschikken over een creatieve en kritische geest en een voor H&W relevant netwerk.
- Enthousiasme en bereidheid hebben om ongeveer vier uur per week te besteden aan het lezen en schrijven voor H&W.
- Bij voorkeur praktiserend huisarts zijn, waarbij gepromoveerd zijn en/of een aanstelling hebben bij een wetenschappelijke instelling een pré is.

Redactieleden krijgen een vergoeding.

#### PROCEDURE

De sollicitatiecommissie bestaat uit de hoofdredacteur, een redactielid, een lid van de verenigingsraad en een lid van de Raad van Advies. Redactieleden hebben een zittingstermijn van vijf jaar, die ingaat na officiële benoeming door de algemene ledenvergadering.

Verdere informatie kunt u krijgen bij Annet Sollie (annetsollie@gmail.com), huidig e-redactielid H&W of Ivo Smeele, hoofdredacteur H&W (tel. 030-2823561 dinsdag, donderdag en vrijdag of per e-mail: i.smeele@nhg.org). Sollicitatiebrieven voorzien van een curriculum vitae en belangrijkste publicaties kunt u vóór 21 november 2016 sturen aan Redactie H&W, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht of per e-mail: redactie@nhg.org.